



VALUACIÓN DIAGNÓSTICO DE LOS PLANES AUTONÓMICOS SOBRE DROGAS

Director:

Antonio Trinidad Requena

Investigadores:

Carmen Alemán Bracho

Pedro Castón Boyer

Mercedes Fernández Alonso

M^a Dolores Martín-Lagos López



Ministerio del Interior

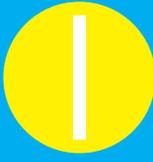
PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Edita: MINISTERIO DEL INTERIOR
Secretaría General Técnica

NIPO: 126-03-038-4
Depósito legal: M-52738-2003

Imprime: DIN Impresores
C/Cabo Tortosa, 13-15 (P.I. La Poveda)
28500 Arganda del Rey (Madrid)



INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1.- LA SITUACIÓN GENERAL DE LAS DROGAS EN ESPAÑA	13
2.- SITUACIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	49
- Andalucía.....	51
- Aragón.....	85
- Principado de Asturias.....	111
- Islas Baleares	143
- Canarias	169
- Cantabria.....	191
- Castilla-La Mancha	223
- Castilla y León.....	253
- Cataluña	293
- Ceuta	327
- Extremadura	351
- Galicia.....	385
- La Rioja	421
- Madrid	449
- Melilla	471
- Región de Murcia.....	485
- Navarra	513
- País Vasco.....	541
- Valencia	577
BIBLIOGRAFÍA	613
ANEXO METODOLÓGICO I	619
ANEXO METODOLÓGICO II	625



INTRODUCCIÓN

En 1999, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas estimó adecuada la realización de una evaluación externa de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Para ello, se encargó al Departamento de Sociología de la Universidad de Granada esta investigación. Se trata de una Evaluación Diagnóstico que pretende conocer el alcance del problema y sus características básicas para hacerle frente. Como objetivos específicos se ha perseguido describir todos los programas destinados a la prevención, intervención asistencial e incorporación social de drogo-dependientes; conocer su desarrollo y funcionamiento y analizar algunos de los resultados obtenidos; revisar los diferentes estudios e investigaciones referidas al ámbito de la drogadicción y estudiar la coordinación entre las diferentes administraciones, concluyendo con un análisis de la situación de las diferentes 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. Asimismo, se trata de una evaluación global que contempla todas las áreas contenidas en los distintos Planes Autonómicos: Prevención, Intervención Asistencial, Incorporación Social, Formación, Estudios e Investigaciones, Coordinación Institucional y Presupuesto. En definitiva, en este estudio se ha pretendido realizar un análisis detallado sobre la actual situación de cada Comunidad, un diagnóstico externo que facilite información descriptiva sobre los problemas, retos, puntos fuertes y débiles que puede resultar de gran utilidad.

El procedimiento seguido ha conestado de siete fases:

1. Análisis y elaboración de una base de datos con la información obtenida de la Memoria de cada Comunidad y otras estadísticas procedentes de numerosas fuentes (PNSD, OED, CIS, Ministerios, INE, etc.).
2. Elaboración de un cuestionario con aquellos aspectos de mayor interés no recogidos en la fase anterior, remitido a los responsables de los distintos Planes Autonómicos.
3. Análisis de la información contenida en los cuestionarios, elaborando un inventario de recursos y actividades que están funcionando en el marco de cada uno de los respectivos Planes.
4. A partir de la información revelada en los cuestionarios, se ha recogido "in situ" la información sobre los distintos Planes utilizando entrevistas semi-estructuradas, dirigidas a los responsables de los Planes con la intención de ampliar y profundizar en algunos aspectos que no fueron recogidos en los cuestionarios.
5. En último lugar, se han analizado y triangulado de los resultados obtenidos a través de las distintas fuentes informativas y el uso de todas las técnicas de recogida de información, comparando los datos recogidos en los cuestionarios con la información revelada en las entrevistas semi-estructuradas.
6. Se ha presentado el informe en la Comisión Interautonómica para su revisión, dejando un periodo para realizar sugerencias y actualizaciones del mismo.
7. Elaboración del informe final.

Somos conscientes de la dificultad de aunar y comparar situaciones dispares, pues se trata de zonas geográficas muy diversas, tanto en densidad como en tamaño de la población y con una situación particular respecto a la situación del consumo de drogas. Por este motivo, el estudio parte de una visión general de las drogas en España, que incluye un recorrido sobre la situación del consumo, las consecuencias que se derivan, la estructura y funcionamiento del Plan, los recursos humanos y económicos, las principales áreas de intervención: Prevención, Intervención Asistencial, Incorporación Social, Estudios e Investigaciones y, finalmente, la relación que se establece con las ONG's. Junto al estudio general, se ofrece, a continuación, un análisis particular y pormenorizado de cada Comunidad y Ciudad Autónoma con sus correspondientes peculiaridades.

No queremos concluir este estudio sin agradecer la colaboración prestada por todos aquellos profesionales que han participado en el mismo, sin la cual hubiese sido imposible realizarlo. Nos han permitido conocer en profundidad la situación particular de las Comunidades, superando los tradicionales "miedos" a ser evaluados y demostrando la responsabilidad política, social y técnica que se deriva de esta práctica. Por nuestra parte, esperamos que la naturaleza de esta investigación les resulte útil de cara a la toma de decisiones y a la labor de los profesionales que trabajan en drogodependencias. No obstante, somos conscientes de que la perspectiva del observador externo, con las ventajas de ofrecer otra visión, ha de ser completada con el conocimiento derivado de la práctica, experiencia y la cultura propia de cada "organización", que ofrece la evaluación interna.

APÍTULO I

LA SITUACIÓN GENERAL DE LAS DROGAS EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La evaluación realizada tiene como propósito proporcionar una visión general de la situación de la drogadicción en España, ofreciendo información sobre el valor de las intervenciones para ayudar a solventar los problemas encontrados. Como señala el Observatorio Europeo sobre Drogas y otras Adicciones, aunque la evaluación es frecuentemente asociada con la demanda de justificar fondos, no simplemente ha de verse en este sentido, al ser más importante su papel en el mantenimiento o mejora del servicio ofrecido. Por este motivo, es esencial incorporar los mecanismos de evaluación en las estructuras internas, para asegurar que los grupos a los que va dirigida la intervención se benefician de ella¹. Un ejemplo de esta última función se observa en el campo de las drogodependencias, donde en los últimos años el interés de esta práctica se ha visto estrechamente vinculado con la reducción de daños, intentando conocer si la intervención realizada para aminorar las consecuencias de la droga ha tenido efecto. En resumen, la evaluación de los programas es extremadamente importante, se está convirtiendo en una necesidad, en un requerimiento para los que trabajan en esta materia y para la toma de decisiones en los proyectos, especialmente desde la perspectiva de una realidad cambiante.

Por estas razones y para conocer más detenidamente los programas de drogodependencias desarrollados en España, se trata de evaluarlos, conocer su funcionamiento y el grado de efectividad y eficiencia de los mismos. Una primera clasificación general de este método distingue, en función de quién lleve a cabo la evaluación, entre dos tipologías: interna y externa. En el primer caso, son los propios miembros del organismo los encargados de realizarla y en el segundo, una comisión externa o agencia especializada en la materia². Este estudio se engloba en el segundo modelo descrito y las ventajas atribuidas: la imparcialidad y la utilización de expertos, son 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. A continuación, a modo de síntesis, se ofrecen los resultados más destacados de esta investigación.

1 Observatorio Europeo de Drogodependencias y Otras Adicciones (2001): Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners. Pps.16-17.

2 De Miguel, M. y col (1991): La evaluación de las instituciones universitarias. Consejo de Universidades. Madrid. Pps. 75-76.

1. EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS DERIVADAS

Para conocer el impacto de las actuaciones en materia de drogodependencias, al igual que en cualquier otra actividad, es necesario partir del análisis de la situación, con cierta perspectiva espacial y temporal, e ir contemplando otras variables que han podido incidir en los cambios acaecidos. De esta forma, hay que resaltar que se han dado en España 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 cánnabis es la droga ilegal más consumida y las drogas legales, alcohol y tabaco, siguen siendo las más utilizadas por los españoles³.

Junto a estas características generales de la situación española, se observan situaciones particulares en el seno de las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas. Un ejemplo de ello es que, a pesar de ser un problema de gran magnitud, la percepción social de la gravedad del fenómeno es menor que en décadas pasadas. De hecho, únicamente en la Ciudad Autónoma de 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 percibe como “moderada” y en la mayor parte de ellas, tomando como referencia los últimos cinco años, el contexto ha mejorado (Ver Tabla 1).

Junto con la percepción del riesgo y la evolución de la situación de las drogas en cada Comunidad, interesaba conocer, en opinión de los responsables de los planes, cuáles eran las sus-

Tabla 1

La situación general del consumo de drogas y evolución en los últimos 5 años.

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

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

³ Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/consumo.htm>

tancias que más problemas generaban por orden de importancia. En estos momentos, la práctica totalidad de los responsables sitúan el alcohol y el tabaco, aunque con menor intensidad, entre las primeras posiciones. La heroína, ha dejado de ser “la sustancia por excelencia”, ocupando una tercera posición por detrás de las anteriormente mencionadas. Aún así, 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.

Tabla 2

Sustancias que más problemas generan por orden de importancia, 2001.

	1ª	2ª	3ª
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 los datos suministrados en el cuestionario a los responsables autonómicos

Entrando más detenidamente en los diferentes tipos de sustancias, si contrastamos opinión de los responsables con los datos suministrados por las encuestas de opinión, 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 de ellos, 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 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, Ceuta y Melilla y Cataluña en el caso del alcohol. Respecto a las drogas ilegales, el cánnabis 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. La heroína, pese a su descenso, tiene una presencia destacada en Melilla y País Vasco, mientras que en las islas, Castilla-La Mancha y Extremadura, pasa más desapercibida⁴. Por su parte, la cocaína predomina en Madrid, País Vasco,

4 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.

las islas y la costa mediterránea⁵, 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, en el noreste y en las dos castillas y la de anfetaminas en las comunidades del sur y Galicia.

El consumo de sustancias psicoactivas tiene asociadas un conjunto de consecuencias individuales y sociales de enorme importancia para determinar impacto y la percepción del fenómeno como “problema”. En particular, de cara a la planificación de las políticas en esta materia, se considera fundamental conocer las consecuencias sanitarias reflejadas en las demandas de tratamiento por consumo. Estos cambios en la demanda afectan a los recursos disponibles y generan transformaciones y adaptaciones a la nueva situación. 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.

No obstante, existen diferencias entre las Comunidades Autónomas, por ejemplo, algunas muestran mayores tasas de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (Ceuta, Canarias y Baleares) y alcohol (Extremadura y País Vasco), 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, lo que coincide con una mayor prevalencia de esta sustancia. 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. Por otro lado, 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.

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 percibidos son menos “alarmantes” que en el caso de la heroína (delitos, inseguridad ciudadana, SIDA, etc.). Sin embargo, se aprecian igualmente 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. Por ello, consideramos fundamental seguir concienciando a la población de la percepción del riesgo y, en el ámbito político, adecuar los recursos a las nuevas demandas de tratamiento, especialmente en el caso de la cocaína, tabaco y alcohol, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada comunidad. No obstante, dada la magnitud de los problemas sociales y sanitarios asociados al uso de heroína, habrá que seguir incidiendo en los programas de atención a esta dependencia. En este sentido, pese a la reducción de los casos de SIDA, aquellas comunidades con mayores tasas deben de revisar y evaluar la puesta en práctica de los programas de reducción del daño, como los de intercambio de jeringuillas y de prevención del VIH, dada la reconocida efectividad de los mismos.

⁵ Tendencia percibida por el Observatorio Español sobre Drogas en su informe nº4.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PLANES AUTONÓMICOS

Frente a la situación del consumo de drogas anteriormente descrita, el Gobierno Central y los Autonómicos, vienen desarrollando un conjunto de medidas y estrategias para dar respuesta a este problema. Para la definición de un marco de actuación en este campo de interés público, la intención política es la realización de un Plan, teniendo en cuenta los medios y la realidad de la que se parte. Con éste se pretende, no una inmediata transformación, sino una declaración de intenciones políticas que define el marco de las futuras actuaciones⁶. Aplicado a este campo de estudio, destacó la creación en 1985 del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) como iniciativa gubernamental para hacer frente a la situación de alarma social generada por el problema de la droga, la heroína, y coordinar y potenciar las políticas en la materia por parte de las Administraciones Públicas y entidades sociales⁷. Por su parte, las Comunidades y Ciudades Autónomas, han articulado un conjunto de medidas de coordinación, planificación y actuación, concretadas en planes específicos desarrollando objetivos, metas, programas, actividades, recursos, etc., para un periodo de tiempo determinado. Observando la evolución de los mismos, los pioneros surgieron paralelamente al Plan Nacional, en las comunidades de Andalucía, Asturias y Madrid (1985); Galicia y La Rioja (1986) y Cantabria y Castilla-La Mancha (1987).

El primer paso recomendable antes de emprender cualquier actuación es la programación, al influir en el proceso decisional ya que implica decisiones institucionales y procedimentales que definen y estructuran los campos de actuación, la formulación de políticas públicas y las decisiones políticas. Se trata de preparar decisiones futuras, ordenar las prioridades, necesitando la función de control para redefinir los objetivos y comprobar que la ejecución se ajusta a lo programado. La intención política de la realización de un plan es la definición de un marco de actuación en uno o varios campos del interés público. Es evidente que para ello es necesario tener en cuenta los medios, en especial los presupuestarios, y, sobre todo, la realidad de la que se parte⁸. 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 3 y 4 años, así como la Consejería de la que depende, en su mayoría Sanidad (ver Tabla 3).

Resulta razonable que con el paso del tiempo sea necesario volver a analizar la situación, contemplando los posibles cambios, y redefinir mediante la planificación las futuras formas de actuar. En este caso, tras una andadura de más de 15 años y frente a los cambios acaecidos en el consumo de drogas, en 1999 el Gobierno aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas⁹, fruto del consenso de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. Este documento, persigue retos y objetivos adaptados a la nueva situación y sus actuaciones se dirigen al control de la demanda y oferta de drogas. En el primer caso, en este momento el área prioritaria es la prevención, aunque no se olvidan de otras relevantes como la reducción de daños por el consumo de drogas, la asistencia e inserción social, la cooperación internacional y los estudios e investigaciones.

El segundo aspecto que se contempla es el control de la oferta, donde se engloban un conjunto de objetivos y actuaciones encaminadas a luchar contra las organizaciones criminales en una sociedad cada vez más global en la que resulta difícil por la visión internacional y por la conexión con otras actividades delictivas (tráfico de armas, material nuclear, inmigrantes clandestinos, mujeres y niños para explotación sexual, explotación laboral y redes de venta de niños para adopción, de órganos y el blanqueo de capitales).

6 Arenilla, Manuel: "Planificación y Políticas Públicas". En Trinidad, A. (2000): Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas. Pp.50.

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

8 Arenilla, Manuel: "Planificación y Políticas Públicas". En Trinidad, A. (2000): Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas. Pps.49-50.

9 Real decreto 1911/1999, de 17 de diciembre.

Tabla 3
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
Castilla La Mancha		1987	2000-2003	Consejería de Sanidad	Director General
Castilla 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 del análisis de los Planes Autonómicos

En el ámbito normativo, se menciona el desarrollo de leyes relacionadas directamente con el consumo de drogas (limitación de la publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco, de los espacios públicos, etc.) y de otras que influyen de modo indirecto (por ejemplo, nuevas tecnologías de la comunicación). En este sentido, se pretende que todas las Comunidades y Ciudades Autónomas cuenten con una ley que regule sus actuaciones. El País Vasco, Castilla y León y Cataluña fueron pioneras en la elaboración de una Ley en materia de drogodependencias, desarrollo normativo al que se han ido sumando el resto de Comunidades, algunas claramente actuales como es el caso de Aragón, La Rioja y Madrid. En este momento, trece Comunidades Autónomas tienen leyes específicas en drogodependencias y muchas de ellas han sufrido diversas modificaciones a lo largo de los años. (ver Tabla 4).

Por último, como aspecto contemplado en la Estrategia, la participación de España en los foros multilaterales ha sido creciente (Unión Europea, Naciones Unidas, Consejo de Europa, Organización de Estados Americanos, GAFI y OIT) y en este momento se hace hincapié en un conjunto de acuerdos bilaterales, especialmente con países vecinos con los que se comparte una problemática común (Marruecos, Francia, Italia, Portugal y los países iberoamericanos). Además, en la elaboración de la Estrategia Nacional se tuvo en cuenta la aprobación en el Consejo Europeo de Helsinki de la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas (2000-2004).¹⁰ Finalmente, se considera fundamental el fomento de

10 Documento disponible en www.emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml

Tabla 4
Primeras leyes en Drogo dependencias.

	<i>Primeras leyes en Drogo dependencias</i>
Andalucía	Ley 4/1997
Aragón	Ley 3/2001 de 4 de abril
Canarias	Ley 9/1998 de 22 de julio
Cantabria	Ley 5/1997 de 6 de octubre
Castilla y León	Ley 3/1994
Cataluña	Ley 20/1985
Extremadura	Ley 1/1999 de 29 de marzo
Galicia	Ley 2/1996 de 8 de mayo
Madrid	Ley 5/2002 de 27 de junio
Murcia	Ley 6/1997 de 22 de octubre
País Vasco	Ley de 11 noviembre de 1988
La Rioja	Ley 23 de octubre de 2001
Valencia	Ley 3/1997 de 16 de junio

Fuente: elaboración propia

la investigación, con la creación del reciente Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas y el desarrollo de puntos focales de información en cada Comunidad Autónoma, entre otras actividades. En definitiva, el abordaje de esta problemática puede entenderse como un área de trabajo en la que tienen competencias la Administración Central, Autonómica y Local, las Organizaciones no Gubernamentales, Confederaciones de Empresarios y Sindicatos, Universidades y Centros de Investigación y numerosos organismos de coordinación¹¹.

Nuestro estudio se centra en la labor desempeñada por las Comunidades Autónomas y parte de la premisa de que la aceptación de la Estrategia supone la adaptación de las mismas a los objetivos y metas (propuestas para el 2003 y el 2008) desde su propia realidad. Para conocer más detenidamente la estructura y funcionamiento de los Planes Autonómicos, el cuestionario de recogida de información que elaboramos incluía los aspectos más destacados de la planificación, de cara a la elaboración de los mismos. En este sentido, se considera indispensable tener un buen conocimiento de la situación y el alcance del problema antes de emprender la planificación de cualquier actuación. Por ello, es una pauta aconsejable la realización de un estudio previo de necesidades que resultó ser realizado en la práctica totalidad de las comunidades consultadas.

A su vez, la Estrategia Nacional considera fundamental la evaluación, siendo necesario desarrollar un sistema que permita la detección de las desviaciones y genere las acciones correctoras que garanticen la eficacia final de la propia estrategia y permitan su adecuación a nuevas necesidades o diferente escenarios de intervención que puedan emerger¹². De los resultados obtenidos, se aprecia que se está consolidando una conciencia de la necesidad de implantar estas prácticas y, de hecho, la tónica dominante es contar con mecanismos de evaluación en todas las Comunidades. Tal y como mencionábamos en la introducción, es posible distinguir, en función de los encargados de realizarla, entre evaluaciones internas y externas. Dadas las ventajas e inconvenientes atribuidos a las mismas, resultaba interesante conocer el procedimiento empleado en cada Comunidad aunque consideramos aconsejable combinar ambos tipos de evaluación con las ventajas que ello supone¹³. En general, hemos apreciado que los encargados de esta evaluación son principalmente entidades internas,

11 DGPNSD (1999): Estrategia Nacional sobre Drogas, 2000-2008. Madrid.

12 DGPNSD (1999): Estrategia Nacional sobre Drogas, 2000-2008. Madrid.

13 Algunos autores recomiendan combinar la mayor objetividad de la evaluación externa con el mejor conocimiento de la institución que proporciona la evaluación interna.

como 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 (ver Tabla 5).

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

	<i>Estudio previo de necesidades</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Encargados de la Evaluación</i>
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 por los responsables autonómicos

Otro de los aspectos necesarios para la ejecución de las actuaciones es la coordinación entre las distintas entidades con competencias en la materia. En un estado descentralizado, la autonomía se entiende como una distribución vertical del poder o vía de participación de comunidades diferenciadas en el seno del Estado, que se articula en dos niveles: el de Comunidad Autónoma y el local (básicamente el municipal, con las Diputaciones Provinciales que asisten a los municipios más pequeños). Desde el punto de vista administrativo, la descentralización dota al aparato público de la capacidad de gestionar desde más de un centro el volumen de tareas del Estado moderno, intentando evitar los riesgos de la inercia burocrática y de la parcelación corporativista. Sin embargo, esta reforma puede conllevar problemas estructurales como la necesidad de crear un nuevo modelo de relaciones intergubernamentales o interadministrativas y de coordinación entre ellas¹⁴.

En este sentido, el artículo 103.1 de la Constitución entiende por este término «la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema (administrativo), evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían respectiva-

14 Sánchez Morón, Miguel: "Las relaciones de coordinación y cooperación entre administraciones públicas en España". En Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 1 (Ene. 1994). Pp. 1. Caracas.

mente la realidad del sistema». La coordinación consistiría en «la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades (de diversas Administraciones públicas) en el ejercicio de sus respectivas competencias de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema»¹⁵.

Para la puesta en marcha de los planes sobre drogas se necesita la participación de las Administraciones Central, Autonómica y Local y la implicación de todas en la misma línea no siempre resulta fácil. Los resultados de nuestro estudio ponen de relieve dificultades especialmente con la Administración Central, en materia de coordinación y financiación; con la Autonómica, en lo relativo a los recursos (materiales y humanos) y, finalmente, con la Local, de financiación, aunque también de recursos y de definición de competencias. Este aspecto, pese a ser más un problema de carácter político y administrativo, debe ser tenido en cuenta si se quieren lograr una implementación eficaz del Plan (ver Tabla 6).

Tabla 6
Dificultades con las diferentes Administraciones.

	Definición de competencias			Coordinación			Financiación			Recursos materiales y humanos)			(Otros)		
	C	A	L	C	A	L	C	A	L	C	A	L	C	A	L
Aragón	SI	SI	SI	SI	SI	SI									
Asturias				SI			SI	SI	SI	SI	SI	SI			
Cantabria	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Castilla La Mancha					SI										
Castilla y León				SI					SI				SI*		
Cataluña			SI				SI	SI	SI		SI				
Ceuta	SI										SI				
Extremadura			SI			SI			SI			SI			
Galicia							SI	SI	SI		SI	SI			
Murcia***				SI			SI			SI					
Navarra	SI		SI						SI						
País Vasco				SI		SI				SI		SI			
La Rioja		SI									SI			SI**	
Valencia							SI								

C: Administración Central - A: Administración Autonómica - L: Administración Local

*Falta de implicación de algunos departamentos

**Rango administrativo del responsable del Plan

***Poca implicación del INSALUD en financiación, recursos y coordinación

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario a los responsables autonómicos

Respecto a la Administración Local, es importante destacar la relación que se establece con los municipios, al ser el ámbito más próximo al ciudadano. Fundamentalmente, se trata de convenios de financiación o subvenciones para impulsar principalmente la prevención de las drogodependencias. Para esta labor, cada vez es mayor el número de municipios o mancomunidades con Planes de Drogas, intentando alcanzar el objetivo de contar con esta herramienta en todos los municipios de más de 20.000 habitantes (ver Tabla 7). No obstante, consideramos que, pese al

¹⁵ Sánchez Morón, Miguel: "Las relaciones de coordinación y cooperación entre administraciones publicas en España". En Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 1 (Ene. 1994). Pp. 4. Caracas.

Tabla 7

Relación con los municipios: nº de convenios y de municipios con Planes de Drogas.

	Nº Convenios con los municipios	Nº municipios con planes de drogas
Andalucía		144
Aragón	10	12
Asturias		8 (6 ayuntamientos y 2 mancomunidades)
Cantabria	Subvenciones a 5 ayuntamientos	
Castilla La Mancha		21
Castilla y León	SI	11 (de los 14 ayuntamientos de más de 20.000 habitantes)
Cataluña	SI	50 (aproximadamente)
Ceuta	NO	1 municipio encargado de los Planes de Drogas
Extremadura	Subvenciones con municipios que participan en comisiones municipales de prevención	77
Galicia	13 de financiación para área asistencial y 37 de cofinanciación para áreas de prevención e incorporación	127 Planes Locales
Madrid	22 convenios con ayuntamientos	
Melilla	NO	
Murcia	44 municipios financiados	7 Planes municipales o mancomunales (5 ayuntamientos y 2 mancomunidades)
Navarra	No hay convenios. La relación se establece mediante la Orden Foral de subvenciones anuales a la que tienen que concursar los municipios y/o mancomunidades	33 Programas Municipales de Drogodependencias (PMD) (20 con Mancomunidades y 10 con Ayuntamientos, donde se incluyen los programas de 6 barrios de Pamplona)
País Vasco	Concesión de subvenciones a los equipos municipales de prevención	57 municipios (todos de los de más de 20.000 y 50.000 habitantes)
La Rioja	Hay una línea de subvención anual para programas de prevención y algún Ayuntamiento tiene convenio de cofinanciación de un técnico en prevención de drogodependencias.	4
Valencia	SI	40

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario a los responsables autonómicos

éxito de estos resultados, el verdadero reto pasaría por implicar a todos los municipios, incluyendo a aquellos de menor población que, por ejemplo, podrían unirse elaborando planes conjuntos, entre otras posibles alternativas. Además, habría que mejorar los sistemas de información sobre las actuaciones de los municipios (si cuentan con un plan, número de convenios, de subvenciones, etc.) al haber encontrado debilidades en el conocimiento de estos datos.

Por último, aunque la denominación de las Organizaciones no Gubernamentales como Tercer Sector, hace referencia a su posición entre el Estado y el Mercado, lo cierto es que estas organizaciones 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. Estas organizaciones actuaron creando servicios y, en muchas ocasiones, como movimientos de protesta demandando estos recursos a la Administración Pública. Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, estas organizaciones han participado en todas las áreas (prevención, intervención asistencial, incorporación social, investigaciones y formación, etc.). Además, con el paso de los años han crecido en número y se han organizado en Federaciones, siendo la

más numerosa la Unión Nacional de Asociaciones de Drogodependientes (U.N.A.D.), que agrupa 302 asociaciones de todas las regiones, excepto Baleares¹⁶.

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas les atribuye un importante papel, cooperando con las Administraciones en las diferentes áreas de intervención, aunque nunca suplantando las responsabilidades de las mismas. Por ello, para esta participación tendrán que estar autorizadas y validadas por la Administración. Además, podrán formar parte de otros organismos consultivos y en la promoción y desarrollo de actividades para la comunidad.¹⁷ En cuanto a la relación de las administraciones autonómicas con las ONG's, 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, aunque de la misma manera que el problema de la droga ha cambiado, también lo han hecho estas organizaciones, adaptándose, profesionalizándose e interviniendo en otras áreas como las de prevención, reducción de daños e incorporación social. Resultado de la entrevista realizada a los responsables de los Planes Autonómicos, hemos constatado que consideran fundamental su trabajo y el contacto con ellas es una importante fuente de información para conocer la situación y problemas de manera rápida, al estar más cercanas a la realidad. Pese a esta positiva valoración, la importancia de su trabajo requiere que sigan formándose, profesionalizándose y evaluando los programas en los que participan (ver Tabla 8).

Tabla 8

Tabla 8: Algunos aspectos relacionados con las ONGs

	RELACIÓN PRINCIPAL	Nº CONVENIOS*	Nº SUBVENCIONES*	ÁREAS EN LAS QUE INTERVIENEN PRINCIPALMENTE
Andalucía	Subvención	55	252	Asistencia
Aragón	Subvención	-	22	
Asturias	Convenio	14	-	Asistencia
Cantabria	Subvención	1	8	Asistencia
Castilla La Mancha	Convenio	73	49	
Castilla y León	Convenio			Asistencia, reducción de daños e integración social
Cataluña	Subvención	34	80	
Ceuta	Convenio	2	-	
Extremadura	Convenio	19	18	Prevención, asistencia e incorporación social
Galicia	Convenio	32	-	Prevención, asistencia e incorporación social
Melilla	Convenio-Subvención	1	1	
Murcia	Subvención	7	61	
Navarra	Convenio**	22	-	Prevención y asistencia
País Vasco	Subvención-Convenio	19***	123	Prevención, asistencia e inserción
La Rioja	Convenio	9	-	Asistencia
Valencia	Concierto	1	64	

* Año 2000.

**En la actualidad (2002), según el responsable del Plan, se trata de subvenciones o pago directo de actividades, ya que los convenios eran poco ágiles.

*** 9 con la Administración Autonómica, Foral, Local y ONGs.

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada por los responsables autonómicos

16 www.unad.org/index1.htm

17 Plan Nacional sobre Drogas (1999): Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pp.93-95.

3. RECURSOS

La implementación de los diferentes programas y actividades establecidas en la programación, se requiere disponer de un conjunto de recursos humanos, económicos y materiales que permitan una adecuada puesta en marcha de los objetivos previstos. Por ello, estimamos oportuno incluir estas cuestiones en nuestra investigación, concretamente un bloque específico en el cuestionario administrado, completado con la entrevista a los responsables autonómicos. Analizando cada uno de los recursos, respecto a los humanos, se considera necesario contar con un volumen adecuado de profesionales en función de la demanda existente y que cubran las diferentes áreas de actuación (prevención, intervención asistencial, incorporación social y estudios e investigaciones). En segundo lugar, para garantizar una atención de calidad, es fundamental que los profesionales estén formados y cualificados en la labor que vayan a desarrollar.

Respecto a la primera necesidad señalada (volumen adecuado de personal), 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, a pesar de que con el paso de los años ha aumentado considerablemente. Este resultado muestra una debilidad importante en la mayor parte de los planes, que ha de ser tenida en cuenta en la planificación. Por áreas de actuación, los profesionales trabajan principalmente en intervención asistencial, siendo las comunidades de Andalucía, Castilla y León, Asturias y Galicia, las que muestran mayores porcentajes. Aunque en el caso de las dos primeras resulta lógico dado su mayor volumen de población y la posible dispersión geográfica, llama la atención especialmente el caso de Asturias (239), en contraste con otras comunidades de tamaño reducido como La Rioja (6) y las Ciudades de Ceuta (13) y Melilla (10).

En un segundo término, el personal se concentra, con porcentajes muy similares, en las áreas de prevención e incorporación social. En el primer caso, Aragón encabeza el «ránking», con un total de 124 profesionales dedicados a las tareas de prevención, en contraposición con aquellas donde la dedicación exclusiva es inexistente o cuentan con un mínimo como es el caso de Cantabria (2). Por último, en cuanto al volumen, Valencia (123) y Galicia (48) son las que aglutinan más personal dedicado a la incorporación social. El perfil general que se aprecia es el de licenciados en las áreas de prevención e intervención asistencial, aunque en esta última también hay un volumen destacado de diplomados, personal principal del área de incorporación social. Aunque sin muchas diferencias entre las comunidades sobresale Aragón por tener especialmente personal diplomado en todas sus áreas de actuación (ver Tabla 9).

Como segundo aspecto relevante en materia de personal señalábamos la formación. En este sentido, en muchas comunidades se relata el mismo proceso: ante la demanda asistencial surgida como consecuencia de la heroína, los profesionales trabajaron intentando solventar el problema, pero la ausencia de formación adecuada era la tónica dominante. Tras más de 15 años, en líneas generales, manifiestan que cuentan con verdaderos profesionales que han intentado adaptarse a los cambios existentes. En la Estrategia Nacional 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 primacía 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 última¹⁸.

Una vez expuestos estos resultados, queremos señalar una serie de recomendaciones antes de valorar los mismos. En primer lugar, es preciso tomar cierta precaución a la hora de interpretar los datos, ya que, en ocasiones, podríamos encontrarnos con el problema de una doble contabi-

18 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD): Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pps. 88-90.

Tabla 9
Rasgos generales del personal en las diferentes áreas de intervención.

	PREVENCIÓN				INTERVENCIÓN ASISTENCIAL				INCORPORACIÓN SOCIAL				TOTAL
	Nº	Cantidad	Perfil	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil	Evolución	
Andalucía**		Suficiente	mayoritario			mayoritario					mayoritario		
Aragón	124	Insuficiente	Diplomados	Aumento	500	Licenciados							
Asturias		Insuficiente		Constante	137	Insuficiente	Diplomados	Aumento	22	Suficiente	Diplomados	Aumento	283
Cantabria	2	Suficiente	Licenciados	Constante	239	Insuficiente	Licenciados	Constante		Ausencia		Constante	
Castilla					50	Suficiente	Licenciados	Aumento	9	Suficiente	Diplomados	Constante	61
La Mancha	29	Suficiente	Licenciados	Aumento									
Castilla y León		Insuficiente		Aumento	107	Insuficiente	Diplomados	Aumento	13	Insuficiente	Diplomados	Aumento	149
Aumento					312	Insuficiente	especialmente en los CAD	Diplomados		Aumento		Insuficiente	
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													
La Rioja	7	Insuficiente		Aumento	6	Suficiente	Licenciados	Aumento		Insuficiente		Aumento	13
Valencia	64	Suficiente	Licenciados	Aumento	188	Insuficiente	Licenciados	Aumento	123	Suficiente	Bachiller/FP	Aumento	375

** 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 a los responsables autonómicos

lización de los mismos, tratándose del mismo personal trabajando en diferentes áreas. En segundo lugar, resulta relevante relacionar el volumen de personal con la valoración que hacen los responsables sobre su adecuación. Por ello, a pesar de que hayamos señalado la escasez de éste en algunas áreas, hay responsables que lo consideran suficiente, tal es el caso de Cantabria en prevención o Aragón, donde ocurre la situación contraria. En definitiva, consideramos necesario antes de ejercer cualquier juicio de valor, tener en cuenta el contexto, viendo qué perfil es el más adecuado en cada caso (bien, licenciados, bien diplomados o con otro nivel de estudios) y la situación particular de cada Comunidad.

Para finalizar este apartado, vamos a señalar una serie de deficiencias que afectan al personal en las diferentes áreas de actuación, al considerarlo un aspecto importante de cara a futuras actuaciones. En líneas generales, los principales problemas que afectan al personal se refieren, en primer lugar, como señalábamos anteriormente, a la insuficiencia de recursos humanos en las diferentes áreas de actuación, lo que estimamos prioritario. Llama la atención, que en el área de prevención, siendo en estos momentos el objetivo principal de gran parte de los Planes Autonómicos, se considere el volumen de personal especialmente deficitario, por lo que debe ser un aspecto a mejorar. Además, se hace referencia 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. En este sentido, pese a que la oferta de cursos ha aumentado considerablemente, se debería incidir también en la motivación y disponibilidad de los profesionales de cara a su formación.

Otro aspecto señalado se refiere a la necesidad de mejorar la coordinación entre ellos, especialmente cuando los responsables señalan como prioritario contar con equipos multidisciplinares en el abordaje del complejo fenómeno de la drogadicción. Además de avanzar en las relaciones interprofesionales, es preciso la dotación de estrategias más eficaces y la mejora de la situación contractual y retributiva, de cara a contar con personal más motivado en un trabajo en muchas ocasiones “poco gratificante”. En resumen, frente a estos problemas, algunos responsables proponen habilitar sistemas de rotación de profesionales para evitar la falta de motivación y el síndrome “burnout”(estar “quemado”) (ver Tabla 10).

Junto con los recursos humanos, no menos importantes son los de carácter económico, ya que si no se cuenta con un presupuesto adecuado, pueden surgir problemas en 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 que ha aumentado de forma considerable en los últimos años, es una actitud generalizada por parte de los responsables de los planes considerarlo siempre insuficiente. El argumento que sostienen es que cuanto más dotación económica haya, un mayor número de acciones se podrán emprender, así como mejorar la calidad de las existentes. No obstante, consideramos que esta idea deseable no puede dejar a un lado la necesidad de ser realistas en la planificación y desarrollo de las actuaciones, conforme al presupuesto del que se dispone.

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. En efecto, resulta costoso el tratamiento de las drogodependencias, pues precisa la puesta en marcha de un conjunto de centros con tratamientos adecuados, el desarrollo de programas que cuenten con profesionales –debidamente formados y remunerados– y con el material preciso y, finalmente, lo que es más importante, garantizar el mantenimiento de la red asistencial a lo largo del tiempo. No obstante, el porcentaje desglosado del presupuesto de los planes, permite ver la importancia concedida a cada área de intervención por Comunidad Autónoma. Tras este análisis, sobresalen en prevención, Melilla (56%), Castilla-La Mancha (35%) y Aragón (31,8%); en intervención asistencial, Cataluña (75,9%) y en incorporación social el País Vasco (20%). Sin embargo, de las comunidades que incluyen en la misma partida ambas áreas, Baleares se sitúan a la cabeza (87,3%) y seguidamente Galicia (79,5%). Finalmente, la comunidad que más cantidad destina a estudios e investigaciones es Cantabria (10%) y en coordinación institucional destacan Extremadura y Andalucía (24 y 16%, respectivamente) (ver Tabla 11).

Tabla 10
Principales deficiencias que afectan al personal.

	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	GENERALES
Andalucía		Falta de dotación personal en Proyecto Heroína		
Aragón		El personal en metadona se considera insuficiente		Falta de personal especializado Necesidad de mayor Formación
Asturias				Falta de equipos multidisciplinarios Falta de personal especializado Falta de dotación de estrategias más eficaces Condiciones laborales*
Cantabria				
Castilla La Mancha	Eventualidad de los contratos		Necesidad de mayor coordinación	Dispersión geográfica
Castilla y León	Falta de dotación de estrategias más eficaces. Necesidad de aumentar el personal (supervisión, apoyo y seguimiento técnico de mediadores)	Necesidad de habilitar sistemas de rotación de profesionales e incluir años sabáticos	Necesidad de habilitar sistemas de rotación de profesionales e incluir años sabáticos	Falta de formación y personal especializado en evaluación Falta de dotación de estrategias más eficaces Mejorar la situación contractual y la retribución
Cataluña				
Ceuta	Necesidad de mayor estabilidad laboral y de infraestructura	Inestabilidad laboral Falta de coordinación interinstitucional Necesidad de incentivar	Necesidad de recursos económicos, materiales y humanos Falta de concienciación social	Falta de personal especializado Necesidad de mayor Formación Falta de dotación de estrategias más eficaces
Extremadura	Falta de implicación de los educadores y Ayuntamientos			
Galicia	Continuidad, estabilidad, dependencia de instituciones que no conceden la misma prioridad a esta temática y necesidad de colaboración de diversas instituciones	Dependencia orgánica de diferentes instituciones	Dependencia orgánica de diferentes instituciones	Falta de formación y de implicación más efectiva de instituciones gestoras (Ayuntamientos)
Melilla				
Murcia	Síndrome "de estar quemados"		Dificultad para encontrar profesionales con formación y actitudes adecuadas	Falta de dotación de estrategias más eficaces
Navarra	Integración de los profesionales en las estructuras municipales; de los programas de prevención en los Servicios Sociales de forma normalizada, de la educación para la salud de forma transversal en el ámbito educativo y falta de formación	Falta de voluntariedad y de motivación del profesional y la presión asistencial de la demanda de patologías de salud mental		
País Vasco				
La Rioja	Falta personal e insuficiente formación	Necesidad de motivación para atender a las drogodependencias	Insuficiente especialización en drogodependencias	Falta de formación y de equipos multidisciplinarios
Valencia	Necesidad de un mayor nivel de formación		Coordinación con recursos de integración laboral	Falta de dotación de estrategias más eficaces

* A fecha junio 2002 se considera que la actividad laboral del personal ya está consolidada.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados por los responsables autonómicos

Tabla 11
Presupuesto (en pesetas) por áreas de actuación, año 2000.

	PREVENCIÓN ASISTENCIAL	INTERVENCIÓN SOCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES	COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	OTROS	TOTAL
Andalucía	777.161.340	2.575.832.549	872.598.562	14.280.000	857.257.000	259.468.000 <i>Inversiones en centros</i>	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 <i>(Cooperación social)</i>	798.519.974	
Baleares	66.554.714		539.225.788	3.148.928	8.442.038 <i>(Coordinación Cooperación Institucional)</i>		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	57.050.000	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 <i>(Servicios normalizados)</i>	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
Mejilla	22.601.999	12.733.333	2.214.000	1.995.000	814.500		40.358.832
Murcia	93.162.421	511.250.000	114.700.000	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		432.958.750	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. 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. 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.

La prevención se basa en una serie de principios básicos, prioridades y objetivos de actuación, que según la Estrategia Nacional 2000-2008 deberían ser los siguientes:

1. Los programas preventivos deberán abordarse de forma que posibilite la sinergia de actuaciones en los ámbitos policial, sanitario, educativo, laboral, social, etc. Este componente de intersectorialidad abarca también la actuación de los diferentes niveles de las Administraciones y el movimiento social.
2. La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que debe asentarse cualquier intervención en este campo. Sólo desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva puede encararse con éxito un trabajo que necesitará del cambio de actitudes y comportamientos individuales y sociales para lograr construir una sociedad libre de la dependencia a sustancias. En este sentido, el papel de los medios de comunicación se considera también clave.
3. Otro pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la educación para la salud. Así, la educación sanitaria de la población general y la educación para la salud en la escuela, se convierten en estrategias básicas a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones.
4. En la actualidad no puede concebirse un área de prevención del consumo de drogas que, a su vez, no contenga medidas destinadas a la profilaxis y reducción de las enfermedades y trastornos infecciosos asociados.

Este área, cuenta con diversos ámbitos intervención, principalmente el escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social. A través del análisis de los datos ofrecidos por las comunidades y ciudades autónomas, se puede apreciar 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.

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 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 drogas¹⁹.

¹⁹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

Al igual que con el resto de áreas de actuación, el proceso de programación y planificación de las actividades resulta primordial. El análisis de los cuestionarios sobre este ámbito, revela que 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, además, elaboran un mapa de necesidades y, en ocasiones, se definen las poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, aunque en algunos planes se prefiere incidir en la población general más que en sectores específicos. (Ver Tabla 12).

Tabla 12
Algunos aspectos destacados en la planificación de la prevención.

	<i>Análisis de necesidades</i>	<i>Mapa de necesidades</i>	<i>Definición de poblaciones de alto riesgo</i>
<i>Andalucía</i>	<i>SI</i>		<i>SI</i>
<i>Aragón</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
<i>Asturias</i>	<i>SI</i>		<i>SI</i>
<i>Cantabria</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>
<i>Castilla-La Mancha</i>	<i>SI</i>		
<i>Castilla y León</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>
<i>Cataluña</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
<i>Ceuta</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>
<i>Extremadura</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>NO</i>
<i>Galicia</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
<i>Melilla</i>			<i>SI</i>
<i>Navarra</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>	<i>SI</i>
<i>País Vasco</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>NO*</i>
<i>La Rioja</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>
<i>Valencia</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>	<i>SI</i>

* Aunque no se definen, se diseñan planes de prevención dirigidos a distintas poblaciones desde estructuras cercanas a ellas (por ejemplo gitanos)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministradas en el cuestionario a los responsables autonómicos

Este proceso no siempre resulta fácil, pues a menudo 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. En el primer caso, el problema se encuentra en la falta de conciencia del riesgo de las drogas (legales especialmente) y en el poco efecto de los mensajes preventivos sobre este grupo y en el segundo, en conseguir implicar a las familias en esta tarea. Además, pese al progreso e importancia creciente de la prevención, todavía existe una concepción demasiado amplia que habría que matizar y precisar para conseguir un mayor efectividad. Junto con ello, surgen otras “barreras” para su puesta en práctica, especialmente la necesidad de aumentar las subvenciones y, en el caso de la prevención escolar, la dificultad de incluir programas en los colegios, por la sobrecarga de trabajo que tienen los profesores, y de llegar a todas las edades.

Finalmente, 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. Por esta razón, los principales retos que se persiguen son la implicación y motivación de todos los sectores, el incremento de la percepción social del riesgo, el acercamiento a todas las edades, que la totalidad de centros escolares tengan programas de prevención e impulsar una línea rigurosa, sistemática y evaluada de prevención en todos los ámbitos (Tabla 13).

En resumen, la idea generalizada acerca de esta área es que la consideramos, por una parte, “privilegiada”, en el sentido de que los Planes pueden dedicarse en mayor medida a ella una vez que las necesidades asistenciales se encuentran cubiertas y, por otra, es difícil de “vender”, al verse los resultados de sus actuaciones a largo plazo y ser difícilmente evaluables. Sin embargo, se ha avanzado mucho en los últimos años y se ha empezado a “creer en la prevención”, dejando atrás las charlas de

los expertos en los colegios y elaborando programas validados e integrados en el marco general de Educación para la Salud. No obstante, consideramos necesario seguir avanzando, implicando a todos, especialmente llegando a las familias, profesores y a todas las edades y, finalmente, haciendo hincapié en los sistemas de evaluación, todavía en muchos casos insuficientes.

Tabla 13
Problemas y retos de la prevención

	Principales Problemas	Retos
Andalucía	Llegar a la población	- Implicar a todos los sectores y a la familia
Aragón	- El consumo de los adolescentes de forma compulsiva fines de semana y sus consecuencias - Actual modelo de transgresión de la norma - Discurso confuso en el cannabis que hace entrar a jóvenes en circuitos de delincuencia.	- Intentar incrementar la percepción del riesgo en preadolescentes - Implicar a los sectores más cercanos a los jóvenes - Detectar casos de inicio de consumo
Asturias	"Servicios Sociales está un poco por detrás"	- Llegar a todas las edades en el ámbito escolar - Trabajar con las familias de los drogodependientes de una forma más específica - Priorizar el trabajo con los servicios atención primaria - Cambiar estereotipos de los jóvenes respecto a las drogas
Cantabria	Falta de implicación de algunos sectores de la población, especialmente a los padres	- Llegar a la población juvenil que consume drogas legales en edades de 13 a 16 años
Castilla-La Mancha	Falta de conciencia o conocimiento del riesgo de drogas legales, especialmente alcohol Poco efecto de los mensajes preventivos en las sustancias legales	- Que la totalidad de los centros escolares tengan programas de prevención - Llegar a más municipios (con Planes de Drogas)
Castilla y León	Falta de herramientas validadas y contrastadas en prevención familiar No está desarrollado un banco de instrumentos validados para evaluar Concepción de la prevención demasiado amplia	- Impulsar una línea rigurosa, sistemática y evaluada de prevención familiar (como en p. escolar), a nivel universal como para familias de alto riesgo y con adolescentes en situación de alto riesgo. - Que los servicios de salud laboral universalicen el consejo antitabáquico y frente al abuso de alcohol - Ir avanzando en espacios laborales y de juventud
Extremadura	- Dispersión geográfica, llegar a todos los niños (200.000) es muy costoso e ilusionar a profesores y familia	- Trabajar con todos los niños desde los 5 años hasta los 15, vender a la sociedad que es algo rentable y tener apoyo económico para que esto sea rentable.
Galicia	- Implicar a la familia en las Escuelas de Padres	- Necesidad de más prevención escolar (más número de programas), refuerzo en la educación en valores en etapas de riesgo (adolescencia) e información escrita para padres e incidir en la labor con las familias
Navarra	- Cambiar el enfoque de los técnicos que vienen de programas libres de drogas donde la idea es no consumir	- Normalizar las drogas, convivir con ellas e identificar las sustancias con las que se puede tener más conflicto por la frecuencia y la intensidad. - Cambiar la actitud de los padres - Reducir el consumo de alcohol
La Rioja	- Necesidad de aumentar las subvenciones	Llevar a los centros materiales, información por Internet y nuevas tecnologías (prevención de alcohol en jóvenes), portal de drogas en el ámbito laboral, educación (transversal), familia (financiando escuelas de padres) y ocio (Ayuntamientos).
Valencia	- Cuesta mucho incluir los programas en la escuela por el trabajo que ya tienen los profesores	- Disponer de una Unidad de Prevención Comunitaria en municipios cada vez más pequeños - Trabajar con edades más tempranas en prevención escolar, conseguir la obligatoriedad de los programas - Lograr debates más científicos y profesionales

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en las entrevistas a los responsables autonómicos

5. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

Como se mencionaba 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, frente a los objetivos del Plan Nacional en 1985, la Estrategia Nacional ya no persigue aumentar la cantidad de recursos, sino 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.). Se pretende atender las necesidades de todos los colectivos y pacientes, llegando a todos los sectores (mujeres, jóvenes, población con problemas mentales, etc.) y a todos los 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 como los programas con sustitutivos opiáceos. Además, 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 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. Además, se ajustará a las necesidades de cada paciente, de manera individualizada, con programas flexibles que atiendan preferentemente al sujeto en el área de salud más cercana a su residencia y con estrategias para garantizar el acceso de todas las personas con problemas de drogodependencia a los diferentes recursos. Para lograr este objetivo, en la mayoría de los casos, se requerirá la coordinada combinación de diferentes recursos, pues se entiende que cada recurso es un elemento necesario del sistema pero no suficiente por sí mismo, sino como una parte más del proceso terapéutico²⁰.

Determinar el Circuito Terapéutico es una labor responsable de cada Plan Autonómico, aunque la Estrategia Nacional recomienda tres niveles de intervención: el primero de ellos, debe ser la puerta de entrada al Sistema, al menos con los Equipos de Salud, de Servicios Sociales, Programas de Reducción del Riesgo y del Daño y otros recursos que proporcionen la asistencia sanitaria y social básica. El segundo nivel estará compuesto por los equipos interdisciplinarios, responsables de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individuales. En este nivel pueden encontrarse recursos generales (Atención Primaria, Especializada o Mental) y específicos. El tercer nivel, estará formado por recursos específicos con un alto nivel de especialización, como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria o los Centros Residenciales. Por último, en los diferentes niveles, habrá programas para garantizar la reinserción social²¹.

Siguiendo la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, en el año 2000, en los «Programas libres de drogas», el mayor número de usuarios (73.467) fue atendido en los 495 centros ambulatorios existentes; las 106 comunidades terapéuticas, públicas o privadas con financiación pública, atendieron a 6.322 personas en régimen residencial y 4.932 personas lo hicieron en las 56 unidades hospitalarias registradas. Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos se han vuelto a incrementar, tanto en el número de centros (1.723: 159 prescriptores, 323 pres-

20 DGPNSD (1999): Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pps.60.

21 DGPNSD (1999): Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pps.61.

criptores y dispensadores y 1.241 dispensadores), como en usuarios atendidos (78.806). Además, un total de 891 oficinas de farmacia y 28 unidades móviles se encargaron de la dispensación de metadona, aunque los usuarios siguen acudiendo en mayor medida a los centros de tratamiento de drogodependencias. Para conseguir la reducción del daño, participaron 19 centros de emergencia social, 31 unidades móviles, 1.829 oficinas de farmacias y 44 programas de otro tipo, incrementándose también los programas de intercambio de jeringuillas (PIJ) con un total de 4.467.266 jeringuillas y/o kits sanitarios repartidos y contando con diversos recursos (13 centros de emergencia social, 32 unidades móviles, 1.234 oficinas de farmacia y 241 dispositivos diversos).

Por otra parte, 35.864 personas fueron atendidas en los dispositivos para población con problemas de alcoholismo (352 centros ambulatorios, 60 unidades hospitalarias y 33 centros residenciales no hospitalarios) aunque, como señala el Plan Nacional, esta población también es atendida en otros dispositivos. Junto a estos programas se han desarrollado otros, donde se incluyen los específicos para poblaciones especiales, de atención a la patología dual, a pacientes consumidores de psicoestimulantes, etc.²².

Sin embargo, además de los problemas asociados con la salud que conlleva el consumo de estas sustancias, también existen una serie de consecuencias sociales. Siguiendo los indicadores policiales, durante el año 2000, 81.302 personas fueron detenidas y 17.067 arrestadas por tráfico de drogas, aunque aproximadamente un 10% de las sanciones fueron sustituidas por inicios de tratamiento.²³ El Segundo Informe del Observatorio Español sobre Drogas, mencionaba la situación marginal en la que se hallaban los drogodependientes en prisión con un 18,3% de ellos infectados con VIH, un 4,46% con Hepatitis C, un 0,14% con Hepatitis B y un 0,8% con Tuberculosis respiratoria.²⁴ Durante 1998-99 se incrementaron los programas de metadona, intercambio de jeringuillas y derivaciones a otros programas comunitarios.²⁵ Por este motivo, existen programas de alternativas a la población con problemas jurídico-penales en todos los niveles del sistema. En el primer nivel, se encuentran los programas en comisarías y juzgados; en el segundo, los de alternativa a la privación de libertad, en los que la Organización Proyecto Hombre juega un importante papel; por último, en el tercer nivel, se encuentran los programas en centros penitenciarios.

En lo relativo a nuestro estudio, nos interesaba conocer, a partir de las entrevistas realizadas a los responsables de los Planes Autonómicos y del análisis de los cuestionarios, era si todas estas actividades y programas de intervención asistencial anteriormente descritos eran sometidos a un proceso de evaluación, el cual considerábamos fundamental. Los resultados que obtuvimos fueron muy positivos, ya que la realización de evaluaciones de diseño e implementación de los programas puestos en marcha era una pauta seguida en la mayor parte de las comunidades. Conforme a ellas, 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. Sin embargo, se observa que la mitad de las comunidades califican como poco adecuados los de asistencia a la población con problemas de alcoholismo (ver Tabla 14). Por tanto, consideramos que este último aspecto debería ser mejorado y tenido en cuenta de cara a futuras actuaciones.

Por otro lado, para poner en marcha estos programas, es necesaria una red de recursos que atienda a la demanda existente. 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.

22 Plan Nacional sobre Drogas, website: www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#

23 Informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.151.

24 Informe 2 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.78.

25 Informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.165-167.

Tabla 14
Grado de adecuación de los programas de intervención asistencial.

GRADO ADECUACIÓN DE LOS PROGRAMAS																
	Reducción del daño				Asistencia problemas alcoholismo				Otros programas o recursos asistenciales				En poblaciones con problemas jurídico-penales			
	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA	MA	A	PA	NA
Andalucía	X				X				X				X			
Aragón	X				X				X				X			
Asturias	X						X		X				X			
Cantabria	X						X		X				X			
Castilla																
La Mancha	X				X				X				X			
Castilla y León		X					X			X				X		
Cataluña																
Ceuta	X						X		X				X			
Extremadura	X						X		X							X
Galicia	X				X				X				X			
Murcia	X						X					X	X			
Navarra																
País Vasco	X				X				X				X			
La Rioja																
Valencia	X				X				X				X			

MA.- Muy adecuado

A.- Adecuado

PA.- Poco adecuado

NA.- Nada adecuado

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

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 (ver Tabla 15). Las debilidades encontradas en los recursos mencionados, pueden ser una fuente de ayuda para realizar otras investigaciones y detectar las necesidades y posibilidades de mejora.

En intervención asistencial, a pesar del buen funcionamiento logrado con el paso de los años, los responsables nos hablan de nuevos problemas y de retos de cara al futuro. Las principales dificultades hacen referencia a la necesidad de adaptarse a una realidad muy cambiante, donde surgen demandas de otros sectores (inmigrantes, personas con consumos problemáticos de alcohol, fumadores, policonsumidores, pacientes que presentan una patología dual, etc.) junto con una población heroínómana envejecida y en situación social y personal desfavorable. Además, 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. Por estos motivos, el principal reto que se persigue es conseguir la normalización de este problema, integrando la red de drogodepen-

Tabla 15

Tabla 15: Grado de adecuación de los recursos de la intervención asistencial

GRADO ADECUACIÓN RECURSOS																								
	Centro Ambulatorio Asistencia				Unidades Hospitalarias				Comunidades Terapéuticas				Centros prescripció/ dispensación opiáceos				Centros residenciales no hospitalarios				Unidades Desintoxicación Rápida			
	MA-	A-	PA-	NA	MA-	A-	PA-	NA	MA-	A-	PA-	NA	MA-	A-	PA-	NA	MA-	A-	PA-	NA				
NA																								
Andalucía	X				X				X				X				X							
Aragón																								
Asturias	X				X						X					X								
Cantabria	X				X				X				X											
Castilla																								
La Mancha	X					X			X				X				X							
Castilla y León	X				X							X	X					X						
Cataluña		X				X					X							X						
Ceuta			X				X	X					X				X							
Extremadura	X						X	X					X				X							
Galicia	X				X				X				X				X			X				
Murcia	X					X			X				X					X		X				
Navarra																								
País Vasco	X				X								X					X		X				
La Rioja			X			X							X						X	X				
Valencia	X				X				X				X				X			X				

MA.- Muy adecuado
 A.- Adecuado
 PA.- Poco adecuado
 NA.- Nada adecuado

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario a los responsables autonómicos

dencias en la Red de Salud y suavizando las posibles resistencias de este proceso. También es preciso adaptar la red a las necesidades con servicios especializados de alcoholismo, programas para usuarios de cocaína, de psicoestimulantes, de tabaco, para personas con problemas psiquiátricos agudos, etc.; la formación y aumento de profesionales; el refuerzo de los tratamientos; la normalización de la dispensación de metadona; la conexión de la asistencia y la reinserción y, en definitiva, lograr un acercamiento de la red al conjunto de la población (ver Tabla 16).

Tabla 16
Principales problemas y retos en la intervención asistencial

	Principales Problemas	Retos
Andalucía	- De ciertos sectores de población que empiezan a crear problemas en los centros (inmigrantes), se le unen otros problemas (integración social, idioma, etc). - Grandes distancias geográficas, mucha población y poco parecido entre las provincias (diferentes tipos de drogas, patrones de consumo, lo que condiciona mucho la coordinación y el establecimiento de protocolos y procedimientos unificados)	Proyecto Investigación de Heroína, integrar en la red pública de drogodependencias las ludopatías, homologar todos los programas Impulsar los centros de emergencia (de encuentro y acogida), poner uno por provincia.
Aragón	Adaptación a la realidad de un tema muy cambiante Resistencias profesionales, muy saturados de trabajo Falta de normalización	Adaptar la red a las necesidades Normalizar los centros Formación de profesionales
Asturias	Necesidad de reforzar los tratamientos Falta de personal	Lograr que los profesionales de salud mental sean los que atiendan a los drogodependientes Reforzar los tratamientos y aumentar el personal Relacionar la asistencia y la reinserción (el tratamiento debe formar parte del proceso de reinserción)
Cantabria	No hay, hasta hace poco era incluir profesionales de la psiquiatría pero ya se ha conseguido	No hay, el perfil de los pacientes que se van a tratar va a ser el mismo
Castilla-La Mancha		La integración en la red de salud
Castilla y León	Unas 75.000 personas mayores de 14 años tienen consumos problemáticos de alcohol Hay un porcentaje muy importante de fumadores que quiere dejarlo y no puede Dificultad de trabajar con una población drogodependiente cada vez más envejecida y en situación social, psiquiátrica, etc desfavorable Policonsumo	Articular una red de servicios asistenciales especializados que cubran la demanda relacionada con el alcohol Ofrecer apoyo terapéutico a los consumidores de tabaco Desarrollar programas con drogodependientes con problemas psiquiátricos agudos
Extremadura	Posibles resistencias de las dos redes a la integración en una, en la gestión del personal al no pertenecer al Sistema de Salud (ejemplo las bajas laborales, los horarios, etc) Sobrecarga asistencial en algunas zonas grandes que es difícil resolver por la situación del personal	Que se suavicen las posibles resistencias de la integración en el Sistema Extremeño de Salud Montar un centro (dos despachos para atender a las drogodependencias) en las zonas con poca población
Galicia	Coordinación con Salud Mental No hay en la sociedad conciencia de psicodependencia	Cómo tratar los casos de drogodependencias a psicoestimulantes (no es diaria sino ocasional).
Navarra	Saturación de la red (no ha crecido de modo proporcional a los problemas de salud mental de la sociedad) No es una red ágil en cuanto a entradas y salidas	Reforma de Salud Mental para que sea un circuito más vivo, se potencien Redes de Salud Mental y se haga antes la derivación a la Atención Primaria
La Rioja	Inseguridad, tradicional dedicación del centro a la heroína y no a otras drogas.	Crear programas para usuarios de cocaína La coordinación podría mejorar entre servicio de drogas y centro de salud Atender a los drogodependientes en la red normalizada de salud mental. Potenciar la dispensación de metadona en farmacias y acercar más el servicio al usuario.
Valencia	Faltan recursos	Crear un centro de media/corta estancia para cocainómanos y alcohólicos, dejar claro a la gente que el problema está en el alcohol y en la cocaína, cerrar el tema de la heroína y solucionar el de los heroinómanos resistentes Normalizar la metadona y que se dispense en farmacias Acuerdo en unos mínimos a nivel nacional

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en las entrevistas a los responsables autonómicos

6. 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 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 beneficia más de la mitad de los drogodependientes que participaron en ellos (de 18.042 un 58,56%).

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)²⁶.

Por otro lado, nos interesaba conocer la situación de los programas, actividades y recursos en incorporación social, tomando como indicadores el volumen de los mismos en función de las necesidades percibidas y su funcionamiento, en opinión de los responsables. Como resultado de esta evaluación, en términos generales, apreciamos mayores dificultades que en el resto de las áreas. De hecho, los responsables estiman oportuno aumentar la mayoría de los programas, especialmente los de integración laboral (empleo) y los de formación (ver Tabla 17). Además, algunas comunidades expresaban la necesidad de aumentar ciertos recursos específicos dentro de estas

Tabla 17

Adecuación de la oferta (volumen) de programas de incorporación social.

	Programas de formación			Programas de integración laboral (Empleo)			Apoyo residencial		
	Aumentar	Mantener	Disminuir	Aumentar	Mantener	Disminuir	Aumentar	Mantener	Disminuir
Andalucía	X			X			X		
Aragón	X			X				X	
Asturias	X			X				X	
Cantabria		X		X				X	
Castilla La Mancha	X			X				X	
Castilla y León		X		X				X	
Cataluña	X			X				X	
Ceuta	X				X				
Extremadura	X			X			X		
Galicia	X			X				X	
Murcia		X			X		X		
País Vasco							X		
La Rioja	X				X		X		
Valencia	X			X				X	

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada en los cuestionarios a los responsables autonómicos

²⁶ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD): Memoria 2000. En www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#

categorías, tal es el caso de Andalucía (empresas de inserción), Asturias (centros de encuentro y acogida), Cataluña (orientación sociolaboral y soporte a la integración social) y País Vasco (Centros de Día y Apoyo al Programa Metadona).

Atendiendo al funcionamiento de los anteriores programas mencionados, habría que resaltar que mientras los de integración laboral son calificados muy positivamente, es una actitud generalizada considerar mejorable el funcionamiento de los programas de formación. Por comunidades, se aprecian diferencias, por ejemplo, Cantabria y Castilla y León consideran asentada y con buen funcionamiento su red de programas de inserción social, sin embargo, en otras como Cataluña sería necesario mejorar todos ellos y en Asturias y Valencia, los de formación e integración laboral (ver Tabla 18).

En cuanto a las actividades y recursos, al igual que ocurría con los programas, habría que aumentar la mayor parte de éstos, 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), en mayor medida en Andalucía, Aragón y Extremadura (ver Tabla 19). Se considera imprescindible incidir en la mejora de este aspecto de cara al cumplimiento de los objetivos de inserción propuestos. En general, el funcionamiento estas actividades y recursos resulta adecuado, con la excepción de los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM en la práctica totalidad de las Comunidades, por lo que consideramos que el problema fundamental estriba más en el volumen o cantidad ofertada que en la calidad de los mismos (ver Tabla 20).

Para finalizar este apartado, era preciso conocer las dificultades y retos de la red de incorporación según la situación particular de cada comunidad. En líneas generales, los principales problemas derivan del perfil de los drogodependientes, personas ya envejecidas, en ocasiones con enfermedades crónicas que dificultan su inserción en el mercado laboral. Si estos pacientes no logran una estabilidad física adecuada, se encuentran con otros problemas derivados como recaídas, sobredosis, falta de contacto con los centros, etc., y la etapa de transición entre la salida del programa terapéutico y la integración social plena es muy dura. Otro de los problemas deriva de los servicios y recursos de

Tabla 18

Funcionamiento de los programas de incorporación social.

	Programas de formación			Programas de integración laboral (Empleo)			Apoyo residencial		
	Muy bueno	Bueno	Regular	Muy bueno	Bueno	Regular	Muy bueno	Bueno	Regular
Andalucía	X			X			X		
Aragón		X			X			X	
Asturias			X			X		X	
Cantabria	X			X			X		
Castilla La Mancha		X			X			X	
Castilla y León	X			X			X		
Cataluña			X			X			X
Ceuta	X			X					
Extremadura			X		X		X		
Galicia		X			X			X	
Murcia	X			X					X
País Vasco								X	
La Rioja			X	X					X
Valencia			X			X		X	

* Las categorías de Malo y Muy Malo no se han incluido en la tabla al no haberse seleccionado en ninguna ocasión
Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en los cuestionarios a los responsables autonómicos

Tabla 19
Adecuación de las actividades y recursos de incorporación social.

	Andalucía	Aragón	Asturias	Cantabria	C. La Mancha	C. y León	Cataluña	Ceuta	Extremadura	Galicia	Murcia	País Vasco	La Rioja	Valencia
Cursos titulación académica		Aumentar		Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar			Mantener	Mantener	Mantener	Mantener	Mantener
Cursos FP/INEM	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Mantener	Mantener	Mantener
Actividades Ocupacionales	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Mantener	Mantener	Mantener	Aumentar	Mantener	Mantener	Mantener	Aumentar	Aumentar
Actividades Información, orientación y búsqueda empleo	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar	Mantener
Escuelas Taller	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar	Mantener			Aumentar	Mantener	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar
Casas Oficio	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Mantener	Aumentar		Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar
Talleres Empleo	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar
Integración talleres artesanos	Mantener	Aumentar	Aumentar	Mantener			Aumentar				Mantener	Mantener	Mantener	
Reserva Plazas Empresas	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Mantener	Mantener	Aumentar	Aumentar
Promoción empresas inserción	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar	Aumentar		Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar
Integración Programas empleo municipales	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar			Aumentar	Aumentar	Aumentar	Mantener	Aumentar	Aumentar
Pisos usuarios I ^o libre drogas	Aumentar	Mantener		Mantener	Mantener	Mantener			Aumentar		Incorporar	Mantener	Aumentar	
Pisos usuarios I ^o sustitutos	Aumentar	Mantener		Mantener	Mantener	Aumentar			Aumentar		Incorporar	Mantener	Aumentar	Mantener
Pisos reinserción social	Aumentar	Mantener	Aumentar	Mantener		Mantener			Aumentar	Mantener	Incorporar	Aumentar	Aumentar	Mantener
Residencias	Aumentar	Mantener		Mantener		Mantener					Incorporar	Aumentar	Mantener	Mantener
Familias acogida		Aumentar		Mantener		Mantener					Mantener	Aumentar	Aumentar	Aumentar
Otros										Aumentar*		Aumentar**		

*Ayuda de Servicios Sociales **Centros de Día

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en los cuestionarios a los responsables autonómicos

Tabla 20
Funcionamiento de las actividades y recursos de incorporación social.

	Andalucía	Aragón	Asturias	Cantabria	C. La Mancha	C. y León	Cataluña	Ceuta	Extremadura	Galicia	Murcia	País Vasco	La Rioja	Valencia
Cursos titulación académica	Bueno	Bueno	Regular		Bueno	Muy bueno	Regular			Bueno		Muy bueno	Bueno	Regular
Cursos FP/INEM	Bueno	Bueno	Regular		Regular	Regular	Regular	Muy bueno	Regular	Bueno	Regular	Muy bueno		Regular
Actividades Ocupacionales	Bueno	Bueno	Regular			Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Regular	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
Actividades Información, orientación y búsqueda empleo	Bueno	Bueno	Bueno			Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno
Escuelas Taller	Bueno	Bueno	Bueno			Regular	Bueno		Bueno	Bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno	Regular
Casas Oficio	Bueno	Bueno	Bueno			Regular	Bueno		Bueno	Bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno	Regular
Talleres Empleo	Bueno	Bueno	Bueno				Bueno	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Muy bueno	Bueno	Regular
Integración talleres artesanos	Bueno	Bueno	Bueno				Bueno					Muy bueno	Bueno	Regular
Integración talleres artesanos	Bueno	Bueno	Bueno				Bueno	Muy bueno	Muy malo	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Regular
Reserva Piezas Empresas	Bueno	Bueno	Bueno		Regular	Bueno	Bueno		Regular	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Regular
Promoción empresas inserción	Bueno	Bueno	Bueno			Muy bueno	Regular		Regular	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	
Integración Programas empleo municipales	Bueno	Bueno				Bueno			Malo	Bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno	Muy bueno
Pisos usuarios tº libre drogas	Bueno	Bueno	Bueno		Bueno	Muy bueno			Muy bueno			Muy bueno	Regular	
Pisos usuarios tº sustitutos	Bueno	Bueno	Bueno		Bueno				Bueno			Muy bueno	Regular	Bueno
Pisos reinserción social	Bueno	Bueno	Bueno						Bueno	Bueno		Muy bueno	Regular	Muy bueno
Residencias	Bueno	Bueno	Bueno			Muy bueno						Muy bueno	Regular	Muy bueno
Familias acogida	Bueno	Bueno	Bueno			Bueno						Muy bueno	Malo	Bueno
Otros										Bueno		Muy bueno		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en los cuestionarios a los responsables autonómicos

inserción, donde en algunas comunidades están normalizados y en otras se refieren a dificultades de coordinación y a la necesidad de conseguir mayores competencias.

Los retos que se plantean de cara a un futuro, consisten en seguir posibilitando la autonomía personal y la formación ocupacional de los pacientes, adaptando los recursos a sus peculiaridades e implicando a empresarios y a la sociedad en general para que les den una oportunidad. En cuanto a la Administración, mejorar la coordinación de manera que cada entidad asuma su parte de responsabilidad y, por último, seguir apostando por el desarrollo y participación en proyectos europeos (ver Tabla 21).

Tabla 21

Tabla 21: Principales problemas y retos en incorporación social.

	Principales Problemas	Retos
Andalucía	Dificultades de coordinación por las peculiaridades de la Comunidad (nº habitantes, dispersión geográfica, etc.) y de establecimiento de protocolos unificados. Necesidad de contar siempre con la estructura sanitaria y con los Servicios Sociales	Mejorar la coordinación
Aragón	Cuando no hay estabilidad física, la persona tiene muchas dificultades (recaídas, sobredosis, falta de contacto con los centros, etc.)	Seguir posibilitando la autonomía personal para que sigan tomando decisiones como cualquier otra persona
Asturias	Situación difícil porque la mayor parte de los drogodependientes son ya bastante mayores y necesitan muchas cosas	Rescatar el papel de los servicios públicos, que cada entidad asuma su parte de responsabilidad
Cantabria	No existen (la mayoría de las competencias las tiene Trabajo)	Ninguno
Castilla La Mancha	El INEM aún no está transferido (políticas activas de empleo)	La formación ocupacional de los pacientes y la adaptación de los recursos a las peculiaridades de los pacientes, en muchos casos crónicos, y que en algunas fases de su vida no podrán trabajar. Si se transfieren las competencias, se puede acercar el recurso más al ciudadano
Castilla y León	Cuando sale del programa terapéutico hasta que se integra oficialmente, pasa un tiempo y esa etapa de transición suele ser muy dura	
Extremadura		Seguir apostando por los proyectos europeos, encontrar empresarios arriesgados que les den una oportunidad, implicar a la sociedad
Galicia		Es el área prioritaria en estos momentos
Navarra	No. Los recursos y servicios están normalizados (cuando entran en la red no sabemos sus dificultades)	
La Rioja		Mejorar la colaboración con las empresas privadas para que sea más activa la contratación
Valencia		Intentar ampliar la red a los municipios de 25.000-30.000 habitantes

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en las entrevistas a los responsables autonómicos

7. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Todas las áreas anteriormente descritas con sus correspondientes programas, actividades y recursos, son complementadas con un conjunto de estudios e investigaciones en drogodependencias 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, con la exis-

tencia de algunos centros autonómicos y del Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 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 niveles²⁷.

Este aspecto se ha considerado de gran importancia y, 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 Autonómica son principalmente de tipo financiero y de ausencia de entidades que promuevan la realización de estudios de interés (ver Tabla 22). Además, en ocasio-

Tabla 22

Cantidad, calidad y principales problemas de los estudios e investigaciones

	CANTIDAD	CALIDAD	PRINCIPALES PROBLEMAS			
			Ninguno	De tipo financiero	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 a partir de los datos suministrados en el cuestionario a los responsables autonómicos

27 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD); Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pps. 88-90.

nes, 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 drogodependencias²⁸.

APORTACIONES FINALES: PUNTOS FUERTES Y DÉBILES

A lo largo de este informe, se han mostrado los aspectos más relevantes de la evaluación diagnóstica realizada. En resumen, como aspectos más significativos 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. Ante estos cambios acaecidos en los últimos años, al Plan Nacional sobre Drogas (1985) le ha seguido un nuevo documento: la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 que, además de ser una actualización de éste, marca cuáles serán las pautas de intervención en los próximos años. Este documento, consensuado por todas las Administraciones, será adaptado en cada uno de los Planes Autonómicos, según la situación específica en la que se encuentren. 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 seguirá apostando por los programas de reducción del daño, acercándolos a todos los colectivos. Además, se persigue 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 (Atención Primaria, Especializada, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.) y por parte de todas las instituciones con competencias en la materia (Administración, Organizaciones no Gubernamentales, incluyéndose en éstas a los sindicatos y a la confederación de empresarios).

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. Finalmente, también son importantes las líneas que se desarrollen en la esfera internacional, participando en Organismos Europeos e Internacionales y mejorando las relaciones bilaterales.

A través de los diferentes aspectos mencionados, se trata de cumplir los objetivos de la Estrategia: un plan participativo e integrador, que aborde las drogas desde una perspectiva global, que busque la generalización de la prevención escolar, que prevenga en el medio laboral, que normalice la asistencia a los drogodependientes, que garantice su plena cobertura asistencial e integración laboral, que potencie la investigación y formación, que desarrolle el Observatorio Español sobre Drogas y, por último, que incida en el control de la oferta²⁹.

La labor y el esfuerzo desarrollado por el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Autonómicos y las diversas instituciones y entidades –públicas y privadas– implicadas en la lucha contra la drogadicción, ha sido creciente. Con el paso de los años, han sido muchos los retos y aspectos posi-

28 En este sentido, el recién publicado "Documento Galicia sobre Problemas Relacionados con los Trastornos Adictivos en Europa", por parte de la Sociedad Española de Toxicomanía, el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el PNSD, además de numerosos profesionales, menciona la necesidad de crear un "Colegio Europeo de Ciencias de las Adicciones" para establecer un foro que facilite y potencie el diálogo con otras organizaciones similares, tanto en Europa como fuera de ella.

29 Nueva Estrategia Nacional 2000-2008.

tivos 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, 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. El impulso de la prevención conlleva el fomento de programas rigurosos y de modelos basados en la evidencia; es preciso seguir incidiendo en el trabajo con los adolescentes y en su percepción del riesgo, retomando el tema del alcohol y el tabaco y mejorando las herramientas para trabajar el cánnabis, en definitiva cambiando sus estereotipos. 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, al igual que cualquier paciente y, junto con ello, se hace necesario desarrollar una red de integración sociolaboral que coopere en la labor e incidir del mismo modo en la población en prisión. (Ver Tabla 23).

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, finalmente, acercar la red a toda la población, buscando nuevas soluciones a la dispersión geográfica. Los puntos fuertes señalados son logros alcanzados como resultado del esfuerzo de todos aquellos que llevan trabajando en este tema durante años y los puntos débiles, han de ser tomados como retos pendientes de mejorar en un futuro. 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.

Tabla 23
Puntos fuertes y débiles de los Planes Autonómicos sobre Drogas

	<i>PUNTOS FUERTES</i>	<i>PUNTOS DÉBILES</i>
Andalucía	<i>Diversidad de la red, especialmente asistencial</i>	<i>En prevención e incorporación social queda mucho por hacer; extensión, disparidad y dispersión geográfica; necesidad de mayor presupuesto e investigación.</i>
Aragón	<i>La ley de drogas, la nueva estructura, y la buena coordinación y funcionamiento de la reinserción social (hay oportunidades profesionales y un porcentaje de desempleo muy bajo)</i>	<i>Conseguir la normalización; poder iniciar una línea de trabajo con los adolescentes (alcohol y tabaco); necesidad de más herramientas para trabajar el tema del cánnabis; sensibilizar a la sociedad que la prevención es tarea de todos</i>
Asturias	<i>Plan de Drogas 2001-2003, reflejo de lo que dice la sociedad, apoyado por el Gobierno y consensuado</i>	<i>Situar el tema de las drogodependencias en los adolescentes (cambiar los estereotipos que se tienen), luchar contra la inseguridad ciudadana, tratar la alarma social frente a nuevos fenómenos (drogas de síntesis, etc.), que haya más consenso y trabajo conjunto entre los gobiernos</i>
Cantabria	<i>Todos los planes han sido consensuados y servicios de bastante calidad y ajustados a la demanda, certificados por un sistema de acreditación de la calidad (AENOR) en todos los servicios y áreas desde 1999</i>	<i>Falta de tiempo para desempeñar todos los proyectos: "Muchas ideas y poco tiempo", implicar más a las familias de los drogodependientes y de los que pueden llegar a serlo, en definitiva, llegar a más gente</i>
Castilla La Mancha	<i>Buena disposición e interés de los profesionales en el tema de las prisiones</i>	<i>Prisiones, los profesionales están bastante saturados, con pocos medios, etc. Dispersión geográfica, las poblaciones más pequeñas con gran dificultad de acudir a los centros</i>
Castilla y León	<i>Gran bagaje en el tema de las drogas, con 4 Planes de Drogas y pioneros en la Ley; considerable desarrollo normativo; nº importante de Administraciones y ONGs trabajando en la misma línea con políticas planificadas; gran estabilidad en el tiempo; no ha habido grandes alarmas en este tema y, finalmente, la red asistencial</i>	<i>Retomar de manera muy decidida el tema del alcohol y del tabaco; impulsar la prevención con programas rigurosos y sistemáticos basados en la evidencia, especialmente en el campo familiar (crucial y muy abandonado); perder el miedo a la evaluación y a los malos resultados; desarrollar la integración sociolaboral, creando una red que coopere; tener mayor financiación y consolidar y homologar la retribución de los profesionales que trabajan en la red (especialmente en la asistencial)</i>
Galicia	<i>Elevado nivel de institucionalización por la producción legislativa y por la estabilidad presupuestaria. Cuentan con una Oficina institucionalizada</i>	<i>La formación continua de los profesionales porque requiere esfuerzos de estos sujetos hacia la formación; que el Plan se considere un Plan de Gobierno y no de una Consejería; que disminuya la percepción social del riesgo de la sociedad en general y no sólo de los jóvenes</i>
Navarra	<i>La estructura de coordinación y la forma de trabajar; la relación con Justicia, surgida de numerosos grupos de trabajo; el ser una Región muy pequeña donde conocemos perfectamente todo lo que pasa</i>	<i>La forma de trabajo es muy poco vistosa y en ocasiones es necesario dar a conocerla, menos por demanda política que por reforzar a los profesionales</i>
La Rioja	<i>Se persigue realizar cambios en la Administración más adecuados a la situación actual</i>	
Valencia	<i>La política de drogas está muy bien valorada, hay un reconocimiento del trabajo y esto genera un apoyo de las grandes estructuras de poder; la gente de la red asistencial y de prevención "se creen lo que hacen"; "las grandes políticas las grandes líneas no es que estén consensuadas, sino que o nacen de la gente, así que tienes a la gente del sistema apoyándote"</i>	<i>La naturaleza de la Administración hace que los sueldos de los aparatos de gestión sean más bajos y esto imposibilita que se tenga gente con conocimientos de última hora</i>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos suministrados en las entrevistas a los responsables autonómicos

APÍTULO II

SITUACIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

ANDALUCÍA

INTRODUCCIÓN

El problema de las drogodependencias es uno de los aspectos que más preocupa a la sociedad andaluza. A finales de los 70 y principios de los 80, el consumo de heroína y los problemas relacionados con el abuso de esta sustancia, les llevó a la elaboración en 1985 del Plan Andaluz sobre Drogas, a través del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y de la Comisión Delegada de Bienestar Social. Así mismo, se procedió a la creación del Comisionado para la Droga de cara a la coordinación y planificación (Decreto 72/85 de 3 de Abril) y de los Centros Provinciales de Drogodependencias para el desarrollo de los Planes de Drogas a nivel provincial (Decreto 73/85 de 3 de Abril). Este Plan contempló como áreas de intervención la Prevención, la Atención y la Incorporación Social; y desarrolló las competencias de la Administración Autonómica a través de la planificación, financiación, coordinación y ordenación de los programas y actuaciones. A nivel provincial, la gestión de los recursos y programas se realizó por medio de Convenios de colaboración con las Diputaciones Provinciales.

Con el paso de los años, se han ido apreciando los cambios en las sustancias consumidas, en los contextos y en las vías de administración de las mismas, el impacto social, el perfil de los consumidores, etc., por lo que se han desarrollado respuestas y estrategias para atender a todos los problemas relacionados con la drogadicción. Este esfuerzo se ha visto reflejado en la actual red pública de drogodependencias (de carácter descentralizado) que ofrece todo tipo de información, atención y servicios necesarios en este ámbito. Entre estos recursos, destacan los programas preventivos en los ámbitos educativo, comunitario y laboral, la red de Comunidades Terapéuticas, las Unidades de Desintoxicación, los programas de los Centros de Tratamiento Ambulatorio (Programas Libres de Drogas, de Tratamientos con Metadona), los recursos para la incorporación sociolaboral, etc.

La consolidación de los logros y avances conseguidos en los últimos quince años, se pretende conseguir a través de la creación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, siendo este Plan, a su vez, el promotor de la innovación en la atención y otros aspectos relacionados con las drogodependencias. Se parte de la experiencia de la planificación, diseño y puesta en marcha de los recursos, de los resultados obtenidos y de la evolución de todos los aspectos relacionados con las drogas y adicciones. Éste se encaja como un Plan específico dentro del Plan Andaluz de Servicios Sociales, asumiendo sus mismos principios básicos como los de responsabilidad pública, solidaridad, igualdad, universalidad, globalidad e integralidad, normalización, coordinación y descentralización, planificación y prevención. Como áreas fundamentales de actuación contempla la Prevención, la Atención Socio-sanitaria, la Reducción de Riesgos y Daños, la Incorporación Social y, por último, la Información, Formación e Investigación. Se considera fundamental la participación del movimiento asociativo y de los agentes sociales y ha sido incluido el término “adicción sin sustancia” para hacer referencia a los problemas generados por el juego de azar, tal como indica la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas. La vigencia del II PASDA, va a ser de casi siete años (2001-2007) y busca la mejora y perfeccionamiento de los recursos disponibles y la innovación para abordar los continuos cam-

bios que se producen en el ámbito de las drogodependencias. Las líneas generales que seguirá este Plan son las siguientes¹:

1. Adaptación de la red de atención a las drogodependencias a las nuevas demandas y diversificación de la oferta terapéutica a las diferentes tipologías de usuarios.
2. Desarrollo de una red de emergencia social
3. Impulso en el desarrollo de los programas de apoyo a la atención a las drogodependencias en las prisiones.
4. Impulsar con carácter prioritario la implantación de programas preventivos, abarcando los posibles ámbitos de actuación.
5. Desarrollo de Programas Específicos de Prevención dirigidos a jóvenes y a las poblaciones de riesgo.
6. Desarrollo de una red de incorporación social adaptada a las necesidades individuales.
7. Desarrollo e impulso de la acción investigadora y formativa
8. Seguir potenciando la participación de la Iniciativa Social en la construcción de las políticas de drogodependencias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Como conclusión, en opinión del Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial, lo que pretende el II Plan es intentar adaptarse a la realidad actual. El primer Plan surgió por una epidemia de heroína, había una gran presión social y ahora los perfiles de los pacientes han cambiado. El nuevo Plan se adapta a la situación de estos momentos, ofertando más recursos, mayor diversidad en la atención, un servicio más integrado a los pacientes, abordando cuestiones como las ludopatías y el mayor desarrollo de los programas de reducción de daños. Hay otras cosas que se mantienen como el trabajo de la iniciativa social o el movimiento asociativo y se refuerzan áreas como la de prevención, que aborda fundamentalmente el ámbito comunitario, el escolar y el laboral y se potencia mucho la formación. En la incorporación social se intenta alcanzar la normalización social y laboral.

En opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, haciendo una valoración general de la actual situación del Plan, en estos momentos el área de intervención asistencial está muy desarrollada y trabajada y las demandas de tratamiento están bastante cubiertas con la red de centros existente. Se está incidiendo mucho más en prevención, acreditando programas y tratando de llegar a todos los centros; en incorporación social, aumentando la oferta de programas y en la reducción de daños, persiguiendo que aquellos que no quieren dejar de consumir lo hagan con los menores riesgos posibles, como garantía para su salud y la de los demás².

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En términos generales, atendiendo a los diferentes tipos de drogas, el tabaco y el alcohol son las sustancias más consumidas en Andalucía. Por otro lado, se ha producido un leve incremento en el consumo de cánnabis, tranquilizantes e hipnóticos y cocaína. Los inhalables, alucinógenos, crack y otros opiáceos se caracterizan por una baja frecuencia de consumo entre la población y el consumo de heroína en los últimos años se ha estabilizado (ver Tabla 1).

Según los datos publicados en "Los Andaluces ante las Drogas" (1987/2000), respecto al consumo de las diferentes sustancias, el tabaco está muy extendido entre la población y a pesar de que se

1 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

2 Entrevista junio 2002.

Tabla 1
Consumo de las diferentes sustancias 1996-2000

	1996	1998	2000
TABACO (fumadores diarios)	29,5	31	33,2
ALCOHOL (bebedores abusivos)	7,8	6,5	7,8
TRANQUILIZANTES	6,2	4,8	5,3
HIPNÓTICOS	2,2	1,4	2,8
INHALABLES *	0,2	0,3	0,4
CÁNNABIS *	5,8	5,3	7,5
COCAÍNA *	2,0	1,9	2,2
DROGAS DE SÍNTESIS *	1,6	0,9	1,5
HEROÍNA *	0,7	0,6	0,6
ANFETAMINAS **	1,3	0,8	0,6

* Últimos 6 o 12 meses ** Últimos 6 meses

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos de "Los Andaluces ante las Drogas I, II, III, IV, V, VI y VII".

aprecie un cierto descenso en el hábito de fumar diariamente, su consumo entre los más jóvenes sigue estando muy extendido y es bastante amplio. Respecto al sexo, aunque la mayor parte de fumadores son varones, se aprecia una progresiva tendencia al aumento en el hábito de fumar diariamente por parte de las mujeres. En lo relativo a la edad, es en el grupo de 16 a 24 años donde se producen más inicios en el consumo, con casi la mitad del total, situándose la edad media en torno a los 16 años.

El alcohol es otra de las sustancias más consumidas en Andalucía y aunque se aprecia un cierto descenso en el uso abusivo, entre los jóvenes aumentan estos patrones. A pesar de que la mayor parte de bebedores abusivos son varones, en el año 2000 se aprecia un incremento de las mujeres en este grupo. Distinguiendo por sexo y edad en este tipo de consumo, se trata especialmente de hombres y mujeres en el intervalo de 16 a 20 años (13,6 y 9,6%, respectivamente) y en el grupo de 21 a 24 años (17,4% de hombres y 15,3% de mujeres). Por otro lado, se aprecia una tendencia creciente del consumo de tranquilizantes e hipnóticos, especialmente entre las mujeres de 45 y más años.

El cánnabis es la sustancia ilegal más consumida en esta Comunidad, aumentando especialmente en el año 2000. Sus consumidores son principalmente varones jóvenes de 16 a 34 años, aunque se aprecia un incremento del porcentaje de mujeres consumidoras.

El resto de las drogas en Andalucía, no se caracterizan por tener altos niveles de consumo, tal es el caso de las anfetaminas, donde se aprecia un descenso a lo largo de los años, llegando a ser en el 2000 un 0,6% los consumidores de esta sustancia. Generalmente, se trata de un modelo de policonsumo con la cocaína y las drogas de síntesis, realizado fundamentalmente por varones con edades comprendidas entre los 20 y 24 años. La cocaína es la sustancia ilegal más consumida tras el cánnabis, aunque su consumo no ha llegado a superar un 3%, disminuyendo a lo largo de los años, con la excepción del 2000 donde se apreció un ligero aumento. Sus consumidores suelen ser varones jóvenes, especialmente de 25 a 34 años, que residen en núcleos urbanos. Respecto al éxtasis y otras drogas de diseño, aunque su consumo no es muy elevado, en los últimos años aparece un ligero incremento, se trata nuevamente de un consumidor varón joven (20 a 24 años). En el caso de la heroína, aunque su consumo ha experimentado un notable descenso a lo largo de los años, apuntar que en Andalucía el cambio de vía de administración (la inhalada/fumada frente a la inyectada) se produjo tres años antes que en el resto de las Comunidades y Ciudades Autónomas⁴.

Respecto al resto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, señala que la Comunidad Andaluza se encuentra entre las regiones más

⁴ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

fumadoras, ocupando un tercer lugar (61,8%) junto con Baleares (46%) y Castilla y León (58,3%). Sin embargo, en el cánnabis y en las anfetaminas, resalta por ser una de las regiones menos consumidora de estas drogas (22,8 y 1,7%, respectivamente).

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

El problema de las drogodependencias es uno de los aspectos que más preocupa a la sociedad andaluza, por este motivo se ha trabajado duramente año tras año para tratar de minimizar y dar las posibles alternativas y soluciones más eficaces a este fenómeno. El último estudio “Los Andaluces ante las Drogas” (2001), investigó, entre otros aspectos, las consecuencias negativas producidas por el alcohol y otras drogas entre los consumidores en los últimos seis meses, donde como respuestas mayoritarias surgen los conflictos familiares, los problemas económicos y las enfermedades (ver Tabla 2).

Tabla 2
Consecuencias producidas por el consumo de drogas

CONSECUENCIAS NEGATIVAS	% RESPUESTAS	% CONSUMIDORES
Falto alguna vez a clase	2,4	1,5
Voy mal en los estudios	1,2	1,0
Falto alguna vez al trabajo	1,8	0,9
Problemas laborales	1,2	0,6
Encontrar o conservar el empleo	1,0	1,0
Conflictos familiares	6,1	5,4
Problemas económicos	4,6	2,3
He perdido amigos	1,8	1,7
Enfermedades	2,7	2,0
Accidentes	0,4	0,8
He estado detenido en prisión	1,2	1,0
Otros	1,5	0,2
TOTAL	100,0	81,6
BASE	(1.253)	(990)

Fuente: “Los Andaluces ante las Drogas” 2001 p. 195

Por otro lado, contemplando la red asistencial en Andalucía, al considerar la mayoría de los andaluces que los centros especializados en drogodependencias son la alternativa que más ayuda a dejar las drogas (64,3%)⁵, basándonos en los datos suministrados por el Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias⁶, en esta Comunidad se ha producido una adaptación a la demanda asistencial a través de modificaciones en los programas ofertados y recursos disponibles. Para ello, se han tenido en cuenta aspectos como las características de los usuarios, las demandas por consumo de las diferentes sustancias en los centros de tratamiento, el aumento de edad de los consumidores de heroína, la importancia de la prevención en todos sus ámbitos, mayor conocimiento e información de todos los aspectos relacionados con las drogodependencias, etc.

⁵ “Los Andaluces ante las Drogas”, 2001, pp. 202.

⁶ En el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Entre otros aspectos relacionados con el consumo de drogas en Andalucía, se encuentran una estabilidad en las admisiones a tratamiento en lo que a los nuevos casos se refiere, un crecimiento de los reinicios de tratamiento con sus correspondientes crisis y recaídas, el aumento del consumo de heroína por vía inhalada/fumada y de los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona, etc. A pesar de la complejidad del fenómeno de la drogadicción y de todas sus consecuencias, esta Comunidad cuenta con una sólida red de recursos asistenciales para hacer frente a esta situación.

En opinión del Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial, básicamente, lo que se detecta en los últimos años es una estabilización en las admisiones a tratamiento por consumo de heroína, el programa de metadona ha tenido un importante desarrollo. Ahora con lo que nos encontramos es con un ligero incremento de las admisiones por consumo de alcohol, sobre todo entre mujeres, sin embargo, en el resto de sustancias, aunque hay un aumento del consumo de cocaína, no se aprecia un crecimiento exponencial como ocurre en otras Comunidades Autónomas. En otro tipo de drogas, como las drogas de diseño, hay poca gente que acuda a los centros a solicitar tratamiento; además, contamos con el porcentaje más bajo de consumidores por vía intravenosa, desde 1992 se dio un descenso de esta vía de consumo y un aumento de la inhalada. En estos momentos, la vía intravenosa no llega al 7% y ha bajado desde el año 1994-95. Las encuestas que tenemos corroboran todos estos resultados⁷.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Como se indicó en el punto anterior, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones trata de consolidar los logros alcanzados en los últimos quince años e introducir nuevas estrategias en el tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones. El objetivo general es promover -partiendo de la base del respeto a la libertad individual- la toma de decisiones responsables de los ciudadanos y ciudadanas con las sustancias y actividades adictivas, incidiendo en los factores personales y sociales implicados en las mismas, mediante la disminución de las consecuencias negativas del consumo y las adicciones, la provisión de recursos para aquellos que deseen abandonarla priorizando sobre la normalización social de los afectados⁸. Se trata de un plan específico dentro del Plan Andaluz de Servicios Sociales y han intervenido en su elaboración todas las instituciones y entidades relacionadas con las drogodependencias.

Según señala el Plan, los principios generales y su metodología por áreas de actuación han sido elaborados por técnicos del Comisionado para las Drogodependencias y de la red andaluza, coordinado por la responsable técnica del área de drogodependencias del equipo técnico de la Comisión Delegada de Bienestar Social. Este equipo redactor también se ha encargado del análisis de situación, de las líneas y de los objetivos generales del Plan. Posteriormente, se celebraron unas Jornadas de Coordinación con profesionales y miembros de diferentes instituciones y entidades, donde se debatieron los objetivos específicos, las actuaciones y los indicadores de evaluación. Así mismo, se creó la Comisión de Redacción del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, presidida por el titular de la Consejería de Asuntos Sociales y formada por el Comisionado para las Drogodependencias, la Directora General de Infancia y Familia y el Director General de Bienestar Social, y por un representante con rango, al menos, de Director General, de las Consejerías de la Presidencia, Economía y Hacienda, Gobernación, Justicia y Administración Pública, Empleo y Desarrollo Tecnológico, Obras Públicas y Transportes, Salud y Educación y Ciencia. Una vez revisada la propuesta del Plan por la Comisión, se trasladó al Consejo Asesor sobre Drogodependencias y al Consejo Andaluz de Servicios Sociales para su informe.

⁷ Entrevista junio 2002.

⁸ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Entrando más detalladamente en los órganos de coordinación, gestión y participación del Plan⁹ con sus correspondientes competencias y funciones (ver Gráfico 1), es decir en su estructura y composición propiamente dicha, habría que distinguir entre el nivel regional y provincial. En lo que a la estructura regional respecta, existen una serie de órganos de coordinación de las diferentes administraciones y entidades que participan en él, concretamente el Comisionado para las Drogodependencias de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía¹⁰, como órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones en drogodependencias. La Comisión Delegada de Bienestar Social¹¹, planifica, impulsa y coordina las competencias y actuaciones del Consejo de Gobierno en materia de bienestar social, siendo el máximo órgano político de coordinación en materia de drogas. El Comité Interdepartamental de Drogodependencias y Adicciones transmite las conclusiones y propuestas a la Comisión Delegada de Bienestar Social y al Consejo de Gobierno. Este Comité funciona a través de Subcomisiones Interdepartamentales para el desarrollo de actuaciones concretas.

Respecto a los órganos de gestión en el ámbito regional, el Comisionado para las Drogodependencias diseña y gestiona los programas y recursos, autoriza, inscribe en el registro, acredita e inspecciona las entidades y centros, establece un sistema de información, evalúa las actuaciones, la investigación y la formación en drogodependencias y adicciones. La Fundación para la Atención a las Drogodependencias, gestiona aquellos recursos y programas que le sean encargados, respetando en cualquier caso, las especificaciones del Plan Andaluz y de los Planes Provinciales y las facultades de las distintas Administraciones competentes.

Los órganos de participación regional son el Consejo Asesor de Drogodependencias y el Consejo Técnico en asuntos de Drogodependencias y Adicciones, órgano colegiado de asesoramiento de las administraciones públicas andaluzas sobre las cuestiones técnicas, integrado por científicos e intelectuales para solucionar los problemas complejos del fenómeno de las drogas. El Consejo Asesor es el máximo órgano consultivo y de participación social, y está integrado por representantes de las administraciones públicas andaluzas, asociaciones en drogodependencias y adicciones, otras organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social. Funciona en Pleno para cuestiones generales y en Comisión Ejecutiva para acciones concretas.

Respecto a la estructura provincial, entre los órganos de coordinación se encuentra las Comisiones Provinciales de Drogodependencias, integradas por las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales, las Diputaciones Provinciales, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y otras Entidades locales supramunicipales que gestionen la materia. Estas Comisiones promueven la creación de Planes Municipales de drogodependencias, especialmente en Municipios de más de 20.000 habitantes, y fomentan el asociacionismo municipal de cara a estos fines. Los Centros Provinciales de Drogodependencias y las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales se encargan de la planificación, coordinación y seguimiento de los distintos Planes Provinciales de Drogas y Adicciones, que se transmiten para su aprobación al Comisionado para las Drogodependencias de la Consejería de Asuntos Sociales. La creación de los Planes Provinciales debe desarrollarse a partir de un año desde la aprobación de este Plan.

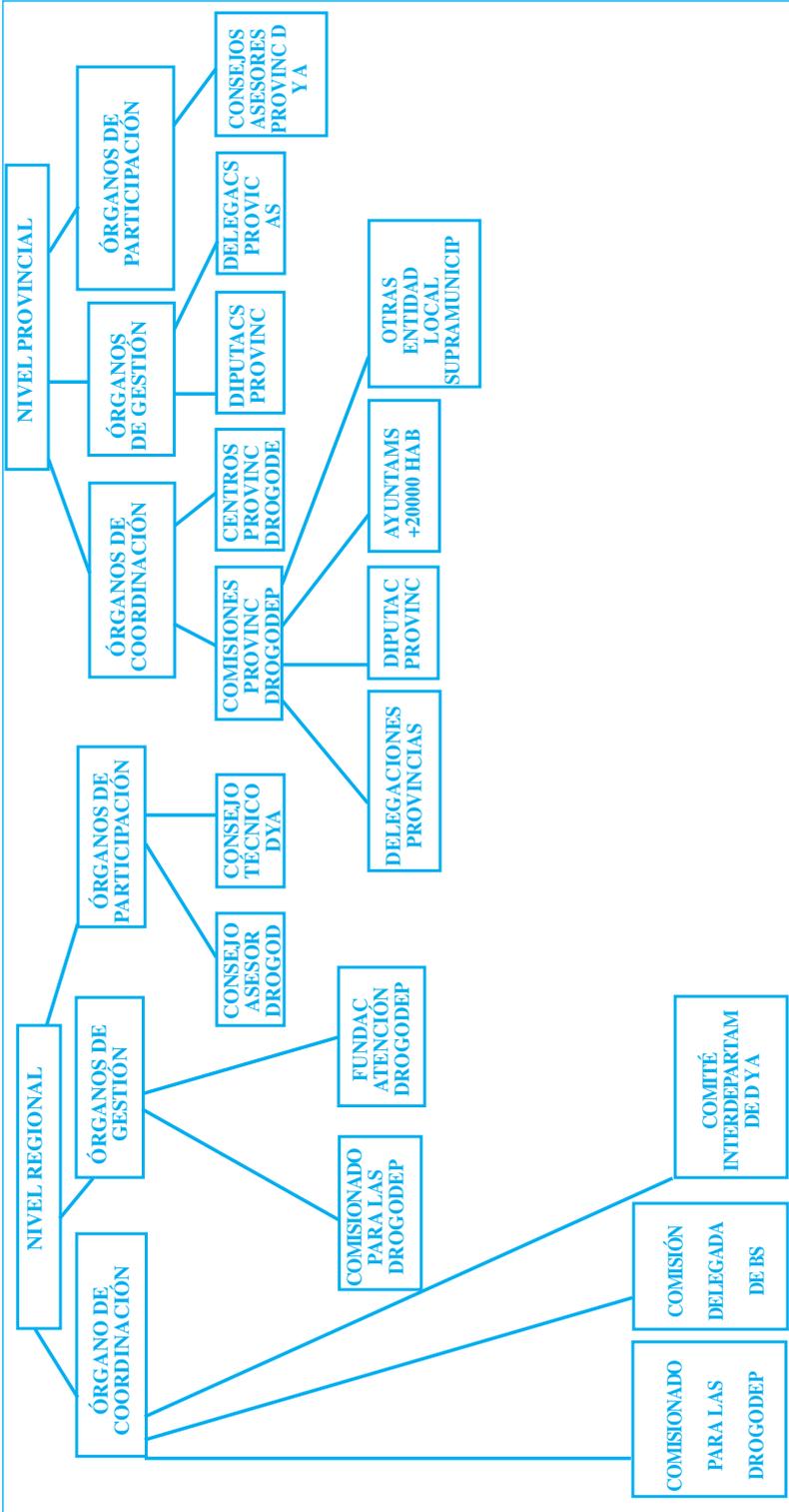
Dentro de los órganos de gestión provincial, se hallan las Diputaciones Provinciales, para gestionar los recursos provinciales en drogodependencias y adicciones y ejecutar los programas de desarrollo local y provincial (funciones similares desarrollan los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las Mancomunidades de municipios en su ámbito de competencias) y las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales como órgano administrativo de representación provincial del Comisionado para las Drogodependencias, coordinando la gestión y desarrollando los programas en drogodependencias y adicciones en el ámbito provincial. Por último, como órganos de participación a nivel provincial, con carácter consultivo, se crean los Consejos Asesores

9 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

10 Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de drogas, artículo 35.

11 Decreto 270/1997, de 2 de diciembre.

Gráfico 1
Organigrama del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones



Provinciales de Drogodependencias y Adicciones con una composición y funciones similares al Consejo Asesor en Drogodependencias y Adicciones.

Esta Comunidad, tomando como referencia el II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones, cuenta con un sistema de evaluación de las políticas públicas articuladas por medio de los planes estratégicos, para comprobar la validez y el impacto de las actuaciones desarrolladas y poder mejorar los aspectos necesarios en las diferentes intervenciones. Se trata de evaluaciones de resultados (si los objetivos propuestos se han conseguido), del proceso (de la realización) y de desarrollo social y humano (impacto en la población). El Sistema de Evaluación del Plan se articula en dos vertientes, la evaluación y la calidad, donde también se tiene en cuenta la opinión de las personas receptoras de las intervenciones y se basa en los principios de cobertura universal y de búsqueda de la excelencia. Para ello cuentan con la Comisión de Evaluación y con instrumentos como:

1. El Observatorio Andaluz de Drogodependencias y Adicciones.
2. Un sistema de información digital que permita en todo momento acceder al historial clínico de los usuarios estableciendo, a su vez, mecanismos que garanticen la no perversión de la obligación de la correcta custodia de la información sensible contenida en ellos.
3. Los propios indicadores previstos en este Sistema.
4. Las encuestas de percepción diseñadas para recoger la visión de los usuarios.
5. Las bases de datos para tratamiento estadístico de la información.
6. Los indicadores de calidad de vida de los colectivos diana del II PASDA y de la sociedad en general.
7. Las evaluaciones desde el punto de vista de los profesionales y de los movimientos sociales.

Para difundir las labores del Plan y la información necesaria sobre las drogodependencias y todos los aspectos relacionados con esta materia (cambios que se producen, nuevos comportamientos, etc.), el Plan cuenta con una serie de medios o sistemas de recogida de datos como estudios sociológicos y casos admitidos a tratamiento, que pretenden completarse con nuevos procedimientos cualitativos. Se dispone de un registro con la información básica de los casos admitidos a tratamiento y de los siete estudios sociológicos de la serie “Los Andaluces ante las Drogas”, de periodicidad bianual, para conocer cuál ha sido la evolución de las tendencias del consumo de drogas y las actitudes y creencias de los andaluces. Estas fuentes se pretenden completar con otros sistemas de información como los policiales, judiciales, sanitarios y toxicológicos y la constitución del Observatorio Andaluz sobre Drogodependencias y otras Adicciones.

Según la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, en Andalucía, por la propia estructura del Plan de Drogas, la coordinación es básica. Los centros o recursos propios de la Junta de Andalucía, que es quien tiene las competencias en materia de drogas, sólo son 2, el resto son en base a convenios con Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos), con la iniciativa social y con otras instituciones de la Junta de Andalucía como la Consejería de Salud, de Educación, el tema de la Confederación de Empresarios, sindicatos mayoritarios, Ayuntamientos con programas de prevención, Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico, etc. Además, frente a un programa que se pone en marcha, el Comisionado planifica, coordina o impulsa, pero nunca lo gestiona o ejecuta sólo, sino que si es, por ejemplo, “Ciudades ante las drogas” (programa de prevención comunitaria que lleva desde 1997), tiene que estar coparticipado y cogestionado con los Ayuntamientos o Corporaciones Locales que son los que están más cercanos a las necesidades de los ciudadanos, a la realidad. En definitiva, las actuaciones nunca van solas, siempre van acompañadas de otras entidades públicas o privadas, por eso siempre se intentan crear estructuras y comisiones de coordinación con ONGs. Aquí también son importantes las Comisiones Provinciales, que a su vez van a tener Consejos Asesores Provinciales y así pasar de lo regional a lo provincial y a lo local. Se tiene también una orden de convocatoria anual de ayudas públicas que es de toda la Consejería, con apartados específicos de drogas y hay una Comisión, a nivel regional, para evaluar los pro-

yectos y una Comisión técnica, a nivel provincial, para valorarlos y que todo vaya de forma coordinada¹².

3. RECURSOS HUMANOS

En la Comunidad Andaluza es fundamental la labor desempeñada por los profesionales que prestan asistencia directa a drogodependientes en los diferentes dispositivos, como, por ejemplo, en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de carácter provincial, comarcal y municipal. Los profesionales que trabajan en estos Centros son principalmente psicólogos (156), médicos (150) y trabajadores sociales (102). También prestan sus servicios monitores-educadores (36), D.U.E. (29) y auxiliares de enfermería (26). Por provincias, Sevilla es la que cuenta con mayor dotación de profesionales (121), seguida por Cádiz (92) y Córdoba (75).

Tabla 3

Profesionales que prestan asistencia directa en los Centros de Tratamiento Ambulatorio.

PROVINCIA	MÉDICOS	PSICÓLOGOS	TRABAJADORES SOCIALES	D.U.E.	MONITORES EDUCADORES	AUXILIARES ENFERMERÍA	TOTAL
ALMERÍA	13	14	6	1	4		38
CÁDIZ	28	28	21	3	11	1	92
CÓRDOBA	25	18	7	6	11	8	75
GRANADA	14	18	11		2		45
HUELVA	12	11	10	4	2		39
JAÉN	8	9	6	1		1	25
MÁLAGA	20	20	16	2	3	4	65
SEVILLA	30	38	25	12	4	12	121
Total	150	156	102	29	36	26	500

Fuente: Comisionado para las Drogodependencias, Consejería de Asuntos Sociales.

Por otro lado, se desarrollan una serie de actividades dirigidas a la formación y a la investigación, donde es fundamental el apoyo ofrecido por las Universidades Andaluzas a lo largo de los años en las tareas de formación, ya que establecen una serie de convenios de colaboración -a partir de 1992- para la realización de Cursos de post-grado con los títulos de Máster y Experto en Drogodependencias en seis de las ocho provincias (Sevilla, Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Huelva). También se establecen convenios entre las administraciones educativas y las entidades relacionadas con la prevención y el estudio de las drogodependencias. Además, se potencia la investigación aplicada (dirigida a los profesionales del Plan) por medio de los Premios de Investigación en Drogodependencias¹³.

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) en esta Comunidad (ver tabla 4), se aprecia un aumento de los cursos ofertados (de 2 en 1996 a 4 en 1999) y de los seminarios/jornadas/encuentros impartidos. Estas actividades de formación están dirigidas fundamentalmente a profesores y profesionales de diversos sectores.

En opinión del Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial, el personal que trabaja en el ámbito de las drogodependencias es adecuado. La red asistencial es bastante completa: solamente los

¹² Entrevista junio 2002.

¹³ II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones.

Tabla 4

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN		1996		1998	1999	2000
Profesionales y mediadores	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	
- Cursos	2	42 Profesores			4	
- Seminarios/ Jornadas/Encuentros	1	8 Profesionales	5	900 Profesionales de diversos sectores		4
- Otros	4	50 Profesionales				

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

centros de primer nivel, Centros de Día y Ambulatorios tienen 704 personas trabajando. Además de ellos, se incluye a un gran número de personas que colaboran a nivel de Ayuntamientos, ONGs o movimiento asociativo. Los recursos humanos están bastante bien desarrollados y son acordes a las necesidades, excepto temas puntuales como puede ser el Proyecto de Investigación con Heroína que necesita nueva dotación de personal.

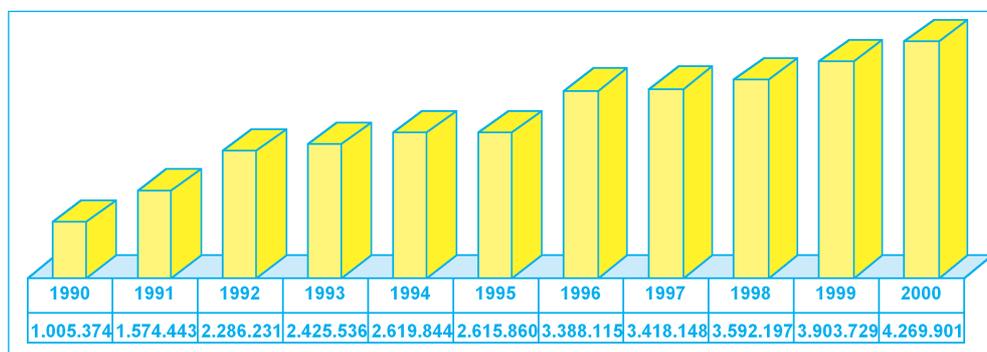
4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. Concretamente, de los 1.005.374.000 ptas con los que se contaba en 1990, se ha pasado a un total de 4.269.901.000 ptas en el 2000, esto supone un incremento total del 324,7 %¹⁴ (ver Gráfico 2).

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver tabla 5), los recursos económicos han crecido. El área de intervención asistencial es la que tiene mayor dotación económica, seguida por la prevención, incorporación social y coordinación institucional. Entrando en las diferentes áreas de actuación, el presupuesto destinado a la prevención ha crecido considerablemente año tras año (en torno a los 200 millones en 1996 a cerca de 800 millones en el 2000). Los recursos económicos también han aumentado en las áreas de intervención e incorporación social, especialmente en

Gráfico 2

Evolución presupuestaria (en pesetas) 1990-2000



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias, en II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones

¹⁴ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tabla 5
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000).

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	199.534.730	320.534.000	552.859.688	755.310.532	777.161.340
Intervención Asistencial	1.757.471.253	1.909.114.000	1.885.639.069	2.302.027.501	2.575.832.549
Incorporación Social	396.532.925	450.000.000	516.406.494	763.711.145	872.598.562
Coordinación Institucional	791.524.250	980.500.000	668.758.000	791.453.000	857.257.000
Formación, Documentación e Investigación	30.030.000	40.000.000	30.484.052	14.000.000	14.280.000
Inversiones en centros			192.015.397	260.000.000	259.468.000
TOTAL	3.175.093.158	3.700.148.000	3.846.162.700	4.886.502.178	5.356.597.451

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

el último año (2.575.832.549 ptas y 872.598.562 ptas, respectivamente). En el área de coordinación institucional el presupuesto se ha mantenido, siendo en 1997 el más elevado, y en el área de formación, han descendido los recursos económicos, especialmente en los últimos años. No obstante, se debe tener en cuenta que a partir de 1998 aparece como nueva partida presupuestaria las inversiones en centros, dato que puede influir en la reducción presupuestaria en estos años en las áreas anteriormente mencionadas.

En opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, el presupuesto nunca es adecuado. A parte del presupuesto propio de la Junta de Andalucía tenemos el propio del Plan Nacional, asociado a la población andaluza y al número de personas que atendemos y asistimos. No nos podemos sentir satisfechos nunca porque hay entidades privadas con las que mantenemos conciertos y que podrían tener una mayor dotación económica de la que tienen en este momento. Los recursos son limitados en todos los sitios. En comparación con otras Comunidades, tenemos una población enorme y si tienes en cuenta pesetas por población y por población drogodependiente, incluyendo población con problemas de adicción al juego o al tabaco, tema que el Plan Nacional no tiene en cuenta, en este sentido el presupuesto que da el Plan Nacional no es suficiente. Otro aspecto es que el Plan Nacional distribuye el presupuesto a través de indicadores y algunos de ellos esta Comunidad no los posee ahora mismo por su Sistema de Información (en fase de modificación) que está muy débil porque no se han podido preocupar hasta este momento al existir otras necesidades asistenciales. Por esta razón, en este momento estamos intentando mejorarlo.

5. PREVENCIÓN

En términos generales, según pone de manifiesto el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en el área de prevención se ha puesto en marcha un conjunto de medidas con el fin de dar a conocer y divulgar los problemas que rodean a las drogodependencias y mejorar la calidad de vida de los afectados por este fenómeno, incidiendo en los factores sociales que lo promueven. Para ello, se desarrollan un conjunto de medidas para controlar la oferta y la demanda y una serie de programas informativos y formativos dirigidos a los diferentes sectores de la población: la escuela, la comunidad, la familia, el medio laboral, etc. Tras la experiencia de los años, se buscan nuevos modelos y programas para la mejor adaptación al contexto sociocultural actual, donde las drogodependencias se contemplan como un problema social y multifactorial.

Resulta de gran importancia resaltar lo establecido en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 6, donde se señala que es necesario favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que, por su situación depri-

mida y de marginación, pueden resultar especialmente afectados por las drogodependencias. Se pretende mejorar la salud y el bienestar de todas las personas evitando que establezcan relaciones que sean destructivas o perjudiciales, para ellos mismos o para otros, con las diferentes sustancias, fomentando el autocontrol personal. Con todo el trabajo desarrollado, se buscan retos como la prevención del consumo o del abuso y la dependencia, del consumo nocivo y la reducción de los daños individuales o sociales relacionados con las drogas y otras adicciones.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son las series “Los Andaluces ante las Drogas” y la convocatoria “Ciudades ante las Drogas” que coordina este Comisionado de forma anual con los Ayuntamientos. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren al inicio cada vez más temprano en el consumo de drogas, las conductas de riesgo en jóvenes, el ambiente social y cultural propicio para el consumo y el aumento del número de jóvenes y, en especial, mujeres que se inician en el consumo de drogas, sobre todo de alcohol.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, se establecen una serie de objetivos en los diferentes ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Respecto a los recursos humanos, se trata de personal técnico en la Comunidad Autónoma y de Agentes de Prevención en los Ayuntamientos; en cuanto a los recursos materiales, se emplean principalmente documentación, pegatinas, carteles, camisetas, folletos, etc., y, por último, como recursos económicos destacan los 208 millones de pesetas por el Programa Ciudades ante las Drogas, empleados en materiales.

En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se logra a través de Comisiones Técnicas, Convenios y reuniones institucionales, así como por medio de la co-financiación de programas de prevención escolar con Educación, de Comisiones Técnicas y Convenios con la CEOE y las principales centrales sindicales (UGT, CCOO) y con otros sectores, realizando proyectos locales a través de mesas o grupos de trabajo, coordinadores, Comisiones Inter-institucionales, etc. Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención en Andalucía, se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, concretamente, población juvenil y población general de zonas de alto riesgo social. Actualmente se está realizando en la Comisión Técnica de Prevención del Plan Nacional sobre Drogas la definición específica de estos colectivos.

Por último, es necesario remarcar que los objetivos y actuaciones se dirigen hacia dos tipos fundamentales de prevención, la prevención primaria, dirigida principalmente a niños, adolescentes y jóvenes que no se hayan iniciado en el consumo con el fin de impedir que se de esta situación y, por otro lado, la prevención secundaria, para evitar que el consumo habitual se convierta en drogodependencia. Estos dos tipos de prevención abarcan los ámbitos comunitario, educativo y laboral, donde la familia es el pilar fundamental para la puesta en práctica de las diferentes actividades, programas y actuaciones. Todos estos aspectos se contemplarán a continuación.

En opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, en este área se intentan llevar a cabo programas acreditados. En un principio, el programa de prevención comunitaria “Ciudades ante las Drogas”, iniciado en 1997, a parte de la comunidad en general, llega a jóvenes e incluso a las escuelas. A nivel de educación, el programa más antiguo es “Órdago”, específico de Secundaria y utilizado mucho con jóvenes. Ahora se han implantado programas en edades más tempranas, como DINO, y se están intentando hacer programas más potentes, en el sentido de más interrelacionados con otras áreas, no sólo con drogodependencias, como el programa Forma Joven, donde participa el Instituto de la Mujer, que incluye 4 áreas: sexual, mujer y malos tratos, drogodependencias y sanitaria. Se intenta también unificar todo en un programa potente que vaya desde Primaria a Secundaria. Con la Consejería de Educación, Ayuntamientos y ONG's hay una coordinación, dirigiendo las actuaciones a formar a los profesores para que se multiplique la cadena, que son los que están en contacto con los alumnos, que se identifiquen con ellos y con la familia.

También se han desarrollado campañas de prevención dirigidas a la reducción de daños con anuncios, información, reparto de publicidad sobre el tema del alcohol, cánnabis, cocaína, drogas de diseño, etc. En el tema laboral, tenemos un convenio con los dos sindicatos mayoritarios (CCOO y UGT), para desarrollar actividades preventivas en las empresas e incluso oferta de tratamiento para aquellas personas que estén haciendo abuso de algún tipo de droga. Se está formando a los delegados sindicales y está a punto de firmarse un convenio con las empresas “El plan de empresa saludable”, donde participan Salud, la Confederación de Empresarios, Servicios Sociales y la Consejería de Empleo. La intención es contar con un material de prevención en el ámbito laboral canalizado y dirigido a través de UGT y CCOO, que a su vez forme a los delegados sindicales y éstos capten e informen a cualquier trabajador que tenga problemas de drogodependencias.

El principal problema que considera en esta área es llegar a la población, que muchas veces es reticente a recibir la información. Hay que intentar que los mediadores que trabajan con jóvenes realmente se crean partícipes de este tema. Además, tienen que implicarse todos los sectores relacionados para la resolución del problema. En este sentido, la familia tiene un papel muy importante, por lo que se están haciendo cursos de prevención o de información de familias para sensibilizar y educar en prevención, fomentando valores que eviten el consumo.

5.1. Ámbito escolar

El medio educativo, desde 1989, establece una serie de acuerdos con la Consejería de Educación y Ciencia, para el desarrollo de programas de intervención con el fin de poner en marcha un conjunto de actividades o actuaciones dirigidas a alumnos/as, padres, madres y profesorado. Con la aprobación de la L.O.G.S.E. (1990) se produjeron una serie de cambios, al integrarse la prevención de las drogodependencias y la educación en valores de forma transversal, incluyéndose en el currículum educativo de los planes de centros, para lograr un desarrollo integral y armónico de todos los alumnos¹⁵.

Comparando el número de actividades, programas y recursos materiales empleados en la prevención escolar (PNSD, 1996-2000), destaca el programa educativo puesto en práctica desde 1989, al que se le ha añadido la formación dirigida a padres y madres. Es notable el aumento de participantes y del número de recursos empleados año tras año. En 1998, comenzaron a iniciarse trabajos conjuntos entre el Plan y la Consejería de Educación y Ciencia, donde se aprobaron programas, con carácter experimental, como Y tú, ¿qué piensas? y el programa Órdago. Además, se implicaron un gran número de centros y alumnos, se buscó la adaptación de un proyecto para Enseñanza Primaria y se desarrollaron actividades de formación dirigidas a profesores. A partir de 1999, son más los centros de Enseñanza Secundaria y BUP implicados en los proyectos y se trabajó en un nuevo programa dirigido a la Enseñanza Primaria (DINO). El número de actividades, materiales y recursos empleados, son cada vez más diversificados y numerosos (ver Tabla 6).

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha continuado teniendo como prioridad aumentar el grado de información sobre las sustancias y las consecuencias del consumo, teniendo en cuenta los contextos específicos y los distintos agentes implicados (población infantil y juvenil, profesores, padres y madres, etc.). Para garantizar el seguimiento de esta línea, se procede a la difusión e implantación de programas en el ámbito escolar, concretamente el programa DINO (de 10 a 12 años), ÓRDAGO (de 12 a 16 años), ¿Y TÚ QUÉ PIENSAS? (de 16 a 18 años), el programa “Clases sin Humo”, los de prevención familiar llevados a cabo por el movimiento asociativo andaluz y por la FAD, el control de veta de alcohol y tabaco a menores y los programas comunitarios coordinados por los Centros Provinciales de Drogodependencias. La implantación de esta línea todavía no es completa en todos los centros educativos.

15 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tabla 6

Tabla 6: Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en ámbito escolar (1996-2000).

A. Escolar	Programas	Actividades	Destinatarios	Recursos materiales
1996	1	- 114 Cursos - 30 Seminarios	- 3.968 Profesores/padres	Material propio
		- 14 Proyectos 429 Sesiones informativas	- 347 Profesores - 20 Profesores - 4.466 Asistentes	
1997	1	- 136 Cursos	- 6.741 APAs, alumnos, profesores y adultos	Material propio
1998	4	- Actividades dirigidas jóvenes - 64 Cursos (formación, adultos, etc.) - 30 Actividades varias	- 185 Centros - 22.604 Alumnos - 1.604 Asistentes - 2.265 Participantes	- Cuadernos alumnos - Cuadernos profesores - Otros materiales de apoyo
1999	3	- 120 Cursos - 276 Actividades formativas	- 6.847 APAs - 20.948 Alumnos - 933 Profesores - 90 Adultos	- Material de apoyo - Folletos y trípticos - Material específico
2000	3	- 52 Cursos	- 35.060 Alumnos - 1.560 Profesores - 720 Padres	32.522 Publicaciones de material

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Existe una coordinación con la Administración educativa para impulsar la prevención escolar, de esta manera, se financia al 50% los programas y materiales para trabajar la prevención en los centros educativos. Los tutores y orientadores, en algunos casos apoyados por los agentes de prevención municipales o expertos de los centros de drogodependencias, son los que realizan las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (*¿Y TÚ QUÉ PIENSAS?*: 246 centros y 300 alumnos, *ORDAGO*: 150 centros, 17.000 alumnos y 900 profesores), además de ser evaluados los programas escolares (sólo datos cuantitativos), concretamente los dos últimos mencionados.

A los centros educativos se les ofrece formación, materiales, apoyo a los docentes, actividades extraescolares y programas educativos, es decir un conjunto de actividades plenamente integradas como asignatura transversal que van dirigidas al mismo objetivo. De la edición de los materiales informativos y divulgativos se encarga el Comisionado para las Drogodependencias; de los Programas *DINO* y *ORDAGO*, *EDEX* y la Consejería de Educación; del Programa *¿Y TÚ QUÉ PIENSAS?*, la *FAD* y, por último, de la edición del Programa de Prevención Familiar se encarga la Federación *ENLACE* y la *FAD*. La formación del profesorado se realiza a través de Cursos que organiza Educación en los *CEPS*. De esta labor se encargan los Centros de Profesores en las distintas provincias.

Una vez definidas las necesidades y objetivos y puestos en práctica los programas y actividades, como sistema de evaluación, Andalucía dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento. Del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008, se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias (1.560 profesores) y aquellos que han abordado el tema en el aula (seguimiento desde la Educación); la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula (seguimiento desde la Educación) y el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas específicamente a la familia (seguimiento de Educación, Memorias Anuales del Programa Ciudades Ante las Drogas).

5.2. Ámbito familiar

La familia ocupa un papel fundamental en el área de prevención, donde el trabajo integral con este colectivo es una de las prioridades del Plan (contemplada en el ámbito comunitario) y se han ido desarrollando un conjunto de actividades de formación e información dirigidas a los padres y madres con hijos toxicómanos o preocupados por este fenómeno. También destacar la edición de la “Guía para padres y madres preocupados por las drogas” en 1986, reeditada posteriormente en múltiples ocasiones. El objetivo de la prevención en este ámbito se ha visto reflejado en el incremento del número de actividades, si se observa el periodo 1996-1999, pasando de 16 cursos en 1997 a un total de 94 en el último año analizado, lo mismo ha ocurrido con el número de familias a las que estaban destinados (ver Tabla 7). Cuentan con un programa de prevención de drogas en la familia, llevado por la federación ENLACE, a través de convenio, que lleva puesto en marcha tres o cuatro años con muy buenos resultados. Éste consta de dos fases: una para familias que inician y otra para aquéllas que les apetece continuar.

Tabla 7
Prevención en el ámbito familiar (1996-1999).

<i>A. Familiar</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1997	16 Cursos	Material propio	503 familiar
1998	15 Cursos	Publicaciones FAD	
1999	94 Cursos	Material específico	2.128 padres/madres

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-1999.

5.3. Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos. Para ello, se parte de una estrategia global. Existe una línea clara de intervención, que se desarrolla con actuaciones como actividades informativas y formativas a colectivos de riesgo, información y difusión de riesgos a la población general, actividades alternativas coordinadas institucionalmente, trabajo con familias de alto riesgo y otros, actuaciones para que la comunidad se sienta responsable de colaborar en la solución del problema y la intervención con otras adicciones. En este sentido, los colectivos de riesgo, la coordinación institucional, partir del análisis de la realidad y el trabajo integral con las familias, son prioridades establecidas por el Plan Autonómico. Existe un diseño del seguimiento de los programas de la convocatoria “Ciudades Ante las Drogas” y aunque no se conoce lo que se hace fuera de esta convocatoria, se sabe que existe y se apoya.

En el ámbito comunitario intervienen el Comisionado para las Drogodependencias, Mancomunidades, Ayuntamientos, diversas Delegaciones como Salud, Asuntos Sociales, Educación; Policía; Juventud; Mujer; Escuelas; Centros de Formación; Escuelas-Taller; Centros de Salud; Centros de Drogodependencias, etc. La coordinación con otras instancias participantes se realiza por medio de Grupos de Trabajo, Mesas Intersectoriales y Coordinadores.

La Comunidad Andaluza tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente, donde se interviene principalmente con padres toxicómanos, menores, especialmente con fracaso escolar y jóvenes en situación de riesgo. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven consisten en contar con éstos en el análisis y desarrollo de propuestas e intervenir en la movida y en el consumo de alcohol y otras drogas ilegales. En su ejecución intervienen el Comisionado para las Drogodependencias y otras Consejerías como Juventud, Educación, Salud, Empleo y los Ayuntamientos. Por otra parte, los colectivos hacia

los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos, los educadores socio-culturales y los Técnicos de Juventud. Desde 1996, según los datos ofrecidos por el PNSD, se ha producido un incremento del número de programas, recursos y destinatarios en el ámbito de prevención comunitaria de forma sorprendente (ver Tabla 8).

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000).

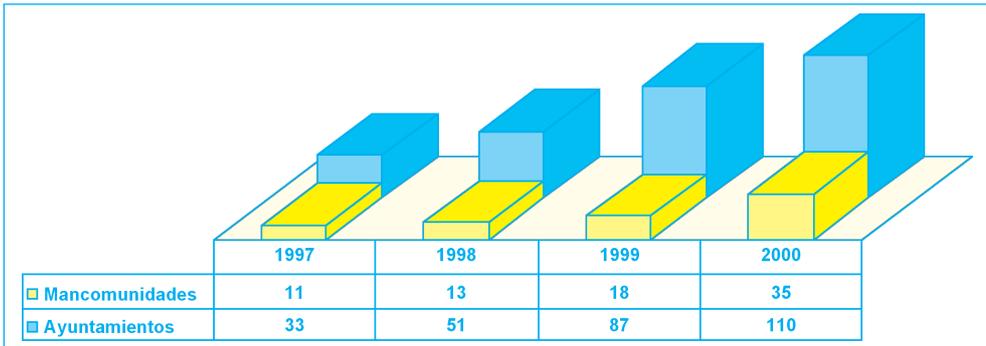
	Programa	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	1	4 Cursos	Material de la FAD	1.070 Asistentes
1997	1	118 Cursos	Material de la FAD	1.276 estudiantes univ., 2.910 población general, 762 jóvenes, 130 prisiones, 627 escuelas taller y 310 alcohol.
1998	3	- Programa Ciudades sin Drogas: cursos, jornadas, actuaciones con colectivos diversos. - Formación de agentes sociales: 3 cursos - Formación a colectivos diversos: 256 cursos	Guía didáctica Carteles, folletos, pegatinas Publicaciones FAD Publicaciones generales	51 Ayuntamientos, 13 Mancomunidades, 150 participantes, 1.684 estud. Univer., 2.099 población general, 187 jóvenes, 373 alumnos, 470 miemb. Asoc. Alcoh, 1.554 mediadores sociales, 567 familias , 811 prof. Sanitarios, 747 prof. Serv. sociales, 222 técnicos drogas, 565 policía local y 65 militares
1999	1	Ciudades sin Drogas: - 87 para Ayuntamientos - 18 para Mancomunidades - 269 cursos	Bibliografía espec., material FAD y Edex, Comisionado Drogas, PNSD, atención primaria, libros, vídeos, transparencias, etc.	2.878 jóvenes, 2.128 padres/madres, 923 personal sanitario, 72 policías locales, 2.878 mediadores, 262 colectivos marginados, 170 técnicos PASD, 105 resp. políticos, periodistas, 663 alcohólicos y 400 Personas mayores
2000	1	Ciudades sin Drogas: - 80 para Ayuntamientos - 51 para Mancomunidades - 114 actividades para personal técnico - 113 para colectivos alto riesgo	Bibliografía espec., material FAD y Edex, Comisionado Drogas, PNSD, atención primaria, libros, vídeos, transparencias, etc.	49.805 personal técnico, 14.324 sectores alto riesgo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Merece especial mención el Programa "Ciudades Sin Drogas" (ver Gráfico 3), puesto en marcha a partir de 1997, con el objetivo de mejorar las condiciones ambientales para la reducción del abuso de drogas, a través del compromiso de personas y grupos en la comunidad. Se lleva a cabo a través de una intervención conjunta con Ayuntamientos y Mancomunidades, reguladas a través de una Orden de Convocatoria Anual¹⁶.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan con indicadores como el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias (Memorias Ciudades Ante las Drogas), el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo (Memorias Ciudades Ante las Drogas) y los que incluyen actuaciones con familias en general (Programa Ciudades Ante las Drogas).

¹⁶ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Gráfico 3*Ayuntamientos y Mancomunidades del Programa "Ciudades Sin Drogas" (1997/2000)*

Fuente: Comisionado para las Drogas, en *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*

5.4. Ámbito de la comunicación

Según explican los responsables del Plan, mediante la fundamentación teórica, análisis de la situación y grupos de discusión, seleccionan los mensajes de prevención que considera apropiados para difundir a través de los medios de comunicación. Principalmente, se trata de mensajes de sensibilización e información, priorizando los que inciden en la población juvenil y en el consumo de alcohol. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través de convenios con emisoras andaluzas. Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo con cursos a redactores y guionistas. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, el Plan Autonómico contempla su utilización en prevención a través de la creación de una página WEB.

Las campañas institucionales difundidas en los medios (1996-2000), están dirigidas principalmente a jóvenes, población general y profesionales de los distintos ámbitos, aunque hay que resaltar que a partir de 1998, además de aumentar considerablemente el número de campañas (casi se duplican, pasando de 4 en 1996 a 13 en 1998), los destinatarios se diversifican, dirigiéndose también a consumidores, ambientes de diversión, etc. Los recursos materiales empleados son cada vez más diversos y numerosos (ver Tabla 9).

Como sistema de evaluación, cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas (campañas realizadas desde el Comisionado para las Drogodependencias y otras son coordinadas técnicamente a través de las convocatorias de ayudas económicas a asociaciones y corporaciones locales), el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias (todas las anteriormente mencionadas) y el número de medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención.

Tabla 9
 Campañas institucionales en el área de prevención (1996-1999)

Campañas Institucionales	Número	Recursos	Destinatarios
1996	4	Prensa (19), dípticos, carteles (50.000), pegatinas (180.000), camisetas (25.000), postales (625.000), trípticos (100.000), calendarios y marquesinas de autobuses	- Profesionales de diversos ámbitos - Población general - Jóvenes
1997	7	Prensa (31), carteles (110.500), pegatinas (640.000), camisetas (21.000), postales (500.000), trípticos (200.000), calendarios (250.000), spots de cine y radio, televisión, películas (1.000)	- Profesionales de diversos ámbitos - Población general - Jóvenes
1998	13	Prensa (65) y prensa joven, carteles (194.000), pegatinas (520.000), camisetas (62.000), postales (500.000), trípticos (1.150.000), calendarios (250.000), spots de radio, televisión, libros (1.000), folletos (100.000), cómics (50.000) y progr para dejar de fumar	- Población general - Jóvenes - Mediadores juveniles - Voluntarios sociales - Ambientes de diversión - Consumidores y potenciales - Fumadores - Jóvenes creadores música
1999	11	Prensa (41) y prensa joven, carteles (125.000), pegatinas (80.000), camisetas (62.000), postales (300.000), trípticos (1.150.000), calendarios (270.000), spots de radio, televisión (2), folletos (100.000), cómics (50.000), cuñas de radio (6), anuncios cine y TV (800) y programas para dejar fumar (10.000)	- Población general - Jóvenes - Mediadores juveniles - Voluntarios sociales - Ambientes de diversión - Consumidores y potenciales - Fumadores
2000	11	Prensa y prensa joven, carteles, pegatinas, camisetas, postales, trípticos, calendarios, spots de radio, televisión, folletos, cómics, cuñas de radio, anuncios cine y TV y programas para dejar fumar	- Población general - Jóvenes - Mediadores juveniles - Voluntarios sociales - Ambientes de diversión - Consumidores y potenciales - Fumadores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-1999

5.5. Ámbito laboral

El primer programa de prevención se puso en marcha en 1992 en la empresa Sevillana S.A. (50.000 trabajadores). En 1994, se firmó un protocolo de acuerdo entre la Junta de Andalucía, la Confederación de Empresarios de Andalucía (C.E.A.) y las Centrales Sindicales mayoritarias (C.C.O.O y U.G.T) con el objetivo de desarrollar un programa de prevención de drogas en las empresas, y así surgen los convenios de colaboración con las Centrales Sindicales¹⁷.

En este sentido, según explican los responsables del Plan, se establece una coordinación con patronales y sindicatos, a través de la Comisión de Coordinación con las Organizaciones

¹⁷ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Sindicales (UGT-A y CC.OO-A), de la Comisión de Seguimiento con UGT-A y CC.OO-A, y la Confederación de Empresarios de Andalucía. De esta manera, se promueven como actividades fundamentales la formación de delegados sindicales y trabajadores, la sensibilización de estructuras sindicales y el apoyo técnico y logístico a las Organizaciones Sindicales y Empresariales (ver Tabla 10). Se intenta que los Planes de Prevención en las Empresas sean coordinados desde el Comité de Seguridad y Salud y se impliquen con el resto de los programas de Salud Laboral.

Tabla 10

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000).

A.Laboral	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	1	10 Cursos	Material propio	320 trabajadores y representantes sindicales
1997	1	27 Cursos	Material propio	748 trabajadores y representantes sindicales
1998	1	- 3 Cursos - 26 Jornadas - Asesoramiento	Publicaciones del Comisionado Droga de UGT y CCOO	- 36 trabajadores - 679 delegados sindicales - 94 delegados/as - 26 asesores - 214 colectiv. diversos
1999	1	62 Cursos	Edición de un material propio de UGT y CCOO y el vídeo Droga y trabajo	- 709 trabajadores - 487 delegados sindicales y representantes
2000	1	96 Cursos 2 Intervenciones en empresas	Edición de un material propio de UGT y CCOO y Comisionado para las drogodependencias	- 294 delegados sindicales y representantes - 3.198 trabajadores 155 delegados - 900 trabajadores afectados

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información, que les permiten conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral y disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito.

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, esta Comunidad tiene 144 municipios con Planes de Drogas. Desde el Programa "Ciudades Ante las Drogas", se han impulsado programas municipales desde 1997, concretamente, en esta fecha 44; en 1998, 64; en 1999, 106 y en el año 2000, 144. Los mecanismos de colaboración con ellos consisten en una subvención del 50% del proyecto, una coordinación a nivel provincial desde los CPDS y una coordinación a nivel regional desde el Comisionado, por medio de reuniones periódicas y diseño de instrumentos comunes. Para evaluar esta tarea, se conoce el número de municipios de más de 20.000 (Memorias CPDS y Gestión de Subvenciones) y 50.000 habitantes (Memoria Comisionado para las Drogodependencias y Gestión de Subvenciones) con Planes Municipales de Drogas.

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos como estudiantes, jóvenes, miembros de

asociaciones, profesionales de diversos sectores, policía, población reclusa, etc. A partir de 1999, destacan el programa de prevención dirigido a la comunidad universitaria, el de formación-información de la población general, el de prevención de las drogas con jóvenes y el de formación en prisiones; un año más tarde (2000), se introduce el programa ¿Fumas? de reducción del daño. El número de destinatarios, actividades y recursos empleados son cada vez más diversos (ver tabla 11).

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2000).

Otros ámbitos	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996		175 Cursos	Material propio	- 2.081 Profesionales - 1.056 Miembros Asociaciones - 264 Policías Locales - 3.329 Otros
1997	1	134 Cursos	Material propio	- 692 Profesionales sanitarios - 503 familiar. - 383 Policías Locales - 271 Servicios Sociales - 1.088 Mediadores - 70 Colectivos marginad. - 67 Prisiones - 281 Técnicos drogodependencias - 70 Militares
1999	4	- 21 Conferencias - 3 Sesiones inform. - 182 Cursos	- 5.000 folletos - 200 carteles - 50 expositor. - Trípticos - Material diverso	- Alumnos - Personal docente - 870 miembros Cd. Universitaria - 109.151 población general - 20.051 jóvenes - 75 población reclusa
2000	5	- Cursos - 345 Actividades varias	- Folletos - Carteles - Expositor. - Trípticos - Material diverso	- Alumnos - Personal docente - 870 miembros Cd. Universitaria - 176.647 población general - 38.685 jóvenes - 62 reclusos - Jóvenes y fumadores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, destacar la puesta en marcha del Teléfono de Información sobre Drogas, que ha llegado a obtener demandas que oscilan entre las 6.000 anuales y en el periodo 1996-2000, se aprecia un notable crecimiento, en busca de información y asesoramiento por parte de familiares, drogodependientes y profesionales. Por otro lado, antes de terminar este apartado, mencionar que en 1995 comienza un desarrollo continuado de actuaciones para la reducción de daños destinadas a la población general y a los consumidores. Se produce un cambio de destinatarios y obje-

tivos, facilitando conocimientos y habilidades. Comienza a editarse material divulgativo (“ATENCIÓN PASTILLAS” y “¿UNA COPA?”) dirigido a jóvenes con el objetivo de reducción de daños por consumo de éxtasis y alcohol. Posteriormente, este material se ha extendido a otras sustancias como la cocaína (PASA DE LA RAYA), el cánnabis (¿PORROS?), la heroína (CUIDADO CON EL BICHO), el tabaco (¿FUMAS?) y el juego patológico (¿A QUÉ JUEGAS?). Aparece un nuevo concepto de prevención más pragmático dirigido a la prevención de riesgos y a paliar daños, el novedoso paradigma de la reducción de daños como enfoque global¹⁸.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

El área asistencial tiene como objetivo prioritario la normalización social del drogodependiente, una vez efectuado el proceso de desintoxicación y deshabituación (atención a las complicaciones, urgencias, etc.). Para facilitar esta labor, se establece una coordinación de los servicios sanitarios y sociales y una cooperación o colaboración con entidades públicas y privadas. Con la aparición del SIDA y según directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se le da una gran importancia a los programas de reducción del daño, hasta llegar en la actualidad a un modelo que combina los Programas Libre de Drogas con los de tratamiento con agonistas y Programas de Reducción del Daño.

Por tanto, resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados (nominación vigente hasta 1998, ya que a partir de 1999 pasan a estar integrados en los llamados Programas Libres de Drogas y de Reducción del Daño), se ha producido un incremento de los dispositivos -especialmente de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, que se han extendido a todas las capitales, y de las Comunidades Terapéuticas- con la excepción de las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación que se mantienen constantes en número y en plazas en el periodo de tiempo analizado (5 y 40, respectivamente). Es notable el incremento de los usuarios atendidos las Comunidades Terapéuticas y en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos (contemplados a partir de 1999 dentro de los Programas de Reducción del Daño). Sin embargo, en el resto de los dispositivos (Centros Ambulatorios de Asistencia y Unidades Hospitalarias de Desintoxicación), éstos han descendido (ver Tabla 12).

Los Programas de Reducción del Daño, buscan solucionar o minimizar las consecuencias del consumo de drogas con actividades de educación sanitaria y apoyo a los drogodependientes (infectados por el VIH o enfermos del Sida) y a sus familiares. Lo más destacado ha sido el incremento del número de programas de intercambio de jeringuillas (de 24 en 1997 a un total de 75 en el 2000), así como de las unidades o kits entregados y del número de usuarios. El desarrollo de los programas de tratamientos con agonistas opiáceos ha sido muy importante, llegando a atender en el último año cerca de 19.000 usuarios (programas de tratamiento con metadona). Cada vez son más numerosos los puntos de dispensación y los recursos de prescripción, los Centros de Emergencia Social, Penitenciarios, etc. Además, se ha participado en una experiencia de dispensación controlada con LAAM para comparar su efectividad con la de la metadona (ver Tabla 13).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, se ha producido un incremento del número de Centros Ambulatorios (de 9 en 1996 a 12 en el 2000), sin embargo, no ha ocurrido lo mismo con el número de usuarios, los cuales, a pesar de que actualmente sean más numerosos con respecto a fechas anteriores como 1990 (1.458 usuarios), han ido descendiendo progresivamente (de 4.728 en 1996 a 4.090 en el 2000). En el resto de los dispositivos especializados en esta patología, concretamente en los Centros Residenciales no hospitalarios (Comunidades Terapéuticas,

18 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Tabla 12

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Plaza	Usuario*	Nº	Plaza	Usuario*	Nº	Plaza	Usuario*	Nº	Plaza	Usuario*	Nº	Plaza	Usuario*
Centros Ambulatorios Asistencia	95		29.926	95		22.272	100		14.932	104		12.886	105		13.313
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	5	40	1.294	5	40	1.425	5	40	1.145	5	40	1.052	5	40	861
Centros de Día Terapéuticos				36		1.324									
Comunidades Terapéuticas	5 Pú Plazas concert	184 112	400 396	5 Pú 8 Priv. conc	184 123	448 411	6 Pú 7 Priv. Conc	202 119	374 338	6 Pú 10 Priv. Financ.	202 130	670 333	7P 9 PF	256 130	836 466
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	76 pres 245 disp		11.396	96 pres 342 disp		13.883	100 pres 359 disp		15.844	103 pres 415 disp. 20 p y disp		17.430	105 pre 449 dis 26 p y dis		18.713

*No alcohólicos

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Piso alcoholismo femenino), han ido aumentando en número y en usuarios paralelamente, especialmente en 1999, fecha donde aparece -entre este último tipo de centros- un piso concertado de apoyo al tratamiento con 6 plazas (ver Tabla 14).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Instituciones Penitenciarias son cada vez más variados (preventivos, modulares, de información, revisión, terapias, etc.), llegando a un total de 35 programas en el 2000 con 4.825 usuarios. También destacan los Programas de Alternativas a la Privación de Libertad, con actividades como talleres, centros, escuelas, etc. En el último año analizado surgen 2 nuevos tipos de programas, concretamente uno de formación y otro de estudios (ver Tabla 15).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, como la Unidad de desintoxicación rápida (UDR), que contaba con 4 dispositivos en 1997, aumentando en uno un año más tarde. En lo que respecta a los usuarios, descendieron en 1998 (470) con respecto al año anterior (720), pero después se han ido mantenido. En 1999 aparece un nuevo programa: Menores en Comunidad Terapéutica. (ver Tabla 16).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Existen distintas comisiones de coordinación en función de los recursos existentes y de los programas que se llevan a cabo, dirigidos por el Servicio de Coordinación Asistencial, con analizadores de programas y recursos de cara a la homologación de objetivos y actuaciones.

En cuanto al organigrama de la red asistencial, la puerta de entrada a la red son los Centros de Tratamiento Ambulatorio, desde los cuales se puede acceder a recursos específicos como Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Pisos de Apoyo al Tratamiento y Pisos de Acogida a la Reinserción. Desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio

Tabla 15

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000.

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1998		1999		2000	
	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Nº	Usuarios
En Comisarías y Juzgados		1.107			2	107	2	576
En Instituciones Penitenciarias	- Preventiv	1.158						
	- Ambulat.	3.421	Informac,	41.278	32	4.604	35	4.825
	- Centro día	119	revisión,					
	- Modular	1.852	controles,					
	- Metad	1.164	terapias, etc.					
Programas Alternativas Privación de Libertad		22	Talleres, centros, escuela, etc.	1.250	24	45	23	70
- Formación							1	Policías
- Estudios							1	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 16

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Otros programas	1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Unidad de desintoxicación rápida	4	720	5	470	5	470	5	452
Menores en Comunidad terapéutica					1	30	2	21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

también se realizan derivaciones a los Dispositivos de Atención Primaria de Salud y Atención Especializada. Se puede acceder directamente a los Centros de Encuentro y Acogida que desarrollan Programas de Reducción del Daño.

En lo relativo a los entornos institucionales, administrativos o de organizaciones sociales a los que pertenecen cada uno de los dispositivos mencionados, los Centros de Tratamiento Ambulatorio de carácter público dependen orgánicamente de las Diputaciones Provinciales y de Mancomunidades de municipios o de ayuntamientos, que mediante convenio con la Consejería de Asuntos Sociales desarrollan su trabajo. Hay también recursos (Centros Tratamiento Ambulatorios, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Centros de Emergencia y Acogida) concertados con el movimiento asociativo. La FADA, organismo dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales, gestiona cinco Comunidades Terapéuticas públicas. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria pertenecen a la Consejería de Salud y, por último, la dispensación de metadona se realiza en los Centros de Atención Primaria. Para comentar el grado de participación de la iniciativa privada en cada uno de los dispositivos mencionados, hay que decir que interviene tanto en los recursos asistenciales, mediante conciertos, como en actividades de orientación, información, prevención e incorporación social.

En esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades de intervención asistencial, llevadas a cabo por profesionales del Plan Autonómico y externos a él. Las evaluaciones de diseño se realizan a través de reuniones de coordinación de programas, de jornadas de coordinación y del Sistema de información; y las de implementación por medio de reuniones de coordinación, del Sistema de Información y de la evaluación y Asesoría

Externa. Del resultado de las últimas evaluaciones realizadas, los responsables consideran muy adecuados los distintos programas conforme a la planificación realizada. Tal es el caso de los programas de reducción del daño, de asistencia a la población con problemas de alcoholismo, otros programas o recursos asistenciales y los programas en poblaciones con problemas jurídico-penales.

Resulta interesante conocer si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados. En este sentido, los responsables consideran, tras la evaluación de diseño, que los recursos materiales en intervención asistencial, han sido muy adecuados, donde cabría citar los Centros Ambulatorios de Asistencia, las Unidades Hospitalarias, las Comunidades Terapéuticas públicas y privadas, los Centros de Prescripción y/o Dispensación de Opiáceos, los Centros Residenciales no Hospitalarios y las Unidades de Desintoxicación Rápida.

Por otra parte, en opinión de los responsables, las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial son, principalmente, que se trata de una red específica, necesitando el concurso de la red sanitaria y de Servicios Sociales, lo cual implica un alto grado de coordinación y seguimiento. Los programas de intervención que no se han desarrollado hasta la actualidad, aún siendo objetivable la necesidad de intervenir en la población o área a las que se refiere, son el Programa experimental de Prescripción de heroína, Atención a ludopatías y Deshabitación de tabaquismo. En un futuro, se prevé adaptar los recursos disponibles en la red asistencial a la atención a todas las adicciones, concretamente, el nuevo Plan Andaluz sobre Drogas, contempla la atención a todas las adicciones, incluyendo Ludopatía y Tabaquismo. Finalmente, según los objetivos que el Plan Autonómico marca en el área de asistencia sanitaria, el grado de consecución de los mismos es considerado alto.

Como valoración final, según el jefe de Servicio de Coordinación Asistencial y la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, es una red que está muy cerrada y disponemos de todos los recursos para atender las tres fases en el proceso de tratamiento: desintoxicación, deshabitación e incorporación social. Desde el principio apostamos por los programas de reducción de daños, fuimos los primeros que empezamos a trabajar en esta área, por tanto insistimos mucho en aquel momento y seguimos haciéndolo, hemos estado mucho con el programa de metadona. Ahora estamos atendiendo a pacientes antiguos en los centros, cerca de 30.000 personas de las cuales 19.000, aproximadamente, están estabilizados con los programas de mantenimiento con metadona. Este tipo de programas ha alcanzado ya su techo, somos conscientes de que hay un porcentaje todavía -aunque pequeño- de consumidores de heroína de alto riesgo que están utilizando todavía la vía intravenosa y por eso se está poniendo en marcha un proyecto de investigación en heroína. En otras materias también fuimos de alguna manera los pioneros en la intervención con programas en prisiones, interviniendo en todas las prisiones de Andalucía en ese momento. Otro tipo de recursos que hemos ido consolidando con el paso del tiempo han sido las Comunidades Terapéuticas. Respecto a otras Comunidades Autónomas, Andalucía cuenta con una gran diversidad en los pacientes: ludópatas en las Comunidades, perfiles concretos para pacientes en programas de metadona como madres con hijos, en pareja, etc., es decir contemplamos una gama amplia de posibilidades; y luego también en otras cuestiones como puede ser la oferta de la primera etapa de tratamiento, en la desintoxicación, están consolidadas las primeras Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, se pusieron en marcha Unidades de Desintoxicación dentro de las Comunidades Terapéuticas y los 8 Centros Provinciales los dotamos también de lo que llamamos Unidades de Desintoxicación Rápida que permiten la desintoxicación en tres días. La red, en resumen, está bastante consolidada y da una respuesta bastante clara e inmediata y rápida.

Respecto a los problemas encontrados, señalan que hay determinados sectores de la población que empiezan a crear ciertos problemas en los centros, como puede ser el tema de los inmigrantes, sobre todo estamos empezando a tener problemas con la emigración de la Europa del Este y se añade al problema de la drogodependencia el del idioma, de la integración social, laboral, etc., siendo otro de los retos que tenemos en el futuro. De todas formas, a nivel asistencial y de incorporación social, el desarrollo es bastante grande. Andalucía tiene la peculiaridad negativa de que somos más de 7 millones de habitantes, son 90.000 kilómetros cuadrados y hay mucha distancia

y muy poco parecido entre las diferentes provincias, incluso en temas de consumo, no son comparables los patrones de consumo ni la frecuencia, en cuanto a determinadas adicciones, e incluso el tipo de drogas que se detectan en la provincia. Este aspecto condiciona mucho la coordinación, el establecimiento de protocolos y de procedimientos unificados como el de Comunidades Terapéuticas y el de inserción. Por tener una red pública, necesitamos siempre el apoyo de la estructura sanitaria y de los servicios sociales. Uno de los temas que estaba creando alarma social en Andalucía y en el resto de España eran los trastornos por patología dual y para ello se ha elaborado un protocolo de actuación conjunta con los Centros de Salud Mental que va a facilitar mucho la atención a este tipo de personas. Una cosa que les falta y que quieren impulsar son los Centros de Emergencia, que los llamamos de encuentro y acogida, tenemos el compromiso de poner uno por provincia, aunque lo ideal sería que hubiera más de uno porque son la puerta de entrada de la gente que no acude a los recursos normalizados; el problema es que son muy caros.

Como principales retos se plantean, además, el proyecto de investigación de heroína; integrar dentro de la red pública de atención a las drogodependencias las ludopatías, que la estaban llevando mayoritariamente las organizaciones específicas como la Federación de Asociaciones de Intervención de juego patológico, pero ahora lo va a asumir la red pública y lo va a atender como otra adicción más, de la misma manera que el tabaco. En muchos de nuestros centros ya hay unidades específicas de intervención al tabaquismo, aunque en Andalucía recientemente la Consejería de Salud impulsó la atención a la deshabituación del tabaquismo en los centros de atención primaria de salud. Estos serían los retos, y el encargo principal que tenemos antes de terminar esta legislatura es homologar todos los programas.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

El principal objetivo que se persigue en el área de incorporación social es lograr la integración plena o total del sujeto en la sociedad, para que goce de los mismos derechos e igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. Para ello, se ponen en marcha un conjunto de programas de carácter educativo, ocupacional, familiar y social. En un principio, la incorporación social se fundamentaba en el no consumo, pero poco a poco ha ido evolucionando el concepto haciéndose más amplio y flexible, ya no sólo se dirige a personas en estado de abstinencia, sino que también pueden tener acceso los que se encuentran en los Programas de Tratamiento con Metadona¹⁹.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, en el caso de los Centros de Día (ver Tabla 17), donde se realizan actividades formativas y ocupacionales, se observa que han ido aumentando a lo largo del tiempo (de 27 en 1996 a 41 en el 2000), sin embargo, no ha ocurrido lo mismo con el número

Tabla 17

Evolución de los Centros de Día para la inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999	2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuario	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros de Día	13 púb. 14 priv. con.	971	17 púb. 14 priv. con.	535 513	12 púb. 14 priv. con.	408 393	15 26	41	59

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹⁹ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

de usuarios, que han ido descendiendo progresivamente, principalmente debido al menor número de sujetos que inician tratamiento o que demandan otro tipo de recursos.

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, por ello se desarrollan programas en las diferentes fases de reinserción: preformación, formación e integración laboral. En lo que respecta a los programas de preformación laboral, en 1997 esta Comunidad contaba con 5 programas de este tipo. Por otro lado, los de formación laboral han descendido, ya que de los 24 de 1996 se ha pasado a un total de 19 en 1997. Respecto a la última fase, integración laboral, los Talleres Artesanos o el Programa Red de Artesanos, aumenta considerablemente el número de plazas disponibles y el de usuarios, y aunque aparezca un menor número de sujetos en la tabla con el paso de los años, es debido a que a partir de 1997 entre los usuarios sólo se incluyen los inicios en el programa y no el número total, como se hacía anteriormente. Los programas especiales de empleo han disminuido con el paso de los años, sin embargo, ha aumentado la reserva de plazas en empresas como alternativa a la incorporación laboral (ver Tabla 18).

Tabla 18

Tabla 18: Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Usuar	Plaza	Nº	Usuar	Plazas	Nº	Usuar	Plaza	Nº	Usuar	Plaza	Nº	Us	Plaz
Programas de Incorporación Laboral				5	6										
Preformación Laboral				5	6										
Formación Laboral	24	87		19	61	9									
Integración Laboral															
- Talleres Artesanos	1	682	340		890	350	1*	494	330	1*	426	426	1*	431	370
- Programas especiales empleo	20	99		7	51	58									
- Otros				2	9	5									
- Reserva Plazas Empresas	4	26		2	11	14									
- Promoción cooperativas autoayuda	1	113		1	4	6									
Otros progr. Incorp. Lab.	37	128		1	44	330									

* Programa Red de Artesanos

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan también cursos de formación. En este sentido, la oferta de cursos reglados ha sufrido un descenso en los últimos años (1996-1998), además del número de usuarios. En el caso de otros programas de formación, destacan 29 en 1996 con un total de 260 usuarios (ver Tabla 19).

Tabla 19

Tabla 19: Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-1998)

Incorporación Social	1996		1998	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas				
Cursos Reglados	60	810	2	30
Otros Programas de Formación	29	260		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), se han incrementado en términos generales. A partir de 1997 se crea un nuevo Piso de Apoyo a la Reinserción (8), llegando a ofertar en la actualidad 53 plazas. Aunque se aprecie un descenso en el número de usuarios, esto se debe a la estabilización y adecuación de los recursos, donde la mayoría de los sujetos acaban el periodo máximo (12 meses) establecido en el programa²⁰ (ver Tabla 20).

Tabla 20

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999			2000			
	Nº	Usuar	Plazas	Nº	Usuar	Plazas	Nº	Usuar	Plazas	Nº	Usuar	Plazas	Nº	Usu	Plaz	
Programas de Apoyo Residencial																
Pisos Tutelados	7	158	40	8	156	55	8*	197	52	8*	129	52	9	141	53	
Otros	2	10	10													

* Pisos apoyo reinserción

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, hay que contemplar, a través de la opinión de los responsables, el proceso seguido. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente y en más de un año en el caso del Programa C.E. (Arquímedes, Interreg). De esta labor se encarga la Oficina de Coordinación, la Comisión Técnica de distintos Centros de Drogodependencias, Asociaciones, Centros Privados Concertados y la F.A.D.A. Este área cuenta en la actualidad con cuarenta convenios, uno establecido con el Gobierno Central, diecisiete con Ayuntamientos y veintidós con entidades privadas, que tienen un buen funcionamiento, en opinión de los responsables.

Los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las distintas actividades y programas han sido la insuficiente colaboración con las entidades privadas y con las agencias de empleo de la Administración Central, Autonómica y Local, y la falta de apoyo para la creación de empresas de inserción socio-laboral. En términos generales, los responsables del Plan, opinan que tienen un buen funcionamiento los programas en materia de incorporación social. Concretamente, los programas gestionados por la Oficina, es decir, Red de Artesanos, Arquímedes, Centros de Día, Formación Ocupacional e Interreg (este último con muy buen funcionamiento); los gestionados por la Administración Autonómica: Formación Ocupacional (muy buen funcionamiento); por la Administración Local: Centros de Día y, por último, por entidades privadas: Centros de Día, Talleres de Formación Ocupacional y Empresas de inserción laboral (los dos últimos con muy buen funcionamiento). Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían los programas de formación, de integración laboral (Empleo), de apoyo residencial y las Empresas de inserción, todos ellos con muy buen funcionamiento.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno mantener la integración en talleres artesanos y aumentar los cursos de Formación Profesional homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las Escuelas Taller; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales; los pisos de estancia para usuarios en tra-

²⁰ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

tamiento libre de drogas y con sustitutivos; los pisos de reinserción social y las residencias. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran bueno el funcionamiento de todas estas actividades y recursos.

En opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, en este área pusimos el programa pionero Red de Artesanos con una beca de formación para pacientes con un determinado tipo de abstinencia, lo que le permitía obtener, en la mayoría de los casos, un contrato. Luego, los cursos de Formación Profesional que se están desarrollando en las Comunidades Terapéuticas, los programas de seguimiento como el programa ARQUÍMEDES, los recursos de incorporación laboral de internamiento como los pisos de apoyo a la inserción, etc., se trata de una amplia gama de respuestas.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

En Andalucía, se le da una gran importancia a la realización de estudios periódicos para investigar cómo evoluciona el consumo y los perfiles de los usuarios, de cara a la mejora y adaptación de las acciones a la realidad. Se promueve la investigación aplicada (sectores profesionales del Plan), a través de los Premios de Investigación en Drogodependencias y se busca la financiación de Tesis Doctorales y proyectos de investigación. Se pretende avanzar en el conocimiento científico de las drogodependencias y otras adicciones e investigar nuevas perspectivas y modalidades terapéuticas para mejorar la calidad de los programas y actividades puestos en marcha. De acuerdo a lo establecido en la Ley 4/97 de prevención y Asistencia en materia de Drogas, la investigación científica es uno de los principales retos de II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones. Es fundamental destacar la cooperación con las instituciones universitarias y la comunicación con grupos de investigación de otros países²¹.

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, Universidades o Centros Públicos de Investigación, mediante acuerdos estables de colaboración y algunas ONGs. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas hasta la fecha han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, laboral y otros colectivos; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudio de necesidades de la población drogodependiente; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas; evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención y de inserción social; y sobre la oferta de drogas. Entre otras líneas de investigación, destacan PEPSA, IIPP, Evaluación social en el marco de los Servicios de Drogodependencias en el Campo de Gibraltar, Ludopatías y LAAM.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente, y la calidad de los resultados muy buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan las limitaciones de tipo financiero y el elevado número de recursos asistenciales debido al gran número de población. Habría que promover la investigación en prevención, incorporación socio-laboral y nuevos modelos de tratamiento en drogodependencias. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como insuficiente y desconocida, y creen que las líneas de investigación que deberían profundizarse serían las relacionadas con nuevos programas de tratamiento; desarrollo de programas de incorporación socio-laboral de drogodependientes, independientemente de la etapa de tratamiento en la que se encuentre, así como si es o no consumidor activo; estudios de consumo y abordajes terapéuticos en relación a la población infanto-juvenil; estudios de otras adicciones y desarrollo de programas de evaluación de la calidad de los servicios.

21 II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

Es muy importante el movimiento asociativo a la hora de colaborar en los diferentes ámbitos de intervención del Plan, concretamente, se ha realizado con ellos cursos de prevención destinados a familias, cada vez más numerosos. Estas actuaciones y actividades se extienden a su intervención en programas de intervención asistencial y de incorporación social del drogodependiente²².

En opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, el papel del movimiento asociativo es fundamental. Antes de que existiera el Plan Andaluz sobre Drogas en el año 1987, ya existían una serie de recursos y de ONGs que se dedicaban a la atención de estos temas y fue el movimiento asociativo importantísimo. Hay más de 200 asociaciones específicas, además de instituciones muy potentes como Cruz Roja, Proyecto Hombre, etc., que tienen ya una estructura muy organizada y muy profesionalizadas, entonces pueden colaborar en las tres áreas básicas, aunque es fundamental en el área asistencial la intervención del movimiento asociativo, donde está muy integrado en la red de centros y perfectamente en la red pública. Además de ello, se ha creado el Consejo Asesor en Drogodependencias que fundamentalmente está formado en casi la mitad por el movimiento asociativo. Tenemos un movimiento asociativo específico de drogas, de alcohol, de juego, etc., cada uno de ellos pertenece a una Federación, está perfectamente organizado, hay varias federaciones de cada uno, además, que está también especializado según el tema. Una cosa curiosa que nos distingue es que ha sido un movimiento muy reivindicativo, pero que nunca ha tenido conflictos con la Administración, siempre ha habido diálogo, la mayoría de las veces ha habido acuerdo. La Administración, en este sentido, siempre ha sido muy receptiva en sus reivindicaciones, por ejemplo, cuando se empezó a trabajar con el programa de heroína 1996-97. La relación que se establece con ellos es principalmente a través de convenios o conciertos o subvenciones (orden anual de subvenciones), que recoge programas de apoyo al tratamiento y de prevención o formación (ver tabla 21).

Tabla 21
Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	254	18
1997	248	40
1998	240	56
1999	260	47
2000	252	55

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

Uno de los aspectos más destacados en la Comunidad Autónoma Andaluza es su gran trayectoria y experiencia en materia de drogodependencias. Es de destacar en 1985 la elaboración del Plan Andaluz sobre Drogas, para tratar de dar respuesta al problema de la heroína; la creación del Comisionado para la Droga, para su coordinación y planificación (Decreto 72/85 de 3 de abril) y de los Centros Provinciales de Drogodependencias, de cara al desarrollo de los Planes de Drogas a nivel provincial (Decreto 73/85 de 3 de abril). Frente a los nuevos cambios acaecidos (en

²² II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

el consumo de nuevas sustancias, contextos, vías de administración, perfiles de los pacientes, etc.), han sabido adaptarse, viéndose este esfuerzo reflejado en la actual red pública de drogodependencias de carácter descentralizado. Los logros y avances en los últimos quince años, son el reflejo de la creación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2001-2007), dentro del Plan Andaluz de Servicios Sociales y asumiendo sus mismos principios básicos. Como indica el Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial, el nuevo Plan se adapta a la situación de estos momentos, ofertando más recursos, mayor diversidad en la atención, un servicio más integrado a los pacientes, abordando cuestiones como las ludopatías y el mayor desarrollo de los programas de reducción de daños. Hay otras cosas que se mantienen como el trabajo de la iniciativa social o el movimiento asociativo y se refuerzan áreas como la de prevención, que aborda fundamentalmente el ámbito comunitario, el escolar y el laboral y se potencia mucho la formación. En la incorporación social se intenta alcanzar la normalización social y laboral.

Respecto al consumo de las diferentes sustancias, según los datos publicados en la serie de estudios "Los Andaluces ante las Drogas" (1987/2000), el tabaco y el alcohol son las más consumidas. En lo relativo al tabaco, se aprecia un leve descenso en el hábito de fumar diariamente, pero su consumo está muy extendido entre los más jóvenes, especialmente entre las mujeres. En el caso del alcohol, se da un cierto descenso en el uso abusivo, aunque entre los jóvenes, predominando los varones, aumentan estos patrones. En lo que respecta a las drogas ilegales, en términos generales, se ha producido un leve incremento en el consumo de cánnabis (sustancia ilegal más consumida), tranquilizantes e hipnóticos (sobre todo entre mujeres de 45 y más años) y cocaína; tienen una baja frecuencia de consumo los inhalables, alucinógenos, crack y otros opiáceos y, finalmente, el consumo de heroína se ha estabilizado en los últimos años. Si comparamos Andalucía con el resto de Comunidades y Ciudades Autónomas, sobresale por tener unos niveles de consumo más elevados de tabaco (61,8%) y más bajos de cánnabis (22,8%) y anfetaminas (1,7%)²³.

En los últimos años, respecto a algunas consecuencias derivadas del consumo de drogas, se aprecia una estabilización en las admisiones a tratamiento por consumo de heroína, un gran desarrollo del programa de metadona y un ligero incremento de las admisiones por consumo de alcohol (especialmente entre las mujeres). A diferencia del resto de Comunidades y Autónomas, en Andalucía no se ha producido un crecimiento exponencial de las admisiones por consumo de cocaína. Por otro lado, cuentan con el porcentaje más bajo de consumidores por vía intravenosa (no llegan al 7%).

Entrando en algunos aspectos destacados de la estructura y funcionamiento del Plan, los principios generales y su metodología han sido elaborados por técnicos del Comisionado para las Drogodependencias y de la red andaluza, coordinado por la responsable técnica del área de drogodependencias del equipo técnico de la Comisión Delegada de Bienestar Social. Este equipo también se ha encargado del análisis de situación, de las líneas y de los objetivos generales del Plan. Posteriormente, se celebraron unas Jornadas de Coordinación con profesionales y miembros de diferentes instituciones y entidades, donde se debatieron los objetivos específicos, las actuaciones y los indicadores de evaluación. Así mismo, se creó la Comisión de Redacción del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Respecto a la coordinación, el Plan cuenta con una serie de órganos de gestión, participación y coordinación, tanto a nivel regional como provincial. En definitiva, en Andalucía, según la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, por la propia estructura del Plan, la coordinación es básica, las actuaciones nunca van solas, frente a los programas que se ponen en marcha, el Comisionado planifica, coordina o impulsa, pero nunca lo gestiona o ejecuta sólo, tiene que estar coparticipado y cogestionado con los Ayuntamientos o Corporaciones Locales que son los que están más cercanos a las necesidades de los ciudadanos, a la realidad.

Por otro lado, cuentan con un sistema de evaluación de las políticas públicas articuladas por medio de los planes estratégicos, para comprobar la validez y el impacto de las actuaciones y

23 Estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999, publicado por la Fundación Santa María.

mejorar lo que sea necesario en las intervenciones. Se trata de evaluaciones de resultados (si los objetivos propuestos se han conseguido), del proceso (de la realización) y de desarrollo social y humano (impacto en la población). El Sistema de Evaluación del Plan se articula en dos vertientes, la evaluación y la calidad, donde también se tiene en cuenta la opinión de los usuarios, los principios de cobertura universal y de búsqueda de la excelencia. Para ello cuentan con la Comisión de Evaluación, con el Observatorio Andaluz de Drogodependencias y Adicciones, un sistema de información digital, un sistema de indicadores, encuestas de percepción diseñadas para recoger la visión de los usuarios, bases de datos y evaluaciones desde el punto de vista de los profesionales y de los movimientos sociales.

En materia de recursos, en lo que respecta a los humanos (personal que trabaja en el ámbito de las drogodependencias), se considera suficiente y adecuado. La red asistencial es muy completa (704 personas trabajando en los centros de primer nivel, de día y ambulatorios) y colaboran un gran número de personas en ayuntamientos y ONGs o movimiento asociativo. En general, estos recursos están bien desarrollados, excepto en temas puntuales como puede ser el proyecto de investigación con heroína que necesita nuevo personal. Por otro lado, los recursos económicos, han experimentado un gran crecimiento con el paso de los años, concretamente un incremento desde 1990 al 2000 de un 324,7 %. El área de intervención asistencial es la que tiene mayor dotación económica, seguida por la prevención, incorporación social y coordinación institucional, destacando que el presupuesto destinado a la prevención ha crecido considerablemente año tras año. Sin embargo, consideran que el presupuesto nunca es adecuado ni suficiente, los recursos son limitados en todos los sitios. En comparación con otras Comunidades, tienen una población muy grande y el dinero no es suficiente, además, se encuentra la población con problemas de adicción al juego o al tabaco, tema que el Plan Nacional sobre Drogas no tiene en cuenta y, en este sentido, el presupuesto que ofrecen no es suficiente.

En lo referente a las diferentes áreas de actuación del Plan, en términos generales, el área de intervención asistencial está muy desarrollada y trabajada, donde las demandas de tratamiento están bastante cubiertas con la red de centros existente. En estos momentos, se está haciendo mayor hincapié en prevención, acreditando programas y tratando de llegar a todos los centros. Respecto a la incorporación social, se está aumentando la oferta de programas y también se está trabajando en la reducción de daños. Entrando de una forma más detallada en cada una de estas áreas, en relación a la prevención, en primer lugar habría que decir que se contemplan dos tipos: la prevención primaria, dirigida principalmente a niños, adolescentes y jóvenes que no se hayan iniciado en el consumo y la prevención secundaria, para evitar que el consumo habitual se convierta en drogodependencia. Estos dos tipos de prevención abarcan los diferentes ámbitos (comunitario, educativo y laboral), siendo la familia el pilar fundamental para la puesta en práctica de las diferentes actuaciones. También es fundamental en la prevención de las drogodependencias el papel de los municipios, donde en estos momentos hay 144 municipios con Planes de Drogas.

Por ámbitos de actuación dentro de la prevención, en el comunitario se intenta llegar, además de a la comunidad en general, a los jóvenes y a las escuelas, destacando el Programa "Ciudades Sin Drogas", puesto en marcha a partir de 1997. En el escolar, se están implantando programas en edades más tempranas y más interrelacionados con otras áreas de actuación, no sólo con las drogodependencias; se pretende unificar todo en un programa potente que vaya desde Primaria a Secundaria. Además, hay una buena coordinación con la Consejería de Educación, Ayuntamientos y ONG's, dirigiendo las actuaciones a formar a los profesores, que son los que están en contacto con los alumnos y con la familia. En el ámbito laboral, tienen un convenio con CCOO y UGT (sindicatos mayoritarios), que son los que se encargan de canalizar y desarrollar actividades de prevención en las empresas, formando a delegados sindicales e incluso ofertando tratamiento si fuera necesario. También hay que destacar que próximamente se va a firmar un convenio con las empresas, concretamente "El plan de empresa saludable", donde participan Salud, la Confederación de Empresarios, Servicios Sociales y la Consejería de Empleo. Por otro lado, también son importantes las actividades destinadas a las familias, a través de cursos y del programa de prevención de drogas en la familia, llevado por la federación ENLACE, por medio de

convenio, que lleva puesto en marcha tres o cuatro años con muy buenos resultados. Respecto a la reducción de daños, en 1995 comienza un desarrollo continuado de estas actuaciones destinadas a la población general y a los consumidores, facilitando conocimientos y habilidades y editándose material divulgativo sobre las diferentes sustancias y el juego patológico. Por último, destacar la puesta en marcha del Teléfono de Información sobre Drogas, que ha llegado a obtener demandas que oscilan entre las 6.000 anuales y en el periodo 1996-2000 por parte de familiares, drogodependientes y profesionales.

El área asistencial en esta Comunidad se encuentra muy cerrada, teniendo el objetivo prioritario de la normalización social del drogodependiente, una vez efectuado el proceso de desintoxicación y deshabitación. Para facilitar esta labor, se establece una coordinación de los servicios sanitarios y sociales y una colaboración con entidades públicas y privadas. Con la aparición del SIDA, se le da una gran importancia a los programas de reducción del daño, siendo los primeros que empezaron a trabajar en esta área, hasta llegar en la actualidad a un modelo que combina los Programas Libre de Drogas con los de tratamiento con agonistas y Programas de Reducción del Daño.

En cierta manera también han sido los pioneros en la intervención con programas en prisiones, trabajando en todas las prisiones de Andalucía en ese momento. En cuanto a los recursos, se han ido consolidando las Comunidades Terapéuticas, las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y los Centros Provinciales con las Unidades de Desintoxicación Rápida. La red, en resumen, está bastante consolidada y da una respuesta bastante clara y rápida, aunque también se encuentran con problemas como el tema de los inmigrantes, en cuestión de idioma y de integración sociolaboral, y de coordinación y establecimiento de procedimientos unificados por el gran número de habitantes y la gran distancia y disparidad entre las provincias. En estos momentos se le está prestando especial atención a los trastornos por patología dual, elaborándose un protocolo de actuación conjunta con los Centros de Salud Mental; el impulso de los Centros de Emergencia (poner uno por provincia); el proyecto de investigación de heroína; integrar dentro de la red pública de atención a las drogodependencias las ludopatías y, finalmente, homologar todos los programas.

En el área de incorporación social se ponen en marcha un conjunto de programas de carácter educativo, ocupacional, familiar y social. En un principio, según el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, la incorporación social se fundamentaba en el no consumo, pero poco a poco ha ido evolucionando el concepto haciéndose más amplio y flexible, ya no sólo se dirige a personas en estado de abstinencia, sino que también pueden tener acceso los que se encuentran en los Programas de Tratamiento con Metadona. Los principales obstáculos encontrados, en opinión de los responsables, han sido la insuficiente colaboración con las entidades privadas y con las agencias de empleo de la Administración Central, Autonómica y Local, y la falta de apoyo para la creación de empresas de inserción socio-laboral. Sin embargo, en opinión de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, en este área pusieron el programa pionero Red de Artesanos con una beca de formación para pacientes con un determinado tipo de abstinencia, lo que le permitía obtener, en la mayoría de los casos, un contrato. Luego, también han tenido un gran desarrollo los cursos de Formación Profesional que se están desarrollando en las Comunidades Terapéuticas, los programas de seguimiento (programa ARQUIMEDES), los recursos de incorporación laboral de internamiento como los pisos de apoyo a la inserción, etc., se trata, en definitiva, de una amplia gama de respuestas.

Respecto a los estudios e investigaciones realizados en materia de drogodependencias, los responsables los consideran suficientes y la calidad de los resultados muy buena. Sin embargo, entre las principales dificultades señalan las limitaciones de tipo financiero y el elevado número de recursos asistenciales debido al gran número de población. Habría que promover la investigación en prevención, incorporación socio-laboral y nuevos modelos de tratamiento en drogodependencias. Finalmente, en cuanto a la relación con las ONGs, consideran fundamental el papel del movimiento asociativo, incluso antes de que existiera el Plan sobre Drogas en el año 1987, ya existían una serie de recursos y de ONGs que se dedicaban a la atención de estos temas. En estos momentos, hay más de 200 asociaciones específicas que tienen una estructura muy organizada y

muy profesionalizadas, pudiendo colaborar en las tres áreas básicas, aunque es fundamental su labor en el área asistencial. Tienen un movimiento asociativo específico de drogas, de alcohol, de juego, etc., y cada uno de ellos pertenece a una Federación, está perfectamente organizado. Por otro lado, nunca han tenido conflictos con la Administración y la relación que se establece con ellos es principalmente a través de convenios, conciertos o subvenciones.

Para finalizar, haciendo una valoración general de la actual situación del Plan (puntos fuertes y débiles), en opinión del Jefe de Servicio de Coordinación Asistencial y de la Jefa del Gabinete de Planificación y Relaciones Institucionales, entre las principales fortalezas del Plan se encuentran la antigüedad en el desarrollo; la innovación; la experiencia, no solamente en la estructura de coordinación central, sino también de los profesionales; la formación; la creación de la Fundación, que le ha sacado más rentabilidad a ciertos recursos y la diversidad de la red. Por otro lado, en el área de prevención e incorporación social todavía queda mucho por hacer, además son dos áreas muy complicadas, por ejemplo, en el caso de la prevención, se ven los resultados a muy largo plazo. Otros temas importantes a tener en cuenta y que dificultan el desarrollo del Plan son la extensión, disparidad y dispersión geográfica; la necesidad de unos márgenes más amplios en el presupuesto y el campo de la investigación, ya que la atención a los problemas asistenciales no ha permitido desarrollarla de modo suficiente.

ARAGÓN

INTRODUCCIÓN

La drogadicción es un problema de gran importancia en Aragón¹. Frente a ello, el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón, en colaboración con entidades locales y/o ONG's dentro del marco del Plan Nacional sobre Drogas, desarrollan actividades dirigidas a solventar este problema. La entidad responsable del Plan es la Unidad de Coordinación de Drogodependencias.

Esta labor se enmarca en la Ley 3/2001 de 4 de abril del Gobierno de Aragón, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias², aprobada por las Cortes de Aragón, que engloba cualquier iniciativa dentro de una política integral y planificada en el marco de la promoción de la salud y hace énfasis en el enfoque educativo y en el control de la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco, tomando medidas para restringir la promoción de la venta de estas sustancias³. Es en este desarrollo reglamentario de la Ley donde se establece el procedimiento para la elaboración y aprobación del Plan autonómico sobre Drogas, instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en esta Comunidad⁴.

Según las últimas Memorias del Plan Nacional sobre Drogas (1998-2000), lo más destacado en el área de prevención es la definición en 1998 de un marco de actuación consensuado con todas las instituciones y entidades que están trabajando en este ámbito⁵, destinado a reducir la demanda de drogas, la oferta, los riesgos asociados a su consumo y la promoción, facilitar la integración de los drogodependientes y favorecer la puesta en marcha de políticas integradas que promuevan la igualdad. En el área de Intervención Asistencial, se le ha seguido dando prioridad a los programas de reducción de daño destinados a consumidores de heroína. Durante 1999, la Diputación General de Aragón organizó administrativamente el área de las drogodependencias integrada con la salud mental, eliminando las fronteras entre ambos campos de trabajo. El Director de Salud Mental y Drogodependencias considera que la elaboración de la Ley de Salud, la reordenación departamental, la elaboración del Plan (Planificación y Aseguramiento) y la preocupación por el tabaco, que ha pasado a drogas en enero del 2002 serían los aspectos más relevantes acontecidos⁶.

1 Esta comunidad cuenta con 1.183.234 habitantes, repartidos entre sus tres provincias: Huesca, Zaragoza y Teruel

2 B.O.A. 43/2001, publicado el 11/04/2001

3 Prohíbe la publicidad, venta y suministro de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de 18 años.

4 El Capítulo II de la Ley 3/2001 está dedicado al Plan autonómico sobre Drogas

5 Este marco de actuación homogéneo se ha recogido en el documento Prevención de drogodependencias en el marco de promoción de la salud.

6 Entrevista realizada en junio del 2002

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Autonómico consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias, manteniéndose igual que respecto a hace cinco años. Además, consideran la heroína como la sustancia más problemática, seguida por el alcohol y por el tabaco. En su opinión, la heroína es una sustancia que genera un gran impacto sanitario y tiene difícil solución; el alcohol y el tabaco afectan a un gran número de personas; además, estas tres sustancias desencadenan otros problemas.

Los estudios reflejan la disminución continuada del número de consumidores de heroína, debida probablemente a una menor incorporación a este colectivo de nuevos usuarios en los últimos años. A nivel nacional reflejan también modificaciones en la vía de administración de la heroína (disminución de la vía inyectada y aumento del uso fumada e inhalada), si bien en Aragón sigue siendo mayoritaria la vía inyectable entre aquellos que siguen consumiendo esta sustancia.

La situación actual del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de Aragón ha variado notablemente respecto a los perfiles de consumo que se producían en la década pasada. Especialmente preocupante resulta el uso indebido de alcohol que se da entre la población joven por el inicio a edades tempranas y por las consecuencias sociales e individuales que está produciendo, como el aprendizaje inadecuado del uso de alcohol, la adquisición de hábitos no saludables, el aumento en los accidentes, problemas escolares y la utilización en forma de policonsumo con otras sustancias.⁷ En comparación con el resto de Comunidades, Aragón (70,6), junto con Murcia y Navarra, tiene una de las mayores prevalencias de consumo de alcohol en los últimos treinta días. Sin embargo, la proporción de bebedores abusivos no es tan elevada, ni en días laborales (5,5) ni en fin de semana (7,6). En función del sexo y la edad, el consumo es superior en las mujeres entre 15 y 19 años, disminuyendo conforme aumenta la edad; en los hombres el mayor porcentaje se encuentra entre 25 y 29 años (ver Gráfico 1).

Según el estudio sobre los hábitos y actitudes en relación con el consumo de drogas de los jóvenes de las ciudades de Huesca, Teruel y Zaragoza⁸, el 85,9 % de los jóvenes con edades com-

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad. 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Informe nº4 del OESD

⁷ La periódica aparición en los medios de comunicación de noticias relativas a casos de menores de edad que requieren de asistencia médica tras el consumo abusivo de bebidas alcohólicas motivó que el Justicia de Aragón procediera a la apertura de un expediente de oficio que concluye con el informe especial.

prendidas entre 15 y 17 años, confiesa ser consumidor de alcohol de forma habitual, incrementándose especialmente entre los 18 y 20 años (92,3%). La edad media de inicio se sitúa en los catorce años en los hombres y un año más tarde en las mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1

Consumo de alcohol entre los jóvenes de las tres capitales aragonesas por grupos de edad, sexo y ocupación.

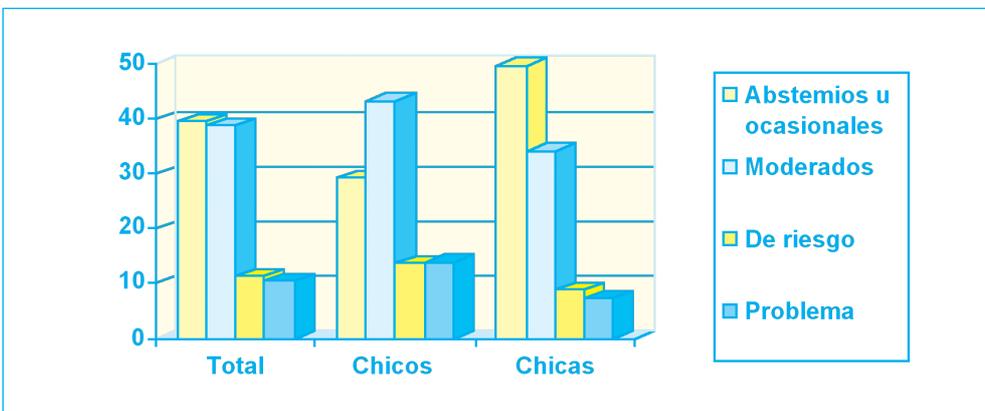
ALCOHOL	CONSUMIDOR HABITUAL	CONSUMIDOR OCASIONAL	NO CONSUME
EDAD			
15 a 17	82,9	7,1	10
18 a 20	88,5	8,1	3,4
21 a 24	86,3	6,4	7,3
SEXO			
Hombres	89	6,6	4,4
Mujeres	82,8	7,7	9,5
OCUPACIÓN			
Estudia	86,7	6,2	7,1
Trabaja	83,6	10	6,3
Paro	86,2	7,7	6,2

Fuente: Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

Un estudio coordinado por la Dirección General de Salud Pública de la DGA en colaboración con los centros de drogodependencias de diez municipios, aporta una imagen de la problemática desde la perspectiva del medio rural y semiurbano aragonés. Atendiendo al sexo, la proporción y cantidades consumidas son mayores en los varones y en cuanto a la edad, entre los 13 y los 15 años consumen alcohol un 27.9%, superando las dos terceras partes a partir de los 16 años, y alcanzando el máximo porcentaje de bebedores entre los 19 y los 21 años (76.7%) (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2

Tipología de bebedor en los jóvenes del medio rural y semiurbano aragonés



Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de la Dirección General de Salud Pública de la DGA.

8 Estudio realizado por la Cátedra de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza,

9 Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas

Por último, según los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (1999), el porcentaje de fumadores diarios en Aragón ha descendido, del 37,2% en 1995 al 32,5% en 1999 y no se aprecian grandes variaciones en la venta de tabaco⁹; el consumo de cánnabis ha aumentado progresivamente desde 1995 (4,8%) siendo en el último año analizado de un 6,9%.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

En lo que se refiere a los tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas, según los últimos datos del Observatorio Español sobre Drogas, Aragón presenta una de las menores tasas de admitidos, con 60,3 pacientes por cada 100.000 habitantes en 1999. En función del tipo de sustancia, presenta la misma tendencia nacional, con el descenso de la proporción de admitidos a tratamiento por consumo de heroína por primera vez en la vida, usuarios de drogas por vía parenteral (74,6 en 1991 a 55,2 en 1999) y un incremento de las admisiones por cocaína (2,1 en 1991-1993 a 5,1 en 1997-1999). Además, según el Ministerio de Sanidad y Consumo, los casos de SIDA en el 2000 (39) disminuyeron en un 15% respecto a 1999 (46 personas). El mecanismo de transmisión más frecuente ha sido compartir el material de inyección de drogas (aunque desciende de 33 a 12 casos), mientras que ascendió la transmisión por relaciones heterosexuales, sobre todo en mujeres (7 a 22 casos) y los de transmisión madre-hijo reflejaron un único caso.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Tras la aprobación por las Cortes de Aragón de la Ley 3/2001 de 4 de abril, el Plan Autonómico se encuentra en fase de elaboración, pues como la citada Ley señala, el Plan Autonómico es el instrumento básico para la planificación, ordenación y coordinación de los recursos, objetivos y actuaciones que, en materia de drogodependencias, se desarrollen en esta Comunidad y será vinculante para todas las Administraciones que desarrollen actuaciones en esta materia en Aragón. En la elaboración del Plan se tendrán en cuenta las propuestas formuladas por el Consejo Asesor en Drogodependencias y la Comisión Interdepartamental de Drogodependencias. Este Plan, se fundamentará en la prevención tomando como referencia el Plan Nacional sobre Drogas. En cuanto a su contenido, la Ley prevé que contemple el análisis de la situación del consumo de drogas en la Comunidad, los objetivos generales y específicos y las actividades por áreas de intervención; los criterios básicos de actuación; los programas y el calendario de actuaciones; los recursos asistenciales y sus funciones; los mecanismos de coordinación entre las distintas Administraciones Públicas, entidades e instituciones privadas y, finalmente, indicadores de seguimiento, control y evaluación¹⁰. Según los responsables para la elaboración del Plan, no se ha realizado un estudio previo de necesidades.

Al plantear a los responsables del Plan cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en su aplicación, señalan dificultades de coordinación y de definición de competencias entre las tres administraciones. En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas y que están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades de tipo financiero y motivadas por el carácter heterogéneo

10 Capítulo II de la Ley 3/2001 de 4 de abril, del Gobierno de Aragón, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias (B.O.A. 43/2001, publicado el 11/04/2001).

de los municipios. Además, existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios de Huesca, Jaca, Monzón, Ainsa, Calatayud, Tarazona, Alcañiz, Utrillas, Andorra y Calamocha.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 2), el Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, cuenta con la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias. Del Director de Salud Mental y Drogodependencias (Médico), depende el Jefe del Área Drogodependencias (Médico) y, de éste, un Técnico Jurista (Jurista) y un Auxiliar Administrativo. Como señala el Director de Salud Mental, se trata de una estructura matricial donde el gerente de área se encarga de gestionar salud mental, atención primaria y sociosanitaria. No hay órganos consultivos en el Plan, aunque la Ley prevé la constitución de una Comisión interdepartamental de drogodependencias como órgano de la Administración, compuesto por los diferentes Departamentos implicados y el Consejo Asesor en Drogodependencias como órgano consultivo. Este último ya se ha constituido, está formado por numerosas personas donde se incluyen las APAS, consejos de médicos, de enfermería, el Instituto de la Mujer, etc y se han establecido tres comisiones de trabajo. Al contar este Consejo Asesor con 34 miembros es difícil tomar decisiones y por este motivo, para ganar en eficiencia, se hacen comisiones, se reúne cada seis meses y se vuelca las conclusiones¹¹ (ver Gráfico 3).

Gráfico 3

Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan



Fuente: Elaboración propia

¹¹ Entrevista con el Director de Salud, Junio de 2002.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias cuentan con la Unidad de Coordinación y con los SARES Provinciales como fondos de información en esta materia. Los programas sobre los que se suministra mayor información son los de prevención y asistencia y se difunde a través de revistas, guía actualizada sobre recursos y programas, memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación. Principalmente va dirigida, en Prevención al ámbito comunitario, escolar, familiar y laboral; en Intervención asistencial a jóvenes y en Incorporación Laboral a usuarios de Centros de Tratamiento en fase de reinserción.

3. RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver tabla 2), la mayor parte son diplomados (174), concretamente Trabajadores Sociales (65), y en segundo lugar, Licenciados, principalmente Psicólogos (51). El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales que trabajan en materia de drogodependencias (137), seguida muy de cerca por el área de Prevención (124), lo que contrasta con el reducido número de personas que trabajan en Incorporación Social (22). Pese a esto, los responsables consideran, en función de las necesidades, insuficiente la dotación de personal en prevención e intervención asistencial, y suficiente en incorporación social (ver Tabla 2). Como señala el Director de Salud Mental, la actual dotación de personal es suficiente para las Comunidades Terapéuticas pero insuficiente para metadona. Aragón se caracteriza por la dispersión geográfica, por lo que hay que acercar los recursos a la población y esto resulta muy costoso. Se puede solucionar o bien construyendo dispositivos o capacitando a los profesionales para hacer las cosas, en el caso de la metadona la dispensación en farmacias facilita las cosas de modo importante¹².

Tabla 2
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos.

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	TOTAL
1. Licenciados	36	43	8	87
Psicólogos	21	24	6	51
Médicos	15	17		32
Abogados		2	2	4
2. Diplomados	77	83	14	174
Trab. Sociales	25	28	12	65
ATS/DUE	6	9	2	17
Educadores	46	46		92
3. Bachiller/FP	11	11		22
TOTAL	124	137	22	283

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

En todas las áreas hay una mayor proporción de diplomados, con la particularidad de que en Prevención e Intervención Asistencial trabajan médicos, Educadores y profesionales con formación en Bachiller o Formación Profesional, personal que destaca por su ausencia en el área de

Incorporación Social. En opinión de los responsables del Plan, las principales deficiencias en materia de Recursos Humanos son la falta de personal especializado en algunas tareas y la necesidad de mayor formación.

Respecto a la formación del personal, esta área incluye actividades dirigidas a colectivos responsables en la intervención en drogodependencias, mediante cursos, entendidos como actividades dirigidas a profesionales o mediadores sociales entre otros, y jornadas y seminarios, destinadas a profesionales que hayan realizado reuniones de trabajo debidamente planificadas¹³. Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 3), se aprecia el incremento del número de cursos ofertados, pasando de 27 en 1996 a 49 en el 2000 y el descenso de los Seminarios, Jornadas y Encuentros en el último año. Los destinatarios de la formación son principalmente mediadores sociales, surgiendo en los últimos años nuevos destinatarios de la formación, como padres y madres.

Tabla 3

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios.
Formación profesionales mediadores										
- Cursos	27	51 sanitarios, 220 educ., 400 mediad, 62 prof drogodep., 168 d. sindicales, 56 func. prisiones	42	30 sanitarios, 706 mediado. 474 Fuerzas Armadas 47 prof drogod. 38 P. Local 115 d. sindicales	44	55 profesores y sociosanitarios 78 Educ. 755 Med. Sociales 504 Fuerzas Armadas/P. Local 80 Prof. drogodep. 150 d. sindicales 61 terap.	48	91 socio-sanitarios 92 profesorado 241 educ, 722 mediad soc 72 mediad juv 60 milit 26 prof. drogodep. 115 d. sindicales 60 muj. 20 pad/mad	49	23 socio-sanitarios 280 profesorado 1.461 mediad soc, juv, fam y sanitarios 75 milit 22 prof. drogodep. 529 d sindicales 50 pads/mads
- Seminarios/ Jornadas/ Encuentros	37	84 sanitarios, 10 educad, 199 mediad, 137 prof. drogodep.	25	64 sociosanitarios 91 educa 446 mediad soc 159 profesionales drogodep. 180 P Local y Nacional	26	27 sociosanitarios 40 docentes 1.094 med soc juv 460 jóv 240 muj 39 d. sindicales	37	80 socio-sanitarios 50 docentes 310 med soc 525 pad/mad 195 jóv 65 muj	7	Público en gral
- Formación alumnos en prácticas	3	9 Trabajadores Sociales	3	2 psicólogos 5 trabajadores sociales		Trabajadores Sociales				
- Curso posgrado							1	45 socio-sanitarios		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Respecto a la financiación, la Ley 3/2001, señala que el Gobierno de Aragón incluirá cada año en los presupuestos de la Comunidad la dotación suficiente para las acciones previstas en esta Ley; además se generarán créditos en las dotaciones presupuestarias, a partir de los ingresos que produzcan la imposición de las sanciones tipificadas en la Ley. Las corporaciones locales que desarrollen actividades en materia de drogodependencias incluirán en sus presupuestos la dotación que garantice el desarrollo de estas actividades y aquellas que deseen obtener financiación de los presupuestos de la Comunidad Autónoma, estarán obligadas a disponer de un plan municipal o comarcal sobre drogodependencias y a consolidar en sus presupuestos los créditos destinados a esta finalidad.¹⁴ Según los responsables del Plan, los criterios que sigue la Administración Autónoma de cara a la distribución del presupuesto a estas entidades, son la incidencia, comarcalización y cooperación municipal.

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 4), los recursos económicos han crecido en más de 100 millones de ptas. Aunque en el tema de las drogodependencias el presupuesto nunca es suficiente, según el Director de Salud Mental, este año se ha incrementado de manera notable¹⁵. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar coordinación institucional y formación, documentación e información. En términos relativos, comparando la dotación económica de cada área en el año 2001, con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en el área prevención seguido por coordinación institucional, intervención asistencial e incorporación social. Sin embargo, Formación, Documentación e Información ha tenido un descenso progresivo en la dotación presupuestaria en el periodo considerado.

Tabla 6
Presupuesto por áreas de actuación (1996-2001).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<i>Prevención</i>	94.096.000	96.072.000	97.500.000	99.450.000	161.515.571	164.515.571
<i>Intervención Asistencial e Incorporación Social</i>	262.134.000	267.638.000	291.000.000	296.820.000	308.899.112	308.899.112
<i>Coordinación Institucional</i>	20.500.000	20.500.000	21.000.000	21.420.000	25.920.000	25.920.000
<i>Formación, Documentación e Información</i>	18.000.000	18.378.000	15.600.000	15.912.000	11.600.000	11.600.000
TOTAL	394.730.000	402.588.000	425.100.000	433.602.000	507.934.683	510.934.683

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000. Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

Según los responsables del Plan, no existe presupuesto propio de la Oficina de Coordinación y en lo que se refiere al actual Plan, el presupuesto es de 410 millones de ptas, de los cuales, el Ministerio del Interior (PNSD) ha aportado 185.000.000 ptas y la Comunidad Autónoma 225.000.000 ptas.

5. PREVENCIÓN

En términos generales, el Plan que se está elaborando en la Comunidad de Aragón, se fundamentará en la prevención tomando como referencia al Plan Nacional sobre Drogas y entenderá por

¹⁴ Artículos 34 y 35 de la Ley 3/2001

¹⁵ Entrevista, junio de 2002

prevención el entramado dinámico de estrategias dirigidas a modificar actos personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores de consumos inadecuados de drogas. Estas estrategias tendrán como objeto reducir la demanda y consumo de drogas, limitar la oferta de drogas en la sociedad y las consecuencias que de su consumo puedan derivarse¹⁶.

Los objetivos generales de esta área que corresponden a las Administraciones Públicas, consisten en la promoción, desarrollo, fomento, coordinación, control y evaluación de los programas y actuaciones que informen a la población acerca de las sustancias que pueden generar dependencia y faciliten la comprensión del fenómeno de las drogas; que eduquen para la salud; reduzcan el interés social y demanda de drogas; intervengan sobre las condiciones socioculturales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia; adopten medidas que minimicen los riesgos para la salud derivados del consumo de drogas; regulen y limiten la presencia, promoción y venta de drogas; faciliten la integración de los drogodependientes; fomenten la coordinación entre los recursos comunitarios y las redes sociales y, finalmente, eduquen en el consumo responsable de sustancias que, aunque quedan englobadas en la definición de drogas, no son perjudiciales en un consumo moderado. Para conseguir los citados objetivos, se establecen una serie de medidas de prevención para la reducción de la demanda -en campos como la información, investigación, educación para la salud e intervención sobre condiciones sociales- y medidas para la reducción de la oferta, haciendo especial hincapié en las limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, especialmente de los menores de 18 años, así como el control de estupefacientes y sustancias psicotrópicas¹⁷.

En este momento, lo más destacado de esta área en palabras de Juan Antonio Faura es *el modelo que se quiere seguir de intervención preventiva en el que se confunde asistencia y prevención y se trata de un modelo mucho más integral. El mensaje de tipo preventivo se envía al usuario, familia, maestro, joven, etc. Antes era muy estanco: ahora hago asistencia, ahora hago prevención la práctica totalidad de los programas escolares han dejado de ser específicos y se incluyen en el concepto de salud e incluye a las drogodependencias junto con otras materias como la alimentación en los adolescentes, problemas de sexualidad, de depresión, fracaso escolar, afectividad y relaciones interpersonales*¹⁸.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son reuniones periódicas y foros de planteamiento de necesidades y estrategias, que posteriormente se publican. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a un presupuesto insuficiente. De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas concretos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención en esta Comunidad, se elabora un mapa de necesidades y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, concretamente, los jóvenes y la reducción del daño.

En este sentido, en 1998 se definió un marco de actuación homogéneo para todas las instituciones y entidades que trabajan en Aragón, incluyendo los objetivos en el marco de la promoción de la salud, como *proceso de capacitación de personas y comunidades para que puedan ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, contando como recursos con el Sistema de Asesoría y Recursos de Educación para la Salud (SARES) y la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud*¹⁹. Los programas de educación para la salud siguen siendo una herramienta adecuada para hacer llegar los mensajes de prevención, entendiendo la prevención inmersa en la denominada "intervención preventiva" desde la que es posible una acción más integrada y próxima a la persona y su entorno²⁰.

16 Disposiciones Generales de la Ley 3/2001

17 Título I de la Ley 3/2001 relativo a la Prevención de Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de Aragón

18 Entrevista junio 2002

19 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 1998, Pp.87

20 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 1999. Pp.85

En opinión de Juan Antonio Faura, los principales problemas de esta área se refieren al consumo y las consecuencias derivadas del mismo por parte de los adolescentes de forma compulsiva los fines de semana, vinculado al actual modelo de trasgresión de la norma y el discurso confuso en el cánnabis, que está haciendo entrar a los jóvenes en circuitos de delincuencia. Por otro lado, los retos que tienen en este momento persiguen el incremento de la percepción del riesgo en preadolescentes, implicar a los sectores más cercanos a los jóvenes y detectar casos de inicio de consumo²¹.

5.1. Ámbito escolar

Los programas en el ámbito escolar se incluyen dentro de las actuaciones que, en materia de drogodependencias, realiza el Gobierno de Aragón en la Educación para la Salud. Como actuaciones impulsará, en colaboración con los organismos competentes en materias de educación y salud, la incorporación de la educación para la salud en el diseño curricular de los centros escolares²². Si se analizan los datos de las Memorias, el ámbito escolar ha aumentado progresivamente el número de programas, pasando de 27 en 1996 a 45 en el 2001; de las actividades realizadas en los mismos y de los alumnos, padres y profesores que participan (ver Tabla 7).

Tabla 7

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2001).

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	27	Charlas (69), Grupos (18) y Sesiones (144)	Audio/video, cuadernos educativos, juegos	Alumnos (1.858), padres (881) y profesores (247)
1997	22	Seminarios (32), Talleres (36) y Sesiones (87)	Audio/video, cuadernos educativos, exposiciones	Alumnos (2.847), padres (636) y profesores (210)
1998	21	Seminarios (59), Talleres (38) y Sesiones (147)	Audio/video, cuadernos didácticos, exposiciones y tertulias	Alumnos (1.722), padres (513) y profesores (203)
1999	40	Cursos (32), Talleres (55) y Sesiones (230)	Audio/video, cuadernos didácticos, exposiciones	Alumnos (2.671), padres (1.631) y profesores (539)
2000	45	Escuelas de Padres (7), Sesiones (195), talleres (122), cineforum (2), Oca de Salud (1)	Audio/video/cine, cuadernos didácticos, exposiciones	Alumnos (4.139), padres (2.584) y profesores (272)
2001	45	Escuelas de Padres (6), Sesiones (225), talleres (140), cineforum (2)		Alumnos (4.400), padres (2.625) y profesores (272)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000 y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

En opinión de los responsables, las prioridades establecidas por el Plan Autonómico con relación a la prevención escolar son la formación de profesionales docentes y la implantación curricular de materias preventivas de educación para la salud. Para garantizar el seguimiento de esta línea,

²¹ Entrevista junio de 2002.

²² Ley 3/2001

cuentan con Convenios de Colaboración y subvenciones establecidas al efecto. Existe una coordinación con la Administración educativa para impulsar la prevención escolar, por medio de la Comisión Mixta. Las intervenciones de prevención en los centros educativos las realiza la propia Administración de forma curricular y ONG's concertadas para la realización de programas preventivos, entidades que se encargan de ofertar a los centros educativos formación, materiales, apoyo a los docentes y formación de padres. Hay un sistema de control de la oferta de prevención escolar aunque no existe un sistema de acreditación que garantice la bondad de las intervenciones. Se conoce el número de centros que participan en los distintos programas o actividades, aunque es variable y se hace un seguimiento de esta cuestión. La formación del profesorado se realiza a través de materiales específicos y apoyo de profesionales, en los centros docentes o en foros externos.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Por el momento, no se ha realizado aún ninguna evaluación de los programas escolares aunque los responsables afirman que se puede obtener información del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53).

5.2. **Ámbito familiar**

El ámbito familiar ha ido cobrando importancia en esta área, especialmente desde 1999, cuando ocupa un apartado específico de la prevención. A través de un programa familiar se intenta llegar por medio de una formación continua a padres y madres, a través de las asociaciones de padres y madres de alumnos (AMPAS) o a aquellas familias interesadas por el mundo de las drogas y sus riesgos. Las Escuelas de Padres es el método más utilizado en la formación continuada, principalmente mediante la formación reglada de este colectivo²³. La importancia creciente de este colectivo queda reflejada en el número de padres que reciben formación, en 1999 a través de los cinco programas, 94 familias en crisis, 381 padres/madres y 900 alumnos procedentes de las escuelas de padres (ver Tabla 10); en el año 2000 1.193 padres/madres y un año más tarde se ha llegado de forma específica a 4.735.

5.3. **Ámbito comunitario**

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria parte de una estrategia global e integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, que se desarrolla con actuaciones como actividades deportivo-culturales o recreativas de amplia difusión y las campañas informativas, que, dirigidas al tema del alcohol, constituyen una prioridad para el Plan. Como señala la Unidad de Coordinación de Drogodependencias, se trata de programas de prevención primaria que actúan a través de la estructura comunitaria e inciden en su ejecución sobre el tejido de la comunidad el movimiento asociativo, organizaciones ciudadanas, jóvenes, etc. Con ello, se pretende fomentar el desarrollo de actitudes, recursos personales y sociales, para afrontar con conocimiento las drogas y sus consecuencias, a través de la intervención educativa, charlas, seminarios, cursos, etc, utilizando materiales didácticos y medios de comunicación como apoyo a la labor de los profesionales²⁴. En este ámbito intervienen la Administración Autonómica y ONG's concertadas, que coordinan sus actuaciones mediante foros de debate y coordinación y establecen las prioridades a través de mesas de coordinación específicas, por zonas en materia de actividades preventivas. Según los datos ofrecidos por el PNSD, desde 1997 se ha producido

23 Memoria 1998 de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias de Aragón, Pp.6

24 Memoria 1998 de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias

una reducción en el número de programas, con la excepción del último año, aunque la diversificada oferta de actividades no ha experimentado un descenso muy acusado (ver Tabla 8).

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2001).

A.Comunitario	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	23	Charlas talleres (115), Cineforum (2), teatro (1), jornadas comunitarias (4), Programas Barrios (9)	Material preventivo, películas, prensa, radio y patrocinadores	9.169 población general
1997	31	Seminarios (11), talleres (24), sesiones (45), cineforum (13), programas barrios (5)	Material preventivo, películas, prensa, radio y televisión	7.957 población general
1998	25	Seminarios (11), conciertos (2), sesiones/charlas (190), cine-forum (5), programas barrios (6), intervenciones radiofónicas	Medios de comunicación y material didáctico	11.825 población general
1999	20	Seminarios (20), conciertos (1), sesiones/charlas (130), cine-forum (9), programas barrios (6), intervenciones radiofónicas (51)	Medios de comunicación, material didáctico y mesas redondas	Población general
2000	20	Sesiones/charlas (208), intervenciones radiofónicas (40), Celebración Día Internacional y Programas Específicos en barrios de Zaragoza (8)	Medios de comunicación, material didáctico, mesas redondas	Población general
2001	23	Sesiones informativas (257), intervenciones radiofónicas (40), Celebración Día Internacional y Programas Específicos en barrios de Zaragoza (10)		Población general

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000 y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

Junto a estos programas hay identificadas poblaciones de actuación preferente y se elaboran mapas de riesgo, donde las poblaciones con las que se interviene principalmente son los padres toxicómanos, los menores en riesgo y con fracaso escolar. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven son las de información y actuaciones puntuales a través de colectivos organizados a jóvenes, apoyadas por la Administración y los Consejos y Casas de la Juventud, interviniendo en su ejecución Organizaciones específicas que trabajan directamente con este colectivo. Por otro lado, la formación como mediadores sociales está encaminada al movimiento asociativo, a los monitores deportivos y a los educadores socio-culturales. Por último, también se realizan evaluaciones de los programas comunitarios, tal es el caso de los de prevención familiar, además de conocerse los indicadores de la Estrategia Nacional.

5.4. Ámbito de la comunicación

Las campañas institucionales de prevención son definidas por la Unidad de Coordinación Aragonesa, como aquellas acciones ejecutadas a través de los medios de comunicación y estructuradas en torno a objetivos y estrategias determinadas, que tienen como finalidad la prevención de las drogodependencias en el más amplio sentido, reducción del consumo y daño, información,

*sensibilización, etc.*²⁵. Según explican los responsables del Plan, los mensajes de prevención en los medios de comunicación se determinan a través de foros de discusión en las Mesas de Prevención y principalmente, se trata de mensajes positivos -no agresivos- que ofrecen alternativas al consumo de drogas. Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, y por esta razón participan en charlas y cursos de formación. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, el Plan utiliza la red como soporte para difundir la información preventiva.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se trata principalmente de campañas dirigidas a jóvenes, con especial énfasis en el tema del alcohol incidiendo en las Fiestas Patronales, donde su consumo es elevado²⁶; se celebra el Día Internacional contra las Drogas, se promociona el deporte como alternativa al consumo de drogas (marchas ciclistas, etc) y a través de numerosas actividades (exposiciones de fotografía, concurso relato corto, etc). En los últimos años el número de campañas, no se mantiene estable, con grandes variaciones entre unos años y otros, aunque en todos destaca la variedad de recursos materiales empleados (ver Tabla 9). Como sistema de evaluación, los responsables del Plan afirman conocer los indicadores de la Estrategia Nacional.

Tabla 9
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000).

Campañas Institucionales	Programas	Recursos	Destinatarios
1996	15	Radio, televisión, prensa, revistas, folletos, carteles, pegatinas, mesas redondas e informativas, coloquios y patrocinios.	Población general, jóvenes y padres
1997	9	Radio, televisión, prensa, revistas, folletos, carteles, guías, trípticos, postales, publicidad móvil, mesas redondas, conferencias, manifestación, e informativas, coloquios y patrocinios y participación de empresas privadas, personal, voluntarios, ciclistas, etc.	Población general y juvenil, niños y adolescentes
1998	19	Radio, televisión, video-forum, prensa, revistas, exposiciones, carteles, pancartas, folletos, publicidad, mesas redondas, conferencias, manifestación, charlas, reuniones, patrocinios y participación en Peñas y otros Recursos Humanos.	Población general y juvenil, padres, niños, adolescentes y trabajadores.
1999	5	Radio, televisión, cine-forum, prensa, taller, concierto, exposición, carteles, patrocinios y otros medios de difusión	Población general, juvenil y adolescentes.
2000	11	Radio, televisión, prensa, conferencias, dpticos, camisetas, carteles, mesas, ferias	Población general, jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5. Ámbito laboral

En el ámbito laboral, también existe una línea de trabajo para promover la prevención, así como mecanismos que garantizan la continuidad de los programas que inciden en este ámbito (empresa, trabajadores, sindicatos...). Las pautas preventivas se establecen a través de campañas

²⁵ Memoria 1998, de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias Pp.19

²⁶ El Informe del Justicia de Aragón sobre el consumo abusivo de alcohol en jóvenes señalaba las intoxicaciones en menores de 18 años coincidiendo con fiestas patronales, fines de semana y jueves, día en el que se celebran las fiestas del estudiante en Huesca.

o cursos de sensibilización e información, apoyados con materiales didácticos, guías o carpetas. La formación de delegados sindicales se considera fundamental como enlaces, tanto para el diseño de los programas como para su ejecución.²⁷ En cuanto al encuadramiento de estas actividades en los Planes de seguridad e higiene, según los responsables del Plan, normalmente los sindicatos tienen implantados a nivel general Programas de Prevención en el medio laboral. Además identifican los sectores de alto riesgo y realizando de modo prioritario intervenciones con ellos. En relación con la Estrategia Nacional, también se conocen los indicadores señalados. Desde 1996 se ha mantenido el número de programas (3) en este ámbito, aunque las campañas de sensibilización llegan cada vez a mayor número de trabajadores, especialmente durante 1998 y 1999 (ver Tabla 10).

Tabla 10

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2001)

A.Laboral	Progr	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	3	Sesiones (35), Cursos (8) y Campañas (2)	Carpetas didácticas, guías, cuadernos de prevención	259 delegados sindicales. Unos 30.000 trabajadores en las campañas de sensibilización
1997		Jornadas (1), unidades didácticas (7) y campañas (3)	Guías, ponencias, carpetas didácticas	115 delegados sindicales y 34.000 trabajadores en las campañas de sensibilización
1998	3	Jornadas (2), encuentros (1) y campañas (2)	Guías, carteles, carpetas y charlas	Delegados sindicales y las campañas han llegado a más de 45.000 trabajadores
1999	3	Campañas (3)	Guías, carteles, carpetas y charlas	Delegados sindicales y las campañas han llegado a más de 45.000 trabajadores
2000	3	Talleres de Salud, prevención de alcohol en el transporte urbano y campañas de sensibilización	Guías, carteles, carpetas y charlas	4.724 delegados sindicales y las campañas han llegado a más de 35.000 trabajadores
2001		Campañas, cursos de sensibilización e información, la formación de delegados sindicales	Materiales didácticos, guías o carpetas	4.725 delegados sindicales y las campañas han llegado a más de 45.000 trabajadores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000 y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables del Plan Aragonés, esta Comunidad cuenta con 12 municipios con Planes de Drogas, cifra que no ha variado desde 1990. Se colabora con ellos mediante convenios y subvenciones específicas en Programas de Prevención (educación para la salud) anuales. Como se mencionó en el capítulo de financiación, aquellas corporaciones locales que deseen obtener financiación de los presupuestos de la Comunidad Autónoma, estarán obligadas a disponer de un plan municipal o

²⁷ Memoria 1998 de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias. Pp.5.

comarcal sobre drogodependencias y a consolidar en sus presupuestos los créditos destinados a esta finalidad (Ver nota a pie, nº9). Los municipios que no cuentan con Planes de Drogas actúan a través de los Servicios Sociales de Base. Por último, para evaluar esta tarea, se conocen el número de municipios con planes de drogas respecto al número de habitantes. En este sentido, como municipios de más de 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas solo están el Ayuntamiento de Zaragoza y Huesca y el resto de municipios oscila entre 4.000 y 15.000 habitantes

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos como militares, padres/madres, jóvenes,

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2001).

Otros ámbitos	Programas	Actividades Recursos materiales	Destinatarios
1996	- Militar - Educación para la Salud (20) - Escuela de Padres ECCA - Prevención del Uso Indebido de alcohol en - Jóvenes (1)	Charlas, material didáctico, cuadernos, emisiones radiofónicas, dinámica de grupos	Mandos (5) y soldados de reemplazo (1.060), alumnos, matriculados, jóvenes, población en general
1997 (12)	- Militar - Educación para la Salud - Escuela de Padres - Medio Asociativo Juvenil	Charlas, material didáctico, cuadernos, emisiones radiofónicas, vídeo, dinámica de grupos	Oficiales, suboficiales, soldados reemplazo y profesionales (1.460); padres/madres (600), oyentes (4.000), alumnos, jóvenes asociados (1.355) y población general
1998 (33)	- Militar - Educación para la Salud - Familia/ Padres - Medio Asociativo Juvenil - Prevención del Alcoholismo en la Conducción	Charlas, videoconferencias, material didáctico, manual, cuadernos, guías, vídeo, dinámica de grupos	Oficiales, suboficiales, soldados reemplazo y profesionales (470); familias en situación de crisis (11), AMPAS (798), matriculados (542), alumnos y profesores de 140 auto-escuelas, jóvenes (3.479) y población general
1999 (10)	- Militar (1) - Promoción de la Salud Mental - Familias (5) - Medio Asociativo Juvenil (1) - Prevención del Alcoholismo en la Conducción (2) - Prevención en la población gitana para evitar absentismo escolar (1)	Cursos especializados, vídeos, material didáctico, guías, exposición interactiva, mediadores, actividades lúdico-deportivas.	Oficiales y suboficiales (60), mediadores sociales, familias en crisis (94), padres/madres (381) escuelas de padres (900), jóvenes (3.196) y alumnos de autoescuela], escolares.
2000 (5)	- Militar (2) - Promoción de la Salud Mental - Familias (5) - Medio Asociativo Juvenil (4) - Prevención en la población gitana para evitar absentismo escolar (1)	Cursos especializados, vídeos, material didáctico, guías, exposición interactiva, mediadores, actividades lúdico-deportivas.	Oficiales y suboficiales (75), mandos intermedios (20), mediadores sociales, padres/madres (1.193), jóvenes (1.803) y población gitana.
2001	- Militar (1) - Promoción de la Salud (24) - Familias (1) - Medio Asociativo Juvenil - Prevención en adolescentes y jóvenes con alto riesgo (1)	3 cursos formación, charlas/conferencias utilizando material didáctico	Oficiales y suboficiales (90), padres/madres (4.735), jóvenes (1.750) y población gitana.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000 y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

conductores, población gitana, etc. Lo más destacado es la continuidad de los programas y la incorporación de otros nuevos como el de Prevención del Alcoholismo en la Conducción (1998) y en la población gitana (1999). La Memoria de 2001 de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias permite conocer algo más de estos programas. El programa en el medio militar, enmarcado en el convenio entre la Diputación y el Ministerio, está centrado en el conocimiento de sustancias, causas y consecuencias de su consumo, dotando a los mandos militares de formación como mediadores de tropa para prevenir comportamientos adictivos; los realizados en el ámbito juvenil se centran en el alcohol, incidiendo en el reciclaje de voluntariado joven; los de promoción de la salud se enmarcan en la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud en Drogodependencias, que en 1998 englobaban 18 proyectos distribuidos por toda la Comunidad y en el 2001 incluye 24²⁸; por último, el de prevención en la población gitana, que pretende paliar el absentismo escolar (Ver Tabla 11).

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 3/2001 considera que la oferta asistencial deberá basarse en programas de atención que puedan ser útiles, procurando la integración progresiva en la atención primaria de salud y una mayor coordinación entre los recursos y políticas sectoriales. Los programas de reducción de daños, constituyen una actuación fundamental para aquellas personas que han fracasado en otras intervenciones o sus condiciones sanitarias y sociales así lo indiquen. Los recursos públicos para la asistencia sanitaria e incorporación social estarán integrados en las redes generales asistenciales sociosanitarias, atendiendo a criterios de normalización y coordinación.

Los objetivos generales del área de asistencia sanitaria y reinserción social persiguen garantizar la asistencia física, psíquica, social y familiar a las personas afectadas por el abuso y dependencia de las drogas, en condiciones de equidad con otros problemas de salud; asegurar la calidad, eficacia y coordinación entre servicios sanitarios y sociales; reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a su consumo; establecer programas que fomenten la demanda asistencial de las personas afectadas por el abuso o dependencia de drogas, facilitando su deshabituación y reinserción social; desarrollar programas encaminados a la reducción del daño, especialmente dirigidos a la prevención de enfermedades infectocontagiosas; facilitar el acceso de los drogodependientes a los recursos sociales normalizados; mitigar la problemática social y jurídico-penal de la población drogodependiente y, finalmente, estimular la implicación activa y solidaria de la comunidad en el proceso asistencial y de integración social.²⁹

Para conseguir estos objetivos, los servicios que realicen atención a drogodependientes en la Comunidad tendrán como criterios realizar la intervención preferentemente en el ámbito comunitario y a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social de Aragón, incorporando cuando sea necesario las iniciativas sociales sin ánimo de lucro que cumplan con los objetivos y criterios de actuación del Plan Autonómico sobre Drogas; la gratuidad de la atención a los drogodependientes; el carácter accesible y diversificado de la oferta, basada en programas individualizados, prestando atención a los colectivos más vulnerables (adolescentes); la inspección y control periódico de los centros y servicios de atención al drogodependiente; la garantía de los derechos del usuario en los servicios de atención; la adecuada reinserción del drogodependiente; la posibilidad de tratamiento en régimen residencial y, finalmente, la asistencia sanitaria de las mujeres en función de la diferente problemática que planteen. Además, se incluyen otros criterios de actuación específicos para la reinserción social.³⁰

28 Memoria de la Unidad de Coordinación de Drogodependencias Pp 6-12

29 Art.19 Ley 3/2001. Título II relativo a Asistencia y reinserción social en la Comunidad

30 Art. 20 Ley 3/2001

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En los dos últimos años (2000-2001), el perfil de los pacientes tratados ha aumentado en el caso del alcoholismo (de 2.792 a 3.151), descendiendo en el de otras drogas (2.414 a 2.131)³¹. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos, se han mantenido constantes, con la excepción de los Centros Ambulatorios de Asistencia que han aumentado. Por otra parte, es notable el descenso de los usuarios atendidos, especialmente en los Centros Ambulatorios de Asistencia, con la excepción de los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos que se han incrementado de forma notable (ver Tabla 12).

Tabla 12

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu
Centros Ambulatorios Asistencia	21		2.139	22		2.091	23		1.574	26		1.538	26		1.091
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	1	6	223	1	6	203	1	6	170	1	6	174	1	6	127
-Centros de Día Terapéuticos				3		84	3		91	*					
Comunidades Terapéuticas	1 púb. 1 priv. Fin	30 80	144	1 púb. 1 priv. Fin	30 80	143	1 púb. 1 priv. Fin	30 80	173	1 púb. 1 priv. Fin	30 80	152	1 púb. 1 priv. Fin	30 80	141
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	10 presc y disp		450	11 presc y disp		747	84 ofic de farm (disp) y 13 prescri y dis		108			1.194	67 ofic de farm (disp) y 14 prescri y dis		158
															2.185

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* Se incluyen en los Centros Ambulatorios de Asistencia.

Los Programas de Reducción del Daño siguen siendo la prioridad en los últimos años en el campo de la asistencia, incrementándose los recursos y el número de personas atendidas. Además, en 1998 se inició la dispensación de metadona en oficinas de farmacia³² y desde ese año cada vez es mayor el número de personas y farmacias que participan. Además, destaca la colaboración con la Red de Salud Mental en sus recursos (en la Comarca de Cinco Villas) y, en el año 2000 prosiguió el programa de apoyo a usuarios de metadona en fin de semana, llevado a cabo por convenio entre la DGA y Cruz Roja en Zaragoza y en el caso de Huesca por convenio con el Ayuntamiento de Huesca y la Policía Nacional. Por último, en Memoria del 2001 se detalla que, desde 1996 se han producido 814 inicios de tratamiento con metadona siendo

31 Memoria 2000 y 2001 de la Unidad de Coordinación Drogodependencias de Aragón, Pp. 32.

32 Anexo II de la Memoria 1998 de la Oficina de Coordinación: Programa de Dispensación de Metadona en las Oficinas de Farmacia

muy superior la proporción de varones (78,94%) que la de mujeres (21,05%) y con una edad media comprendida entre 25 y 35 años, perfil similar del de los programas libres de drogas³³ (ver Tabla 13).

Tabla 13

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2001).

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programa de Atención al Toxicómano (PAT)	1	376	1	409								
Programa de mantenimiento con derivados opiáceos					1	363			1	455		
Programa de apoyo a usuarios de metadona en días festivos					1	42	2	122	2			
Centro de emergencia social							1	390				
Oficinas de farmacia							95	153	67	158	121	199
Programas con prescriptores y dispensadores con metadona ³⁴							13	1.889				

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000 y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

La asistencia a problemas de alcoholismo, tiene lugar en los Centros Ambulatorios, dispositivos que han aumentado en los últimos años (19) aunque los usuarios atendidos no siguen una tendencia constante, aumentando en el año 2001 (ver Tabla 14).

Tabla 14

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial.

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Centros Ambulatorios	17	3.408	19	4.413	19	2.720	19	3.532	19	2.792		3.151

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000. Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

³³ La Memoria 2001 de la Oficina de Coordinación ofrece información detallada de todos los programas de la red asistencial.

³⁴ Los programas dispensadores de metadona se ubican en el centro de tratamiento específico de drogodependencias (9), en el centro penitenciario (4) y en las oficinas de farmacia (65)

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Comisarías y Juzgados (13) se han mantenido constantes aunque ha aumentado el número de usuarios atendidos; los programas y usuarios en Instituciones Penitenciarias han aumentado en los últimos años, destacando el fuerte incremento del número de usuarios atendidos en los programas de metadona, que han pasado de 77 en 1996 a 818 en el año 2000. El mismo fenómeno se aprecia en los programas de alternativas a la privación de libertad, incluyéndose además un nuevo programa de alternativas a sanciones por consumo público (ver Tabla 15). Por último, el área de intervención asistencial contaba en 1999 con otros recursos o programas, dirigidos a la deshabitación del tabaco (577 usuarios) y a la rehabilitación y privación de la adicción al juego (279 usuarios); este último persiste un año más tarde llevado a cabo por AZAJER y contando 244 usuarios³⁵.

Tabla 15

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales (1996-2001).

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Progr.	Usu	Progr.	Usu	Progr.	Usu	Progr.	Usu	Progr.	Usu	Progr.	Usu
En Comisarías y Juzgados	13	375	17	445	13	391	13	405	13	429		438
En Instituciones Penitenciarias	5 prev. 3 met.	127 77	5 prev. 4 met.	219 254	6 prev. 4 met.	193 582	9 prev. 4 met.	245 788	9 amb. 3 mod. 4 met.	52 245 818	12 prev. 3 met.	253 630
Programas Alternativas Privación de Libertad	5 cump. altern. en CT o CA y 3grado penitenc.	71	5 cump. Altern. en CT o CA y 3grado penitenciarío	72	Cump. Altern. en CT o CA y 3grado penitenciarío	81	5 cump. altern. en CT o CA	93	9	114	7	205
Programas de alternativas a sanciones por consumo público									8 suspensiones	69		73

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000. y de la Memoria 2001 de la Unidad Coordinación Drogodependencias de Aragón.

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación-constituidas por la Unidad Regional de Coordinación- encargadas de realizar esta tarea. En cuanto al organigrama de la red asistencial, se integra en redes generales asistenciales sociosanitarias, atendiendo a criterios de normalización y coordinación. La atención a las drogodependencias se conformará por dos niveles. El primero está compuesto por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios sociales de base, los Servicios municipales de drogodependencias, las Asociaciones de apoyo o ayuda a los drogodependientes y los Servicios de prevención de riesgos

laborales; el segundo nivel lo forman los Centros de Salud Mental, las Unidades de Desintoxicación en Hospitales, las Comunidades Terapéuticas, los Recursos de Régimen Intermedio (Centros de Día, Pisos de Acogida o Talleres Ocupacionales Terapéuticos) y Otros centros y servicios específicos de atención a las drogodependencias. El Gobierno de Aragón, establecerá reglamentariamente las funciones específicas en estos dos niveles de atención dentro de su ámbito competencial. Tendrá en cuenta la especificidad de los diversos centros, servicios, recursos y asociaciones debidamente acreditados³⁶.

Según los responsables del Plan, se realizan Evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades, a través del control del SEIT y Memorias periódicas, a cargo de los profesionales del Plan Autonómico. Conforme a los resultados obtenidos, se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, asistencia a problemas de alcoholismo, en poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas y recursos asistenciales. Como previsiones de desarrollo de la red asistencial, se espera la estabilización general, el aumento de los programas de Metadona y el inicio de Programas en jóvenes de riesgo, programas que no se han desarrollado hasta la actualidad, siendo objetivable intervenir. En este sentido, en la Memoria del PNSD (1999) el Gobierno de Aragón señalaba que, cada vez resulta más necesaria la adaptación de los recursos terapéuticos a las nuevas formas de consumo preferentemente en jóvenes y adolescentes que aunque no han reflejado patología alguna, pueden manifestar alteraciones en un futuro³⁷.

Finalmente, los principales problemas en este momento el área de Intervención Asistencial, son adaptarse a la realidad de un tema muy cambiante, la falta de normalización y las resistencias de los profesionales, que se encuentran muy saturados de trabajo. Por esta razón, los retos pendientes son la adaptación de la red a las necesidades, la normalización de los centros y la formación de los profesionales³⁸.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley 3/2001, de 4 de abril, establece entre sus objetivos la reinserción social, orientada a evitar las situaciones de exclusión, mediante actuaciones enmarcadas en el contexto comunitario y con programas específicos para igualar situaciones de por sí desfavorecidas. Entre los objetivos específicos, la Administración de la Comunidad Autónoma impulsará el desarrollo de programas de este tipo, a través de su participación en ellos y por medio de los programas municipales o comarcales, servicios sociales de base y otros recursos y de reinserción sociolaboral; fomentará la participación activa de la comunidad en los procesos de reinserción y en los casos en los que no resulte posible utilizar los recursos normalizados, se podrán establecer programas de reinserción individualizados.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), los programas de incorporación laboral -acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral- han aumentado en el caso de los programas de preformación laboral y se han creado los programas especiales de empleo. No obstante, la tónica dominante es la estabilización de los programas y la discontinuidad de otros, como ocurre con el Programa EXIT. Por último, desde 1999 se aprecia una drástica reducción de los talleres artesanos, pasando de 4 a 1 y de los programas especiales de empleo, todo ello acompañado de un menor número de usuarios (ver Tabla 16).

36 Art. 21. Ley 3/2001

37 Memoria PNSD 1999, Pp. 91.

38 Entrevista con Juan Antonio Faura Petisco, junio 2002.

Tabla 16
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Usu	PI	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu		
Programas de Incorporación Laboral													
Preformación Laboral	5	63			18	10	132	10	165	10	149		
Formación Laboral	3	56			34	2	12	3	31	4	80		
Integración Laboral													
- Talleres Artesanos	4	58	20					4	21	1	1		
- Reserva Plazas Empresas	1	2	2			2	8	1	3	1	5		
- Pro. Especiales Empleo								3	15	2	11		
Otro programas de incorporación laboral													
-EXIT (Fondo Social Europeo) inserción laboral				1	338								
- Tramitaciones y seguim. del Ingreso Aragonés de Inserción													

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación por medio de cursos reglados. En 1998 contaron con dos cursos reglados dirigidos a 47 usuarios. En el resto de años no existen datos disponibles al respecto. Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial, a través de pisos tutelados, contando desde 1996 con 5 pisos para realizar la reinserción y aumentando también el número de usuarios respecto a 1996 (ver Tabla 17).

Tabla 17
Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu	Nº	PI	Usu
Pisos Tutelados	5	122	42	7	149	56	6	149	49	6	191	55	5	175	45

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La programación de las distintas actividades y programas se suele hacer con una periodicidad anual y por parte de la Oficina de Coordinación y los sindicatos. Esta área cuenta en la actualidad con 33

convenios, 11 establecidos con Ayuntamientos y 22 con entidades privadas, que funcionan bien en opinión de los responsables.

Como programas de incorporación social gestionados por la Oficina, destaca la Coordinación de los Programas de toda la Comunidad Autónoma y nuevas propuestas de Programas de fondos europeos (EQUAL); con la Administración Autonómica los centros especializados; con la Administración Local, los Ayuntamientos conveniados (11) y, por último, con entidades privadas, los sindicatos. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían los programas de formación e integración laboral (empleo), manteniendo los de apoyo residencial. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de titulación académica, de Formación Profesional homologados por el INEM, las actividades ocupacionales y de información, las de orientación y búsqueda de empleo, las escuelas taller, las casas de oficios, los talleres de empleo y artesanos, la reserva de plazas en empresas, la promoción de empresas de inserción, la integración en programas de empleo municipales y las familias de acogida, manteniendo en general el número de pisos y las residencias. En líneas generales, el funcionamiento de todos los programas, actividades y recursos es calificado de bueno aunque consideran que la oferta de programas y recursos existente es insuficiente y esto constituye el principal obstáculo en las actuaciones en materia de reinserción.

En opinión del Jefe del Área de Drogodependencias los problemas encontrados en incorporación social se refieren a la situación de los pacientes: se ha demostrado que cuando éstos no alcanzan la estabilidad física y clínica, tienen muchas dificultades (recaídas, sobredosis, falta de contacto con los centros, etc) que imposibilitan su adecuada incorporación social. Por este motivo, el reto es seguir posibilitando su autonomía personal para que puedan tomar decisiones como cualquier otra persona³⁹.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Autonómico hasta la fecha, han sido la epidemiología de los consumos de drogas en población general y laboral; las características sociodemográficas y los patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales. Si se analizan los estudios y publicaciones realizadas desde 1996, se constata el énfasis dado al área de prevención. Hay un interés primordial por conocer el consumo de drogas en los jóvenes, especialmente de alcohol, las motivaciones de este consumo, la opinión de sus padres, estudios que se publican y difunden entre la población; se desarrollan actividades buscando formas de ocio alternativas, asociadas al deporte, coincidiendo en ocasiones con la celebración del Día Mundial sin Drogas; finalmente, en los últimos años, el número de libros y revistas se ha ampliado, aunque la difusión mediante carteles, trípticos y folletos sigue siendo la más utilizada. En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente, y la calidad de los resultados muy buena. Las dificultades encontradas para desarrollar estos estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias son de tipo financiero. La situación de la investigación sobre drogas en España se considera adecuada.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

La Ley 3/2001, en el capítulo V, recoge la participación social en drogodependencias, señalando la constitución de un Consejo Asesor en Drogodependencias, como órgano consultivo, en el que están representadas las Administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales, para promover la participación de la comunidad y favorecer la coordinación y racionalización

39 Entrevista en junio de 2002.

de los recursos. Además, las Administraciones de esta Comunidad, fomentarán la participación del voluntariado, apoyando actividades y programas en materia de drogodependencias. Podrán suscribir convenios plurianuales y conciertos con aquellas instituciones o entidades de iniciativa social, legalmente constituidas y debidamente acreditadas y registradas, siempre que cumplan con los criterios de actuación y calidad, y con los objetivos del Plan Autonómico sobre Drogas⁴⁰.

La importancia de las organizaciones no gubernamentales en el ámbito de las drogodependencias se pone de manifiesto en la Memoria de la Unidad de Coordinación (1998), que señala la participación de las ONG's en 15 programas de prevención a través de convenios con la Diputación General de Aragón, describiendo cada uno de los mismos así como la participación en el área de asistencia social, donde 8 ONG's intervienen en atención ambulatoria, 6 en atención residencial y otras 7 realizan actividades diversas de reinserción sociolaboral, prevención, etc. Finalmente, en el área de inserción social, los responsables del Plan mencionaban la existencia de 22 convenios con la iniciativa privada, principalmente con los sindicatos. Según la memoria del Plan Nacional sobre Drogas⁴¹, el número de entidades subvencionadas ha aumentado progresivamente, hasta alcanzar 22 en el último año (Ver tabla 18).

Como señala el Director de Salud Mental, el papel del movimiento asociativo es importante y cuentan con convenios con muchas asociaciones (ludopatías, Hermanos de Cruz Blanca, ex-alcohólicos, etc). Tienen un papel fundamental en el abordaje, porque dan esa chispa de sentimiento y humanidad a las cosas y son los que llaman a la puerta. La relación principal que se establece es mediante convenio, sin existir ningún concierto⁴².

Tabla 18

Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>
1996	11
1997	14
1998	20
1999	23
2000	22

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

Si bien hasta hace poco tiempo la situación en la Comunidad Aragonesa había sido criticada por la percepción social del problema de la droga -especialmente el consumo de alcohol en los jóvenes- en los últimos dos años se han producido grandes avances en materia de drogodependencias, caracterizados principalmente por la reordenación administrativa en 1999 uniendo drogodependencias con salud mental; la elaboración de la Ley 3/2001 de 4 de abril; la puesta en marcha del primer plan sobre drogas y la transferencia de las competencias en materia de tabaco al área de drogodependencias en enero de 2002. Esta situación puede considerarse positiva aunque la cara opuesta es la posible crítica a tener un desarrollo tan reciente y encontrarse tantos años

40 Art. 32 y 33 de la Ley 3/2001

41 Memorias del PNSD 1996-1999

42 Entrevista junio 2002

sin una ley de drogodependencias que era reclamada como una necesidad social en algunos estudios sobre la situación del consumo de drogas.

En líneas generales la situación se considera moderada y no se aprecian cambios significativos en el consumo de sustancias, siendo, por orden la heroína, el alcohol y el tabaco las sustancias más problemáticas. Si nos fijamos en el consumo de sustancias podemos calificar como favorable el descenso del número de consumidores de heroína y del porcentaje de fumadores en los últimos años (estos últimos ha pasado de 37,2% en 1995 a 32,5% en 1999); el presentar las menores tasas de admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (60,3 de cada 100.000 habitantes en 1999) y además, siguiendo la tendencia nacional, la menor proporción de admitidos a tratamiento por consumo de heroína cuya vía principal de administración de esta sustancia es la parenteral (74,6 en 1991 a 55,2 en 1999).

Como aspectos mejorables Aragón sobresale a nivel nacional por tener una de las mayores prevalencias de consumo de alcohol en los últimos treinta días (70,6%) y en los últimos años se ha incrementado la proporción de mujeres de 15 a 19 años que se inician en esta práctica además de existir una percepción social en el uso problemático de alcohol entre los jóvenes en el medio urbano y rural. El consumo de cánnabis también ha aumentado desde 1995 a 1999 pasando de un 4,8% a un 6,9%. Además, entre los usuarios de heroína, sigue predominando la vía de administración inyectada sobre la fumada o la inhalada. Como consecuencia de esta práctica la transmisión del SIDA tiene como causa principal el contagio entre los usuarios de drogas por vía parenteral aunque se ha producido un descenso del 15% en el año 2000 en el número de casos de SIDA (de 33 en 1999 a 12 casos en el año 2000). La admisión a tratamiento por consumo de cocaína ha aumentado al igual que ha ocurrido a nivel nacional (2,1% en el periodo 1991-93 a 5,1% en 1997-99).

Por otro lado, la reciente puesta en marcha del Plan dará lugar a novedades en el futuro aunque de cara a su elaboración no se ha partido de un estudio previo de necesidades, recomendable a la hora de planificar las actuaciones. Los responsables señalan problemas de coordinación y de falta de definición de competencias con otras Administraciones en la puesta en marcha del Plan. El organigrama y la estructura matricial son una novedad en el Plan y va a contar con nuevos órganos consultivos con la intención de tener un mejor conocimiento de la problemática. Además, existen fondos de documentación (la Unidad de Coordinación y con los SARES Provinciales) suministrando mayor información sobre las áreas de prevención y de asistencia.

En líneas generales, se aprecian deficiencias en los Recursos Humanos. Si bien existe un número reducido de personal trabajando en el área de incorporación social, se considera suficiente y sin embargo son las áreas de prevención e intervención asistencial aquellas en las que se considera deficitario. Se considera que en las Comunidades Terapéuticas están cubiertas las necesidades de personal pero en la dispensación de metadona resulta insuficiente. La dispersión geográfica dificulta esta tarea aunque se encuentran buenas soluciones como la dispensación en farmacias. Además, en ocasiones existe una ausencia de personal especializado y es necesaria mayor formación, si bien, según las últimas memorias del Plan Nacional, el número de cursos ha aumentado en los últimos años notablemente.

Siguiendo con los aspectos más destacados, el presupuesto ha crecido en el último año en más de 100 millones de ptas lo que refleja una preocupación de esta administración en el tema de las drogodependencias. Las áreas de incorporación e intervención asistencial son las que más presupuesto tienen destinado, aunque en términos comparativos el área de prevención ha sido la que más ha crecido en los últimos años. Como punto débil se aprecia un descenso progresivo del gasto destinado al área de formación y documentación.

Por áreas de intervención lo más destacado de la prevención es la existencia de unos objetivos delimitados, de mapas de necesidades y poblaciones de riesgo, en este caso los jóvenes y la reducción de riesgos. Hay un planteamiento inicial y es el seguimiento del modelo de *intervención preventiva en el que se confunde asistencia y prevención y se trata de un modelo mucho más integral. El mensaje de tipo preventivo se envía al usuario, familia, maestro, joven, etc. Antes era muy estanco: ahora hago asistencia, ahora hago prevención la práctica totalidad de los programas escolares han dejado de ser específicos y se incluyen en el concepto de salud e incluye a las dro-*

godependencias junto con otras materias. En 1998 se definió un marco de actuación homogéneo para todas las instituciones y entidades que trabajan y se integraron las actuaciones en la promoción de la salud con la idea de trabajar de la misma forma con un modelo integrado.

Esta definición de competencias, la filosofía homogénea, hace que los principales problemas de esta área se encuentren fuera de ella y se refieran al consumo y las consecuencias derivadas del mismo por parte de los adolescentes de forma compulsiva los fines de semana, vinculado al actual modelo de trasgresión de la norma y al discurso confuso en el cánnabis, que está haciendo entrar a los jóvenes en circuitos de delincuencia. Por este motivo, los retos que tienen en este momento persiguen el incremento de la percepción del riesgo en preadolescentes, implicar a los sectores más cercanos a los jóvenes y detectar casos de inicio de consumo. Por ámbitos de actuación lo más señalado ha sido el incremento del número de programas escolares, del número de padres, madres y de trabajadores que han recibido formación en prevención. Existe una línea de trabajo, coordinación entre las diferentes instancias que participan aunque la principal deficiencia se encuentra en la evaluación de los programas, especialmente los escolares.

En cuanto a la intervención asistencial, la Ley 3/2001 considera que la oferta asistencial deberá basarse en programas de atención que puedan ser útiles, procurando la integración progresiva en la atención primaria de salud y una mayor coordinación entre los recursos y políticas sectoriales. Los Programas de Reducción del Daño siguen siendo la prioridad en los últimos años en el campo de la asistencia, incrementándose los recursos y el número de personas atendidas. Además, en 1998 se inició la dispensación de metadona en oficinas de farmacia⁴³ y desde ese año cada vez es mayor el número de personas y farmacias que participan; la colaboración con la Red de Salud Mental en sus recursos y, en el año 2000 prosiguió el programa de apoyo a usuarios de metadona en fin de semana; por último, la dispensación de metadona también llega a las prisiones, donde ha aumentado de modo considerable.

Según los responsables del Plan, se realizan Evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades. Conforme a los resultados obtenidos, se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, asistencia a problemas de alcoholismo, en poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas y recursos asistenciales. En líneas generales los recursos funcionan bien y como previsiones de desarrollo de la red asistencial, se espera la estabilización general, el aumento de los programas de Metadona y el inicio de Programas en jóvenes de riesgo, programas que no se han desarrollado hasta la actualidad. Finalmente, los principales problemas en este momento, son adaptarse a la realidad de un tema muy cambiante, la falta de normalización y las resistencias de los profesionales, que se encuentran muy saturados de trabajo. Por esta razón, los retos pendientes son la adaptación de la red a las necesidades, la normalización de los centros y la formación de los profesionales.

En cuanto a la incorporación social, también se contemplaba en la ley como una necesidad. Sin embargo, en cuanto a los recursos la tónica dominante es la estabilización de los programas y la discontinuidad de otros pero se aprecian algunas deficiencias como la menor dotación de personal; la insuficiencia y falta de información sobre los recursos; la falta de datos en las Memorias y problemas derivados de la inestabilidad personal de los pacientes. Sin embargo, en opinión de los responsables los problemas de incorporación laboral no son diferentes a los de otra gente desempleada. El objetivo se ha conseguido desde el punto de vista social, ahora el objetivo es conseguir que haya empleo aunque Aragón tiene un porcentaje de desempleo del 6% y hay oportunidades profesionales.

Por otro lado, si se analizan los estudios y publicaciones realizadas desde 1996, se constata el énfasis dado al área de prevención. En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente, y la calidad de los resultados muy buena. Las dificultades encontradas para desarrollar estos estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias son de tipo financiero y la situación de la investigación sobre drogas en España se considera adecuada.

43 Anexo II de la Memoria 1998 de la Oficina de Coordinación: Programa de Dispensación de Metadona en las Oficinas de Farmacia

La Ley también recoge la participación social en drogodependencias. En los últimos años el número de entidades subvencionadas ha aumentado progresivamente y participan en todas las áreas. El papel del movimiento asociativo se considera fundamental en el abordaje, porque dan esa chispa de sentimiento y humanidad a las cosas y son los que llaman a la puerta y cuentan con convenios con muchas asociaciones, sin existir ningún concierto.

Finalmente, como puntos fuertes los responsables señalan la ley de drogas, la nueva estructura, y la buena coordinación y funcionamiento de la reinserción social (hay oportunidades profesionales y un porcentaje de desempleo muy bajo). Como puntos débiles conseguir la normalización; poder iniciar una línea de trabajo con los adolescentes (alcohol y tabaco); la necesidad de más herramientas para trabajar el tema del cannabis y sensibilizar a la sociedad que la prevención es tarea de todos.

PRINCIPADO DE ASTURIAS

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de las drogodependencias, es uno de los problemas que más afecta a los diversos grupos de población de la sociedad asturiana. Por este motivo, se realiza un gran esfuerzo por desarrollar y poner en marcha un conjunto de medidas de actuación para prevenir, tratar y minimizar o solucionar los conflictos que genera este fenómeno. Desde que se inició el primer Plan Regional sobre Drogas (1985), se ha estado trabajando para alcanzar la coordinación y coherencia de un conjunto de actuaciones destinadas a lograr la participación e implicación de diversas instituciones, profesionales y de toda la sociedad.

El Plan Regional sobre Drogas pertenecía en un principio a la Consejería de Servicios Sociales, teniendo como responsable al Director Regional de Acción Social. En 1996, éste sufrió una reestructuración administrativa, manteniéndose la figura del Coordinador en la Viceconsejería de Bienestar Social y distribuyéndose la responsabilidad de las actuaciones en las Direcciones de Salud Mental, Pública y de Servicios Sociales. Posteriormente, en 1999, a partir del Decreto 83/1999, de 11 de agosto, del Presidente del Principado, de Reestructuración de las consejerías que forman parte de la Comunidad Autónoma, el Plan pasó a estar incardinado en el ámbito de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (Dirección General de Salud Pública)¹. Es notable el esfuerzo desempeñado en el diseño de aplicación de programas para prevenir el consumo de drogas, además, se ha consolidado y diversificado una importante red asistencial pública que, junto a la iniciativa privada, ha posibilitado la participación de gran parte de los ciudadanos para hacer frente a esta situación².

El II Plan Regional (2001-2003) se ha elaborado recientemente, promoviendo líneas de actuación e intervención más adecuadas a la situación actual (nuevos patrones de consumo, cambio en las actitudes de los ciudadanos, etc.), buscando estrategias más eficaces y trabajando en las áreas de prevención, intervención asistencial, incorporación social y coordinación con entidades públicas y privadas. Concretamente, el nuevo Plan se basa en cuatro líneas estratégicas: trabajar con la sociedad, la prevención como prioridad, una oferta de servicios de calidad centrada en las necesidades de las personas y abrir vías permanentes para la incorporación social efectiva de las personas con problemas de drogodependencias. Con ello, se persigue el objetivo de reducir las consecuencias negativas que sobre la salud y la calidad de vida tiene el consumo de drogas en Asturias³.

Es importante la creación en el 2001 del Observatorio de Drogas para Asturias, según pone de manifiesto el Jefe del Servicio de Coordinación del Plan, Félix Ferreiro, se hizo un programa, una consulta social a la sociedad asturiana y un proceso de reflexión que nos llevó un año y medio con todas las personas que estaban involucradas en temas de drogas, que fueron alrededor de 300 (Comunidades Terapéuticas, médicos, psiquiatras, profesionales que trabajan en hospitales, etc.),

1 Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, 1996 (pp.157) y 1999 (pp.93).

2 Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995.

3 Plan sobre Drogas para Asturias, 2001-2003. Proceso de reflexión y debate con la sociedad. Pp.17 y 18.

a través de jornadas y sesiones de trabajo. De aquí se extrajeron unas conclusiones de las cuales se hizo el documento base del II Plan sobre Drogas para Asturias. Se trata de un documento muy realista y muy bien trabajado con varios apartados: el problema y el consumo de las drogas en Asturias, los desafíos y la respuesta organizada, trabajar con la sociedad, la prevención como prioridad, ofertas y servicios de tratamiento y la incorporación social. Con esto, se busca un modelo de continuidad para años posteriores y una base para futuras investigaciones.

Respecto a las áreas de actuación que se contemplan en el Plan, opina que, aunque todas las áreas de intervención son prioritarias, quizás las más importantes sean la prevención, la asistencia y la inserción. Respecto a la prevención, llevamos mucho tiempo (3 años) trabajando en la enseñanza Secundaria Obligatoria y esto es prioritario. También es prioritario el tema de asistencia, estamos trabajando con los toxicómanos que quieren curarse y en el tema de la reinserción. Siempre nos hemos volcado más en la asistencia, en el problema que ya está presente, siempre se le ha dotado de mayor presupuesto y trabajo, aunque ahora se le está dando a la prevención una gran importancia, una mayor cobertura, una mayor amplitud. También se está trabajando seriamente en el tema de la reducción del daño, llegando a todos los lugares, acercando cada vez más la red a todas las personas y tratando otros problemas relacionados (vivienda, marginación, exclusión social, etc.), a través de trabajadores de calle, medios como el “trolebús”, que se acerca a las personas fuera de los tratamientos, etc.

1 SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Regional consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, se mantiene constante. El tabaco es percibido como la sustancia más problemática, seguido por el alcohol y, en tercer lugar, la heroína. En su opinión, el alcohol y el tabaco ocasionan un gran impacto sanitario y la heroína es una sustancia que genera alarma en la opinión pública.

En lo que respecta a las diferentes sustancias, según la Memoria del Plan Regional sobre Drogas (1995), el consumo de opiáceos estaba estabilizado o en descenso, aunque se encontraron diferencias entre las distintas localidades; el uso de cocaína estaba bastante extendido entre la población general, situación no reflejada en demandas asistenciales específicas y los derivados del cánnabis eran las drogas ilegales más consumidas, muestra de ello era la prevalencia del consumo de cánnabis (en los últimos 12 meses) que pasó de un 6% en 1995 a un 7,4% en 1999⁴. En los últimos años ha aumentado el consumo de alucinógenos (LSD). En opinión del Jefe del Servicio de Coordinación del Plan, todo esto viene reflejado en los documentos del Observatorio de Drogas en Asturias. En términos generales, se aprecia en la actualidad un retroceso en el consumo de heroína y un aumento en el de cocaína y sobre todo del alcohol y la pastilla de diseño.

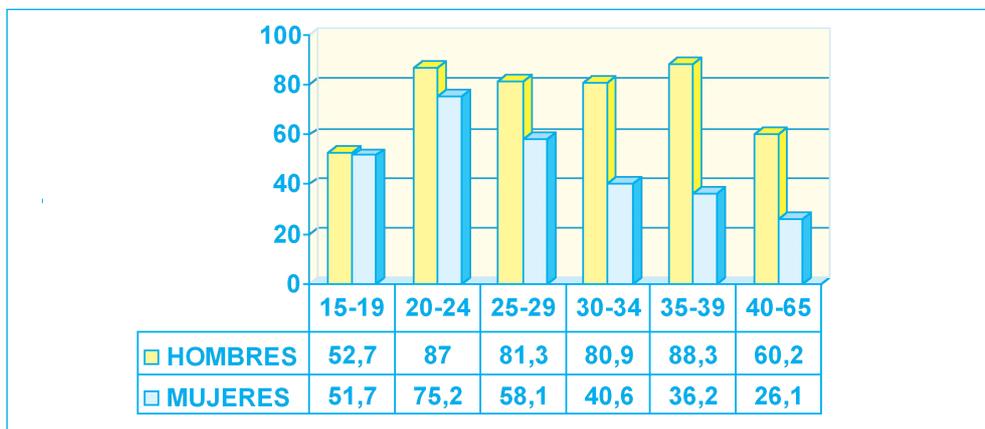
El consumo de tabaco, representa uno de los mayores problemas de salud en la sociedad asturiana. Concretamente, según datos de la Encuesta Domiciliaria de Drogas del PNSD (1999), algo más de un tercio (38%) de la población de esta Comunidad es consumidora a diario de tabaco, frente a un 33% en el conjunto de España. Por grupos de edad, fuman más los mayores varones que las mujeres, tendencia que se invierte en los más jóvenes; uno de cada dos fumadores adultos es un gran consumidor de tabaco y los mayores consumidores diarios son los adultos con edades comprendidas entre los 25 y 45 años. No obstante, también hay que señalar que el consumo promedio de cigarrillos por persona se ha estabilizado en los últimos tres años y que ha mejorado este problema entre el personal sanitario y educativo, aunque queda todavía mucho por hacer⁵.

4 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4.

En lo relativo al alcohol, parece estar disminuyendo el consumo abusivo, no obstante, siguen sobresaliendo situaciones de un uso excesivo, sobre todo en fines de semana por parte de algunos sectores jóvenes. En 1999, la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días (ver Gráfico 1) fue cerca de un 55%, sobresaliendo los varones (70,4%) respecto a las mujeres (39,8%). En lo referente a la edad, el porcentaje mayor de bebedores hombres está en el intervalo de edad de 35 a 39 años (88,3%), mientras que en las mujeres se sitúa entre los 20 y 24 años (75,2%).

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y edad, 1999



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4

Haciendo una valoración general de la situación del consumo de alcohol, habría que señalar que gran parte de los asturianos ha consumido alguna vez bebidas alcohólicas; cerca del 10% lo hace todos los días y más de la mitad en los últimos 30 días, donde el perfil principal del consumidor es el de varón en edades medias; uno de cada cinco consume habitualmente; más de un 1% de los adultos es bebedor abusivo durante los días laborables y casi un 5% en los fines de semana y un aumento de los adolescentes que se inician en este hábito, especialmente durante los fines de semana⁵.

El consumo del resto de sustancias es inferior al de las drogas anteriormente mencionadas, aunque generan considerables problemas. El cánnabis es la droga ilegal más consumida, más de 1/5 de asturianos han consumido en alguna ocasión derivados de esta sustancia y se está incrementando ligeramente su consumo, especialmente en escolares varones de 18 años. Respecto a la cocaína, sustancia ilegal que ocupa el segundo lugar en niveles de consumo, uno de cada 30 asturianos la ha consumido alguna vez en edades de 15 a 65 años; cerca de un 3% de adultos ha consumido alguna vez anfetaminas o "speed" y alucinógenos o éxtasis; por último, menos de un 1% declara haber consumido heroína alguna vez en la vida⁷.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

La proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de heroína, principalmente por vía parenteral, fue en 1991 de un 43,7%, porcentaje que descendió a un 20,2% en 1999⁸. Según

5 Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2001. Pps., 9-14.

6 Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2001. Pps., 15-19.

7 Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2001. Pps., 20-25.

informes del SEIT, en 1994, las admisiones a tratamiento por consumo de cocaína en Asturias fueron de un 0,3%, dato que la hizo posicionarse en la Comunidad Autónoma con el porcentaje más bajo, si la comparamos con el resto de España que en 1994 fue del 4,7%. En el periodo de 1997 a 1999, éstas ascendieron a un 2,7%, ocupando esta vez la penúltima posición respecto al conjunto de Comunidades Autónomas. En 1994 las admisiones a tratamiento en los Centros de Salud Mental fueron de 1.307 casos, lo cual supuso una tasa bastante alta. Según reflejan los datos de la Memoria del Plan Regional (1995), el número de personas atendidas en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria fue de un total de 350; se dieron tratamientos subvencionados en Comunidades Terapéuticas a 321 personas (17 personas más que en 1994), lo que la hizo convertirse en una de las Comunidades con las tasas más altas de personas asistidas en este tipo de recursos; se incorporó a 1.476 personas en los tratamientos con metadona y se atendió a 290 en las Unidades de Dispensación de Metadona. El perfil de los usuarios en admisiones a tratamiento era generalmente un 83,5% de hombres con una edad media de 27,4 años y al inicio del consumo de sustancias de 21,4 años.

Tabla 1
*Personas atendidas en los centros de salud mental
y primeros ingresos en las unidades de hospitalización psiquiátricas*

AÑOS	Centros de Salud Mental	TASA 1	Unidades de Hospitalización Psiquiátrica	TASA 2
90	573	0,64	67	0,08
91	534	0,58	51	0,06
91	852	0,92	48	0,05
93	702	0,76	51	0,06
94	912	0,99	54	0,06
95	334*	0,36*	59	0,06

- Tasa 1 y 2: tasas x 1.000 habitantes mayores de 14 años

- Tasa calculada a partir de poblaciones de derecho de los Censos de Población de 1986 y 1991

* Sólo primeros casos del año y tasa correspondiente

Fuente: Unidad de Evaluación y Sistemas de Información de los Servicios de Salud Mental.

Recopilando información en el intervalo de 1990 a 1995, en cuanto al síndrome de dependencia al alcohol y psicosis alcohólica, se pueden contemplar los siguientes datos (ver Tabla 1).

En cuanto a los episodios de urgencias en los hospitales, en 1995, ocuparon un total de 1.097 casos, un 97% asociados a la heroína y un 2,6% a la cocaína; esta última sustancia supuso un 3% del total de episodios de este tipo en 1999, tratándose especialmente de mujeres⁹. El perfil general de las personas atendidas se correspondía con hombres –mayoritariamente–, con una edad media de 28,8 años, aunque poco a poco se fue produciendo una alteración en la proporción hombres/mujeres y se dio una tendencia al aumento de la edad media, lo cual puso de manifiesto el envejecimiento de la población toxicómana que acude a los servicios de urgencias (SEIT) (ver Tabla 2).

Las drogodependencias, como se ha apreciado anteriormente, ocasionan cada vez mayores problemas, cada año mueren un considerable número de personas por reacción aguda a drogas ilegales; su consumo provoca accidentes de tráfico; el tabaco ocasiona el 25% de las muertes, donde cada año hay más de 2.800 fallecidos como consecuencia del tabaquismo y casi 1/3 de varones (1/7 de mujeres) fallece por patología asociada al mismo. El alcohol, a su vez, ocasiona problemas, ya que afecta a la salud humana y mental y provoca entre 400 y 500 fallecimientos anuales por patologías relacionadas¹⁰.

8 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4.

9 El Salero Electrónico, Nº 3, Curso 1999/2000.

Tabla 2
Número de episodios de urgencias por edad y sexo

	Nº CASOS	EDAD MEDIA (AÑOS)	SEXO	
			HOMBRES (%)	MUJERES (%)
90	990	85,7	14,3	26,1
91	1275	83,2	16,8	27,2
92	1086	82,2	17,8	27,3
93	883	82,4	17,6	27,2
94	1067	82,2	17,8	28
95	1097	78	22	28,8

Fuente: SEIT

Por último, el consumo de drogas por vía parenteral tiene importantes repercusiones sobre la salud. Respecto al Sida, frente a la tasa nacional (486,2), hasta finales de 1994, Madrid, el País Vasco y Cataluña contaban con las tasas por millón de habitantes más altas, mientras que la tasa de Asturias era del 292,5. En general, las Comunidades Autónomas del Cantábrico registraban tasas más altas que Asturias. Los datos acumulados desde 1981¹¹, muestran que en el 2001 se registraron en esta Comunidad 1.065 casos de Sida, de los que 669 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. La mortalidad es otro factor a tener en cuenta al hablar del Sida, en este sentido, las defunciones notificadas en enfermos de Sida entre los usuarios de drogas por vía parenteral fue en el 2000 de 289 fallecimientos¹².

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Como se indicó en el primer apartado, el Plan Regional sobre Drogas desarrolla un conjunto de actividades, programas y recursos de cara a solventar el problema de las drogodependencias, a través del desarrollo de medidas preventivas, asistenciales y de incorporación social. En un principio, el Plan Regional pertenecía a la Consejería de Servicios Sociales, en 1996 se mantuvo la figura del Coordinador en la Viceconsejería de Bienestar Social y se distribuyó la responsabilidad de las actuaciones en las Direcciones de Salud Mental, Salud Pública y de Servicios Sociales. En 1999, el Plan pasó a estar incardinado en el ámbito de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. En estos momentos, se está trabajando en la elaboración del II Plan Regional sobre Drogas (2001).

Otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan, en opinión de los responsables, es que éste se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales que tienen relación con las drogodependencias de la sociedad asturiana. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente estaba previsto para el año próximo. Para ello, se han empleado fuentes secundarias, a partir de estudios, documentación, estadísticas, etc.

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación, donde la Oficina del Comisionado es la encargada de esta planificación con una total participación en la definición de los objetivos. Las pautas generales seguidas en la programación y elaboración del Plan y los

10 Observatorio sobre Drogas para Asturias, 2001. Pps., 27-30.

11 Registro Nacional de SIDA, 30 de junio de 2001.

12 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

mecanismos o método de evaluación de éste –como soporte técnico para la acción política– se establecen en el Plan 2001. Existe una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, compuesta por técnicos que actúan siguiendo la política del Parlamento.

Al plantear a los responsables del Plan Autonómico cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central en el ámbito de financiación, coordinación y recursos (materiales, humanos) y con la Administración Autonómica y Local en materia de recursos y de financiación. En lo que respecta a las competencias, se considera que el Plan Regional tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades en el ámbito financiero y motivadas por el carácter heterogéneo de los municipios, que podrían mejorarse a través de la financiación. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Administración Autonómica, han participado en la elaboración del Plan las Consellerías y/o departamentos de Sanidad, Educación, Ayuntamientos y ONGs. Además, existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver Gráfico 2), Asturias cuenta con un Jefe del Servicio (Titulado Superior), el Departamento de Asistencia (2 Trabajadores Sociales), el Departamento de Prevención (2 Trabajadores Sociales y 1 pedagoga) y la Unidad Administrativa (Grupo C.). Además de esta estructura, los órganos consultivos en materia de drogodependencias se crearán con el nuevo Plan.

Gráfico 2

Organigrama del Plan Regional Asturiano

JEFE DE SERVICIO (Titulado Superior)	DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA (2 Trabajadores Sociales)	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN (2 Trabajadores Sociales y 1 Pedagoga)	UNIDAD ADMINISTRATIVA (Grupo C)
--	--	--	---

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan Regional, esta Comunidad cuenta con el Servicio de Coordinación del Plan de Drogas. Existen 10 fondos de información disponibles y los programas sobre los que se suministra mayor información son los de prevención y los de reducción del daño. En general, ésta se difunde a través del teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación.

En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, APAs, trabajadores, adolescentes, jóvenes y población en general; en intervención asistencial, drogodependientes a tratamiento, familias de drogodependientes, profesionales, voluntariado y ONGs. Por último, la información que se suministra en el área de incorporación laboral se dirige preferentemente a drogodependientes en fase de rehabilitación de la Red Asistencial Pública (SESPA).

En opinión de la Jefa de Servicio, en estos momentos se está trabajando mucho en el Plan, ya que recientemente acaba de salir. Nos encontramos en un Plan de remodelación de los responsables del servicio de coordinación, se está trabajando en esto en estos momentos y se están planteando los objetivos y las iniciativas que van a llevar a cabo, porque está dividido en estrategias y en iniciativas. El año pasado (2001), aunque el Plan no hubiera salido, se tenían ya muchas iniciativas realizadas y seguimos con ellas, pero hay otras que son nuevas y hay que adaptarlas a la situación actual para cumplir los objetivos planteados, teniendo en cuenta la complejidad del tema de las drogas que abarca tantas situaciones y tantas necesidades. El verdadero problema y

lo que es difícil en todos los Planes es que otros hagan, no crear una red específica, no crear una línea de “expertos” que se encarguen de cada área, etc. En este sentido, cada estamento en su competencia tiene que cumplir sus funciones, que cada cual tenga en su Departamento muy claro lo que tiene que hacer (el tema de la Consejería de Trabajo, de Asuntos Sociales, etc.). Hay que tratar, además, otros problemas importantes relacionados como toxicómanos con problemas de salud mental, discapacidades físicas o psíquicas, trastornos de conducta, Sida, etc.

3. RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social se ha mantenido. En lo que respecta a la prevención, aparte del Servicio de Coordinación del Plan de Drogas, los recursos pertenecen a los Planes Municipales que tienen trabajadores sociales para este ámbito. En la intervención asistencial, en líneas generales (ver Tabla 3)¹³, la mayor parte son licenciados (93), concretamente médicos psiquiatras (52) y, en segundo lugar, diplomados (83) y personal con estudios de Bachiller o FP (63). La atención a las drogodependencias se realiza en los Centros de Salud Mental (CSM) que, en un primer nivel de atención ambulatoria, son la puerta de entrada al resto de los servicios (Unidades de Tratamiento de Toxicomanías y Unidad de Hospitalización Psiquiátrica). Como servicios específicos se encuentran las UTT (anteriormente citadas), los Centros de Dispensación de Metadona, (participan profesionales de los CSM y otros de los que no se dispone de este tipo de información), Comunidades Terapéuticas y Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

En opinión de los responsables del Plan, las principales deficiencias que afectan al personal que trabaja en temas de drogodependencias son la falta de equipos multidisciplinares, de personal especializado en algunas tareas y de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están

Tabla 3

Perfil del personal que trabaja en el ámbito de Intervención Asistencial

TITULACIÓN	CENTROS SALUD MENTAL	UNIDADES HOSPITALIACIÓN PSIQUIÁTRICA	UNIDADES TRATAMIENTO TOXICOMANÍAS	TOTAL
1. Licenciados				93
Médico/a psiquiatra	52			52
Médico/a apoyo toxicom *	8		8	8
Psicólogo/a	17			17
Neuropsiquiatras	3			3
Psiquiatras		10		10
Farmacéuticos			3	3
2. Diplomados				83
A.T.S	16	39	14	69
Trabajadores Sociales	14			14
3. Bachiller/FP				63
Auxiliar en Enfermería	18	37	8	63
Total	128	86	33	239

* Distribuyen su jornada laboral en ambos servicios (CSM y UTT), por lo que sólo se contabilizan una vez.

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

¹³ Las titulaciones del personal señaladas, corresponde a la categoría profesional del contrato laboral y no a la titulación adquirida, por lo que puede haber profesionales con licenciaturas y diplomaturas que no se corresponden con el ejercicio de su profesión.

trabajando en este campo. En el ámbito de Prevención, se considera escaso el personal que trabaja; en Intervención Asistencial, insuficiente y en Incorporación Social, el problema es que no existe.

Respecto a la formación del personal, para ampliar y actualizar la información y formación de los diferentes colectivos, agentes sociales, voluntariado y profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias, se ponen en marcha un conjunto de actividades diversas como cursos, seminarios, jornadas, encuentros, etc. La unidad específicamente encargada de la formación del personal es el Servicio de Salud, en Prevención; en Intervención asistencial, la SESPA y en Incorporación Social no existe tal unidad. Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000), en 1996 destaca un gran número de encuentros (34) como actividad mayoritaria, descendiendo el resto de los años. También se ofrecen cursos (11), que aumentan mucho en 1997 (31) y en este mismo año aparecen los talleres (19) como actividad de formación. En 1998, lo principal son los cursos (26) y los seminarios (15) y en 1999 aparecen los grupos de autoayuda y acogida, las Escuelas de Padres, aunque es el año donde menos actividades se ofertan. En el 2000, aumentan las actividades y su variedad. Los destinatarios son muy diversos en todos los años, entre ellos, cabría destacar profesionales de diversos sectores, mediadores, jóvenes, padres, etc. (ver Tabla 4).

Tabla 4

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario
Cursos	11	Profesionales, mediadores, objetores, miembros asociaciones, jóvenes, etc.	31	Mediadores juveniles, asociaciones, padres, profesionales, delegados sindicales, etc.	26	Mediadores, profesionales, profesores, etc.	9	Profesionales, juventud, profesores, mediadores, etc.	18	Personal salud, mediadores juveniles, educadores, profesores, asociaciones, monitores, etc.
Seminarios	1	Mujeres de asociaciones y población general	5	Educadores, profesionales, mediadores, ONGs, etc.	15	Profesionales, Organismos y Entidades Plan, etc.	11	Profesionales, trabajadores sociales, policía, etc.	3	Profesionales, técnicos, mediadores, etc.
Jornadas	5	Jóvenes, profesionales, mediadores, padres, estudiantes, etc.	3	Profesionales, mediadores, población general, padres, etc.	3	Profesionales, voluntarios, población general, etc.	3	Profesionales, jóvenes, etc.	9	Profesionales, profesores, alumnos, voluntarios, población general, etc.
Encuentros	34	Mediadores Juveniles							3	Profesionales sanitarios y mediadores juveniles
Talleres			19	Animadores infantiles, profesores, adolescentes y jóvenes					5	Asociaciones, profesionales, mediadores, etc.
Gr.autoayud, y acogida. Escuela de. Familias								Familiares, terapeutas y formadores		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Según informa la Jefa de Servicio, se está incorporando en estos momentos mucho personal a la red de trabajo. Hasta hace poco eran 4 los encargados. De todas formas, el personal que trabaja en temas de drogodependencias se considera insuficiente. Se están abriendo otras vías de tratamiento y el personal está muy colapsado, además, ha subido la demanda en Salud Mental y se necesita más personal. Frente a esta situación, se ha tomado la medida de la creación de un programa de atención a adolescentes, se han incorporado a la red de Salud Mental médicos especializados en toxicomanías, la figura del “responsable de caso” que se encarga de hacer el seguimiento de un paciente y derivarlo a otro servicio cuando sea necesario, etc.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El Plan Regional sobre Drogas, ha tratado de conseguir la participación de las diferentes Administraciones y organizaciones en la lucha contra el fenómeno de las drogodependencias. Han sido muchas las entidades que han invertido en materia presupuestaria mostrando su interés y esfuerzo. A continuación se van a mostrar varios ejemplos de las partidas presupuestarias de varios años, comenzando por 1995 (ver Tabla 5).

Tabla 5
Presupuesto por áreas (en pesetas), 1995

ÁREAS	APORTACIÓN	TOTAL
1. PREVENCIÓN - De la CC.Albaicín - De otras Administraciones y Entidades	50.575.500 31.219.422	81.794.922
2. ASISTENCIA E INCORPORACIÓN SOCIAL - De la CC.Albaicín - De otras Administraciones y Entidades	447.653.263 183.893.876	631.547.139
3. COOPERACIÓN SOCIAL - De la CC.Albaicín - De otras Administraciones y Entidades (ONGs)	13.043.000 7.572.006	20.615.006
4. FORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN - De la CC.Albaicín - De otras Administraciones y Entidades	2.535.447 1.926.122	4.461.569
5. COORDINACIÓN - De la CC.Albaicín	23.000.000	23.000.000
TOTAL	761.418.636	

Fuente: Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995, P. 85.

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 6), los recursos económicos han sufrido fluctuaciones con el paso de los años, en 1997 bajó respecto a 1996, pero volvió a subir en 1998,

Tabla 6
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	92.170.167	101.485.458	104.183.068	109.204.055	138.395.000
Intervención Asistencial e Incorporación Social	612.295.571	541.668.393	660.502.719	596.059.142	601.522.837
Cooperación Social	21.115.948	16.687.000	21.525.000	32.774.951	34.109.321
Coordinación Institucional	23.000.000				
Formación, Documentación e Información	6.939.052	10.209.661	13.587.301	12.315.688	24.492.816
TOTAL	755.560.738	670.050.512	799.798.088	750.353.836*	798.519.974*
- Aportado por la CC. AA.	523.833.086	443.614.899	556.766.421		
- Por otras Administraciones y Entidades	231.727.652	226.435.613	243.031.667		

* Datos sólo de aquellas instituciones y entidades que han informado sobre el presupuesto
Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

siendo el más elevado de todos los años analizados (cerca de los 800 millones de ptas). No obstante, se debe tener en cuenta que en los últimos años (1999-2000) se muestra tan sólo el presupuesto de aquellas instituciones y entidades que han informado sobre él. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención (ha ido subiendo con el paso de los años, especialmente en el año 2000) y, en tercer lugar, cooperación social y formación, documentación e información, doblando su presupuesto esta última en el 2000.

Según los responsables del Plan Regional, en lo relativo al presupuesto y la estructura que gestiona la Oficina de Coordinación para el año 2001, el presupuesto planteado tiene un margen de flexibilidad al alza, al destinarse más recursos de la Dirección General de Salud Pública al Servicio de Coordinación del Plan de Drogas, que no vienen especificados como tales en los presupuestos del Principado de Asturias. Pese a esto, respecto al presupuesto del actual Plan, el Ministerio del Interior (PNSD) ha aportado un total de 127.269.000 ptas. y la Comunidad Autónoma 401.500.000 ptas.

Por último, los criterios que sigue la Administración Autonómica de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son el número de habitantes, la adecuación a los criterios de valoración autonómicos y la continuidad de programas.

5. PREVENCIÓN

En términos generales, en el área de prevención se persigue reducir e intentar acabar con todos los factores relacionados con el consumo de drogas. Es una tarea prioritaria tratar de dar respuesta a estas cuestiones, desarrollando un conjunto apropiado de programas, actividades y recursos de cara a la prevención de las drogodependencias y a la promoción de la salud. Son múltiples los ámbitos o destinatarios hacia los que se dirige este área, entre ellos, la comunidad

escolar, las familias, los trabajadores, los jóvenes, la población general, etc. Para ello, se realiza un gran esfuerzo y colaboración por parte de diversas organizaciones, entidades y el conjunto de la sociedad.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son los estudios de investigación sobre estilos de vida y contextos psicosociales y las encuestas a diversas poblaciones. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren al consumo de tabaco y alcohol, fundamentalmente en la población juvenil. Los principales factores causantes o mantenedores de estos problemas es la existencia de factores de riesgo que van desde el nivel macro-social hasta los factores personales.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en materia objetivos y ámbitos de actuación, que se manifiestan en el Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Entre los recursos humanos, destacan los profesionales integrados en el Servicio de Coordinación del Plan de Drogas, el Servicio de Innovación y Participación Educativa, el Consejo de la Juventud, los Planes Municipales y los Mediadores Juveniles. En cuanto a los recursos materiales, se trata principalmente de materiales divulgativos y didácticos; por último, entre los recursos económicos, se encuentran los propios de la Dirección General de Salud Pública y de la Dirección General de Ordenación Académica y F.P., Ayuntamientos, mancomunidades y el Instituto de la Juventud. En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se logra mediante protocolos de colaboración. Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención en Asturias, se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, concretamente, los alumnos de la ESO.

En líneas generales, en el periodo considerado (1996-2000), se ha producido un aumento de los programas de prevención en todos los ámbitos. Se ha continuado con el desarrollo de programas, recursos y actividades en los ámbitos comunitario, escolar, juvenil y laboral, como se verá en los siguientes apartados. En opinión del Jefe del Servicio de Coordinación del Plan, en la prevención los Planes Municipales sobre Drogas tienen un papel primordial, no se hace nada sin contar con ellos. En la prevención en el ámbito escolar se busca que se incorpore de una manera normal, estable, etc. Se ha conseguido una buena coordinación y un acuerdo entre la Consejería que coordina el Plan de drogas (Salud) y Educación y se pretende que en la oferta que se hace se vayan incorporando temas de salud y los contenidos que se consideren importantes y trabajar con los propios profesores. Según la Jefa de Servicio, el ámbito comunitario es un espacio donde se engloba todo (educativo, familiar, laboral, etc.), donde tienen un papel muy importante los Planes Municipales sobre Drogas. En el tema del ocio y el tiempo libre se hacen cosas, lo que ocurre es que está por determinar si es lo suficientemente importante para que la gente no consuma drogas. Como indica el Jefe del Servicio de Coordinación del Plan, se tiene una relación directa con la Consejería de Educación y dentro del espacio educativo se contempla la educación para la salud con la prioridad del tema de educación y drogodependencias y un programa de educación afectivo-sexual. En el ámbito familiar se busca la formación de las Federaciones de padres y asociaciones. Se está trabajando con ellas desde siempre, dándoles cobertura, etc. Se trata principalmente de asociaciones de padres de alumnos y las familias de usuarios de drogas han sido una prioridad siempre, ofreciéndoles apoyo institucional, asesoramiento, etc.

En general, consideran que en la prevención el resultado se ve más bien a largo plazo, pero hay cosas que han cambiado. Por ejemplo, en el ámbito educativo los profesores se han implicado mucho, toman una posición más responsable en la escuela y las dos Consejerías (Educación y Salud) han hecho un "pacto" y colaboran. En general, esto es un éxito a largo plazo. No lo hace todo el Plan de Drogas, sino también los servicios de salud (de salud laboral) con sus propias competencias y funciones, se implican los diferentes Departamentos. Como retos pendientes, en el ámbito escolar este año se está empezando con un nuevo programa: "La aventura de la vida" en Primaria, hasta ahora estábamos trabajando con Secundaria, y quere-

mos también ahora extenderlo hasta Cuarto. En el tema comunitario, quedan muchas cosas por hacer, o mejor dicho, maneras distintas de intervenir: Servicios Sociales está un poco por detrás, etc., En el ámbito familiar hay que trabajar de una forma más específica con las familias de los drogodependientes. También un tema importante que nos preocupa en prevención son los Servicios de Atención Primaria, es algo prioritario, hay que detectar las tendencias desde que un niño es pequeño. Hay que trabajar también la posición de los jóvenes en el tema de drogas, en los estereotipos. Se ha normalizado tanto la aceptación del tema de las drogas, que ahora nos encontramos con que los jóvenes no piensan que las drogas son un problema, que el drogadicto es el “yonky”, el heroínmano y no los consumidores de drogas de síntesis, cocaína, alcohol, etc, y no asumen que los consumidores de estas últimas sustancias pueden necesitar un tratamiento.

5.1. Ámbito educativo

El ámbito escolar es un área de actuación preferente dentro de la prevención, el consumo de drogas entre la población infantil-juvenil necesita una actuación prioritaria. Se busca la información y preparación de niños y adolescentes para ayudarles a decir “no” al mundo de las drogas. Se trata de promover la Educación para la Salud y la participación de todos los sujetos implicados en la comunidad educativa: profesores, padres y alumnos.

La prevención en el ámbito educativo integra un amplio abanico de programas, actividades y recursos. Si se analizan con el paso del tiempo, en esta Comunidad en los programas de Educación sobre drogas colaboran varias instituciones y entidades como la Consejería de Servicios Sociales, la Dirección Provincial del MEC, INSALUD, Ayuntamientos y Federaciones de APAS. En 1996, destaca la realización de proyectos de Educación para la Salud en centros escolares (38), el asesoramiento y formación del profesorado (cursos y seminarios), el Programa de Formación de Escuelas de Padres y Madres, la apertura de centros educativos en horario no lectivo (programa “Apertura”) y la difusión de un boletín de información (“ALITAR”). En 1997, se pusieron en marcha, como actividades novedosas, el Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) en los centros de Secundaria y el Programa “Habilidades de Vida”. Un año más tarde, apareció el Programa de puertas abiertas dirigido a alumnos de 6º curso de Primaria y en 1999 se le dio especial énfasis a la prevención del consumo de tabaco en la población escolar (programa “Aire Fresco”), además del alcohol, otras drogas, Sida y se enfatizó la educación sexual. Por último, en el año 2000 destacó la puesta en marcha del programa “¡Órdago!” para alumnos de ESO, como fruto de la colaboración entre las áreas de la Administración Autonómica y las corporaciones locales. El número de actividades y destinatarios son cada vez más diversos (ver Tabla 7).

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha continuado teniendo como prioridad, en relación con la prevención escolar, los alumnos de ESO, sobre todo en lo relacionado con el alcohol y el tabaco. Para garantizar el seguimiento de esta línea, se cuenta con el Equipo de Seguimiento y Análisis de la Dirección General de Salud Pública y Educación. Esta línea es seguida por todas las instancias, de acuerdo con las directrices que se elaboran en conjunto. Existe una coordinación con la Administración educativa, la cual se encarga de impulsar y mantener dicha coordinación y comunicación mediante protocolo de colaboración. El profesorado, coordinado y formado a través de la colaboración de Salud y Servicios Sanitarios y Educación, son los que realizan las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (127) y además, los programas escolares son evaluados, concretamente el programa “¡Órdago!” de la Fundación EDEX, a través de evaluaciones por medio de los Planes Municipales y Centros de Profesores y Recursos, además de los propios profesores que desarrollan el programa en el aula.

Tabla 7

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	- 38 proyectos de Educación para la Salud - Programa "Apertura" - Programa de Formación de padres y madres (Escuelas de Padres)	Cursos, seminarios, actividades de ocio y tiempo libre	Boletín ALITAR de información (125.000 ejemplares)	Profesores de primaria y secundaria, alumnos, padres y madres
1997	- 46 proyectos de Educación para la Salud - Programa "Apertura" - Programa de Formación de padres y madres (Escuelas de Padres) - Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) - Programa "Habilidades de Vida"	Cursos, seminarios, actividades de ocio y tiempo libre, charlas, coloquios y charlas taller	Boletín ALITAR de información (130.000 ejemplares)	Profesores de primaria y secundaria, alumnos, padres y madres, centros educativos, APAS
1998	- 46 proyectos de Educación para la Salud - Programa "Apertura" - Programa de Formación de padres y madres (Escuelas de Padres) - Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) - Programa de puertas abiertas	Obras de teatro, encuentros, cursos, talleres, cine, seminarios (36), jornadas (1), sesiones de apoyo (6), video-forum (10), charlas-taller (57)		Alumnos de primaria y secundaria, profesores, equipos de atención temprana, padres y madres
1999	- 47 proyectos de Educación para la Salud - Programa "Apertura" - Programa de Formación de padres y madres (Escuelas de Padres) - Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES) - Programa de puertas abiertas - Prevención abuso alcohol y otras drogas (sida y educación sexual) - Programa "Aire fresco" (prevención consumo tabaco)	Representaciones teatrales, trabajos en grupo, análisis de situaciones, estudios, investigaciones, talleres de salud, cine, jornadas, cursos, concursos	Materiales didácticos y divulgativos, dípticos, cuestionarios de evaluación, material bibliográfico, guías	Alumnos de primaria y secundaria, profesores
2000	- Programa "Órdago" (103 centros) - Proyectos de Educación para la Salud - Programa "Aire fresco" (prevención consumo tabaco) - Programa "Apertura" - "Cine en la enseñanza" - Programa "Entre todos" (prevención para la ESO) - Prevención abuso alcohol y otras drogas, prevención VIH	Representaciones teatrales, trabajos en grupo, análisis de situaciones, estudios, investigaciones, talleres de salud, cine, jornadas, cursos, concursos	Materiales didácticos y divulgativos, dípticos, cuestionarios de evaluación, material bibliográfico, guías	Alumnos de primaria y secundaria, profesores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes y actividades extraescolares. De esta labor se encarga el Servicio de Coordinación del Plan, el

Servicio de Innovación Educativa, la Comunidad Educativa, los Centros de Profesores y Recursos y los Planes Municipales (a través de una convocatoria conjunta a los centros educativos). Para ello, se desarrollan diversas estrategias y programas que contemplan el desarrollo de dichas actuaciones.

La formación del profesorado en prevención se realiza con diferentes niveles a través del Plan de Formación de Educación, básica y complementaria, por medio de cursos, seminarios y grupos de trabajo. De esta labor se encargan diferentes especialistas en el tema de drogodependencias. El lugar donde esto se desarrolla son los Centros de Profesores y Recursos y Ayuntamientos, además de los propios centros escolares.

Una vez establecidas las necesidades y objetivos y puestos en práctica los programas y actividades, se realiza la evaluación. Para ello, disponen de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias y aquellos que han abordado el tema en el aula, el porcentaje de programas que están acreditados, la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula, la identificación de zonas o centros de actuación preferente y las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo.

También se conoce el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia; el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias; el número de Escuelas de Magisterio y de Cursos de Adaptación Pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias; la existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado, elaborados en colaboración con la Administración Educativa; por último, se conoce la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas.

5.2. Ámbito familiar

La formación de padres y de madres, es uno de los objetivos que se persiguen en el área de prevención, concretamente, informarlos, sensibilizarlos y formarlos a través del programa de prevención de las drogodependencias dirigido a éstos (consolidado en 1996 el Programa de Formación de Escuelas de Padres y Madres). Para dicho fin, se han implicado un conjunto de entidades y organismos como las Federaciones de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS), los Ayuntamientos con Planes Municipales sobre Drogas, la Dirección Provincial del MEC (Unidad de Programas Educativos) y la Consejería de Asuntos Sociales. Para ello, se han desarrollado toda una serie de actividades como cursos, charlas informativas, escuelas de padres, encuentros y jornadas de debate y reflexión (ver Tabla 8). Por medio de la convocatoria anual de subvenciones al movimiento asociativo y del apoyo técnico del Servicio de Coordinación del Plan Regional sobre Drogas, la Consejería de Servicios Sociales ha dado el soporte necesario para la puesta en práctica de este programa¹⁴. En 1999, el ámbito familiar se contempla como independiente (fuera del educativo), y aparecen 4 programas dirigidos a padres y madres, concretamente las Escuelas padres/madres, la formación de padres/madres, el programa de apoyo a la acción y el asesoramiento e intervención con familias para la promoción de hábitos saludables.

¹⁴ Plan Regional sobre Drogas, Memoria, 1995, pp. 20.

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito familiar (1996-2000)

A. Familiar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	1	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)
1997	1	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)
1998	1	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)	(incluido en ámbito educativo)
1999	4	Charlas-taller, cursos, seminarios, reuniones	Unidades didácticas, material de vídeo, carpetas y documentación	Padres y madres de alumnos, familias en situación de riesgo
2000		Cursos de formación específica	Vídeos, fichas, dossier, documentales	Padres y madres

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3. Ámbito comunitario

En la prevención comunitaria intervienen las administraciones públicas, los movimientos asociativos, los agentes sociales y diversos colectivos. Se fomentan programas para aumentar la participación en la prevención de las drogodependencias y la implicación de educadores, padres, profesionales, monitores, etc. La Consejería de Servicios Sociales señala que el espacio más adecuado son los municipios, por lo que se desarrollan planes municipales sobre drogas y se firman convenios de colaboración entre ésta y las Corporaciones Locales, para la puesta en práctica de programas de Intervención Comunitaria¹⁵.

Como señalan los responsables del Plan, para la intervención comunitaria se parte de una estrategia global, existiendo una línea de intervención, que se desarrolla con actuaciones como la información y sensibilización de la Comunidad, el impulso de actividades y programas educativos, la implicación del movimiento asociativo y de mediadores sociales en actividades de ocio alternativo y tiempo libre, las campañas para la prevención del uso de alcohol en jóvenes y la formación de profesionales mediadores. En este sentido, aumentar el apoyo económico, la colaboración con ayuntamientos, los acuerdos de colaboración (convenios), el alcohol, el tabaco y las familias, son prioridades importantes establecidas por el Plan. Para garantizar el seguimiento de estas actuaciones se desarrollan una convocatoria de subvenciones y convenios de colaboración.

En el ámbito comunitario intervienen departamentos municipales relacionados con la mejora de la calidad de vida, movimientos asociativos, recursos educativos, sanitarios, sociales, de ocio y tiempo libre y laborales. La coordinación con otras instancias participantes se realiza por medio de comisiones de coordinación de cada uno de los Planes (política y técnica) y por un calendario de reuniones. Por otra parte, existe una coordinación con los profesionales y equipos de atención primaria para promover su participación en los programas de prevención, a través de las comisiones técnicas.

La Comunidad Autónoma tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente, utilizando como criterios para determinarlas Indicadores Sociales de los Ayuntamientos y Educación, aunque no se elaboran mapas de riesgo. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas

¹⁵ Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995, pp. 13.

que se promueven son programas de ocio alternativo, estrategias de acercamiento y proximidad e indicadores juveniles, apoyadas por el Ayuntamiento, Consejos de la Juventud (Autonómico y Locales) y la Comunidad Autónoma. En su ejecución intervienen las asociaciones juveniles, los mediadores y los monitores de ocio y tiempo libre. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los educadores socio-culturales y los monitores de actividades de ocio. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar.

Como se ha indicado anteriormente, la Consejería de Servicios Sociales señala que el espacio más adecuado para este ámbito son los municipios, por lo que se desarrollan planes municipales sobre drogas para la puesta en práctica de programas de Intervención Comunitaria. Desde 1996, según los datos ofrecidos por el PNSD, se ha producido un incremento del número de planes municipales, de las actividades, recursos y destinatarios a los que van dirigidos (ver Tabla 9).

Tabla 9

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A. COMUNITARIO	PROGRAMAS	ACTIVIDADES	RECURSOS MATERIALES	DESTINATARIOS
1996	- Planes Municipales sobre Drogas	Información, difusión, campañas, talleres, semanas de la salud, etc.	Recursos comunitarios	Madres, padres, profesores, profesionales, asociaciones, etc.
1997	- Planes Municipales sobre Drogas	Actividades de sensibilización y comunicación, campañas de prevención	Material informativo y divulgativo	Jóvenes, adolescentes, población general, asociaciones, familias
1998	- Planes Municipales sobre Drogas (7)	Información y sensibilización, reuniones, jornadas, fiestas, encuentros, talleres, etc.	Material divulgativo, documentación y bibliografía, etc.	Población general, agentes sociales, mediadores, asociaciones, población infantil, jóvenes, etc.
1999	- Planes Municipales sobre Drogas (8)	Material informativo y divulgativo, preventivo	Folleto, carteles, videos, dípticos, trípticos, cómics, etc.	Población general, adolescentes, jóvenes, agentes sociales, etc.
2000	- Planes Municipales sobre Drogas (8)	Reuniones, mesas redondas, conferencias, concursos	Material informativo, divulgativo y preventivo; folletos, carteles, videos, dípticos, trípticos, cómics, etc.	Población general, alumnos, familias, adolescentes, jóvenes, agentes sociales, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre (14.835 alumnos de 1º y 4º de ESO de 19.975, 74,2%. Implantado el Programa en 1º y 4º de ESO para ampliar progresivamente a 2º y 3º), el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias (Registros de los programas desarrollados con mediadores) y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general (Memorias de los programas de Intervención Comunitarios).

5.4. Ámbito de la comunicación

Según explican los responsables del Plan, mediante ruedas de prensa, convocatorias a los medios y entrevistas con responsables políticos y técnicos, seleccionan los mensajes de prevención que considera apropiados para difundir a través de los medios de comunicación. Principalmente, se trata de mensajes de información sobre las actividades y programas que se realizan y del Observatorio Asturiano de Drogas. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través de reuniones y encuentros para la formación en drogodependencias de los profesionales de los medios de comunicación. Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo con actividades formativas como jornadas, seminarios, debates, etc.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se trata principalmente de campañas dirigidas a jóvenes, con especial énfasis en el tema del alcohol. En 1996 se pusieron en marcha un conjunto de Estrategias para la prevención del consumo abusivo de alcohol en jóvenes de Asturias, posteriormente se ampliaron el número de campañas, dirigidas a prevenir el Sida, el alcohol y el tabaco; los Planes Municipales de Drogas; se celebraron concursos y el Día Mundial del Sida y sin tabaco. Además, el número de destinatarios y de recursos empleados son muy numerosos (ver Tabla 10).

Tabla 10

Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

CAMPAÑAS INSTITUCIONALES	PROGRAMAS	RECURSOS	DESTINATARIOS
1996	<ul style="list-style-type: none"> - Campaña prevención consumo abusivo alcohol en jóvenes - Campañas prevención abuso alcohol, consumo drogas y divulgación Planes Municipales 	Camisetas, luminosos, folletos, carteles, etc.	5.000 jóvenes, personas de diferentes edades
1998 (7 Campañas)	<ul style="list-style-type: none"> - Campañas prevención abuso alcohol, difusión Planes Municipales drogas y prevención Sida - Carrera contra la droga - Concurso: Cartel contra las drogas - Día Mundial Sida y sin tabaco 	Carteles, cómics, pegatinas, trípticos, carpetas, camisetas, anuncios, folletos, preservativos, etc.	Jóvenes, estudiantes, población general, profesionales Salud y Centros Docentes
1999 (9 Campañas)	<ul style="list-style-type: none"> - Información/sensibilización - Enséñales lo que es bueno - Prevención es salud - Cambia de marcha. Bébetela vida - Concurso - Día Mundial Sida y tabaco 	Anuncios, folletos, carteles, radio, vídeos, preservativos, trípticos, pegatinas, etc.	Población general, padres, madres, educadores, alumnos, profesionales centros de salud y educación
2000 (11 Campañas)	<ul style="list-style-type: none"> - Información/formación - Enséñales lo que es bueno - Día Mundial Sida/Tabaco - Consejo Antitabaco en Atención 1ª - Prev.consumo tabaco empleados municipales - Prev. Consumo alcohol - Planes municipales drogas - Alcohol punto y final 	Anuncios, folletos, carteles, radio, vídeos, preservativos, trípticos, pegatinas, etc.	Población general, padres, madres, educadores, alumnos, profesionales centros de salud y educación

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias (ambas en Memorias de Planes Municipales y Autonómica); el número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas y los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención (todos).

5.5. Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral, donde se desarrollan un conjunto de actuaciones sanitarias, educativas, sociales, etc. En esta tarea participan todas las entidades de la empresa, es decir, la Dirección, los Servicios Médicos y los Sindicatos¹⁶. Según explican los responsables del Plan, se establece una coordinación con patronales y sindicatos (variable), se identifican los sectores de alto riesgo y se le da prioridad a las intervenciones con estos colectivos. Estos programas promueven actividades dirigidas a la información, sensibilización y formación de afiliados y delegados sindicales (Programa Prevención del Sida, el alcoholismo y otras drogodependencias) (ver Tabla 11), actividades que se encuadran, en algunos casos, dentro de los Planes de Seguridad e Higiene en las empresas. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas.

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

A. LABORAL	PRO-GRAMAS	ACTIVIDADES	RECURSOS MATERIALES	DESTINATARIOS
1996	1	4 cursos de formación	Tripticos, carteles, dossier guías	Trabajadores (cuadros y representantes sindicales)
1997	1	Formación		Afiliados y delegados sindicales
1998	1	Cursos formación, información, sensibilización, asesoramiento a empresas, atención individualizada	Fondo documental, material informativo, divulgativo, carteles, guías, dossieres, folletos, libros, etc.	Delegados de prevención, representantes sindicales, trabajadores/as, técnicos y responsables de salud laboral, etc.
1999	1	Divulgación, sensibilización e información, asesoramiento y formación	Folletos, carteles, guías, documentos técnicos y revistas	1,200 delegados/as de prevención, 700 delegados/as sindicales, trabajadores/as, empresarios, servicios médicos empresa y departamento salud laboral
2000	1	Recogida de información y diseño de campañas de prevención, 7 cursos de formación, divulgación, asesoramiento y formación	Folletos, carteles, guías, documentos técnicos y revistas	Trabajadores municipales, 88 delegados de prevención y trabajadores, federaciones regionales

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹⁶ Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995, pp. 23 y 24.

Finalmente, como sistema de evaluación, poseen fuentes de recogida de información que les permiten conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral (Convenios de colaboración con Sindicatos mayoritarios: CCOO y UGT) y disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito (Programas de Prevención en el ámbito laboral).

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, esta Comunidad cuenta con 8 municipios (incluidas 2 mancomunidades) con planes de drogas. En el año 1992 se iniciaron éstos en 5 Ayuntamientos, en el 2001 existen ya en 6 Ayuntamientos y 2 mancomunidades. Además, se establece con ellos un sistema de comunicación permanente, reuniones periódicas de apoyo técnico y comisiones de seguimiento y coordinación, financiándose a través de Convenios de colaboración y cofinanciación. A aquellos municipios que no disponen de planes de drogas, se les ofrece apoyo técnico, asesoramiento y apoyo a sus solicitudes; en el 2001 hubo una convocatoria abierta a todos los ayuntamientos de subvenciones. Para evaluar esta tarea, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (Memorias anuales).

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos, concretamente en esta Comunidad se refieren al ámbito juvenil. Se intenta promover estilos de vida positivos y prevenir el consumo de drogas, adquiriendo habilidades y hábitos saludables (ver Tabla 12). Este trabajo se desarrolla a través de la

Tabla 12

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito juvenil (1996-2000)

OTROS ÁMBITOS	PROGRAMAS	ACTIVIDADES	RECURSOS MATERIALES	DESTINATARIOS
1997	- Proyecto Abierto hasta el amanecer	Actividades culturales, deportivas, ocio, formativas y creativas (talleres, conciertos, teatros, etc.).		16.000 jóvenes de 14 a 30 años
1998	Abierto hasta el amanecer, prevención y medidas inserción socio-laboral, intervención en Centros Educación, ADAPT, de Salud en Proyecto Hombre, etc.	Talleres de salud, ecología, comunicación, radio, juegos, grupos de trabajo, asesoría, etc.	Documentación, publicaciones, prensa, radio, TV, material didáctico, etc.	4.990 jóvenes, adolescentes y niños, 80 asociaciones juveniles, 2 mediadores
1999	12	Grupos de trabajo, cursos, jornadas, programas radio, talleres, fiestas, etc.		Mediadores juveniles, asociaciones juveniles, monitores, profesionales, voluntarios, jóvenes, adolescentes
2000		Talleres, reuniones, de ocio y tiempo libre, cursos, etc.	Carteles, folletos, audiovisuales, guías, etc.	Adolescentes y jóvenes, asociaciones, población general, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Dirección General de Juventud, del Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, de las Asociaciones juveniles y de algunos Ayuntamientos¹⁷. A partir de 1999, se contempla la salud como ámbito independiente, con el programa Aire saludable en centros sanitarios (proyecto en Centros de Salud y Hospitales, con la investigación Consumo de tabaco en centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del principado de Asturias, año 1998) y el Consejo antitabaco en Atención primaria¹⁸. Un año más tarde, en este último ámbito, destacan el grupo de salud del Consejo de la Juventud, el curso taller “Salud Mental y Mujer” y una campaña de prevención del tabaquismo.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En el área de Intervención asistencial, se persigue la atención a los drogodependientes como objetivo prioritario. Para ello, se ponen en marcha una serie de modalidades terapéuticas como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, los Centros de Salud Mental, las Unidades de Tratamiento con Metadona, las Comunidades Terapéuticas, etc. Con el paso de los años, se aprecia un crecimiento de las actuaciones de cara a la reducción de los riesgos (distribución de sanikits), los programas de intercambio de jeringuillas, las personas atendidas en los diferentes dispositivos, entre otros factores.

Entrando más detenidamente en cada uno de estos programas o recursos, resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados (incluidos a partir de 1999 en los programas libres de drogas), los Centros Ambulatorios de Asistencia se han mantenido relativamente constantes, al igual que las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, tanto en número como en plazas en el periodo de tiempo analizado (2 y 10, respectivamente). Por otra parte, se ha producido un incremento de las Comunidades Terapéuticas (6 en el último año) y de los prescriptores y dispensadores en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de opiáceos (contemplados en los programas de reducción del daño a partir de 1999). En 1997, aparecen 2 Centros de Acogida Temporal y 3 Centros de Día. Finalmente, en 1998, figuran 5 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica con 27 usuarios, que se mantienen hasta el 2000 aumentando el número de usuarios atendidos (ver Tabla 13).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, lo más destacado ha sido el incremento de la distribución de sanikits (bolsa anti-Sida), de preservativos y del intercambio de jeringuillas, cada vez con mayor número de usuarios. A partir de 1999, se encuentran un Centro de Emergencia Social (2 en el 2000) y 200 Oficinas de Farmacia como recursos de estos programas. Además, cada vez cobran una mayor importancia los Programas de Tratamiento con Agonistas Opiáceos, donde aumentan los prescriptores y dispensadores (comentado en la tabla anterior) y los Programas Dispensadores de Metadona, éstos últimos con variados recursos o lugares de dispensación como Centros Ambulatorios, de Salud Mental, de Tratamiento Específico de Drogodependencias, Hospitales Generales, etc. (ver Tabla 14).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, a pesar de que se ha producido un incremento de los usuarios atendidos en las Unidades Hospitalarias (de 48 en 1996 a 145 en el 2000), el número de dispositivos ha permanecido constante en el periodo de tiempo analizado (5). En los Centros Ambulatorios han aumentado considerablemente los usuarios atendidos (de 297 en 1996 a 1.222 en el 2000) y pasan a ser uno más en el último año. En 1998, además, se cuenta con una Comunidad Terapéutica con 48 usuarios y en 1999 un Centro Residencial (no hospitalarios), apareciendo 7 más un año más tarde (ver Tabla 15).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Los Programas en Instituciones Penitenciarias se han ido

17 Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995, pp. 21.

18 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1999, pp. 96.

Tabla 13

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

RECURSOS NORMALIZADOS	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia	19		1.520	18		1.702	15		902	15 CS M 1 CDT		846	15 CS M 3 CDT		1.827
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	2	10	329	2	10	278	2	10	282	2	10	262	2	10	246
Comunidades Terapéuticas	3	235	416	4	616	678	4		700	4		567	6 PF		331
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	15 P 2 D 4 P y D		1.749	15 P 10 D 4 P y D		2.037	15 P 13 D 4 P y D		2.125	8 P 15 D 5 P y D		2.419	15 P 13 D 7 P y D		2.683
Centros de día				3		152	2		121						
Centros de acogida temporal				2	27	201	2		200						
Unidades hospitalización psiquiátrica							5		27				5	79	78

* No alcohólicos

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

incrementando con el paso de los años (de 3 en 1996 a 13 en el 2000). Los Programas de Alternativas a la Privación de Libertad han aumentado en número (de 1 en 1996 a 4 en 1999) y en usuarios atendidos. Por último, resaltar los Programas en Juzgados a partir de 1999 con un aumento en el número de usuarios y, en el ámbito de los recursos, la puesta en marcha de una Asesoría Jurídica y un Servicio de Orientación Jurídica penitenciaria para reclusos drogodependientes y diversas actividades de formación en el 2000 (ver Tabla 16).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, a partir de 1999 dirigidos a poblaciones especiales (minorías étnicas, drogodependientes que ejercen la prostitución, etc.) y otros destinados a colectivos específicos como menores, mujeres, entre otros, ofreciéndoles apoyo y acogida. En el año 2000, además de aumentar estos programas y los usuarios atendidos, surgen los programas de atención a la patología dual con 60 usuarios.

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Estas comisiones están constituidas por el Director General de Salud Pública, el Jefe del Servicio de Coordinación del Plan de Drogas y Técnicos en el área de intervención asistencial.

En cuanto al organigrama de la red asistencial (ver Gráfico 3), se parte de la Red de Atención Primaria y de ahí a la Red de Salud Mental, donde se procede a la desintoxicación ambulatoria/hospitalaria, a programas de mantenimiento con metadona o a Centros de Día o Pisos de Acogida. También se puede proceder a la derivación al Servicio de Coordinación del Plan de Drogas o a las Comunidades terapéuticas.

Tabla 14

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

REDUCCIÓN DEL DAÑO	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario
Sanikit	175.840		232.048		201.000					
P. Intercambio Jeringuillas	8.773 d 8.835 r	313	15.217 d 14.842 r	470	31.134 d 28.755 r	2.435	47.428 kits	129 3.401 contactos	47.000 sanikits	600 3.299 contactos
Vacunaciones		766			388	127				
Sexo Seguro		22.165		14.130	55.996 p		50.000 p			
Educación Sanitaria		142		142	8 charlas	78				
Análíticas, protocolos, seguimientos					702	636				
Centros emergencia social							1	129	2	220
Oficinas de farmacia							200	164.400 kits	200	143.000 kits
P. Tratamiento con agonistas opiáceos							8 P 15 D 5 P y D	2.419	15 P 13 D 7 P y D	2.683
Ubicación P. Dispensadores metadona							1 Cen.Amb 5 CSM 4 C.Trat Es 3 Hosp Gral 7 Otros 24	408 1.872 218 260	1 CA 6 CSM 4 CTE 1 Hosp Gr 1 Unid M 1 CPenit 7 Otros	26 564 2.068 92 92 81 254

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 15

Evolución de la Asistencia a la población con problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

ASISTENCIA A PROBLEMAS ALCOHOLISMO	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario
Centros Ambulatorios	15	297	15	228	15	49	15	768	16	1.222
Unidades Hospitalarias	5	48	5	50	5	49	5	53	5	145
Comunidades terapéuticas					1	48				
Centros residenciales (no hospitalarios)							1	54	8	62

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

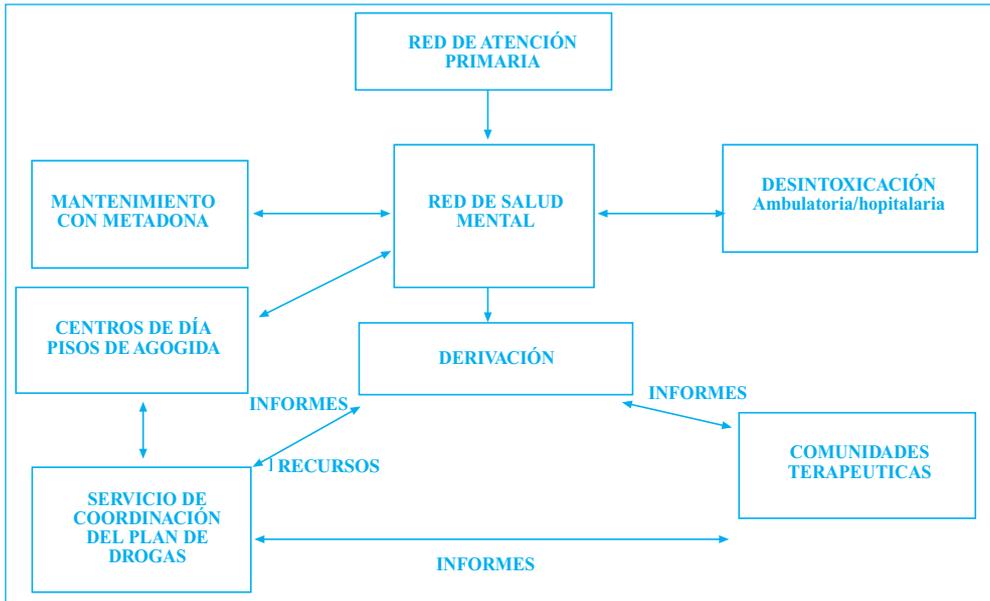
Tabla 16
Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

POBLACIONES PROBLEMAS JURIDICO-PENALES	1996		1997		1998		1999		2000	
	Program.	Usuarios	Program.	Usuarios	Program.	Usuarios	Program.	Usuarios	Program.	Usuarios
En Instituciones Penitenciarias	3	512	2	401	9	3.264*		1.858**	13	778
Programas Alternativas Privación de Libertad	1	93	1	102	2	139	4	135		209
Otros	1 Asesoría jurídica	226	1 Asesoría jurídica 1 Servicio orientación jurídica penitenc.	274	1 Asesoría jurídica 1 Servicio orientación jurídica penitenc.	114			2 Tall 5 Sem 1 Jorn	
Programas en Juzgados								135	4	170

* Se han contabilizado las entradas ** Se han tenido en cuenta los contactos

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Gráfico 3
Organigrama de la red asistencial



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

Respecto a los entornos institucionales, administrativos o de organizaciones sociales a los que pertenecen cada uno de los dispositivos mencionados, los Centros de Atención Primaria dependen del INSALUD; la Red de Salud Mental (SESPA) del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sociales; el mantenimiento con metadona, de las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías de Salud Mental; el Servicio de Coordinación, de la Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; las Comunidades terapéuticas, de ONGs y, por último, los Centros de Día, de ONGs y municipios. En cuanto al grado de participación de la iniciativa privada en cada uno de los dispositivos mencionados, al no existir Comunidades Terapéuticas oficiales, se establece convenio con las instituciones privadas para cubrir las prestaciones de servicio a los usuarios que lo solicitan.

En esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades de intervención asistencial. El proceso seguido se basa en la recogida de datos cuantitativos (de los distintos dispositivos asistenciales) y cualitativos (evolución y seguimiento), además de análisis comparativos. Profesionales del Plan Regional, externos a él, de la Red de Salud Mental y de las Comunidades terapéuticas, se encargan de realizar dichas evaluaciones. Del resultado de las últimas evaluaciones realizadas, los responsables consideran muy adecuados, conforme a la planificación realizada, los programas de reducción del daño, otros programas o recursos asistenciales y los programas en poblaciones con problemas jurídico-penales, sin embargo, no ocurre lo mismo con los de asistencia a problemas de alcoholismo, calificados como poco adecuados.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos y los recursos empleados y cuáles han sido los problemas. Los responsables consideran que los recursos materiales en intervención asistencial han sido muy adecuados en el caso de los Centros Ambulatorios de Asistencia, las Unidades Hospitalarias, las Comunidades Terapéuticas privadas, los Centros Residenciales no hospitalarios y las Unidades de

Desintoxicación Rápida. La excepción se ha dado al preguntarles por los Centros de Prescripción/Dispensación de Opiáceos, donde la adecuación de los recursos a las necesidades resulta escasa.

Por otra parte, en opinión de los responsables, el principal obstáculo encontrado en la red asistencial ha sido siempre el económico, tanto en las Comunidades Terapéuticas como en ONGs, que son y que dependen de subvenciones y convenios de las Administraciones Públicas. En un futuro, se prevé la evaluación de los convenios firmados en el 2001 con Comunidades Terapéuticas y Asociaciones para la adecuación con el nuevo Plan de Drogas 2001-2003, establecer objetivos concretos (hasta ahora sólo se tenía una Resolución que hablaba de intenciones) y avanzar en los temas de alcohol y mujeres.

En opinión de la Jefa de Servicio, valorando el área de intervención asistencial, ha habido un cambio que no ha sido muy brusco, ya que la asistencia siempre ha estado incorporada en la Red de Salud Mental y daban recursos específicos para toxicómanos. De alguna manera, se ha recuperado esa línea, esa estrategia, hay que lograr que los profesionales de Salud Mental, como son los médicos, sean los que atiendan a los drogodependientes. Respecto al funcionamiento de los programas, en la metadona se ha creado una red específica amplia, de todas formas, no hay muchos usuarios que consuman heroína. Se tienen 8 programas con las Comunidades Terapéuticas con las que se tienen conciertos, con Proyecto Hombre, Espiral, etc., también sacan programas para la cocaína, para el alcohol, que se encargan las Comunidades Terapéuticas. Todo esto lo está llevando Salud Mental y se encarga de hacer el seguimiento, esta Red debe asumir que los tratamientos hay que reforzarlos, además de aumentar el personal. Se debe relacionar la asistencia y la reinserción: el tratamiento debe formar parte del proceso de reinserción, ubicando a las personas en una buena posición, integrándolos adecuadamente en la comunidad, en la sociedad.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

En este ámbito de actuación se pretende alcanzar como fin la plena integración del individuo en la sociedad, se trata principalmente de eliminar las barreras que dificultan que las personas con problemas de drogas puedan acceder a los programas, actuaciones y recursos disponibles. En esta fase de rehabilitación, se requiere el apoyo de las familias, entidades y organismos que faciliten esta tarea. Es necesario combinar estrategias concretas e individuales con la igualdad en el acceso a los recursos disponibles. El Plan Regional sobre Drogas ha estado desarrollando una dura labor de puesta en práctica de programas de cara a la formación, apoyo residencial y laboral de las personas relacionadas con el mundo de la drogadicción¹⁹.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa un gran número de sujetos atendidos en los 2 Centros de Día Terapéuticos existentes, y la presencia, a partir de 1999, de un Centro de actividades y/o programas de reinserción, que pasan a ser 9 con tratamiento y 3 sin él, un año más tarde. Además, a partir de 1999 se cuenta con 3 Centros residenciales de tratamiento con estos programas (Centros terapéuticos) (ver Tabla 17).

La incorporación laboral es uno de los objetivos del área de inserción, donde los programas se adecuan a las diferentes fases de reinserción: preformación, formación e integración laboral. Respecto al primer tipo de programas, han aumentado en el periodo analizado (de 1 en 1997 a 3 un año más tarde), aunque los usuarios han descendido. Lo mismo ha ocurrido con los de formación laboral, sin embargo, los individuos participantes han aumentado. Respecto a los programas de integración laboral, los talleres artesanos se redujeron en 1999 (de 3 en 1996 a 1),

¹⁹ Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1995, pp. 53.

Tabla 17*Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1998		1999	2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Nº	Usuarios
Centros de día terapéutico	2	217			
Centros de actividades y/o programas reinserción - Sin tratamiento			1	9 3	134 100
Centros residenciales de tratamiento con programas reinserción (CT)			3	3	101

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

además de las plazas disponibles y de los usuarios; los programas especiales de empleo también disminuyeron en 1999, aunque aumentaron considerablemente los usuarios en este mismo año (276), disminuyendo un año más tarde. En 1999 apareció un programa de promoción de autoempleo con 4 usuarios. Por último, en lo relativo a otros programas de incorporación laboral, han crecido notablemente, al igual que las plazas y los sujetos que participan en ellos (ver Tabla 18).

Tabla 18*Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)*

INCORPORACIÓN SOCIAL	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas
Programas de Incorporación Laboral															
Preformación Laboral				1	50		3	11							
Formación Laboral	1	8					3	75							
Integración Laboral - Talleres Artesanos - Programas especiales empleo - Otros - Promoción autoempleo	3 5	124 23	52	3	138	52				1 3	4 276		6 276	3	24 17
Otros programas incorporación laboral				1	42	12	4	225	101				5	148	40

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación para los profesionales que trabajan en este ámbito. La oferta de cursos puente y reglados han descendido a favor del aumento de otro tipo de actividades de formación en años posteriores como cursos diversos, otras acciones formativas (informática, fotografía, mecanografía, idiomas), actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y los cursos Plan FIP (ver Tabla 19).

Tabla 19

Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)

INCORPORACIÓN SOCIAL	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos puente	11	17	10	13						
Cursos reglados	12	47	8	17			3	6		
Cursos					1	445				
Otras acciones formativas (informática, fotografía, mecanografía, idiomas)							11	41	3	21
Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo							1	14	6	246
Formación laboral (Cursos Plan FIP)							3	35	3	32
Otros Programas de Formación	5	175	3	173						

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), se han incrementado en el caso de los pisos tutelados hasta 1998, descendiendo a partir de 1999, al igual que las residencias. Sin embargo, el número de usuarios atendidos es cada vez más numeroso. A partir de 1999 aparecen otros recursos para la incorporación social (ver Tabla 20).

Tabla 20

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)

INCORPORACIÓN SOCIAL	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Plazas	Nº	Usuario	Nº	Usuario
Programas de Apoyo Residencial													
Pisos Tutelados	1	53	12	3	123	12	4	117	40	3	49	3	200
Residencias	2	224	20	2	176	20				1	130	1	144
Otros										1	30	1	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en esta área, se va a contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta tarea, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de los Ayuntamientos y Consejerías específicas encargados

de realizar esta tarea. Los convenios establecidos con el Gobierno Central, con los Ayuntamientos y con entidades privadas funcionan regular, en opinión de éstos.

Los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las distintas actividades y programas han sido la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento; la insuficiente oferta de programas y recursos y de colaboración con la red de servicios sociales. En términos generales, los responsables del Plan, opinan que el funcionamiento de los programas existentes gestionados por la Oficina (Centros de Día y Comunidades terapéuticas) y por la Administración Local (Rentas mínimas) es bueno; sin embargo, consideran regular el funcionamiento de los programas gestionados por la Administración Autonómica (Rentas mínimas y Formación laboral). Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían y mejorarían el funcionamiento de los programas de formación y de integración laboral (Empleo) y mantendrían los de apoyo residencial, cuyo funcionamiento es bueno. Esto último también ocurre con los Centros de Encuentro y Acogida, aunque habría que aumentarlos.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la integración en talleres artesanos; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción y los pisos de reinserción social. El volumen de Escuelas Taller y de los programas de empleo municipales se considera adecuado. Tomando como referencia algunas de estas actividades y recursos, consideran bueno el funcionamiento de las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y de las Escuelas Taller. Existen otras actividades y recursos cuyo funcionamiento cabría mejorar, tal es el caso de los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM y las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica, etc.).

Haciendo una valoración general, según afirma la Jefa de Servicio, la situación es dificultosa porque la mayor parte de los drogodependientes son atendidos en la Red de Salud Mental de las Comunidades Terapéuticas y son ya bastante mayores y necesitan muchas cosas. Estamos a medio camino, hay que trabajar mucho en esto. Está el trabajo de colaboración con Organizaciones específicas, Asociaciones, etc., pero hay que rescatar el papel de los Servicios Públicos como apoyo fundamental. En cuanto a los mecanismos de coordinación con otras instancias participantes, están en relación directa con la Consejería de Trabajo y la Consejería de Asuntos Sociales, para no tener que hacer ellos todo. Cada entidad debe asumir su parte de responsabilidad. De todas formas, es dificultoso la disponibilidad de otras áreas, pero es una línea fundamental del Plan de Drogas -desde que se creó- el intercambio entre profesionales específicos y no del tema de las drogas, una vía de colaboración y participación.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también pueden participar Universidades o Centros Públicos de Investigación, mediante acuerdos estables de colaboración, o alguna ONG. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Autonómico, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, laboral y jóvenes; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención; y sobre la oferta de drogas.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera insuficiente, aunque la calidad de los resultados es buena. Entre las principales dificultades para des-

arrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como anárquica, y habría promover la investigación sobre las necesidades de la población drogodependiente, los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas y las características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

El grado de implicación, participación y colaboración de las diferentes asociaciones y profesionales en materia de drogodependencias, es digno de ser destacado. El Plan Regional sobre Drogas impulsa líneas de actuación constantes en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social a través de la ayuda y coordinación con entidades públicas y privadas. En Asturias se ha ido consolidando una fuerte red asistencial pública que, gracias a la iniciativa del sector privado, ha permitido la articulación de un entramado social solidario para la resolución de problemas relacionados con la drogadicción. La participación de la población en lucha contra la drogadicción ha ido incrementándose, ésta se agrupa en asociaciones (de familias, afectados, etc.) que buscan informar, sensibilizar, orientar y apoyar las labores desarrolladas por la Comunidad. Cada vez se consolidan un mayor número de programas desarrollados por estas entidades con el fin de mejorar la calidad de vida y promover estilos de vida saludables.

Por ello, para tratar el problema de las drogodependencias, es necesaria la coordinación entre las diferentes áreas de cara a la mejora de las actuaciones e intervenciones a desarrollar. Para ello, surge la necesidad de establecer acuerdos políticos y convocatoria de subvenciones con funciones claramente determinadas para la coordinación. En este sentido, en 1995, entre los convenios y conciertos establecidos con ONGs destacaron los del Centro Español de Solidaridad del Principado de Asturias (Proyecto Hombre), CC.OO y UGT, Comité Antisida, Siloé y la Asociación de Familias y Amigos del Proyecto Hombre²⁰. A partir de 1996, comenzaron a aumentar el número de convenios/conciertos con estas entidades, pasando de 9 en este año a un total de 14 en el 2000 (ver Tabla 21).

Tabla 21
Convenios y conciertos con ONGs

RELACIÓN CON LAS ONGS	SUBVENCIONADAS	CONVENIO /CONCIERTO
1996	-	9
1997	-	10
1998	-	11
1999	-	12
2000	-	14

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Según indica la Jefa de Servicio, en Asturias las asociaciones específicas surgen en primer lugar en el área asistencial, de atención, donde el trabajo en las Comunidades Terapéuticas, etc., ha tenido una gran implantación en esta línea. Se están creando asociaciones de prestación de

²⁰ Plan Regional sobre Drogas, Memoria, 1995.

servicios para atender un aspecto determinado de las drogas. Algunas incluso han creado un poco su propio programa y ahí puede haber algunos problemas. Han hecho una reivindicación importante, que se tenga en cuenta su opinión, su capacidad para tomar decisiones. En resumen, en opinión del Jefe del Servicio de Coordinación del Plan, las ONGs nacieron siempre ligadas a alguna preocupación (tener toxicómanos en la familia, etc.) y ahora siguen ligadas a trabajos de asistencia, siguen manteniendo el estatus y viven a costa de la Administración, están muy pendientes de lo que les da ésta, los Ayuntamientos o Asuntos Sociales. La relación con ellas se establece principalmente a través de subvenciones, aunque también a veces a través de convenios. Con las más importantes, que tienen una asistencia reconocida y un funcionamiento interesante, hacemos convenios, particularmente primero con las Comunidades Terapéuticas, que son los convenios más importantes que tenemos. La subvención es de carácter más puntual, (medio millón o un millón) para gastos de funcionamiento, etc.

CONCLUSIONES

En Asturias ha sido notable la participación e implicación de diversas instituciones, profesionales y de toda la sociedad en la lucha contra el fenómeno de las drogodependencias. Prueba de ello es la gran trayectoria seguida y la puesta en marcha desde 1985 del primer Plan Regional sobre Drogas, buscando la coordinación y coherencia de todas las actuaciones puestas en práctica. Éste en un principio pertenecía a la Consejería de Servicios Sociales, aunque a partir de 1999 pasó a estar bajo las directrices de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (Dirección General de Salud Pública). En estos momentos, fruto de la consulta social y de un proceso de reflexión con todas las personas involucradas en esta materia, está en marcha el II Plan Regional (2001-2003), fomentando actuaciones más adecuadas a la situación actual y apoyándose en el trabajo con la sociedad, la prevención como prioridad, una oferta de servicios de calidad y la apertura de vías permanentes para la incorporación social efectiva de los drogodependientes. Por otro lado, es importante destacar la creación en el 2001 del Observatorio de Drogas para Asturias.

Respecto al consumo de sustancias, es de destacar que la evolución de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, se mantiene constante, siendo grave la situación actual y las consecuencias derivadas. El tabaco es percibido como la sustancia más problemática, seguido por el alcohol y, en tercer lugar, la heroína. En términos generales, se aprecia en la actualidad un retroceso en el consumo de heroína y un aumento en el de cocaína y sobre todo del alcohol y la pastilla de diseño. Según el Observatorio sobre Drogas para Asturias (2001), el consumo de tabaco representa uno de los mayores problemas de salud en la sociedad asturiana, donde algo más de un tercio (38%) de la población de esta Comunidad es consumidora a diario de tabaco, frente a un 33% en el conjunto de España. El consumo del resto de sustancias es inferior al del alcohol y el tabaco, aunque generan considerables problemas. El cánnabis es la droga ilegal más consumida y se está incrementando ligeramente su consumo, especialmente en escolares varones de 18 años; en segundo lugar la cocaína y seguidamente las anfetaminas o "speed" y alucinógenos o éxtasis y, por último, la heroína, con menos de un 1% de la población que declara haberla consumido alguna vez en la vida.

En lo relativo a las consecuencias del consumo de sustancias, hay que resaltar que Asturias es una de las Comunidades Autónomas que tiene los porcentajes más bajos de admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, situándose en 1994 en la última posición (0,3%) respecto al resto de España (4,7%). Sin embargo, las admisiones a tratamiento en los Centros de Salud Mental reflejan una tasa bastante alta y es una de las Comunidades con las tasas más altas de personas asistidas en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y en las Comunidades Terapéuticas. Respecto al Sida, en general, las Comunidades Autónomas del Cantábrico registran tasas más altas que Asturias, que incluso se posiciona por debajo de la tasa nacional.

En cuanto a la estructura y funcionamiento del Plan, hay que resaltar que se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, algo recomendable a la hora de planificar. En la apli-

cación del Plan, los responsables señalan dificultades con la Administración Central en el ámbito de financiación, coordinación y recursos (materiales, humanos) y con la Administración Autonómica y Local en materia de recursos y de financiación. En lo que respecta a las competencias, se considera que el Plan Regional tiene suficientes, pero surgen dificultades en el ámbito financiero y motivadas por el carácter heterogéneo de los municipios, que podrían mejorarse a través de la financiación. Describiendo en términos generales el organigrama, cuentan con un Jefe del Servicio, el Departamento de Asistencia, el de Prevención y la Unidad Administrativa. En opinión de la Jefa de Servicio, en estos momentos se está trabajando mucho en el Plan, ya que recientemente acaba de salir. Es un Plan de remodelación de los responsables del servicio de coordinación y se están planteando los objetivos y las iniciativas que van a llevar a cabo. Hay muchas realizadas, pero hay otras que son nuevas y hay que adaptarlas a la situación actual. El verdadero problema y lo que es difícil es que otros hagan, que cada cual tenga en su Departamento muy claro lo que tiene que hacer y hay que tratar, además, otros problemas importantes relacionados como toxicómanos con problemas de salud mental, discapacidades físicas o psíquicas, trastornos de conducta, Sida, etc.

Si se tienen en cuenta los diferentes recursos empleados, en lo referente a los humanos, se aprecian bastantes deficiencias. En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las distintas áreas se ha mantenido. En opinión de los responsables, los principales problemas en esta materia son la falta de equipos multidisciplinares, de personal especializado en algunas tareas y de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo, además, en el ámbito de prevención, se considera escaso el personal que trabaja; en intervención asistencial, insuficiente y en incorporación social, el problema es que no existe. En estos momentos, según informa la Jefa de Servicio, se está incorporando mucho personal a la red de trabajo. Respecto a los recursos económicos, el área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, donde ha ido aumentando con el paso de los años, especialmente en el 2000. Según los responsables, el presupuesto planteado tiene un margen de flexibilidad al alza, al destinarse más recursos de la Dirección General de Salud Pública al Servicio de Coordinación del Plan de Drogas, que no vienen especificados como tales en los presupuestos del Principado de Asturias.

Respecto a las áreas de actuación que se contemplan en el Plan, consideran todas ellas prioritarias, aunque las más importantes son la prevención, la asistencia y la inserción. Siempre se han volcado más en la asistencia, en el problema que ya está presente, dotándola de mayor presupuesto y trabajo, aunque ahora se le está dando a la prevención una gran importancia, una mayor cobertura y amplitud. También se está trabajando seriamente en el tema de la reducción del daño, llegando a todos los lugares, acercando cada vez más la red a todas las personas y tratando otros problemas relacionados (vivienda, marginación, exclusión social, etc.). En el área de prevención, según el Jefe de Servicio de Coordinación, los Planes Municipales sobre Drogas -6 ayuntamientos y 2 mancomunidades en el 2001- tienen un papel primordial, no se hace nada sin contar con ellos. En el ámbito escolar, llevan mucho tiempo trabajando en la enseñanza Secundaria Obligatoria, aunque este año está empezando un nuevo programa en Primaria. Se busca que se incorpore de una manera normal y estable, tienen una relación directa con la Consejería de Educación y se contempla la educación para la salud con la prioridad del tema de educación y drogodependencias y un programa de educación afectivo-sexual. No obstante, todavía quedan retos pendientes, entre ellos abarcar más edades en el ámbito escolar, ampliar la formación de los padres, trabajar de una forma más específica con las familias de los drogodependientes, detectar las tendencias desde las edades más tempranas e incidir en la posición de los jóvenes en el tema de drogas, en los estereotipos.

La asistencia siempre ha estado incorporada en la Red de Salud Mental, donde se ofrecen recursos específicos para toxicómanos. Concretamente, se parte de la Red de Atención Primaria y de ahí a la Red de Salud Mental, donde se procede a la desintoxicación ambulatoria/hospitalaria, a programas de mantenimiento con metadona o a Centros de Día o Pisos de Acogida. También se puede proceder a la derivación al Servicio de Coordinación del Plan de Drogas o a las Comunidades

Terapéuticas. Por otro lado, se realizan evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades, donde las últimas ponen de manifiesto que son muy adecuados todos los programas, con la excepción de los de asistencia a problemas de alcoholismo. Al calificar los recursos materiales empleados, habría que mejorar los de los Centros de Prescripción/Dispensación de Opiáceos, donde la adecuación de los recursos a las necesidades resulta escasa. Por otra parte, en opinión de los responsables, el principal obstáculo encontrado en la red asistencial ha sido siempre el económico, tanto en las Comunidades Terapéuticas como en ONGs, que son y que dependen de subvenciones y convenios de las Administraciones Públicas. Además, es necesario reforzar los tratamientos y aumentar el personal. Se debe relacionar la asistencia y la reinserción, es decir el tratamiento debe formar parte del proceso de reinserción.

En el área de incorporación social, los principales obstáculos encontrados han sido la falta de referentes consolidados y la insuficiente oferta de programas/recursos y de colaboración con la red de servicios sociales. El funcionamiento de los programas se considera generalmente bueno, aunque habría que mejorar los gestionados por la Administración Autonómica (Rentas mínimas y Formación laboral). Respecto al número de actividades y recursos de los programas, aumentarían los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales; las de información, orientación y búsqueda de empleo; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la integración en talleres artesanos; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción y los pisos de reinserción social. En lo relativo al funcionamiento, habría que mejorar los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM y las actividades ocupacionales.

En el área de estudios e investigaciones realizados en materia de drogodependencias, la cantidad se considera insuficiente, aunque la calidad de los resultados es buena. Las principales dificultades para desarrollarlos son las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. La investigación a nivel estatal la califican como “anárquica”, donde habría que priorizar y promover temas como las necesidades de la población drogodependiente, los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas y las características sociodemográficas y patrones de consumo de la población anteriormente mencionada.

En cuanto al papel del movimiento asociativo, las asociaciones específicas surgieron en primer lugar en el área asistencial. En estos momentos, se están creando asociaciones de prestación de servicios para atender un aspecto determinado de las drogas, algunas incluso han creado su propio programa y ahí puede haber algunos problemas, en opinión de los responsables. Según el Jefe de Servicio de Coordinación, las asociaciones siguen ligadas a trabajos de asistencia, manteniendo el estatus y viviendo a costa de la Administración, estando muy pendientes de lo que les da ésta, los Ayuntamientos o Asuntos Sociales. La relación con ellas se establece principalmente a través de subvenciones, aunque con las más importantes, que tienen una asistencia reconocida y un funcionamiento interesante, se hacen convenios.

En conclusión, en estos momentos, el reto es el nuevo Plan de Drogas (2001-2003) para Asturias, apoyado por el Gobierno y reflejo de lo que dice la sociedad, un Plan de futuro abierto que continuará en años venideros. Hay que adecuar algunas áreas, atender la demanda asociada a la conducta actual de los adolescentes, informar y acercar el tema a los ciudadanos, dar seguridad a la población, tratar la alarma social frente a nuevos fenómenos y trabajar conjuntamente entre todos los implicados en el tema de la droga, que haya un buen entendimiento entre los Gobiernos.

ISLAS BALEARES

INTRODUCCIÓN

En las Islas Baleares,¹ se desarrollaron en la década de los noventa importantes actuaciones en materia de drogodependencias, con especial énfasis en el área de prevención. Un ejemplo de ello fue Mallorca, donde después de varios años experimentando con formas de prevención comunitaria de las drogas en los municipios, se consideró oportuno crear un modelo que reuniese líneas generales de actuación y siguiendo una estrategia global que influyera en los estilos de vida de los adolescentes a través del ámbito escolar, familiar y la organización comunitaria. Entre los objetivos específicos de la prevención se persigue la disminución del número de consumidores de drogas, de la cantidad de sustancia que consumen, retrasar la edad de inicio y minimizar o disminuir sus consecuencias y el consumo problemático.

En 1998, se produjeron un gran volumen de estudios, valoraciones y ajustes, que concluyeron en el diseño de un marco teórico como base para futuras actuaciones en materia de drogodependencias. Como consecuencia de este debate el Gobierno Balear aprobó en 1999 el Plan Autonómico de la Droga, dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo. En el año 2000 hay una progresiva implantación de este Plan acorde con la Estrategia Nacional sobre Drogas y se plantea la necesidad de emprender una revisión y nueva elaboración del Plan, creando una estructura específica que atienda a las demandas existentes en este campo.

En el ámbito de la prevención, han aumentado considerablemente los programas dirigidos a escolares y familias, se han mantenido los programas de intercambio de jeringuillas y la distribución de preservativos, con un número de usuarios cada vez mayor. Desde el año 2000 se persigue que los programas escolares se realicen en su mayoría por el sistema escolar en el marco de la Educación para la Salud y que los recursos de la Administración Local se destinen preferentemente al ámbito familiar y comunitario. En lo que respecta a la intervención asistencial, ese mismo año se incrementaron los puntos de atención, facilitando el acceso a los programas de mantenimiento con metadona y se renovó el convenio con el Colegio de Farmacéuticos, además de potenciar la participación de los centros de Atención Primaria. En el ámbito de la incorporación social, ha habido un incremento notable de la oferta de formación laboral y ocupacional en estos últimos años.²

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

Según el estudio sobre los jóvenes realizado por la Fundación Santa María, en las Islas Baleares y Canarias se da un menor consumo de todas las drogas, con la excepción de la cocaína.

¹ 796.483 habitantes

² Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2000, Pp. 105.

na. En efecto, el consumo de alcohol al menos una vez en la vida entre los jóvenes es menor a la media nacional (76%) y el de tabaco supone un 46% frente a otras Comunidades como Extremadura donde alcanza el 78,4% de la población. Como contrapartida, un 22% de los jóvenes han probado la cocaína al menos una vez en la vida, cifra superior al resto de Comunidades.

En cuanto al consumo de alcohol, la prevalencia en el último mes entre la población general es del 65,4% y con un porcentaje muy superior en los varones (73,8%) que en las mujeres (56,9%). En función de la edad, los varones son más bebedores conforme aumenta la edad, siendo la mayor proporción de bebedores aquellos entre 30 y 34 años (84,8%); en las mujeres el grupo de edad con mayor prevalencia se sitúa entre 20 y 24 años (74%) y en ningún caso supera al porcentaje de varones bebedores. (Ver gráfico 1). La proporción de bebedores abusivos es mayor entre semana (7,6) que el fin de semana (6).

Gráfico 1
Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes



Fuente: Informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas

Siguiendo con los indicadores del Observatorio Español sobre Drogas, el porcentaje de fumadores ha sufrido un descenso, pasando de un 38% en 1995 a un 34,3% en 1999. Con el cannabis ha ocurrido lo contrario, produciéndose un incremento en el porcentaje de consumidores en los últimos 12 meses desde 1995 (9,1) a 1999 (12,2). En cuanto a las drogas de síntesis, un estudio revela que Ibiza es uno de los lugares escogidos para experimentar con nuevas drogas. Sustancias hasta ahora desconocidas y “mezclas muy peligrosas, cuyos efectos todavía se ignoran”, son algunos de los resultados, además de demostrar la falsedad de la creencia de que las drogas de síntesis se suelen consumir sin mezclar con otro tipo de sustancias. Los jóvenes de Reino Unido que visitan Ibiza modifican las pautas de consumo de drogas, alcohol y tabaco según otros estudios³. Históricamente, los primeros *ecstasy parties* tuvieron lugar en Londres entre 1985 y 1986 y, posteriormente, el Baleric Sound se encargó de convertir el consumo de pastillas en un fenómeno extendido entre los jóvenes europeos. “Los jóvenes londinenses descubrieron en Ibiza (a fines de los 80) el Baleric Sound, el cual, asociado a experiencias con drogas ha influido en la moda musical de muchos países europeos”⁴.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Según los indicadores de tratamiento, la admisión por consumo de sustancias psicoactivas fue de 119,9 casos por cada 100.000 habitantes, ocupando la octava posición respecto al resto de

³ Ibiza al descubierto: cambios en el consumo de drogas y el comportamiento sexual de los jóvenes que pasan sus vacaciones en lugares conocidos internacionalmente por su vida nocturna. Bellis, M.A. y otros

⁴ Fuente: Informe Anual del Observatorio Europeo sobre Drogas 1997

Comunidades. En cuanto a la vía de administración, en las Comunidades del nordeste como Cataluña, Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria y País Vasco, sigue predominando la vía inyectada sobre la pulmonar. De hecho, aunque se ha producido un descenso en la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de heroína teniendo como vía principal de administración la parenteral, Baleares ocupa la primera posición en 1999 con un 55,7%. Igualmente se encuentra entre las Comunidades con una prevalencia más elevada de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento (16,4%). Además Baleares y Madrid tienen en 1999 las tasas más elevadas de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas, siendo en el caso de Baleares de 63,5 por cada millón de habitantes. Hasta el año 2000 se han notificado 506 defunciones en enfermos de SIDA en Usuarios de Drogas por Vía Parenteral. Junto al consumo de heroína, se ha producido un aumento notable de las admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, desde 1991 donde suponían un 1,9 hasta 1999 donde se sitúan en un 10,2.⁵

3. RECURSOS HUMANOS

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 1), se aprecia un ligero descenso en el número de actividades formativas y en el volumen de destinatarios a los que va dirigida. La tendencia general sugiere la menor realización de cursos y la dedicación a otras actividades donde se enmarcan los programas de intercambio de jeringuillas. El perfil de los usuarios de la formación es muy variado englobando a numerosos profesionales del campo de las drogodependencias (profesores, profesionales sanitarios, trabajadores sociales, alumnos, miembros de asociaciones, mediadores sociales, bomberos, policías, etc).

Tabla 1

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinat.
- Cursos	73	698	80	655	159	772	67	357	57	413
-Seminarios/ Jornadas/En cuentros	17	491	29	817	32	371	57	383	21	106
- Congresos	1	Especialistas tratamiento drogodepen- dencias	4	97	1	2	1	2		
- Otros	8	Formación MIR			2	60	26	279	Charlas Programa intercambio jeringuillas	293

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

*El número de destinatarios puede ser mayor en algunos años donde no se especifica el número exacto.

⁵ Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas, 2001.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias se ha ido incrementando progresivamente, pasando de 587.4 millones de pesetas en 1996 a 617.3 en el año 2000. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, coordinación institucional y por último la investigación. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en 1999, las áreas de intervención asistencial y reinserción han ido adquiriendo mayor dotación económica al mismo tiempo que prevención y coordinación han descendido su presupuesto. Finalmente, en el último año existe una partida específica destinada al área de Investigación, Documentación y Publicaciones (ver Tabla 2).

Tabla 2

Presupuesto destinado a las distintas áreas de intervención 1996-2000

PRESUPUESTO	1996	1997	1998	1999	2000
PREVENCIÓN	84.332.440	86.500.000	92.500.000	97.000.000	66.554.714
INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	413.174.879	421.671.550	422.000.000	429.567.550	* 539.225.788
INCORPORACIÓN SOCIAL	70.291.961	71.300.592	72.000.000	72.000.000	
COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	19.626.197	-	-	-	** 8.442.038
INVESTIGACIÓN, DOCUMENTACIÓN Y PUBLICACIONES					3.148.928
TOTAL	587.425.477	579.472.142	586.500.000	598.567.550	617.371.468

Fuente: Memorias del PNSD 1996-2000.

* Incluye intervención y reinserción social.

** Se refiere a coordinación y cooperación institucional.

5. PREVENCIÓN

Según la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas (2000), en el ámbito de la prevención se ha producido un cambio fundamental caracterizado por la necesidad de implantar en el ámbito escolar los programas de prevención de manera normalizada integrándolos en el marco de la Educación para la Salud. Por este motivo, la Conselleria de Educación y Cultura con el apoyo de la Conselleria de Sanidad y Consumo está siguiendo los pasos oportunos en esta línea de actuación. Este cambio en la prevención escolar ha afectado al resto de ámbito, permitiendo que las entidades locales destinen más recursos a la prevención familiar y comunitaria; en el primer caso, desarrollando un mayor número de programas para padres en situación de riesgo; en el segundo, pudiendo plantear el desarrollo programas y planes municipales.

5.1. Ámbito escolar

Lo más destacado del ámbito escolar ha sido la realización de numerosas actividades a lo largo de estos años. En el año 2000 parece que descienden las charlas y actividades, sustituyén-

dose por programas estructurados para los que se utilizan entre otros materiales manuales, fotocopias, transparencias, etc y están destinados a un creciente número de padres, alumnos y profesores (ver Tabla 3).

Tabla 3

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

<i>Ambito escolar</i>	<i>Nº Programas Actividades</i>	<i>Recursos Materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	196 acciones formación profesorado, grupos de padres, 26 charlas coloquio, 3 campañas divulgativas, 264 entrevistas con centros escolares, 18 conferencias, 1 concurso carteles, 4 asesoramiento a claustro profesores, 8 actividades escuela-comunidad.	Videos (13), dossier (4.468), libros (166), juegos (5), revistas (230), encuestas (400), trípticos (300), cartas a colegios (1.320), manuales profesor (50), cuadernos alumno (1.500), cartas a padres (1.320), folletos (15.000), carteles (1.000), manuales (50)	12.925 alumnos, 381 prof, 803 padres, 9 orientadores escolares
1997	2 programas, 28 charlas coloquio, 15 seminarios, 34 conferencias, video-forum, 6 actividades, curso formación, 6 reuniones, 378 asesoramiento, 222 entrevistas coordinación centros escolares, difusión 3 modelos formación padres, 1 concurso cartel, 3 asesoramiento claustro profesores, 20 actividades escuela-comunidad	Videos (10), libros (66), juegos (3), revistas (270), encuestas (256), cartas a colegios (1.320), manuales profesor (50), cuadernos alumno (1.500), cartas a padres (1.320), folletos (15.000), carteles (1.000), manuales (50), transparencias, diapositivas, fotocopias, gráficos, cómic (100)	14.192 alumnos, 408 prof, 981 padres, 4 APAs, 36 personas
1998	33 programas, 22 charlas coloquio, 75 cursos, 42 conferencias, 398 asesoramiento, 214 reuniones, asesoramiento al claustro, concurso de carteles, exposición, 5 escuelas de padres, jornadas, 3 modelos trípticos, 20 actividades conjuntas escuela-comunidad.	Libros, revistas (270), encuestas (256), cartas a colegios (1.320), manuales (138), cuadernos alumno (1.500), cartas a padres (4.600), folletos (30.000), carteles (1.000), transparencias, diapositivas, fotocopias, gráficos	16.499 alumnos, 190 prof, 922 padres como min.
1999	5 programas, 73 talleres, prevención drogod. tabaco, enfermedades infecto-contagiosas, 6 charlas coloquio, 85 cursos, 6 charlas, concurso de carteles, formación de padres, coordinación con programas comunitarios	Materiales diversos, transparencias, fotocopias, bibliografía, trípticos, encuestas, cuestionarios, documentación, fichas, 1.150 cartas a colegios, manuales (196), cuadernos alumnos (1.200), cartas a padres (2.800), 1.400 carteles, 9.351 folletos	14.515 alumnos, 483 profesores, 553 padres
2000	5 programas, 4 cursos de formación, 83 conferencias, talleres, asesoría.	Cuestionarios y análisis de anuncios	32.592 alumnos, 1.060 profesores, 200 padres

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.2. Ámbito familiar

Siguiendo con las Memorias del PNSD 1996-2000, hasta 1999 no aparece un ámbito de prevención familiar diferenciado del resto. Sin embargo, se observan numerosas actividades realizadas en el ámbito escolar mediante la actuación de las Asociaciones de Padres, entre las que destacan la formación de padres, el envío de cartas y las Escuelas de Padres. En 1998 aumentaron los programas dirigidos a escolares y familias, con la participación de la Conselleria de Sanitat y Acció Familiar y la Dirección General de la Juventud, además Consell Insular de Mallorca, los centros escolares y las APAs. Como se ha señalado, en 1999 se incluye como una categoría espe-

cífica el ámbito familiar y se realizan numerosas actividades que llegan a 1.292 padres. Finalmente, en el año 2000 la Memoria del PNSD señala que el cambio en la prevención escolar va a permitir que las Administraciones Locales destinen más recursos al ámbito familiar, especializándose en familias de riesgo. El número de padres, sin embargo, se ha reducido considerablemente. (ver Tabla 4).

Tabla 4
Programas de prevención familiar (1996-2000)

<i>Ambito escolar</i>	<i>Nº Programas Actividades</i>	<i>Recursos Materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	Grupos de padres	cartas a padres (1.320)	803 padres
1997	Difusión 3 modelos formación padres	cartas a padres (1.320)	981 padres, 4 APAs,
1998	5 escuelas de padres Difusión de tres modelos de trípticos de formación para padres Programa de prevención en el ámbito familiar Programa de prevención para padres y formación y asesoramiento a profesionales	cartas a padres (4.600), 30.000 folletos.	933 padres
1999	formación de padres 2 talleres de resolución de conflictos y prevención de drogodependencias Programa de prevención para padres y formación y asesoramiento a profesionales (18) Conferencias y coloquios	cartas a padres (2.800), fotocopias, transparencias, bibliografía, trípticos, cuestionarios, libro del maestro y del alumno, diapositivas y disquetes, 9.351 folletos	1.292 padres y 60 educadores
2000	2 talleres Cursos de información-formación	Fotocopias	300 padres

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3. Ámbito comunitario

El ámbito comunitario se gestiona en cada municipio mediante comisiones en las que participan representantes del gobierno municipal, mediadores formales e informales, técnicos municipales y del Equipo de promoción de la Salud del Consell Insular de Mallorca⁶. Junto a estas comisiones se realizan actividades como bandos municipales, reuniones con comerciantes y propietarios de bares, mesas redondas, pintadas, talleres y exposiciones y actividades en fiestas. Los destinatarios incluyen a la población general y a sectores específicos como los niños, jóvenes, asociaciones de vecinos o trabajadores familiares. En este ámbito es destacada la utilización de numeroso material (vídeos, pegatinas, pósters, carteles, etc) y las entidades responsables incluyen a toda la comunidad: ayuntamientos, ONG's, parroquias, asociaciones de vecinos. Desde 1996 se vienen realizando un conjunto de actividades relativamente estables; en 1997 se incrementaron los programas comunitarios y en un futuro se plantea la mayor dedicación de las Administraciones

⁶ Memoria del PNSD 1996, Pp. 166

Locales a este tipo de programas, con motivo del cambio acontecido en el ámbito escolar. Finalmente, en el año 2000 se realizaron 36 comisiones municipales, de las que tres municipios cuentan con Planes de Drogas (ver Tabla 5).

Tabla 5
Programas de prevención en el ámbito comunitario y de la comunicación (1996-2000)

A. Comunitario	Actividades	Materiales	Destinatarios
1996	Mesas redondas (32), campañas divulgativas (3), grupos de discusión (27) y 90 Comisiones Municipales.	Tripticos (1.500), videos (7), póster (10.000), pegatinas (11.000), revistas (300), dossier (134), folletos (24.000) y 5.820 carteles	Población general, Asocia. Vecinos (1.600), niños y jóvenes (1.895), adultos (150), trabajadores familiares (197), monitores, mediadores, etc.
1997	Mesas redondas (43), campañas divulgativas (1), conferencias y cursos (7), asesoramientos (492) y 99 Comisiones Municipales.	Tripticos (500), videos (7), póster (1.000), pegatinas (2.000), revistas (300), folletos (24.000), 5.820 carteles, vallas publicitarias (20), transparencias, bibliografía, fotocopias y hojas informativas	Población general, Asocia. Vecinos (100), población juvenil, población directa (asociaciones, mediadores, monitores (265), mediadores juveniles (20), mediadores formales e informales y entidades municipio
1998 (20)	Mesas redondas (29), conferencias y cursos (6), campamentos y acampadas (7), asesoramiento (219) y 35 Comisiones Municipales.	Tripticos (600), revistas (425), folletos (24.000), 5.000 carteles, transparencias, bibliografía y fotocopias	Población general (496), Asocia. Vecinos (50), niños y jóvenes (961), mediadores (45), mediadores formales e informales, familias (15), educadores (6) y padres (176)
1999 (8)	Plan de Prevención, Mesas redondas (32), conferencias y cursos (24), campamentos y acampadas (12), 3 talleres, material informativo y campaña de sensibilización y 33 Comisiones Municipales.	Tripticos (650), revistas (450), folletos, videos, transparencias, bibliografía, fotocopias cuadernos (5.000), pegatinas (500) y pósters (300)	Población general (30.000), Asocia. Vecinos (85), jóvenes (482), parroquias, mediadores y padres (165)
2000 (14)	Material de apoyo, mesas redondas, conferencias (52), campamentos y acampadas, talleres, actividades de prevención, formación, sesiones de prevención de riesgos (13), coordinación de recursos (12) y 36 Comisiones Municipales.	Tripticos (500), revistas (500), folletos, carteles, medios de comunicación, transparencias, bibliografía, fotocopias	Población general (500), Asocia. Vecinos (50), mediadores (50), toxicómanos (2.600), 1.731 asistentes y familias (36)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4. Ámbito de la comunicación

Las actividades realizadas en este ámbito en 1996 incluían la información transmitida a la población reclusa referida a hábitos de higiene, vacunación y prevención de la tuberculosis y el pro-

grama de prevención en los medios de comunicación. A partir de este año se incluyen en un apartado específico las actividades realizadas con la población reclusa y se consideran exclusivamente el programa mencionado y algunas campañas realizadas a la población general sobre el consumo de las diferentes sustancias o el cumplimiento de la normativa vigente en materia de drogas. En este periodo se observa un descenso general en el número de programas, llegando a ser una sola campaña la realizada en el año 2000. (ver Tabla 6).

Tabla 6
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Recursos</i>
1996	<i>Servicio de información, sistema unificado de información, prevención tuberculosis, vacunación hepatitis, aprender higiene y programa de sensibilización en los medios de comunicación (22 programas y 26 artículos)</i>
1997	<i>Planes de Prevención en Ayuntamientos y programa de sensibilización en los medios de comunicación (15 programas y 20 artículos)</i>
1998	<i>4 campañas y programa de sensibilización en los medios de comunicación (13 programas y 12 artículos)</i>
1999	<i>Jornadas de Salud y programa de sensibilización en los medios de comunicación (11 programas y 11 artículos y notas en prensa provincial)</i>
2000	<i>1 campaña</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5. Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. Si se analizan las actividades realizadas en prevención laboral desde 1996, se observa que en 1999 aparecen dos programas dirigidos a la prevención de enfermedades infecto-contagiosas realizado entre los peluqueros y talleres de prevención de drogodependencias y en el año 2000 un programa de información dirigido a empresas de restauración.

5.6. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen actividades destinadas a colectivos específicos: menores, jóvenes, educadores, profesionales de drogas, APAS, reclusos, población juvenil, radio-TV, etc. A lo largo de los años los diversos colectivos se incluyen en categorías específicas y quedan como actividades señaladas las realizadas en el ámbito penitenciario. En este sentido, destaca el año 1999 donde se efectuaron 8 programas con numerosas actividades dirigidas a 178 reclusos, aunque un año más tarde se ha producido un descenso del número de usuarios que participan en este tipo de actividades. (Ver Tabla 7).

Tabla 7

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2000)

Otros ámbitos	Programas	Actividades	Destinatarios
1996		- 11 conferencias - 50 charlas- coloquio - 18 talleres de formación	- Menores (80), jóvenes (70), educadores (37), profesionales de drogas (4), APAS (260), reclusos (84), población juvenil, radio-TV
1997		- 53 Seminarios, 29 entrevistas, 4 conferencias, 79 talleres, 20 conferencias.	- Reclusos (99), parroquias (120), usuarios (75), grupos de riesgo, población toxicómana y general.
1998	5	- 41 Seminarios, 35 entrevistas, 4 charlas, 1 programa prevención familiar, 7 cursos, 15 cineforum, 20 asesoramiento, 10 clases, 4 revistas	- Reclusos (126), padres (90), educadores (50), población directa (10) e indirecta (25)
1999	8	- 5 programas, un curso, dos intervenciones y 45 seminarios	- Reclusos (178)
2000		- Actividades dirigidas a reclusos	- Reclusos (90)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta a la intervención asistencial, desde 1997 ha crecido el número de centros de asistencia y de recursos, intentando adecuar los dispositivos a una demanda creciente que cuenta además con turistas y personas con empleo temporal en esta Comunidad. Esta demanda ha sido especialmente notable en el caso de los centros de metadona, donde se han realizado especiales esfuerzos, incorporando los Centros de Salud a la dispensación (INSALUD). En 1998 se creó un nuevo centro de tratamiento ambulatorio en Palma de Mallorca y los usuarios alcohólicos optaron en mayor medida por este tipo de tratamiento, disminuyendo el realizado en los centros residenciales. En 1999, se inició la dispensación de metadona en las oficinas de farmacia lo que, junto a los centros de Atención Primaria del INSALUD permitirá la normalización asistencial. Por último, en el año 2000 se incrementaron los puntos de atención, facilitando el acceso a los programas de mantenimiento con metadona y se renovó el convenio con el Colegio de Farmacéuticos, además de potenciar la participación de los centros de Atención Primaria.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un incremento de los Centros Ambulatorios de Asistencia y de los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, especialmente por la incorporación de las Oficinas de Farmacia a este tipo de programas; se mantienen constantes la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y las Comunidades Terapéuticas. El número de usuarios atendidos en este periodo ha aumentado en las Comunidades Terapéuticas y notablemente en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, donde se ha pasado de 497 usuarios en 1996 a 2.167 en el año 2000; en los Centros Ambulatorios y en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria ha ocurrido lo contrario (ver Tabla 8).

Tabla 8
Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	PI	Us	Nº	PI	Us	Nº	PI	Us	Nº	PI	Us	Nº	PI	Us
Centros Ambulatorios Asistencia*	12		1.474	11		1.736	12		1.675	15*		1.513	15		1.373
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	1	4	188	1	4	97	1	4	104	1	4	89	1	4	78
Centros de día Terapéuticos							4		450						
Comunidades Terapéuticas	1 pub. 2 priv. Fin.	15 80	130	1 pub. 2 priv. conc.	12 80	72	1 pub. 2 priv.	12 80	84	1 pub. 2 priv.	12 85	84	1 pub. 2 priv.	12 85	165
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	Presc. 5 Disp. 1 Presc y disp. 2		335 103 59	Presc. 6 Disp. 8 Presc y disp. 5		456 482 583	Presc. 6 Disp. 8 Presc y disp. 6 y 19 oficinas farmacia		580 390 586						

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

* Se incluyen los centros de día terapéuticos

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, como se comentó al principio, se ha realizado un importante esfuerzo en incorporar un mayor número de programas de este tipo, incrementándose además de los programas de dispensación y prescripción de opiáceos (de 8 recursos en 1996 a 45 en el 2000), las jeringuillas y preservativos entregados, el número de vacunaciones de tuberculosis y hepatitis-B y los programas y talleres de reducción de riesgos. (Ver Tabla 9).

Tabla 9

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-1999

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actvs	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Nº	Us.
Pr. Reducción del daño/mantenimiento met	15.585	107		408		852	P. Prescr. P. Dispen P. Presc y dis	698 646 995	P. Prescr. 6 P. Dispen 31 P. Presc y dis 8	717 1.450
Terapia grupo		30								
Gestante adicta	200 visitas		3 pr. 212 act	26	1 pr. 165 act.	21	270	11		19
Profilaxis prostitución	5.308 visitas	127								
Profilaxis VIH	133.863 interc jer y pres									
Programa integral de salud	16.514 entr	1.777		1.623				50		
Información telefónica	4.410									
Atención a transeúntes	Metad.	104		154		167				
Visitas orientación familiar	202	202		625		69				
Taller de salud			19	13	19	13				
Interc. Jeringuillas			72.370		125.653		120.881	5 pro- gramas	9 progs. 193.358 jer.	1.014
Entrega de preservativos			65.620		51.730		69.745		110.000 uds.	
Tuberculosis						429		103		
Vacunación tuberculinas						117			1	137

Tabla 9 (Continuación)

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actvs	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Actvs.	Usua- rios	Nº	Us.
Campaña vacunación Hepatitis-B						247		1.660		1.376
P. Reducción de riesgos								20	3	347
Talleres reducción riesgos									3	224
Recogida orinas								4.035	21.629 an.	
Analíticas							3.998			
P. Información								60		
Acogimiento									1	98
Unidad móvil emergencia									1	273

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

La metadona se dispensa cada vez en más centros lo que permite un acercamiento a los usuarios y la normalización de esta práctica. Los usuarios acuden preferentemente a los centros de tratamiento específicos y la metadona también es llevada a los centros penitenciarios, a los centros ambulatorios y a otras zonas mediante 5 unidades móviles encargadas de esta tarea (ver Tabla 10).

Tabla 10

Programas de reducción del daño. Ubicación de los programas dispensadores de metadona

Dispensación Metadona	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centro de salud o ambulatorio (As. Primaria)	5	59	6	59
Centro ttº específico drogodependencias	6	865	5	1.373
Unidad móvil	1	60	2	196
Centro penitenciario	2	190	2	271
Oficinas farmacia	20	310	14	173
Hospital General			1	19

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En lo que respecta a los recursos ofertados para la asistencia a la población con problemas de alcoholismo, la tendencia no ha sido constante, destacando que, desde 1996 hasta el año 2000 los centros ambulatorios que prestan este servicio se han reducido a la mitad, los residenciales han aumentado en el último año y desde 1999 las Unidades Hospitalarias también atienden a este tipo de pacientes. En cuanto a los usuarios atendidos desde 1998 se aprecia un menor número de pacientes en los centros ambulatorios y un aumento en los centros residenciales (no hospitalarios). (ver Tabla 11).

Tabla 11

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usua-rios	Nº	Usua-rios	Nº	Usua-rios	Nº	Usua-rios	Nº	Usua-rios
Centros Ambulatorios	8	569	9	577	10	649	6	563	4	510
Centros residenciales (no hospitalarios)	3	14	4	123	3	53	2	57	4	117
Unidades hospitalarias							2	43 123 ingr.	1	141 ingr.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En general, los programas no han seguido una tendencia constante y lo más señalado ha sido la incorporación de un programa de formación en este ámbito. En lo que respecta a los usuarios, en líneas generales, cada año ha habido un mayor número con la excepción de los programas preventivos en instituciones penitenciarias donde se aprecia un descenso progresivo en el número de usuarios y programas (ver Tabla 12).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con un creciente número de programas de otro tipo, que han pasado de 20 en 1996 a 53 en el año 2000. Este último año, los programas que más han aumentado se refieren a los destinados a familias, las terapias grupales, los de tratamiento de alcoholismo, los encargados de potenciar habilidades sociales, los dedicados a la prevención de enfermedades infecto-contagiosas y han surgido como nuevos programas adaptados a los cambios y necesidades sociales, los destinados a minorías especiales, a la patología dual y a la atención de psicoestimulantes. Los usuarios son cada vez más numerosos desde 1996, donde se atendieron a 669, al año 2000, donde contaron con 2.954. En este sentido, cabe citar el programa preventivo de enfermedades infecto-contagiosas, llevado a cabo por el Servicio Municipal de drogodependencias del Ayuntamiento de Palma, que contó en el último año con 788 usuarios (ver Tabla 13).

Tabla 12
Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996			1997			1998			1999		2000	
	Programa	Usuarios		Programas	Actv.	Usuario	P.	Actv	Usuarios	Programa	Usuarios	Programa	Usuarios
En Comisarías y Juzgados	2	223			113	155		44	26	27 recursos	192		364
En Instituciones Penitenciarias	p. prev 8 p. amb.1 p. mod.2 p. met.2	1.500 rec y 236 prof. 1 96 42		p. prev 4 p. amb.4 p. mod.1 p. met.4	2 2 2	Todos rec. 19 99 75	p. prev p. amb. p. mod.1 p. met.		10 14 86 70 al mes,12 6 ent.	p. prev 1 p. amb. 1 TMM 1	50 229 190	p. prev 2 p. amb.2 p. mod.2 PMM	75 20 105 250
Programas Alternativas Privación de Libertad	6	91		60 char-las 1 pro. Amb 1 atención ind 22 infor-mes		963 1 14 4					123 der.	1 piso Charlas Centro pen.	15 70 us. y 80 fam. 17 89 deriv.
Formación												13	177

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 13
Evolución de otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996			1997			1998			1999			2000	
	Nº	Usuar.	Nº	Actv.	Usuar.	Nº	Activ.	Usuar.	Nº	Ac	Us	Nº	Us	
P. familiar	1	61				22	355 min	1.057	13	6.389	1.725	7	520 min.	
Taller ocupacional	1	21												
P. seguimiento social	1	20												
P. naltrexona	6	143		318	36		238	41	6	1.247	142	3	50	
Grupo terapia	1	17					44	32	5	1	70	5	165	
Residencia enfermos terminales	1	8												
P. mantenimiento metadona	3	100												
P. interdictores alcohol	3	168	3		102									
P. libre drogas	3	131		7	75									
Taller actividades				140	13		153	13	7		79			
Talleres tiempo libre				5	30			54	4	99	123	1		
Club centro acogida					252			163.650 interv.	1	13.822 int.				
P. prevención abuso alcohol adollescentes						1	96	101	1	98	68			
Taller laborterapia						1	2 veces semana	20						
P. mantenimiento buprex-morfina						1		2				5	53	

Tabla 13 Continuación

Otros Programas	1996		1997		1998		1999		2000	
Preingreso a la comunidad taller de seguimiento				20	14	4	75	17		
Tratamiento alcoholismo				3	89	8		379	7	297
P. habilidades sociales						1	1	30	3	60
Prev. enfer. infecto-contagiosas						1		31	4	788
Otros talleres						4	77	51		
P. asesoría jurídica						1	50	156		
Grupos educativos						2		34	2	34
P. atención a minorías especiales									3	287
P. atención a patología dual									6	439
P. psicoestimulantes									7	261

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

6. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

En el ámbito de la incorporación social, se señalaba en el año 2000 un incremento notable de la oferta de formación laboral y ocupacional. Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se aprecia este incremento de recursos, pasando en solo cinco años de un centro de reinserción social a 9 recursos en los que se incluyen actividades para la reinserción. Este importante aumento se ha dejado notar también en los usuarios que cada vez son más numerosos, llegando a 1.284 en el último año. Finalmente, hay que destacar de un modo especial el importante papel que juegan en esta área las Organizaciones no Gubernamentales, donde cabe citar a Proyecto Hombre o Carpe Diem, entre otras. (Ver Tabla 14).

Tabla 14
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usua- rios	Nº	Usua- rios	Nº	Usua- rios	Nº	Usua- rios	Nº	Usua- rios
<i>C. de reinserción social del Proyecto Hombre</i>	1	65	1	70	1	71	1	76		
<i>C. de día educativo del Proyecto Hombre</i>			1	65	1	101	2	122		
<i>Centro día Carpe Diem</i>					1	41	1	21		
<i>Centros terapéuticos con programas y/o actividades de reinserción</i>									6	1.227
<i>Centros actividades y/o programas de reinserción (sin ttº)</i>									1	4
<i>Centros residenciales de ttº con prog. Reinserción</i>									2	53

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* En inicio ** Búsqueda de empleo y formación ocupacional

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción. Los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Lo más destacado hasta 1998 eran los programas de preformación y formación laboral. En los últimos años se le concede más importancia a otras fórmulas de integración laboral y junto a la permanencia de los talleres artesanos y los programas especiales de empleo, surgen la reserva de plazas en empresas y se promueve el autoempleo de modo individual o por medio de cooperativas. No obstante, la tendencia general acusa un descenso en el número de programas a lo largo del tiempo (ver Tabla 15).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. Pese a haber aumentado en el último año el número de programas de formación, pasando de 4 en 1996 a 10 en el año 2000, se observa un descenso en el número de usuarios participantes de estos cursos, especialmente en los del Plan FIP y en otros programas de formación impartidos en la Comunidad balear. (ver Tabla 16).

Tabla 15
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Usuario	Pl.	Nº	Usuarios	Pl.	Nº	Usuarios	Pl.	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Pl.
Programas de Incorporación Laboral	1	50		3	139		7	195							
Preformación Laboral	2	151		1	172		7	223							
Formación Laboral	1	60	60	5	91	90	4	102	110	110	95	1			
Integración Laboral - Talleres Artesanos - Programas especiales empleo	3	107	95	2	72	63	3	89	83	83	70	3	4 y 5 meses 70	5 mes 15	15
*Ayuntamientos *Fondo Social Eur.															
- Reserva plazas empresa								15						5 mes	
- Promoción autoempleo														1	
Otros	*1						1		20	20		2	9		
Otros programas de incorporación laboral	**4	14	14	3	6	10	1	8	4	4		2		17	18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

* Se incluyen los centros de día terapéuticos

Tabla 16
Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas	3	95	3	97	3	120	3	108	1	19
Cursos Reglados										
Cursos Puente					1	15				
Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo									2	186
Formación Laboral							3	209		
Cursos Plan FIP									1	1
Otros Programas de Formación o cursos de capacitación profesional							12	480	1	24
Otros Programas de Formación	1	425	4	507	9	617	9	607	5	160

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial. En este periodo se ha producido una drástica reducción de la oferta residencial, que se observa en el hecho de que en 1996 existían 31 recursos y cinco años más tarde solamente hay 6. El descenso más pronunciado se observa en las familias de acogida, donde esta Comunidad a través de la Asociación de Familias de Proyecto Hombre y otras Asociaciones Familiares ha llegado a contar con 35 familias de acogida, lo que no ocurre en el año 2000 donde solamente aparece una. Junto a ellas, también han descendido los pisos, han desaparecido las residencias y las acogidas esporádicas en pisos se han mantenido constantes. El número de usuarios que disfrutaban de esta modalidad de residencia es cada vez menor pasando de 151 a 66 en el periodo analizado. (Ver Tabla 17).

Tabla 17
Evolución de otros Programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social 1996-2000

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Pl.	Usua- rios	Nº	Pl.	Usua- rios	Nº	Pl.	Usua- rios	Nº	Usua- rios	Nº	Usua- rios
Programas de Apoyo Residencial	5	33	70	4	29	71	5	39	75	2	8	3	52
Pisos Tutelados	2	8	2							4	40	1	6
Residencias	5	8	2	3	48	155	5	60	32 20/mes	3	111		
Familias acogida	18	20	57	22	25	62	28	25	68	35	75	1	1
Acogidas esporádicas-tem- porales en pisos	1	40	20	1	40	20	1	20	20	1	8	1	7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

7. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Integral hasta la fecha, han sido las siguientes: el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes, la inserción laboral de los drogodependientes, estudio sobre naltrexona y otros estudios de evaluación de centros, abandonos de programas, etc. Junto a estos estudios también se han promovido premios y concursos, becas y memorias de investigación relacionadas con las drogodependencias. Desde 1996 la evolución en el número de estudios ha sufrido un retroceso, pasando de realizar una media de 7 estudios por año, a uno en el año 2000. Entre las entidades responsables de los mismos aparecen numerosas ONG's (Proyecto Hombre, IREFREA, ESPORA, etc), junto con Ayuntamientos, el INSALUD, la Universidad y otros organismos del Gobierno Balear. Se observa el mismo descenso en el número de publicaciones, siendo de 27 en los primeros años analizados y una en el año 2000. Estas publicaciones son en mayor medida dípticos y folletos informativos sobre el consumo de drogas y otros aspectos relacionados con la legislación vigente en esta materia en la Comunidad Balear.⁷

8. RELACIÓN CON LAS ONG'S

El papel de las ONG's en la Comunidad Balear es notorio. Además de la participación en todas las áreas comentadas a lo largo de este informe, se ha producido un aumento en el número de ONG's que participan con el Plan Balear en el campo de las drogodependencias. Si en el año 1996 solo existía un convenio con una ONG, en el año 2000 esta cifra asciende a 33 convenios/subvenciones. El crecimiento no ha sido progresivo, sino que en el último año se observa este salto brusco. Por último, la relación principal con estas asociaciones se realiza por medio de convenios y conciertos (20) aunque también es importante el número de las que reciben subvención (13) (ver Tabla 18).

Tabla 18
Convenios y subvenciones a ONGs

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio concierto
1996		1
1997	8	1
1998	7	2
1999	7	3
2000	13	20

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En 1998, se produjeron un gran volumen de estudios, valoraciones y ajustes, que concluyeron en el diseño de un marco teórico como base para futuras actuaciones en materia de drogodepen-

⁷ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

dencias. Como consecuencia de este debate el Gobierno Balear aprobó en 1999 el Plan Autonómico de la Droga, dependiente de la Consejería de Sanidad y Consumo. En el año 2000 ha habido una progresiva implantación de este Plan acorde con la Estrategia Nacional sobre Drogas y se plantea la necesidad de emprender una revisión y nueva elaboración del Plan, creando una estructura específica que atienda a las demandas existentes en este campo.

En cuanto al consumo de las distintas sustancias, según el estudio sobre los jóvenes realizado por la Fundación Santa María, en las Islas Baleares y Canarias se da un menor consumo de todas las drogas, con la excepción de la cocaína. En efecto, el consumo de alcohol al menos una vez en la vida entre los jóvenes es menor a la media nacional (76%) y el de tabaco supone un 46% frente a otras Comunidades como Extremadura donde alcanza el 78,4% de la población; además este consumo ha descendido en los últimos años. Como contrapartida, un 22% de los jóvenes han probado la cocaína al menos una vez en la vida, cifra superior al resto de Comunidades y se ha producido un incremento en el porcentaje de consumidores de cánnabis. Aunque se aprecia un menor consumo de estas sustancias, algunos estudios señalan en cuanto a las drogas de síntesis, que Ibiza es uno de los lugares escogidos para experimentar con nuevas drogas.

En cuanto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, es la octava Comunidad con mayores tasas de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (119,9 casos por 100.000 habitantes). En cuanto a la vía de administración, en las Comunidades del nordeste como Cataluña, Baleares, Aragón, Navarra, Cantabria y País Vasco, sigue predominando la vía inyectada sobre la pulmonar. De hecho, aunque se ha producido un descenso en la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de heroína teniendo como vía principal de administración la parenteral, Baleares ocupa la primera posición en 1999 con un 55,7%. Igualmente se encuentra entre las Comunidades con una prevalencia más elevada de infección por VIH entre los admitidos a tratamiento (16,4%). Además Baleares y Madrid tienen en 1999 las tasas más elevadas de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas, siendo en el caso de Baleares de 63,5 por cada millón de habitantes. Hasta el año 2000 se han notificado 506 defunciones en enfermos de SIDA en Usuarios de Drogas por Vía Parenteral. Junto al consumo de heroína, se ha producido un aumento notable de las admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, desde 1991 donde suponían un 1,9 hasta 1999 donde se sitúan en un 10,2.

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 1), se aprecia un ligero descenso en el número de actividades formativas y en el volumen de destinatarios a los que va dirigida. La tendencia general sugiere la menor realización de cursos y la dedicación a otras actividades donde se enmarcan los programas de intercambio de jeringuillas.

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias se ha ido incrementando progresivamente, pasando de 587.4 millones de pesetas en 1996 a 617.3 en el año 2000. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, coordinación institucional y por último la investigación. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en 1999, las áreas de intervención asistencial y reinserción han ido adquiriendo mayor dotación económica al mismo tiempo que prevención y coordinación han descendido su presupuesto. Finalmente, en el último año existe una partida específica destinada al área de Investigación, Documentación y Publicaciones.

En el ámbito de la prevención se ha producido un cambio fundamental caracterizado por la necesidad de implantar en el ámbito escolar los programas de prevención de manera normalizada integrándolos en el marco de la Educación para la Salud. Por este motivo, la Conselleria de Educación y Cultura con el apoyo de la Conselleria de Sanidad y Consumo está siguiendo los pasos oportunos en esta línea de actuación. Este cambio en la prevención escolar ha afectado al resto de ámbito, permitiendo que las entidades locales destinen más recursos a la prevención familiar y comunitaria; en el primer caso, desarrollando un mayor número de programas para padres en situación de riesgo; en el segundo, pudiendo plantear el desarrollo programas y planes municipales.

En el ámbito asistencial, desde 1997 ha crecido el número de centros de asistencia y de recursos, intentando adecuar los dispositivos a una demanda creciente que cuenta además con turistas y personas con empleo temporal en esta Comunidad. Esta demanda ha sido especialmente notable en el caso de los centros de metadona, donde se han realizado especiales esfuerzos, incorporando los Centros de Salud a la dispensación (INSALUD) y en 1999, se inició la dispensación de metadona en las oficinas de farmacia. Respecto a los recursos, se ha producido un incremento de los Centros Ambulatorios de Asistencia y de los programas de prescripción y dispensación de opiáceos y se mantienen constantes la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y las Comunidades Terapéuticas. El número de usuarios atendidos ha aumentado en las Comunidades Terapéuticas y notablemente en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos al tiempo que en los Centros Ambulatorios y en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria ha ocurrido lo contrario.

Junto a los programas de dispensación y prescripción de opiáceos, se han incrementado las jeringuillas y preservativos entregados, el número de vacunaciones de tuberculosis y hepatitis-B y los programas y talleres de reducción de riesgos. En la asistencia a la población con problemas de alcoholismo, la tendencia no ha sido constante, con el descenso de los recursos y pacientes en los centros ambulatorios y el aumento de los mismos en los residenciales. Los programas de intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales tampoco han seguido una tendencia constante y lo más señalado ha sido la incorporación de un programa de formación. En lo que respecta a los usuarios, en líneas generales, cada año ha habido un mayor número con la excepción de los programas preventivos donde se aprecia un descenso progresivo. Por último, el área de intervención asistencial cuenta con un creciente número de programas de otro tipo y de usuarios de los mismos que incluyen los destinados a familias, terapias grupales, tratamiento de alcoholismo, encargados de potenciar habilidades sociales, dedicados a la prevención de enfermedades infecto-contagiosas y han surgido como nuevos programas adaptados a los cambios y necesidades sociales, los destinados a minorías especiales, a la patología dual y a la atención de psicoestimulantes.

En el ámbito de la incorporación social, se señalaba en el año 2000 un incremento notable de la oferta de formación laboral y ocupacional. Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos (1996-2000), se aprecia este incremento, pasando en solo cinco años de un centro de reinserción social a 9 recursos en los que se incluyen actividades para la reinserción. Este importante aumento se ha dejado notar también en los usuarios que cada vez son más numerosos, llegando a 1.284 en el último año. En incorporación laboral en los últimos años se le concede más importancia a otras fórmulas de integración laboral y junto a la permanencia de los talleres artesanos y los programas especiales de empleo, surgen la reserva de plazas en empresas y se promociona el autoempleo de modo individual o por medio de cooperativas. No obstante, la tendencia general acusa un descenso en el número de programas a lo largo del tiempo. Los cursos de formación han aumentado en el último año aunque se observa un descenso en el número de usuarios participantes de estos cursos, especialmente en los del Plan FIP y en otros programas de formación. Además se ha producido una drástica reducción de la oferta residencial, que se observa en el hecho de que en 1996 existían 31 recursos y cinco años más tarde solamente hay 6. El descenso más pronunciado se observa en las familias de acogida, donde esta Comunidad a través de la Asociación de Familias de Proyecto Hombre y otras Asociaciones Familiares ha llegado a contar con 35 familias de acogida, lo que no ocurre en el año 2000 donde solamente aparece una y el número de usuarios que disfrutaban de esta modalidad de residencia es cada vez menor.

Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Integral hasta la fecha, han sido las siguientes: el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes, la inserción laboral de los drogodependientes, estudio sobre naltrexona y otros estudios de evaluación de centros, abandonos de programas, etc. Junto a estos estudios también se han promovido premios y concursos, becas y memorias de investigación relacionadas con las drogodependencias. Desde 1996 la evolución en el número de estudios y publicaciones ha sufrido un retroceso.

El papel de las ONG's en la Comunidad Balear es notorio. Además de la participación en todas las áreas, se ha producido un aumento en el número de ONG's que participan con el Plan Balear en el campo de las drogodependencias. Si en el año 1996 solo existía un convenio con una ONG, en el año 2000 esta cifra asciende a 33 convenios/subvenciones. El crecimiento no ha sido progresivo, sino que en el último año se observa este salto brusco. Por último, la relación principal con estas asociaciones se realiza por medio de convenios y conciertos aunque también es importante el número de las que reciben subvención.

Como puntos fuertes encontramos la aprobación del Plan Autonómico, la menor proporción de consumidores de drogas, el incremento del presupuesto, el intento de implantar de forma normalizada los programas escolares de prevención en el ámbito de la promoción de la salud. En la intervención asistencial constatamos el aumento de los centros ambulatorios de asistencia, de los programas de reducción del daño (metadona, jeringuillas, etc), de los destinados a la población con problemas jurídico-penales y de programas de otro tipo. Como consecuencia de ello han aumentado los usuarios de forma notable. También se ha producido un incremento de los programas y usuarios en reinserción social, de los cursos de formación y de nuevas fórmulas de integración laboral. Finalmente, en esta Comunidad las ONG's juegan un importante papel, aumentando los convenios y subvenciones de forma espectacular en el año 2000.

Como puntos débiles hasta 1999 no se ha producido la aprobación del Plan Autonómico sobre Drogas y se está planteando la necesidad de implantar una estructura específica. El consumo de cocaína es mayor que en el resto de España y se ha producido un incremento del cánnabis en los últimos años. Además, se señala que Ibiza es una zona de experimentación con nuevas drogas. Las consecuencias del consumo se consideran graves pues se trata de una Comunidad donde la vía de administración de la droga es principalmente inyectada y ocupa la primera posición en nuevas admisiones a tratamiento en usuarios de drogas por vía parenteral. Además, tiene mayores tasas de SIDA y de prevalencia de VIH entre los pacientes. Junto con la heroína, han crecido de modo importante los problemas relacionados con la cocaína, lo que se refleja en mayores admisiones a tratamiento por consumo de esta sustancia.

Otros puntos débiles encontrados se refieren al descenso en el número de cursos de formación en drogodependencias; en el presupuesto destinado a prevención (lo que se puede deber a una mayor preocupación en el tratamiento por la grave situación de las drogas) y la existencia de pocos programas estructurados en prevención. Además han descendido los Centros Ambulatorios que trabajan los problemas del alcoholismo y los programas preventivos en poblaciones con problemas jurídico-penales. En incorporación social, es menor el número de programas de integración laboral, de usuarios de programas de formación, de residencias y usuarios en las mismas, especialmente en familias de acogida. Finalmente, también ha descendido el número de estudios y publicaciones en el ámbito de las drogodependencias.

CANARIAS

INTRODUCCIÓN

En el año 1998, en esta Comunidad Autónoma se publicó la 1067 LEY 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. Tal y como se indica en el Boletín Mar, 28. jul.1998 XVI/094, la presente Ley, siguiendo el camino trazado por distintas Comunidades Autónomas, aspira a convertirse en un instrumento útil para que las distintas Administraciones Públicas de Canarias puedan desplegar una actuación eficaz ante el problema de las drogodependencias, configurando legalmente los medios necesarios para luchar contra un fenómeno al que nuestra sociedad considera de especial trascendencia, así como estableciendo las medidas limitativas de la venta y el consumo del alcohol y del tabaco, especialmente a los menores de edad. En definitiva, se trata de establecer y regular, en el marco de las competencias que el Estatuto de Autonomía de Canarias asigna al Gobierno en el ámbito territorial de Canarias, las medidas y acciones que permitirán una actuación efectiva de las Administraciones Públicas en el campo de la prevención y asistencia de las situaciones a que dan lugar las sustancias que pueden generar dependencia.

Esta Ley ha permitido el desarrollo de un marco normativo que pueda regular todas las acciones en este campo y promover eficaces estrategias de intervención, como es el caso del desarrollo de los reglamentos por los que se crean las Comisiones Insulares de Coordinación y la Comisión de Comunicación Social sobre drogodependencias de Canarias¹.

En el desarrollo de las diferentes actividades, los Ayuntamientos han tenido un protagonismo creciente en la prevención, cooperación institucional y participación ciudadana, a través del desarrollo de planes municipales de drogas. En el ámbito de la prevención, las actividades se han reforzado con la creación del Aula de Formación para la Prevención, con materiales divulgativos y la oferta de formación, especialmente en los ámbitos educativo, comunitario y otros ámbitos sociales significativos (sanitario y universitario). En el ámbito laboral, el 6 de junio de 1998 se firmó el Acuerdo Marco del Pacto Social sobre drogas de Canarias entre los sindicatos (8 grandes agrupaciones sindicales), empresarios (2 confederaciones) y la Administración, estableciendo mecanismos y estructuras de participación y coordinación². En este sentido, Canarias es pionera en España con la firma de este Pacto, para la prevención y rehabilitación dentro de las empresas. Finalmente, dentro de la familia, se realizan convenios con las Asociaciones de Padres de Alumnos y de vecinos, y se llevan a cabo campañas de sensibilización en los medios de comunicación en

1 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1998, pp.119.

2 Plan Nacional sobre drogas, memoria 1998, pp.119.

colaboración con la Comisión Regional de Medios de Comunicación, que indica qué mensajes pueden captar mejor la audiencia en lo que a prevención del consumo de drogas se refiere³.

En el área asistencial, se han dado intervenciones con los programas de mantenimiento con metadona, lo que ha permitido una regulación de éstos en su aplicación en los centros prescriptores y dispensadores; se ha desarrollado un programa innovador en la Comunidad basado en la dispensación controlada de metadona en las oficinas de farmacia, que ha llevado a un incremento en la diversificación de las alternativas terapéuticas; además, una experiencia piloto sobre las sustancias LAAM como tratamiento sustitutivo al consumo de opiáceos; etc⁴.

Por otro lado, hay que resaltar los avances en el campo de la investigación, como el Estudio Epidemiológico sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias en 1997 y posteriormente, en 1999, un Estudio Epidemiológico sobre la Incidencia de las Drogas en el Medio Laboral. Este mismo año, se celebraron las XXVI Jornadas Nacionales Socidrogalcohol, lo que supuso un avance científico y técnico a la hora de tratar el tema de las drogodependencias⁵.

Por último, destacar que en el año 2000 ha sido notable el desarrollo de planes municipales e insulares de drogodependencias, donde han participado ayuntamientos, cabildos y entidades comunitarias en los diferentes ámbitos, estableciéndose mecanismos de coordinación con Sanidad, Servicios Sociales, Cultura, Deportes, etc. Finalmente, en este año se inició la formulación del II Plan Canario sobre Drogas, a través de un equipo de trabajo multidisciplinar y redacción del documento base⁶.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

Tomando como referencia los datos y el análisis ofrecido por la Viceconsejería de Asuntos Sociales, Plan General de Servicios Sociales de Canarias, el tabaco (con más de 400.000 personas), el alcohol y el cánnabis son las drogas más consumidas. En el tabaco y el alcohol (ver Tabla 1), los que han fumado alguna vez y los que han bebido en el último mes sobrepasan al 50% de la población de referencia.

Tabla 1
Periodicidad del consumo de tabaco y alcohol

PERIODICIDAD DEL CONSUMO		
	<i>Alguna vez</i>	<i>Actualmente</i>
<i>TABACO</i>	53,8%	42,5%
	<i>Último mes</i>	<i>En el día anterior</i>
<i>ALCOHOL</i>	58,0%	26,0%

Fuente: Plan General de Servicios Sociales de Canarias

En el caso del cánnabis, algo más de una quinta parte (en torno a un 22%) de dicha población, la han usado alguna vez. En un nivel de consumo intermedio, se encuentran los tranquilizantes y la cocaína, sustancias que han consumido alguna vez casi uno de cada diez. Y en este mismo nivel, aunque con unas prevalencias menores, están las drogas de síntesis, las anfetaminas y el

3 Noticias Sanitarias de Europa Press 8/07/99.

4 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

5 Plan Nacional sobre drogas, memorias 1996-2000.

6 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp.115.

speed, los alucinógenos y los hipnóticos. En un consumo más reducido estarían los inhalables o sustancias volátiles, la heroína, los otros opiáceos y el crack, aunque éste último tiene un alto porcentaje de consumo en la Comunidad canaria con respecto al nivel registrado en la Península (ver Tabla 2).

Tabla 2
Periodicidad del consumo de las diferentes sustancias

PERIODICIDAD DEL CONSUMO			
SUSTANCIA	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
INHALABLES	1,1%	0,4%	0,1%
CANNABIS	22,0%	11,4%	9,3%
COCAÍNA	9,0%	5,4%	3,7%
DROGAS DE SÍNTESIS	4,2%	2,6%	1,9%
HEROÍNA	1,6%	0,9%	0,8%
OTROS OPIÁCEOS	0,6%	0,4%	0,3%
ALUCINÓGENOS	4,1%	1,3%	0,7%
ANFETAMINAS Y SPEED	4,6%	1,2%	0,7%
CRACK	1,3%	0,8%	0,6%
TRANQUILIZANTES	9,8%	5,4%	4,5%
HIPNÓTICOS	4,2%	2,9%	2,3%

Fuente: Plan General de Servicios Sociales de Canarias

El tabaco (31,7%), el alcohol (2,9%) y cánnabis (4,4%), son las sustancias que registran un mayor consumo abusivo. Seguidamente, los psicofármacos, los tranquilizantes (2,6%) y los hipnóticos (1,5%). El resto de sustancias, representan niveles bajos en este sentido (ver Tabla 3).

En cuanto a la evolución del consumo de las diferentes sustancias, como algunas suposiciones probables y siguiendo los datos y afirmaciones de este mismo estudio, se aprecia una tendencia a la disminución del consumo de tabaco y del abuso del alcohol, aunque se tiende al incremento del consumo de estas sustancias entre las mujeres jóvenes. Por otro lado, el descenso en el consumo de heroína, otros opiáceos e inhalables; una asociación peligrosa de heroína y crack; consumos consolidados y un posible incremento del cánnabis (prevalencias superiores a las de otras Comunidades Autónomas) y de la cocaína, y en una proporción más incierta las drogas de síntesis, los alucinógenos y las anfetaminas. Parece haberse detenido la tendencia creciente al consumo de drogas de síntesis y estabilidad en el consumo de psicofármacos, bastante similar al observado en las Comunidades de referencia.

Tomando como referencia algunas características relacionadas con el consumo de las diferentes sustancias, según apunta el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, las diferencias por sexo son bastante acusadas, los varones sobrepasan en el consumo de tabaco, alcohol, inhalables, cánnabis, drogas de síntesis, cocaína, heroína, anfetaminas, alucinógenos y crack, mientras que las mujeres destacan en el consumo de tranquilizantes e igualan a los hombres en los analgésicos morfínicos y otros opiáceos. En el consumo de tabaco diario, la mujer en el intervalo de edad de 20 a 24 años supera a los hombres.

Tabla 3
Consumo frecuente o habitual de las diferentes sustancias.

FRECUENCIA DEL CONSUMO	
TABACO	
Fumadores diarios	36,2%
Fumadores diarios de 10 cigarrillos en adelante	31,7%
ALCOHOL	
Bebedores abusivos	9,2%
Bebedores abusivos y frecuentes	2,9%
OTRAS DROGAS –consumo frecuente o habitual- (*)	
Inhalables	0%
Cánnabis	4,4%
Cocaína	0,4%
Drogas de síntesis	0,4%
Heroína	0,4%
Otros opiáceos	0,1%
Alucinógenos	0,1%
Anfetaminas	0,1%
Crack	0,2%
Tranquilizantes	2,6%
Hipnóticos	1,5%

(*) 2 a 6 veces por semana y diariamente. En las drogas de síntesis, otros opiáceos y alucinógenos la mayor frecuencia observada es una vez por semana.

Fuente: Plan General de Servicios Sociales de Canarias

La edad es también otro factor importante a tener en cuenta respecto al consumo de las distintas sustancias, en el tabaco y el alcohol, sus consumos se dan en periodos de tiempo bastante largos, en torno a los 15 y 49 años, pero hay que señalar que el consumo de alcohol en los jóvenes es mayor durante los fines de semana. Entre estos últimos, además, y especialmente entre los 15 y 24 años, se da el consumo de otras sustancias como los inhalables, los alucinógenos, las anfetaminas y el speed y las drogas de síntesis. También el cánnabis, la cocaína, la heroína, los otros opiáceos y el crack, pero su consumo se prolonga en tasas significativas entre los 25 y los 34 años, e incluso entre los 35 y los 39. En cuanto al consumo de los psicofármacos (tranquilizantes e hipnóticos), alcanzan sus mayores prevalencias en edades medias y mayores.

Respecto al territorio, el consumo de tabaco y de alcohol se extiende por todo tipo de hábitat; el cánnabis, los tranquilizantes y los hipnóticos en todos los núcleos urbanos; las drogas de síntesis, la cocaína, la heroína, los alucinógenos, las anfetaminas y el crack en poblaciones medio-grandes y grandes, y en estas últimas, especialmente, el crack y los otros opiáceos. Las diferencias por

provincia en el consumo de sustancias son poco acusadas, pero destaca Las Palmas en el consumo de heroína, otros opiáceos, crack y psicofármacos.

Tomando como referencia el conjunto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, en comparación con el resto de las regiones españolas, Baleares y Canarias “presentan un fenómeno curioso, ya que destacan en el consumo de cocaína (con un 22% y un 21,2%, respectivamente, encabezando el ranking), pero sólo en esta sustancia, ya que con relación a otras drogas se sitúan por debajo de la media”.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Según la Encuesta de Salud de Canarias (1997), se estimó que el tabaco era el responsable del 14,3% de todas las muertes en 1996, con más de 1.500 defunciones en ese año, lo que supuso un incremento en la mortalidad de un 7,5% respecto a 1995 (ver Tabla 4).

El análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles (Plan de Salud de Canarias), puso de manifiesto que en relación con los factores de riesgo que intervienen en la accidentalidad, en las 11.757 pruebas de alcoholemia realizadas en 1993, se detectaron 746 resultados positivos, un 5,27% en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife y un 10,65% en la de Las Palmas. Con respecto a las medidas de protección, en el año 1993, se observó que entre las víctimas que no utilizaron ningún tipo de protección, el número de muertos representó el 7,9%, disminuyendo a un 4,6% en las que hicieron uso del mismo. En 1994 sobre el total de muertos en accidentes de tráfico en carretera en Tenerife, el 66,6% no usaron las medidas de protección.

Por otro lado, siguiendo los datos ofrecidos por la misma Encuesta de Salud de Canarias y esta vez en lo referente a los episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, la primera causa de demanda de atención urgente en los hospitales de Canarias a partir de 1991 fue el consumo de heroína.

Respecto al Sida (ver Tabla 5), en el Análisis del estado de salud de la población y de los recursos disponibles (Plan de Salud de Canarias), documento que analiza la evolución en cuanto al estado de salud de la población y a la situación de los recursos socio-sanitarios, para el grupo entre los 25 y 34 años, hay una llamativa sobremortalidad masculina, pero en ambos sexos, el Sida aparece como la primera causa de muerte. Esta misma causa también ocupa el primer lugar en los hombres de entre 35 y 44 años. A pesar de la importancia de estas cifras, los nuevos casos de Sida en el ámbito nacional en 1998 disminuyeron más del 20% con respecto a 1997. En Canarias se dio una situación similar, registrándose 123 casos nuevos en 1997 y 85 en 1998, lo cual significó un descenso del 30,9% respecto a 1997 y del 58,1% con respecto a 1995. En relación con el resto de las regiones españolas, Canarias ocupa una posición “favorable” con una tasa de incidencia acumulada de 748,5 por millón de habitantes (785,9 a 31 de marzo de 1999). La letalidad también ha mostrado una tendencia favorable a partir del máximo alcanzado en 1990, mostrándose en 1999 en el 43,5%.

Entre las diferencias por género, el 85% de los casos son hombres entre los 30 y 39 años (44,1% en ambos sexos), seguido por el grupo de 20 a 29 años (27,2%). El factor de riesgo más importante para la transmisión del SIDA en esta Comunidad es la vía sexual, con el 51% de los casos en 1999, mientras que el 32,7% se relacionan con el uso de droga por vía parenteral (ver Tabla 6).

Los datos acumulados desde 1981⁷, muestran que en el 2001 se registraron en esta Comunidad 1.560 casos de Sida, de los que 567 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. En lo que respecta a la tasa de Sida registrada por millón de habitantes, en el 2000 fue de 53,2, lo que evidenció un descenso respecto a años anteriores (69,2 en 1998 y 71,1 en 1999). La mortalidad es otro factor a tener en cuenta al hablar del Sida, en este sentido, las defunciones notificadas por este motivo entre los usuarios de drogas por vía parenteral fueron en el 2000 de 196 fallecimientos⁸.

7 Registro Nacional de SIDA, 30 de junio de 2001.

8 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

Tabla 4
Mortalidad atribuible al consumo de tabaco, 1995 y 1996.

Causa de muerte	CIE	RR	PARP				1995		1996	
			Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
Tumor maligno de tráquea, de los bronquios y del pulmón	162	10	79	49	336	42	336	43		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	490 a 496	12	82	73	219	77	268	86		
Cardiopatía isquémica	410 a 414	1,8	25	16	197	102	211	107		
Enfermedad cerebrovascular	430 a 438	1,8	25	16	98	80	102	80		
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	140 a 149	6	68	55	62	6	65	4		
Tumor maligno de laringe	161	6	68	55	48	1	43	1		
Tumor maligno de esófago	150	5	63	50	36	4	44	3		
Tumor maligno de la vejiga	188	2,5	39	27	33	3	34	6		
Tumor maligno de colon y recto	153 a 154	1,37	13	8	18	9	36	10		
Tumor maligno de páncreas	157	2	30	20	21	11	17	12		
Tumor maligno del riñón, de otros órganos urinarios y de los no especificados	189	2,5	39	27	8	2	8	3		
Prematuridad y distres respiratorio del recién nacido	765, 769 y 770	1,8	25	16	3	1	6	1		
Otra enfermedad vascular periférica	443	1,5	17	11	3	2	4	2		
Tumor maligno del cuello del útero	180	2,1	32	21	0	7	0	3		
Muerte súbita, causa desconocida	798	1,5	17	11	3	1	2	1		
Total					1431		1538			

Fuente:

- Encuesta de salud de Canarias
- Serra-Majem, L.I. Et al.: European tobacco control initiative (6)
- ISTAC: Defunciones Canarias 1995 y 1996 (7 y 8)

Tabla 5
Año de diagnóstico de la infección VIH.

	Frecuencia	%	Acumulado
1997	8	19,0%	19,0%
1996	2	4,8%	23,8%
1995	5	11,9%	35,7%
1994	5	11,9%	47,6%
1993	3	7,1%	54,8%
1991	4	9,5%	64,3%
1990	1	2,4%	66,7%
1989	3	7,1%	73,8%
1987	4	9,5%	83,3%
1986	3	7,1%	90,5%
N.C.	4	9,5%	100,0%
	42		

Fuente: Encuesta Plan Nacional de SIDA.

Tabla 6
Distribución de las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH.

	Frecuencia	%	Acumulado
DROGAS VIA PARENTERAL	16	38,1%	38,1%
PRACTICAS HETEROSEXUALES	11	26,2%	64,3%
PRACTICAS HOMOSEXUALES	10	23,8%	88,1%
TRANSFUSION SANGRE	2	4,8%	92,9%
PRACTICAS BISEXUALES	2	4,8%	97,6%
DESCONOCIDO	1	2,4%	100,0%
	42		

Fuente: Encuesta Plan Nacional de SIDA.

2. RECURSOS HUMANOS

Son muy diversas las actividades de formación puestas en práctica, entre ellas un gran número de cursos, seminarios, jornadas, encuentros, congresos, etc., dirigidas a mediadores, profesionales, asociaciones, voluntarios, alumnos, etc. Por ejemplo, si se analizan más detenidamente las actividades de formación impartidas en los últimos años (1996-2000) en esta Comunidad (ver Tabla 7), se aprecia un aumento de todas las actividades ofertadas y de los destinatarios con el paso de los años.

Tabla 7

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000
	Nº	Destinatario	Nº	Dest	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Dest.
Cursos	22	Profesionales, mediadores, población general, etc.	53	1.799 profesionales, mediadores, población general, etc.	42	Mediadores, monitores, alumnos, etc.	71	1.033 mediadores, monitores, alumnos, etc.	Monitores y entrenadores deportivos, técnicos, profesores y profesionales
Seminarios/Jornadas/Encuentros	26	240 profesionales, voluntarios, etc.	13	Profesionales y mediadores	54	3.450 mediadores, profesionales, voluntarios, etc.	48	Mediadores, profesionales, etc.	Mandos FFA, profesionales, técnicos, asociaciones, etc.
Otros	1	13 formación práctica en drogodepend.			12	Formación en práctica alumnos	10	Formación en práctica alumnos	
Congresos			1	200 asambleas de congresistas UNAD	1	150 profesionales	3	Profesionales drogodepend y psicólogos	
Cursos voluntariado			1	308 profesionales y FFAA					

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

3. RECURSOS ECONÓMICOS

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 8), los recursos económicos han crecido notablemente año tras año, excepto en 1998, donde se contó con 33.317.149 Ptas. menos que en el año anterior. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con

Tabla 8

Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000).

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	49.486.350	96.808.628	128.865.065	132.810.785	472.870.090
Intervención Asistencial e Incorporación Social	982.783.680	973.914.376	930.496.000	941.416.290 IA 50.500.781 IS	1.435.114.953
Formación, Documentación e Investigación	13.436.592	36.074.888	14.200.959	30.416.200	
Coordinación Institucional	137.301.000	171.534.027	171.452.746	185.648.442	103.401.970
Total	1.183.007.622	1.278.331.919	1.245.014.770	1.340.792.498	2.011.387.013

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

mayor dotación económica, seguida por la prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en el 2000, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial (en torno a 452 millones de Ptas. más), seguido por el área de prevención (en torno a los 423 millones). Por último, resaltar el descenso del presupuesto en el último año en el área de coordinación institucional.

4. PREVENCIÓN

El área de prevención ocupa un papel muy importante a la hora de abarcar el fenómeno de la drogadicción. Las actuaciones llevadas a cabo se han ido incrementando con el paso de los años. Concretamente, en el año 1996 se desarrollaron y potenciaron los programas preventivos, aumentando los esfuerzos de sustituir determinadas actividades puntuales por programas estables, duraderos en el tiempo y posibles de evaluar. Una línea de actuación prioritaria ha sido los Programas de Desarrollo Comunitario, con actuaciones dirigidas a la población de todas las edades, contando con el apoyo de movimientos ciudadanos y ámbitos socio-comunitarios, que la han dotado de mayor estabilidad. Posteriormente, con la publicación, en 1998, de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción Social en materia de drogodependencias y los criterios establecidos, se dio un protagonismo creciente de los Ayuntamientos de Canarias en la prevención, la participación ciudadana y la cooperación institucional, a través del desarrollo de los Planes Municipales de Drogas. Este mismo año, se creó el Aula de Formación para la Prevención (materiales divulgativos y oferta de formación) y se firmó el Acuerdo Marco del Pacto Social sobre Drogas de Canarias entre empresarios, sindicatos y la Administración⁹.

Posteriormente, se han desarrollado y potenciado las acciones preventivas encaminadas a colectivos específicos, más bien orientadas a la prevención juvenil. En el año 2000, se creó un grupo de trabajo técnico (expertos, corporaciones locales y Dirección General de Atención a las Drogodependencias) de cara a la elaboración de un documento de prevención para ordenar y establecer prioridades, competencias y líneas de intervención en el marco de promoción de la salud. Esto llevó a la celebración de Jornadas de Avances en Prevención para analizar propuestas y conclusiones sobre futuras actuaciones. Por último, señalar la participación creciente en las labores preventivas de otros departamentos de la Comunidad, Cabildos y Ayuntamientos, coordinados con la Dirección general de Atención a las Drogodependencias¹⁰.

4.1. Ámbito escolar

Las actividades puestas en marcha y analizadas en el periodo 1996-2000, son cada vez más diversas, más numerosos los centros implicados y una participación creciente de familiares (de 257 AMPAS en 1997 a 337 miembros de familias en 1999), profesores (de 607 en 1997 a 792 en 1999) y alumnos (de 11.095 en 1997 a 14.945 un año más tarde, aunque en 1999 fueron 10.275). Los programas más destacados fueron Alimentación y salud, Educación para la salud, Órdago, En la huerta con mis amigos, Desayuno saludable, Aula de salud, Escuelas promotoras de salud, La aventura por la vida, Beber no es vivir, Unidad de tabaco, Competencia social y Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES). En 1999, las actividades se desarrollaron en un total de 104 centros, concretamente, 23 de primaria, 47 de ESO, 19 de Bachillerato, 8 de FP, 2 aulas taller, 1 de garantía social y 4 adultos¹¹ (ver Tabla 9).

9 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1998.

10 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1999-2000.

11 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1999.

Tabla 9

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000).

	<i>Programas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	197	<i>Cursos, talleres, sesiones didácticas, charlas-colóquios, encuentros, Escuelas de Padres, etc.</i>	<i>Transparencias, folletos, libros, material didáctico, etc.</i>	<i>Alumnos, profesores y padres</i>
1997	80	<i>Proyectos, asesoramiento, sesiones didácticas, Escuelas de Padres, etc.</i>		<i>11.095 alumnos, 257 AMPAS, 607 profesores</i>
1998	111	<i>Cursos, talleres, actividades formación, de educación para la salud, etc.</i>	<i>Videos, folletos, revistas, libros, etc.</i>	<i>14.495 alumnos, 708 AMPAS, 815 profesores</i>
1999	17	<i>4 cursos, 42 charlas, 24 talleres y 159 otras actividades diversas</i>	<i>Libros, folletos, libros, etc.</i>	<i>104 centros, 792 profesores, 10.275 alumnos y 337 miembros familias alumnos</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

4.2. Ámbito familiar

La familia y las actuaciones a ella dirigidas, están contempladas, principalmente, en ámbito escolar y comunitario. Viendo la evolución en el tiempo de las actividades realizadas, en 1996 se contabilizaron, en el ámbito escolar, 9 Escuelas de Padres y actividades conjuntas padres-profesores, siendo, además, 299 padres, los destinatarios de diversas actuaciones en el ámbito comunitario. Un año más tarde, continuó el trabajo en las Escuelas de Padres y se desarrollaron actividades de formación en el ámbito escolar, sumando un total de 257 AMPAS. En lo referente al ámbito comunitario, se realizaron, además, actividades participación familiar, que contaron con 3.200 padres y madres. En 1998, se realizó un curso con AMPAS (708) en el ámbito escolar y también participaron en el comunitario, con la creación del Aula de formación para la prevención de las drogodependencias. En el ámbito de los medios de comunicación, se enviaron 2.800 e-mails a padres y madres. Finalmente, en 1999, 337 miembros de familias de alumnos colaboraron en las actividades de los programas de prevención escolar.

A partir de 1999, aparece como ámbito independiente, dirigiendo a este colectivo programas de información y sensibilización sobre las drogodependencias y ofreciéndoles información sobre programas y recursos asistenciales a través de charlas, talleres, encuentros y asesoramiento. Concretamente, estos destinatarios fueron 122 familias y 500 AMPAS y en las Escuelas de Padres, 77 familias¹².

4.3. Ámbito comunitario

Los programas, actividades y destinatarios en este ámbito han ido aumentando con el paso de los años. Se han promovido actividades de información y sensibilización, lúdicas y deportivas, de ocio y tiempo libre, etc., dirigidas a colectivos diversos como jóvenes y adolescentes, niños, asociaciones, padres, profesionales, población general y en situación de riesgo, etc. Por último, destacar como dato importante que en 1998 se creó el Aula de Formación para la Prevención (materiales divulgativos y oferta de formación) con actividades y actuaciones dirigidas a profesores, AMPAS y Profesionales-Salud Drogodependencias¹³ (ver Tabla 10).

¹² Plan Nacional sobre Drogas, Memoria1999, pp.120.

¹³ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria1998, pp.120.

Tabla 10*Programas, actividades y destinatarios de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000).*

A.Comunitario	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	102	Charlas-coloquio, de ocio y tiempo libre, de formación, etc.	Población general, mediadores, familias, asociaciones, jóvenes, adolescentes, etc.
1997	156	Formación, escuelas deportivas, de información, etc.	14.340 niños, jóvenes y adolescentes; 3.200 padres; 3.822 mediadores; 189 asociaciones; 64 entidades deportivas y 7.000 población general
1998		Información, sensibilización, Aula de formación para la prevención, etc.	Niños, jóvenes, adolescentes, padres, mediadores, asociaciones, entidades deportivas, profesionales, población general y de riesgo
1999		Información, sensibilización: charlas, talleres, jornadas, etc., escuelas deportivas, etc.	Población general y de riesgo, jóvenes, profesionales, entidades deportivas, AAVV, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

4.4. Ámbito de la comunicación

Las actividades puestas en prácticas en este ámbito (1996-2000), han ido creciendo con el paso de los años, concretamente de 9 programas de radio y 3 de TV en 1996, a 111 de radio, 20 de TV, 32 intervenciones en prensa, 1 sketch y 200 e-mails en 1999¹⁴. Se trata de actuaciones de sensibilización, educación para la salud y de ocio y tiempo libre, destinadas a jóvenes, familias, mediadores sociales y población en general. Respecto a las campañas institucionales, son cada vez más numerosas y están principalmente relacionadas con el tabaco, drogas de síntesis y el Sida (Día Mundial sin Tabaco, Día Mundial del Sida), promoviendo otras alternativas de ocio y vida saludable (deporte, diversión sin drogas, etc.). Los destinatarios son principalmente niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo y población general y los recursos empleados muy diversos, entre ellos, dípticos, preservativos, murales, cuñas radiofónicas, etc. (ver Tabla 11).

Tabla 11*Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000).*

Campañas Institucionales	Nº	Recursos	Destinatarios
1996	12	Material divulgativo, preventivo e informativo, etc.	Población general, niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo, etc.
1997	15	Material divulgativo, preventivo e informativo, etc.	Población general, niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo, etc.
1998	15	Material divulgativo, preventivo e informativo, etc.	Población general, niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo, etc.
1999	26	Material divulgativo, preventivo e informativo, etc.	Población general, niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo, etc.
2000		Material divulgativo, preventivo e informativo, etc.	Población general, niños, adolescentes, familias, profesionales, grupos de riesgo, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

14 Plan Nacional sobre Drogas, memorias 1996-1999.

4.5. Ámbito laboral

Es importante destacar, en este ámbito, en 1998, la firma del Acuerdo Marco del Pacto Social sobre Drogas de Canarias entre empresarios, sindicatos y la Administración. En este sentido, se promueven actividades de formación, información, asesoramiento, derivación y seguimiento, dirigidas a empresas, profesionales, mediadores, delegados de prevención, trabajadores, familias, grupos de riesgo y población general (ver Tabla 12).

Tabla 12

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000).

A.Laboral	Programas	Actividades	Recursos	Destinatarios
1997		<i>Configuración Pacto Social sobre Drogas de Canarias, jornadas de intervención</i>		80
1998	1	<i>Firma Acuerdo Marco Formativo, jornadas, Semana Europea Prevención y aprobación del Programa</i>	<i>Dossier informativo y técnico, vídeos, medios de comunicación</i>	<i>Profesionales, mediadores y población general</i>
1999	3	<i>Información, asesoramiento, cursos, derivación, seguimiento, etc.</i>	<i>Material de difusión (trípticos, pósters)</i>	<i>Empresas, delegados prevención, familias, grupos riesgo, ONGs, centros salud, Ayuntamientos y trabajadores</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

4.6. Ámbito municipal

En el año 2000, la Consejería de Sanidad y Consumo comenzó a trabajar en la formalización de convenios con los Ayuntamientos para fomentar la vida saludable, así se constituyó la “Red de municipios saludables”. En materia de drogodependencias, se establecieron objetivos preventivos frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y para prevenir las enfermedades relacionadas con los drogodependientes como colectivo de riesgo¹⁵.

4.7. Otros ámbitos

Por último, en este apartado, se incluiría 1 programa (1996) en el ámbito de las Fuerzas Armadas, destinado al Cuadro de Mandos, personal de Tropa, sanitarios y monitores. Posteriormente, en el 2000, se hace referencia al ámbito de formación en prevención, a través de cursos, seminarios y encuentros, dirigidos a profesores, monitores, entrenadores, asociaciones, técnicos y profesionales, entre otros colectivos (ver Tabla 13).

¹⁵ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp.116.

Tabla 13
Programas, actividades, recursos y destinatarios de otros ámbitos (1996-2000).

A.Laboral	Programas	Actividades	Destinatarios
1996 (FFAA)	1 Fuerzas Armadas (Plan de Prevención y control de Drogas en el Ejército)	Curso	Cuadro de Mandos, Personal de Tropa, Sanitarios y Monitores
2000 (Formación)		Formación en prevención: cursos, seminarios y encuentros	Profesores, monitores, entrenadores, asociaciones, técnicos, profesionales, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En esta área de actuación se ha conseguido el acercamiento de la red asistencial a todos los consumidores y se ha trabajado duramente en la prevención de prácticas de riesgo en la población más desfavorecida. Como rasgos generales, en 1996, se produjo un reforzamiento de los programas de reducción de daños y riesgos con el aumento de los usuarios en los programas de mantenimiento con metadona, la creación de nuevos centros dispensadores y la presencia de un dispositivo móvil en las zonas de mayor consumo. Un año más tarde, se tendió a la estabilización en los usuarios de estos programas y aumentó la oferta de tratamientos a personas alcohólicas. En 1998, se desarrolló un protocolo de intervención en los programas de mantenimiento con metadona para regular su puesta en práctica, comenzó un programa sobre la dispensación controlada de metadona en las oficinas de farmacia y se dio una experiencia piloto con LAAM (tratamiento sustitutivo al consumo de opiáceos). Posteriormente, se amplió la cobertura de los programas con sustitutivos opiáceos, se reforzó el desarrollo de los servicios normalizados y se mejoró la descentralización y accesibilidad de los programas de reducción de daños y riesgos¹⁶.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, según recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados (asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas), hay que resaltar el descenso de los usuarios en los diferentes recursos en el año 2000, con la excepción de los centros/programas prescriptores y dispensadores. Contemplando cada uno de ellos, los Centros Ambulatorios de Asistencia han aumentado considerablemente, pasando de 28 dispositivos en 1996 a 37 (incluidos los Centros de Día) en el último año analizado. Las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación han permanecido constantes en número (3) y en plazas ofertadas (18) y las Comunidades Terapéuticas (3 públicas y 3 privadas financiadas), a partir de 1998, contaron con una menos de carácter privado financiado. Respecto a los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos, han crecido notablemente en número y en usuarios atendidos (de 21 prescriptores y dispensadores en 1996 a 24 en el 2000). Este último tipo de centros/programas son contemplados a partir de 1999 en los programas de reducción del daño (ver Tabla 14).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, destaca una gran variedad de programas y dispositivos. Entre ellos, resaltar los de apoyo terapéutico a población con VIH, los de

¹⁶ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

Tabla 14

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia	28 ****		9.391	28		9.353	34		8.328	37 (CD)		9.452	37 (CD)		8.318
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	3	18	655	3	18	697	3	18	693	3	18	624	3	18	563
Comunidades Terapéuticas	3Pub 3PF	182 189	757	3Pub 3PF	182 189	583	3Pu 2PF	182 189	574	3Pub 2PF	144 90	596	3Pub 2PF	144 90	535
Centros de Día Terapéuticos							4		333						
Centros/Programas Prescripción Dispensación Opiáceos*-P.Tratam LAAM	21 PyD		2.712	21 PyD		3.392	19		4.309	24 PyD		5.085	24 PyD		5.503
								1	20	1		20			

*No alcohólicos

** En 1999 contemplados dentro de los programas de reducción del daño

*** Considerados dentro de los programas libres de drogas

**** Centros Día, Centros Inserción

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

control de patologías asociadas (TBC, Salud Mental), las campañas de vacunación hepatitis B en población drogodependiente, los de intervención en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc. Como dato relevante, destacar que a partir de 1998 comienza un programa de tratamiento con LAAM con 20 usuarios. Por último, los programas de tratamiento con metadona cuentan cada año con mayor número de prescriptores y dispensadores, además de contar con varios dispositivos para dicho fin, concretamente, oficinas de farmacia (30 en el 2000), centros de salud o ambulatorios (30), de tratamientos específicos (22), una Unidad Móvil y 4 centros penitenciarios (ver Tabla 15).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, los Centros Ambulatorios crecieron considerablemente a partir de 1999 (de 20 en 1996 a 31), aunque los usuarios bajaron respecto a 1998. Las Unidades Hospitalarias aumentaron en 1998 (de 1 en 1996 a 4 en ese año), aunque posteriormente descendieron en una unidad, al igual que los usuarios atendidos. Finalmente, los centros residenciales no hospitalarios han pasado de 1 en 1996 a un total de 6 en el 2000, con 105 usuarios en este año (ver Tabla 16).

Tabla 15

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatario	Nº	Dest	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.
Apoyo Terapéutico a población con VIH	10	1.398								
Disminución de daños y riesgos en embarazo	1	2								
Farmacia, laboratorio	4	75.766 análisis	6	37.695 14.391	22	62.685 deter- minacione		73.629 determ.		
Control Patologías Asociadas (TBC, Salud Mental)	11	3.172		18.861			5 Tuber- culosis	2.873		
Programas específico usuarios en PMM	1	135								
Campaña vacunación hepatitis B en población drogodependiente	1	1.126				104	6	1.843		
Unidad móvil de prevención Sida y otras enfermedades transmisibles	1	840	1	203	1	391 2.500 profilácticos	1	238	1	230 672 (intercb jer)
Centro de Emergencia Social	1	372	1	620	1	550	1	283	1	247
Atención a pacientes con Sida			5							
Intervención prevención enfermedades transmisión sexual				17.147	5	6.552	10	3.428		
Diseño y aplicación protocolo PMM						4.309				
Dispensación metadona a farmacias					1	30				

Tabla 15 (Continuación)

Reducción del Daño	1996		1997				1998			
	Nº	Destinatario	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.
Programa prevención Sida					6	545	9	2.274		
P. Reducción riesgos y daños personas ejercen prostitución y usuarios drogas					1	269 (2.528 jeringuillas)				
Tratamiento con agonistas opiáceos (P. de tratamiento con metadona) - P. Tratam LAAM					1	20	23 D 24 PyD 1	5.085 20	24 PyD	5.503
* Ubicación P. Dispensados metadona: - Unidades móviles - Oficinas de farmacia - Centros salud o ambulatorios - Centros tratam. Específicos - Centros penitenciarios							1 22	238 70	1 30	230 80
							22	4.240	22	4.525
							4	537	4	668

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 16

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	20	1.453	18	1.318	18	1.821	31	1.632	31	1.698
Unidades Hospitalarias	1	141	1	130	4	129	3	65	3	92
Centros residenciales (no hospitalarios)	1	60	1	78	4CT 2CD	158 48	6	226	6	105

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Destacan los Programas realizados en Comisaría y Juzgados, los desarrollados en Instituciones Penitenciarias, los de alternativas a la privación de la libertad y otros servicios como un servicio jurídico específico, sanciones administrativas y el seguimiento de penados en régimen de permiso. En lo que respecta al primer tipo, aumentaron considerablemente en 1998 los informes de asesoramiento judiciales, los desarrollados en Instituciones Penitenciarias contaron con programas preventivos, modulares y de metadona, disminuyendo en 1998 el primer tipo y aumentando las otras dos modalidades. Por último, los de alternativas a la privación de libertad, contaron con 20 Comunidades Terapéuticas en el 2000 (ver Tabla 17).

Tabla 17

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales (1996-2000).

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
En Comisaría y Juzgados	9	806	11 informes asesoramiento judiciales	917	15	902	10	1.812		
En Instituciones Penitenciarias	2P 2M	530 171	4 preventivos 2 modulares 3 metadona	485 328 546	4 preventivos 3 modulares 3 metadona	466 326 492	2 preventivos 3 modulares 4 metadona	383 316 537		1.066
Programas Alternativas Privación de Libertad	10	287	18	312	7	90	9	134	20 CT	120
Otros - Servicio Jurídico específico - Sanciones administrativas - Seguimiento penados régimen permiso	3	1.350	5	2.696	5	2.031	9 1	763 9		679 828

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas como el Proyecto Joven y, a partir de 1998, la asistencia jóvenes en riesgo, el abordaje uso y abuso drogas en la mujer, el programa de ocio y tiempo libre Sin alcohol, el comunitario de incorporación social del drogodependiente, el terapéutico y familiar de apoyo y derivación asistencial, el de autoayuda con usuarios alcohólicos, el de ludopatía (en 1999) y, finalmente, en el 2000, la formación de voluntariado, intercambio jeringuillas, educación sanitaria y dispensación preservativos (ver Tabla 18).

Tabla 18

Evolución de otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Otros Programas	1997			1998			1999		2000	
	Nº	Act.	Usu.	Nº	Act.	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.
Proyecto Joven, Asistencia jóvenes en riesgo	1 P. Prevención e intervención adolescentes uso esporádico drogas	Terapia, Grupo-familiar	Adolescente de riesgo	2	Terapia, Grupo-familiar	150	2	128		
Abordaje uso y abuso drogas en la mujer				2	Intervención terapéutica, familiar y social	196	3	57		
P. Ocio y tiempo libre Sin alcohol				1	En medio familiar y social	335	1	332		
P. Comunitario incorporación social drogodependiente				1	Deportivas y lúdicas	436				
P. Terapéutico y familiar apoyo y derivación asistencial				1		9	1	62		
P. Autoayuda con usuarios alcohólicos				1	Con familias y usuarios	130	1	403		
P. de ludopatía							1	57		
Formación voluntariado, intercambio jeringuillas, educación sanitaria, dispensación preservativos									1	672

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

6. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados (1996-2000), se observa que en esta Comunidad los Centros de Día terapéuticos y ocupacionales han ido aumentando con el paso de los años, hasta un total de 6 en el 2000. También resaltar los centros de actividades, aunque éstos han decrecido en número y usuarios atendidos en el transcurso del periodo de tiempo analizado (ver Tabla 19).

Tabla 19

Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000).

<i>Incorporación Social</i>	1997		1998		1999		2000
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº
<i>Centros de Día terapéutico y ocupacional</i>	1		1	149	3	188	6
<i>Centros de reinserción</i>	1	509					
<i>Centros de Día</i>	2		4	531	4	322	
<i>Centros de actividades</i>	8	1.005	2	45	1	44	
<i>Centros residenciales de tratamiento con programa de reinserción</i>							6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles hacen referencia a las diferentes fases de reinserción: preformación, formación e integración laboral. Los programas de preformación laboral, han ido descendiendo con el paso de los años, concretamente de 30 en 1996 a 24 en 1998, al igual que ha ocurrido con los usuarios atendidos. Lo mismo ha ocurrido, hasta este mismo año, con los de formación laboral (de 39 a 26), aunque los usuarios se han mantenido. A partir de 1999, no se contemplan estas dos modalidades de programas. Respecto a la última fase, integración laboral, se aprecia un decrecimiento general en el año 2000 de los programas y recursos empleados, especialmente de los talleres artesanos (de 32 en 1996 a 16 en el 2000), de los programas especiales de empleo (de 23 en 1999 a 5 en el 2000) y de la reserva de plazas en empresas (de 19 en 1999 a 2 un año más tarde). Lo mismo ha ocurrido con el número de usuarios (ver Tabla 20).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. Se aprecia con el paso de los años una disminución de la oferta de los cursos puente (de 9 en 1996 a 5 en 1998) y respecto a los cursos reglados, aunque aumentaron hasta 1999 (de 16 a 28), un año más tarde descendieron (14). En el caso de otros programas de formación, destacan a partir de 1999 las acciones formativas (idiomas, informática, etc.), las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y la formación laboral, aunque los usuarios en el 2000 descendieron respecto al año anterior (ver Tabla 21).

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), han sido principalmente los pisos tutelados, los cuales han aumentado en número (de 4 a 7), plazas y usuarios (de 80 a 139) han ido aumentando con el paso de los años. Otra modalidad de apoyo residencial para la reinserción social, aunque sólo en 1996, fueron las familias de acogida (ver Tabla 22).

Tabla 20
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000).

Incorporación Laboral	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Preformación Laboral	30	1.432	41	2.837	24	1.484				
Formación Laboral	39	534	41	556	26	598				
Integración Laboral										
- Talleres artesanos	32	512	32	566	12	151	10	407	16	378
- Programas especiales empleo	8	76	21	133	20	194	23	225	5	74
- Reserva Plazas Empresas	9	122	16	138	18	115	19	132	2	56
Otros programas de incorporación laboral	1	111			2	20	1	11	4	60

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 21
Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos puente	9	98	8	250	5	184				
Cursos Reglados	16	181	18	237	18	224	28	302	14	136
Otros Programas de Formación										
- Otras acciones formativas (idiomas...)							30	1.535	10	167
- Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo							5	257	4	120
- Formación laboral	17	565	13	358	13	295	25	562	21*	568

* Otros programas/cursos de capacitación profesional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 22

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Usu	PI	Nº	Usu	PI	Nº	Usu	PI	Nº	Usu	Nº	Usu
Programas de Apoyo Residencial													
Pisos Tutelados	4	80	33	6	105	44	2	122		6	135	7	139
Familias de acogida	4	6	4										

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

7. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los principales estudios e investigaciones que se desarrollan en esta Comunidad están relacionados con las diferentes sustancias (estudios epidemiológicos, sobre el consumo, enfermedades asociadas, etc.) y áreas de actuación (prevención, asistencia y reinserción) y contemplan colectivos diversos como la familia, enfermos terminales, heroinómanos, etc. Además, se realizan otras actividades diversas como premios o concursos y la concesión de becas o ayudas.

8. RELACIÓN CON LAS ONG'S

La relación con las ONGs, se establece principalmente a través de subvenciones. Éstas aumentaron considerablemente hasta 1998 (de 11 en 1996 a 30 en 1998), aunque un año más tarde descendieron hasta un total de 25 (ver Tabla 23).

Tabla 23

Convenios y conciertos con ONGs.

Relación con las ONGs	Subvencionadas
1996	11
1997	14
1998	30
1999	25
2000	-

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

Con el fin de establecer y regular las medidas y acciones para que las Administraciones Públicas actuaran de forma efectiva ante el problema de las drogodependencias, en 1998 se publicó la 1067 LEY 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en esta materia. Este marco normativo ha permitido el desarrollo de los reglamentos por los que se crearon las

Comisiones Insulares de Coordinación y la Comisión de Comunicación Social sobre drogodependencias de Canarias. También es importante el desarrollo de planes municipales e insulares de drogodependencias, participando ayuntamientos, cabildos y entidades comunitarias en los diferentes ámbitos y estableciéndose mecanismos de coordinación con Sanidad, Servicios Sociales, Cultura, Deportes, etc. En el año 2000 se inició la formulación del II Plan Canario sobre Drogas.

Respecto al consumo de las diferentes sustancias, según el Plan General de Servicios Sociales de Canarias, el tabaco, el alcohol y el cánnabis son las drogas más consumidas. No obstante, se aprecia una tendencia a la disminución en las dos primeras sustancias mencionadas, excepto entre las mujeres jóvenes. El consumo más reducido se aprecia en los inhalables o sustancias volátiles, heroína, otros opiáceos y crack, destacando que éste último tiene un alto porcentaje de consumo si lo comparamos con el nivel registrado en la Península. Las diferencias por provincia en el consumo de sustancias son poco acusadas, aunque destaca Las Palmas en el de heroína, otros opiáceos, crack y psicofármacos. Es de destacar que en comparación con el resto de las regiones españolas, Canarias y Baleares encabezan el ranking en el consumo de cocaína y, sin embargo, se sitúan por debajo de la media en relación a otras drogas. En lo relativo a las consecuencias derivadas del consumo, el tabaco es el causante de un mayor número de muertes cada año y en relación a los episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, la primera causa de demanda de este tipo en los hospitales a partir de 1991 ha sido el consumo de heroína¹⁷. Respecto al Sida, esta Comunidad en relación al resto ocupa una posición "favorable" (tasa de incidencia acumulada de 785,9 por millón de habitantes, a 31 de marzo de 1999).

Si se analiza la evolución de los recursos económicos en el transcurso de los años, se aprecia que han crecido notablemente, aunque resulta curioso que en 1998 se contó con 33.317.149 Ptas. menos que en el año anterior. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención. En términos relativos, el crecimiento -a lo largo de los años- más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial, seguida por el área de prevención, sin embargo, ha descendido en el 2000 en el área de coordinación institucional.

Si se contemplan las diferentes áreas de actuación del Plan, en lo referente a la prevención, destaca la creación del Aula de Formación para la Prevención, con materiales divulgativos y la oferta de formación, especialmente en los ámbitos educativo, comunitario y otros ámbitos sociales significativos (sanitario y universitario), que ha tenido un papel muy importante en el reforzamiento de las diferentes actividades. En el ámbito laboral, respecto al resto de España, Canarias es pionera con la firma en 1998 del Acuerdo Marco del Pacto Social sobre drogas de Canarias entre los sindicatos, empresarios y la Administración, estableciendo mecanismos y estructuras de participación y coordinación. En el área asistencial, se ha producido una regulación de los programas de mantenimiento con metadona en su aplicación en los centros prescriptores y dispensadores, se ha desarrollado un programa innovador basado en la dispensación controlada de metadona en las oficinas de farmacia y una experiencia piloto sobre las sustancias LAAM como tratamiento sustitutivo al consumo de opiáceos. En el área de incorporación social, han ido aumentando con el paso de los años los Centros de Día terapéuticos y ocupacionales y los programas de apoyo residencial (pisos tutelados), sin embargo, han disminuido los centros de actividades y los programas de preformación, formación e integración laboral.

En el campo de la investigación destacan avances como el Estudio Epidemiológico sobre el Consumo de Drogas y Factores Asociados en Canarias (1997), un Estudio Epidemiológico sobre la Incidencia de las Drogas en el Medio Laboral (1999) y las aportaciones de la celebración de las XXVI Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol para el tratamiento técnico y científico de las drogodependencias. Finalmente, en lo relativo a las ONGs, la relación con ellas se establece principalmente a través de subvenciones, aunque descendieron a partir de 1999.

17 Encuesta de Salud de Canarias.

CANTABRIA

INTRODUCCIÓN

Desde 1987 esta Comunidad contaba con un Plan sobre drogas desde 1987, que dependía funcionalmente de Cruz Roja, después del Ayuntamiento y finalmente de la Administración Autonómica. Los años 1996 y 1997 supusieron un hito histórico en el desarrollo del Plan Regional sobre Drogas. En 1996 destacó la celebración del I Congreso Regional sobre Drogas, donde se cuestionó el futuro de la intervención en drogodependencias porque las conclusiones del mismo fueron determinantes para el desarrollo normativo en esta región, al ser fruto de la colaboración y cooperación de entidades y ciudadanos¹.

Pero el aspecto más sobresaliente de los quince años de intervención en drogodependencias en la Comunidad de Cantabria es la promulgación de la Ley 5/1997, de 6 de octubre, sobre prevención, asistencia e incorporación social, ya que sustenta el marco regulador de las intervenciones en drogodependencias y es el eje básico normativo sobre el que se articulan las distintas actuaciones en esta materia. Son importantes los esfuerzos desarrollados por la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, las instituciones públicas y privadas, los profesionales y responsables de la educación, sanidad, así como las ONG's y el conjunto de los ciudadanos. En el año 2000, recién aprobada la Estrategia Nacional se llevó a cabo el II Congreso Regional sobre Drogas, con la intención de promover un nuevo debate que sirviera para la redacción de nuevos objetivos y actuaciones que permitan la calidad de la red asistencial en esta Comunidad.

En lo que respecta a la prevención, se ha intentado mantener una acción continuada en el tiempo, se han desarrollado programas en el ámbito escolar y comunitario, se han formado a profesionales, se ha intentado favorecer la participación de los ciudadanos y se ha apoyado a las ONG's y a otras asociaciones. En el área asistencial, se ha intentado atraer a los consumidores de drogas a las redes asistenciales normalizadas, incluidas en el Servicio Cántabro de Salud, al desarrollo de programas de disminución de riesgos (especialmente al de contraer el SIDA), han aumentado los programas de reducción del daño y se han puesto en marcha los de dispensación de metadona en unidades móviles. En el área de incorporación social, se han ofrecido vías de formación e inserción a través de fondos propios y de la Unión Europea. Por último, desde 1999 se va renovando anualmente el Sistema de Gestión de la Calidad del Plan Regional sobre Drogas².

1 Entrevista con la responsable técnica, realizada en junio de 2002.

2 Memoria 2000/2001 del Plan Regional sobre Drogas de Cantabria.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

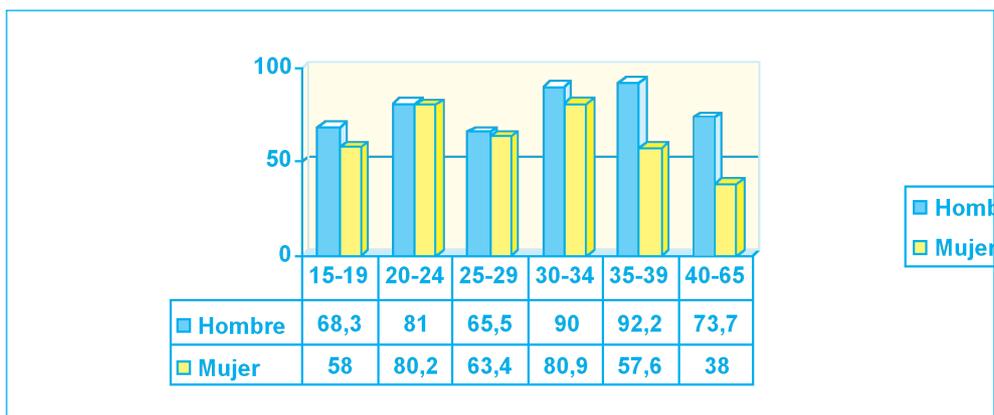
En líneas generales, los responsables del Plan Autonómico consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. Los responsables del Plan consideran el alcohol como la sustancia más problemática, seguida por la heroína y por el cánnabis. En su opinión, el alcohol afecta a un gran número de personas. Por otro lado, la heroína es una sustancia problemática porque tiene difícil solución. Finalmente, el cánnabis desencadena otro tipo de problemas.

La evolución de la situación en el consumo de drogas ha variado desde 1996-1997, cuando el alcohol y el tabaco eran las dos sustancias que más problemas generaban, bastante por encima de los causados por el consumo de drogas ilegales. En la misma línea el Informe del C.E.S., señalaba el alcohol y el tabaco como las sustancias legales que más problemas crean, en mayor medida que en otras regiones aunque con una tendencia al consumo en edades más tempranas, al igual que en el resto del territorio nacional.

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (1999), muestran que un 65,9% de los cántabros manifiesta haber bebido en el último mes, cifra superior en los hombres (77%) que en las mujeres (54,7%). Por edades, la mayor prevalencia de consumo se encuentra entre los 35 a 39 años en el caso de los hombres y entre 30 y 34 años en las mujeres; de 20 a 29 años las diferencias por sexo son menores. (Ver gráfico 1). La proporción de bebedores abusivos es más importante en días laborales (7,3%) que en fin de semana, donde Cantabria es la quinta Comunidad con menor proporción de bebedores (4,7%)³.

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir del informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas

Los resultados de otros estudios más recientes sobre consumo de alcohol en los jóvenes⁴, señalan que cuatro de cada diez cántabros entre 14 y 18 años confiesan haberse emborrachado alguna vez, de los cuales la práctica totalidad (97,9%) lo hizo en el último mes, principalmente el

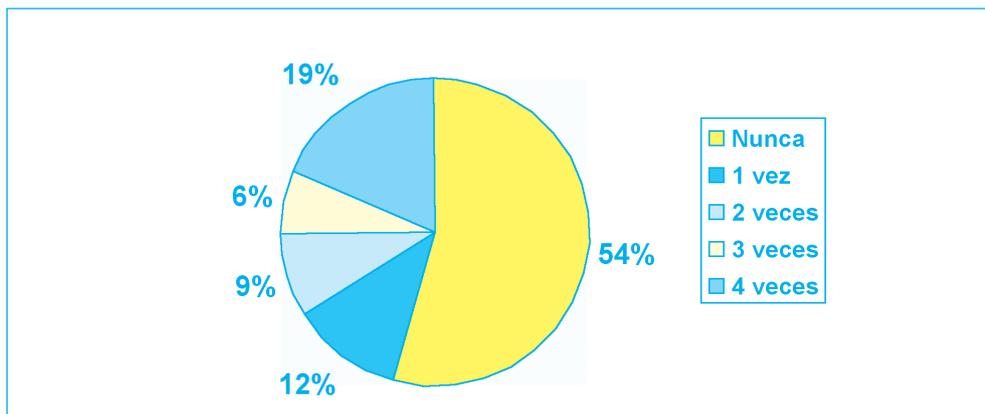
³ Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas Pp.41

⁴ Encuesta Escolar sobre Drogas del Gobierno de Cantabria (1998/99)

fin de semana. Además, la percepción del riesgo es muy pequeña, pues el 45% de los jóvenes entre 12 y 17 años no cree que el alcohol sea una droga, opinión especialmente compartida entre los bebedores, varones y mayores de 13 años⁵. (Ver gráfico 2).

Gráfico 2

Porcentaje de jóvenes cántabros que manifiestan haberse emborrachado alguna vez



Fuente: Boletín Epidemiológico de Cantabria, 2000.

Además, según la Memoria del Plan Regional sobre Drogas (2000-2001), el 95% de los hombres y el 76% de las mujeres declaran haber consumido alcohol alguna vez en la vida. Entre los jóvenes de 14 a 18 años, un 78,1% declara haber consumido alcohol alguna vez, de los que un 99,2% lo hizo en los últimos 12 meses y un 80,4% en los últimos 30 días.

Según la Memoria del Plan Regional sobre Drogas (1996/97), la heroína sigue siendo la sustancia principal por la que se solicita tratamiento (97,98%) y sigue provocando la mayoría de los problemas socio-sanitarios relacionados con el consumo de drogas ilegales. Son personas con muchos años de consumo y problemas de salud, importante deterioro social que alcanza la marginalidad en ocasiones. En cuanto a los patrones de consumo, se ha producido un descenso en el uso de la vía parenteral aunque no es estadísticamente significativo y se mantiene por encima de la media nacional, lo que se relaciona con las altas tasas de incidencia de VIH⁶.

Las mujeres consumidoras de heroína en Cantabria son más jóvenes y presentan recorridos y escalas de consumos más drásticos que los varones; se apoyan en la prostitución como medio de financiación de los consumos; su estado de abandono personal, la menor autoestima y la desesperanza les llevan a tener menos recursos y una accesibilidad más limitada frente al mundo laboral, por lo que son más vulnerables a la exclusión y a la marginación. Hay un mayor número de conductas de riesgo en las mujeres por VIH y el 80% aquellas registradas tienen un compañero toxicómano, lo que dificulta e impide en muchos casos el acceso al tratamiento⁷.

Por otra parte, el consumo de la tercera sustancia considerada más problemática, el cánnabis, no ha seguido una tendencia constante en los últimos años, pasando de 6,2% de consumidores en los últimos doce meses en 1995 a 7,3% en 1997 y 6,8% en 1999⁸. Según la Memoria del Plan Regional

5 Paniagua Repetto, H; García Calatayud, S.; y otros (2000): Perfil del Adolescente cántabro en el año 2000: Hacia una estrategia preventiva. En Boletín Epidemiológico de Cantabria, nº8.

6 Plan Regional sobre Drogas, Memoria 1996-1997

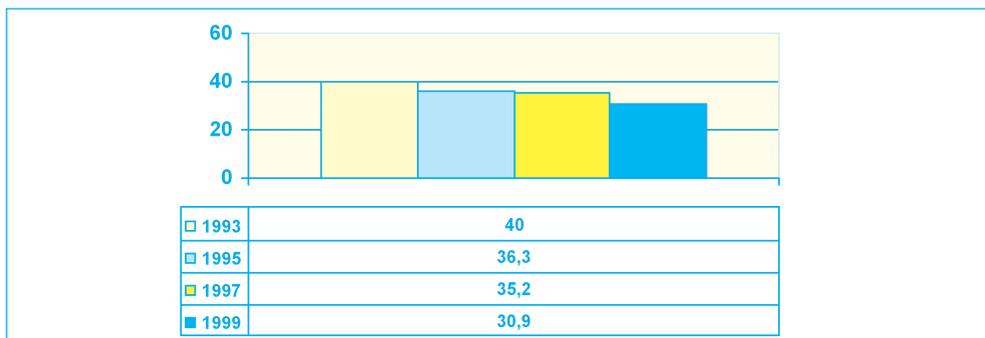
7 Torre, M y otros: "Situación de la mujer dependiente a heroína en Cantabria; análisis de los resultados del estudio de las pacientes en la última década". Universidad de Cantabria.

(2000-2001), sigue siendo la droga ilegal que muestra más prevalencia de consumo. En cuanto a los más jóvenes, cuatro de cada diez habían consumido cánnabis, según la Encuesta Escolar de Cantabria (1998/99) con más hombres que mujeres⁹. Además, esta encuesta indica que el consumo del resto de drogas ha descendido en los últimos años, con un 4,6% de speed y anfetaminas; un 4,1% de cocaína; 2,3% de alucinógenos, éxtasis y drogas de diseño y, por último, 4,2% de tranquilizantes, éstos más consumidos por la población femenina. En la Memoria del Plan Regional (2000-2001) se aprecia la estabilización en el consumo de cocaína y el ligero aumento en el de drogas de síntesis.

La Encuesta Nacional de Salud de 1993 señalaba a Cantabria y Murcia como las Comunidades con una prevalencia de tabaquismo más alta, con un 40 y 42% de población fumadora. Sin embargo, esta situación ha variado considerablemente produciéndose un descenso en el consumo de esta sustancia entre la población cántabra¹⁰. (Ver gráfico 3). El 19,3% de los adolescentes de esta Comunidad son fumadores, sin diferencias significativas en función del sexo, tipo de colegio, localidad de residencia o nivel cultural de los padres. A los 15 años son fumadores el 28% de estos adolescentes. El 44% ha fumado un cigarrillo alguna vez, casi la mitad entre 12 y 14 años y una tercera parte antes de los 12¹¹. Si atendemos al sexo, las mujeres se inician en el consumo de tabaco en mayor proporción que los hombres y entre los 35 y 40 años dejan mucho menos el hábito de fumar, entre otras razones por miedo al sobrepeso¹². Algunos estudios atribuyen el incremento del porcentaje de fumadoras a la publicidad del tabaco, dirigida en mayor medida a mujeres jóvenes¹³. En cuanto a las profesiones, se señala la importancia del consumo de tabaco en el personal sanitario. Aunque ha descendido (en 1987 un 49,2% de los médicos era fumador, los últimos estudios realizados en Cataluña, Madrid, Guadalajara, Guipúzcoa, Tenerife, Córdoba y Santander, muestran entre un 38-42,3%), es elevado, superior entre el personal de enfermería y las mujeres¹⁴. Según la Memoria del Plan Regional (2000-2001), la edad de inicio de consumo de tabaco se muestra como la menor de todas las sustancias (13,3 años), seguida por el alcohol (13,5 años). El 68% de la población ha fumado alguna vez un cigarrillo, siendo superior la proporción de varones (74%) que de mujeres (62%).

Gráfico 3

Evolución del porcentaje de fumadores diarios en Cantabria (1993-1999).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Informe nº 4 del Observatorio y de la Encuesta Nacional de Salud.

8 Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas Pp.51

9 Encuesta sobre drogas entre la población escolar del Gobierno de Cantabria 1998/99

10 Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.21

11 Paniagua Repetto, H; García Calatayud, S.; y otros (2000): "Perfil del Adolescente cántabro en el año 2000: Hacia una estrategia preventiva". En Boletín Epidemiológico de Cantabria, nº8.

12 Fuente: Curso "Tabaco y mujer" de los XVI Cursos de Verano de la Universidad de Cantabria

13 Javier, F. y otros: "Análisis de las campañas publicitarias de tabaco en España: jugando con el factor de pérdida de peso, la mayoría de ellas parecen dirigidas a mujeres". Universidad de Cantabria.

14 Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención y Promoción de la Salud. Prevalencia del hábito tabáquico.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Según los indicadores de tratamiento asistenciales, la Comunidad de Cantabria, es la segunda con menor tasa de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (48,9 por 100.000 habitantes). En 1999 predominaba en España como vía de administración la pulmonar, excepto en algunas Comunidades del nordeste, entre las que se encuentra Cantabria. Prueba de ello es que la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína, principalmente por vía parenteral, era en 1991 de un 80,2%, situándose en segunda posición después de Murcia. Aunque en 1999 se ha apreciado un notable descenso en la proporción de admitidos a tratamiento que utilizan la vía parenteral (36,6%), aún sigue siendo la cuarta Comunidad con mayores resultados en este indicador¹⁵.

Como señalaba la Memoria del Plan Regional sobre Drogas (1996-1997), ha cambiado el perfil del toxicómano en tratamiento: mayor deterioro físico, psíquico, falta de apoyo social, edad más avanzada (más de treinta años), predominio de varones, fracasos terapéuticos y recaídas repetidas, politoxicómano y nuevas formas de consumo. Se trata de un varón (83,74%), que vive con su familia de origen (68,03%), con un nivel socio-económico medio bajo y soltero (66,26%), con edad media cercana a 30 años. Un 55,7% se encuentran en situaciones penales (condenas-detenciones) y el 58,6% ha realizado más de un tratamiento. Frente a la mayor demanda de tratamiento por consumo de heroína, Cantabria ha sido la Comunidad con menos admisiones a tratamiento por cocaína en el periodo 1991-1996 (tasa de 0,4 por 100.000 habitantes). En 1997-1999, aunque ha aumentado la proporción de admitidos, aún es la tercera con menores admisiones por esta sustancia (2,8 por 100.000 habitantes)¹⁶.

De 1996 a 1997, el número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio era similar, descendiendo el número de casos nuevos que lo solicitan en régimen cerrado. La creación de nuevos recursos, como los dispositivos de metadona, provocó el incremento del volumen de población atendida, prestando atención a sectores que hasta ahora no habían recibido ningún contacto. El aumento de la utilización de metadona en los CAD incrementó la tasa de retención y también la duración de los programas¹⁷.

Las prácticas de riesgo para la transmisión del virus del SIDA siguen siendo frecuentes. La vía de transmisión más usual en España es la de UDVP (55%) porcentaje que alcanza en Cantabria el 70,5%¹⁸. Además, aumenta la tasa de usuarios con patología hepática y con la infección por el bacilo de tuberculosis (enfermedad indicativa de SIDA, más frecuente entre los usuarios por vía parenteral y entre la población que ha estado en prisión y los que residen en zonas con peores condiciones sociosanitarias)¹⁹. Según los indicadores sanitarios, comparado con España, Cantabria ocupa la quinta posición con menor tasa (aproximadamente 20 por millón de habitantes en 1999) de casos de SIDA diagnosticados asociados al uso de drogas por vía intravenosa. En el periodo 1981-2000 se notificaron 126 defunciones asociadas a UDVP en esta Comunidad²⁰.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

En 1996 la Comunidad de Cantabria celebró el I Congreso Regional sobre Drogas que, con el título "El futuro del Plan", planteó las principales cuestiones en materia de drogodependencias y

15 Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas Pps.94 y 95.

16 Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas Pp. 109 .

17 Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1996-1997

18 Los datos acumulados hasta el 30 de junio de 2001 del Registro Nacional de SIDA, ponen de manifiesto que, de los 563 casos encontrados desde 1981 en Cantabria, 397 son de usuarios de drogas por vía parenteral.

19 Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1996-1997

20 Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas Pps. 126 y 135

supuso un pilar fundamental en el desarrollo normativo. La Ley 5/1997 de 6 de octubre sobre Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, tiene por objeto la ordenación en el marco de las competencias de la Comunidad Autónoma, del conjunto de actuaciones y actividades de las entidades públicas y privadas destinadas al consumo de sustancias que puedan generar dependencias y a la asistencia e integración social de las personas dependientes. La regulación general de las competencias y funciones de las Administraciones Públicas, entidades privadas e instituciones en esta materia; la configuración del Plan Regional Sobre Drogas y, finalmente, la protección a terceras personas de los perjuicios que pueda causarle su consumo²¹.

Esta Ley destina un capítulo al Plan Regional sobre Drogas, entendido como instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones en materia de drogas en esta Comunidad y cuyo contenido será vinculante para todas las Administraciones Públicas, entidades públicas y privadas e instituciones que desarrollen sus actuaciones en esta materia. Contemplará el análisis de la problemática del consumo de drogas, los objetivos generales y específicos, los criterios básicos de actuación, los programas y el calendario de actuaciones, las responsabilidades de las administraciones, entidades e instituciones implicadas, la descripción del circuito terapéutico y los niveles de intervención, los recursos necesarios para alcanzar los objetivos, los mecanismos de evaluación y el Plan Director y de Gestión. Deberá precisar de forma cuantitativa sus objetivos, prioridades y estrategias para poder medir su impacto y evaluar sus resultados.

Este Plan, que tiene carácter anual, es elaborado por la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, teniendo en cuenta las propuestas formuladas por los órganos de participación y coordinación y, posteriormente, es aprobado por la Asamblea Regional de Cantabria, a propuesta del Consejo de Gobierno²². La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, el único Plan que se ha elaborado se ha realizado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales del mismo. El último estudio de necesidades se ha elaborado en el año 2000, a partir de la participación social en el II Congreso Regional y no está prevista ninguna fecha para el siguiente. Para ello, se han empleado como fuentes primarias los informes técnicos sobre valoración de la situación en cada una de las áreas de intervención y auditorías internas y como fuentes secundarias utilizan memorias anuales, evaluación de resultados y encuestas de población.

Partiendo del estudio de necesidades se ha realizado la programación. La encargada de esta planificación es la Oficina del Comisionado. El Comisionado o director del PRSD es quien, partiendo del análisis de resultados y de situación del ejercicio anterior elabora los objetivos anuales. Las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan no están editadas, aunque constan en documentación interna. Como mecanismo de evaluación se utiliza los estudios de las encuestas, el sistema de auditorías y la evaluación de rendimiento. Los encargados de realizarla son los profesionales externos al plan, profesionales internos y externos y profesionales internos, respectivamente. Existe una comisión a nivel interno del propio plan encargada de realizar el seguimiento del mismo, compuesta por un equipo auditor (profesionales del PRSD formado en técnicas de auditoría, que conocen la organización y funcionamiento del PRSD y su sistema de aseguramiento de la calidad), con una periodicidad anual y tiene como objetivos comprobar que se aplica el sistema de calidad, verificar el cumplimiento de los objetivos anuales y realizar el seguimiento de las desviaciones detectadas en anteriores auditorías.

Los responsables del Plan Autonómico consideran que no hay ningún problema relevante con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan. En

21 Art. 1 de la Ley de Cantabria 5/1997 de 6 de octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.

22 Arts 29 a 31 de la Ley 5/1997

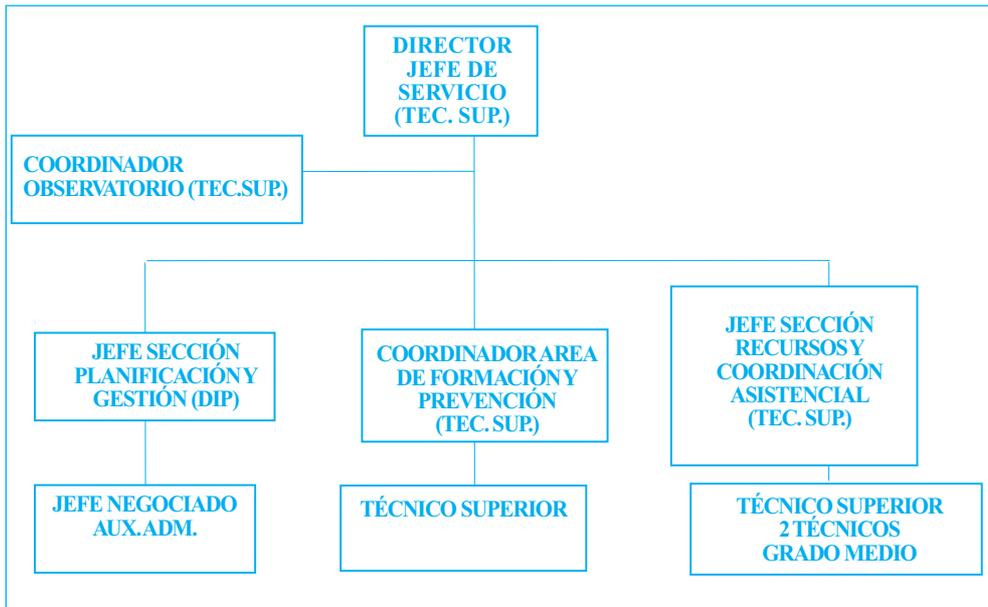
materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local para la ejecución del Plan. Pese a esto, surgen dificultades que hacen referencia a un distinto nivel de compromiso e implicación entre los municipios. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios, que se realizan mediante subvenciones nominativas a través de los Planes municipales en drogodependencias.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 3), la Comunidad de Cantabria cuenta con el Director (Técnico Superior), el Coordinador del Observatorio (Técnico Superior), el Jefe de Sección de Planificación y Gestión (Diplomado), con un Jefe de Negociado de Programas (Auxiliar Administrativo); el Coordinador del área de formación y prevención (Técnico Superior) que desarrolla su trabajo con otro técnico superior y, finalmente, el Jefe de Sección de Recursos y Coordinación Asistencial (Técnico Superior), área en la que trabajan otro técnico superior y dos técnicos de grado medio.

Además de esta estructura, existen una serie de órganos consultivos en materia de drogodependencias: la Comisión Interdepartamental, compuesta por representantes de todas las Consejerías; la Comisión Regional, formada por representantes del Gobierno Regional, Ayuntamientos, INSALUD, Agentes Sociales y entidades con servicios o programas acreditados; el Consejo Asesor, con miembros representativos de distintas administraciones, instituciones y entidades públicas y privadas, que representen los diferentes ámbitos sociales de la Comunidad Autónoma; la Comisión intermunicipal y la Comisión ONG. Todas ellas se constituyeron en febrero de 1998 y se reúne anualmente.

Gráfico 3

Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico.



Fuente: Elaboración propia a partir de la opinión de los responsables

Finalmente, los puntos fuertes del Plan son que todos los planes han sido consensuados y servicios de bastante calidad y ajustados a la demanda, certificados por un sistema de acreditación de la calidad (AENOR) en todos los servicios y áreas desde 1999. Los puntos débiles pasarían por implicar más a las familias de los drogodependientes y en definitiva, llegar a más gente²³.

3. RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención e incorporación social, según los responsables, se mantiene y en el área de intervención asistencial ha aumentado. En líneas generales (ver tabla 1), la mayor parte son licenciados (22), concretamente psicólogos (12) y existe una proporción similar de diplomados (21), fundamentalmente trabajadores sociales. Finalmente, hay menos personal con estudios de Bachiller/FP (14) y Graduado Escolar (4). El área de Intervención Asistencial acapara la gran mayoría de profesionales que trabajan en materia de drogodependencias (50), muy por encima de Incorporación Social (9) y Prevención (2). En todo caso los responsables del Plan consideran suficiente la dotación de personal en las tres áreas mencionadas.

El área de intervención asistencial tiene una mayor proporción de licenciados, especialmente psicólogos y médicos, aunque también cuenta con diplomados, profesionales con estudios de Bachiller o FP y con el Graduado Escolar; en el área de prevención, sin embargo, solamente hay licenciados (psicólogos) y en el caso de la incorporación social, diplomados, concretamente trabajadores sociales y maestros/educadores.

Tabla 1
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	TOTAL
1. Licenciados	2	20		22
<i>Psicólogos</i>	2	10		12
<i>Farmacéuticos</i>		1		1
<i>Médicos</i>		9		9
2. Diplomados		12	9	21
<i>Trabajadores Sociales</i>		5	5	10
<i>ATS/ DUE</i>		3		3
<i>Maestro-Educador</i>		4	4	8
3. Bachiller/FP		14		14
4. Graduado Escolar		4		4
<i>Monitores</i>		4		4
TOTAL	2	50	9	61

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

²³ Entrevista realizada en junio de 2002.

En opinión de los responsables del Plan, las principales deficiencias que afectan al personal se referían a las condiciones laborales (contratación, estabilidad laboral...), aunque en los últimos años, según la responsable técnica del Plan, *estas deficiencias se han ido superando y en este momento hay 30 personas que trabajan directamente en el Servicio de Drogodependencias. Una gran cantidad de personal que estaban haciendo asistencia, desde este año al recibir las transferencias sanitarias se han incorporado en el Servicio Cántabro de Salud y ha dejado de ser personal del servicio de drogodependencias. La mayor parte del personal del servicio de drogodependencias es funcionario y el que no es personal laboral, por lo que la estabilidad laboral del personal está consolidada. Prácticamente la totalidad de la gente que trabaja en el plan tiene formación específica en drogodependencias vía master o experto, fue algo prioritario y desde hace algunos años la universidad de Cantabria se involucró en esta labor*²⁴.

En lo que a la formación del personal se refiere, la Oficina de Coordinación realiza un Plan Anual de Formación para todo el personal, en función de las necesidades detectadas por los propios profesionales y la dirección del Plan, de acuerdo con las directrices del Plan Nacional. En este sentido, la Ley 5/1997, destina un capítulo específico al área de formación, señalando que el Gobierno de Cantabria promoverá programas específicos de formación a aquellos colectivos relacionados con la prevención, asistencia e incorporación social de personas drogodependientes, estableciendo sectores preferentes de formación²⁵. Las actividades realizadas- debates, encuentros, etc- pretenden instruir, actualizar y dotar de habilidades a los profesionales, agentes sociales y voluntariado²⁶.

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver tabla 2), destaca 1998 por el gran esfuerzo realizado para impulsar la formación mediante la programación de diversos cursos y la organización, junto con la Universidad de Cantabria, del I Master en Drogodependencias (Memoria del PNSD, 1998). Según los datos, en 1999 los cursos, jornadas y seminarios, se sustituyen por talleres. La oferta formativa estos últimos años se ha centrado en los profesionales mediante un Master y Expertos, dirigidos principalmente a psicólogos, médicos, trabajadores sociales, educadores, enfermeras, etc. y otros profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias. En el año 2000 se han impartido numerosas prácticas a alumnos de Medicina y se ha colaborado con el INSALUD en la formación para el PIR y el FIR.

24 Entrevista realizada en junio de 2002.

25 El Art.41 de la citada ley establece como sectores preferentes de formación los profesionales de atención primaria y servicios sociales de base; los profesores y padres de alumnos de enseñanza primaria y secundaria; los representantes de asociaciones juveniles y profesionales que trabajan en este sector; los profesionales de oficinas de farmacia; los funcionarios de la Administración de Justicia y Penitenciaria; los profesionales del medio hospitalario de los servicios de urgencias y directamente relacionados con la población drogodependiente; los miembros de asociaciones de ayuda y autoayuda y profesionales de programas específicos en atención a drogodependientes; el personal de otras instituciones y entidades que desarrollen programas específicos en la materia; el voluntariado; las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y los policías municipales; por último, los profesionales de instituciones públicas o privadas de atención a menores.

26 Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1996-1997 Pp38.

Tabla 2

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
Formación profesionales mediadores	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario	Nº	Destinatario
Cursos	7	250 Profesores	4	130 profesores y 150 alumnos y profesionales enfermería	9	185 alumnos y profesionales enfermería, 120 profesionales PRD, 20 profesionales sanitarios, 7 licenciados y profesores educación física, monitores de tiempo libre			2	
- Seminarios/Jornadas/Encuentros	2	120 Profesionales en Drogodep.	2	120 Profesionales en Drogodependencias	1	30 Profesionales en Drogodependencias				
- Congresos	1	250 Profesionales en Drogodep. y miembros de ONGs								
- Asociación de padres y alumnos			1	90 padres y alumnos						
- Máster - Expertos					1	40 profesionales	1 1	4 profesionales 5 profesionales	1	
- Prácticas										Alumnos de la Facultad de Medicina Formación del PIR y del FIR
- Talleres							2	26 participantes		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

5. RECURSOS ECONÓMICOS

La Ley sobre Drogas de la Comunidad de Cantabria 5/1997 en su último capítulo hace mención a la financiación, según la cual el Gobierno de Cantabria establecerá cada año la dotación presupuestaria suficiente para el desarrollo de las acciones en materia de drogas. Los ingresos que se producen por las sanciones de esta Ley generarán un crédito en la dotación presupuestaria. Los Ayuntamientos y Mancomunidades que deseen obtener financiación de los Presupuestos Generales de la Diputación Regional, estarán obligados a tener un Plan Municipal sobre Drogas debidamente aprobado y a con-

solidar sus presupuestos de forma diferenciada para esta finalidad. La financiación que destine la Diputación Regional será como máximo de la misma cuantía que la ejecutada el año anterior. Por último, el Gobierno de Cantabria podrá establecer con Ayuntamientos y Mancomunidades convenios de colaboración para regular la financiación y características de los planes municipales²⁷. Según los responsables del Plan, para distribuir el presupuesto a las entidades locales, se siguen criterios de alcance (número de habitantes) y prioridades de actuación establecidas por el PRSD.

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 3), los recursos económicos crecieron en 1999 un 52,09%, cuando se pasó de 478.598.000 Ptas a 724.313.000 Ptas, aunque un año más tarde volvieron a descender. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar formación, documentación e información y coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000, con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de formación, documentación e información, seguido por el área de prevención, y, por último, intervención asistencial e incorporación social. El área de coordinación institucional ha experimentado un descenso en los últimos años.

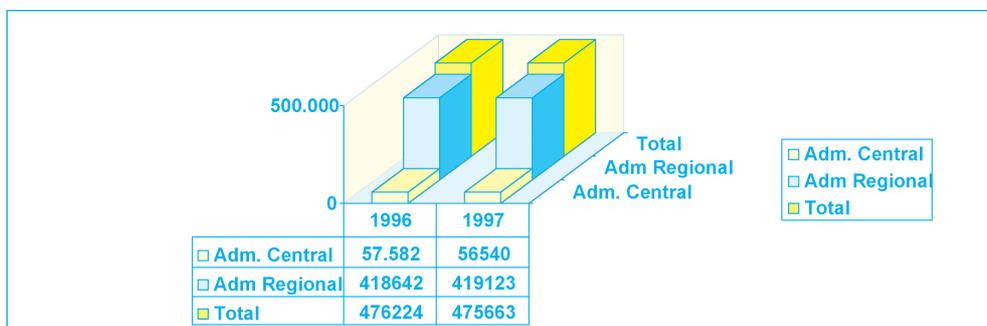
Tabla 3
Presupuesto por áreas de actuación (1996-2000).

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	38.097.920	68.053.040	106.862.000	166.592.000	138.317.7000
Intervención Asistencial e Incorporación Social	375.979.200	341.968.460	310.519.000	463.560.000	384.880.100
Coordinación Institucional	57.146.880	13.318.570	12.421.000	21.730.000	18.041.800
Formación, Documentación e Información	5.000.000	52.322.930	48.796.000	72.431.000	60.137.400
TOTAL	476.224.000	475.663.000	478.598.000	724.313.000	601.377.000

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Respecto a la procedencia del presupuesto, es aportado por la Administración Regional en su mayoría y por la Administración Central. En 1997 el presupuesto de la Administración Central descendió, aumentando el de la Administración Regional. (Ver gráfico 4).

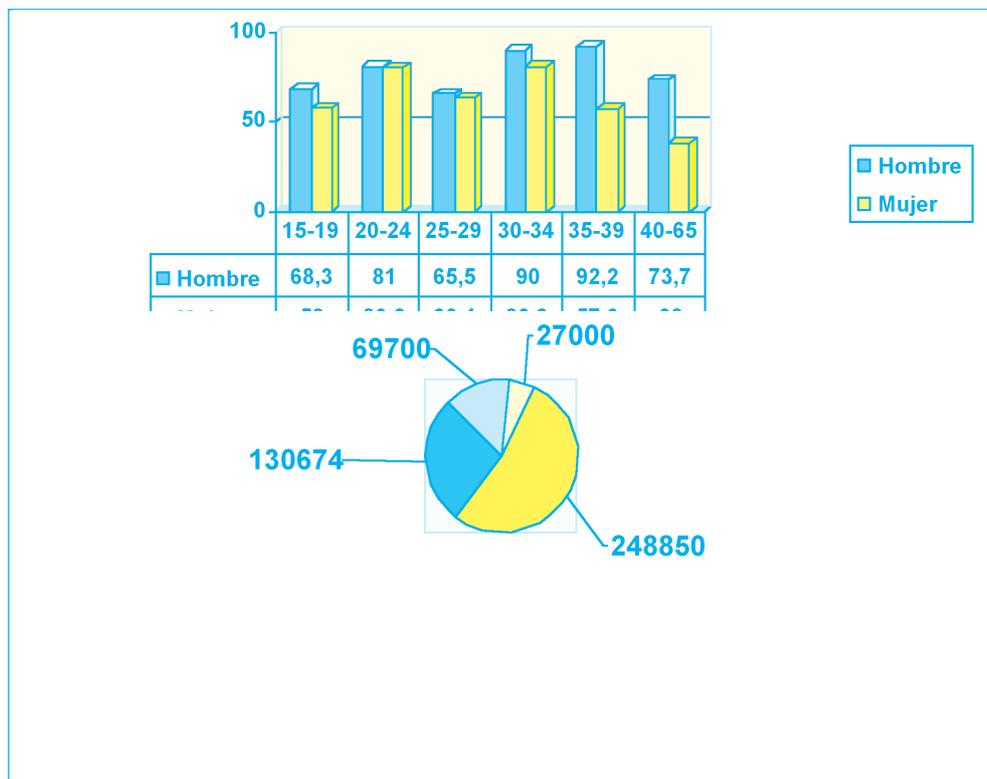
Gráfico 4
Procedencia del Presupuesto (en miles de pesetas) (1996-1997).



Fuente: Elaboración propia a partir del Plan Regional sobre Drogas. Memoria 1996-97.

El presupuesto se destinó en 1996 principalmente a inversiones reales, mientras que en 1997 fue dirigido a gasto de personal. Este último año, también aumentó de forma señalada el presupuesto para transferencias corrientes (ver gráfico 5).

Gráfico 5
Presupuesto por tipo de gastos 1996 y 1997 (en miles de pesetas).



Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria del Plan Regional sobre Drogas. 1996-1997.

5. PREVENCIÓN

Según la responsable técnica del Plan, en estos momentos la prevención se considera el área prioritaria. En términos generales, el área de Prevención, se incluye dentro de las medidas que la Ley 5/1997 establece para la reducción de la demanda. Los objetivos generales consisten en promover, desarrollar, apoyar, coordinar, controlar y evaluar los programas y actuaciones que tiendan a reducir la presencia, promoción, venta y niveles de consumo de drogas; aumentar los conocimientos y la responsabilidad de los ciudadanos en esta materia; modificar las actitudes y comportamientos de la población, generando una conciencia social solidaria y participativa; intervenir sobre las condiciones y el entorno que favorezca los factores de riesgo; potenciar en el ámbito comunitario y en los sectores específicos una cultura de la salud, y, finalmente, fomentar entre los ciudadanos, especialmente los menores de edad, alternativas de ocio saludables.

Las actuaciones que se realicen en materia de prevención están enmarcadas en el ámbito de promoción de la salud y calidad de vida. El ámbito prioritario de la prevención es el comunitario,

realizado mediante programas en cuya elaboración y desarrollo podrán participar las organizaciones y asociaciones sociales; los programas preventivos combinarán el carácter educativo con la promoción de hábitos saludables e irán dirigidos principalmente a sectores específicos de la sociedad, especialmente población juvenil, contando con la participación de personas, entidades y asociaciones que puedan favorecer el cumplimiento de los objetivos.

La Ley también prevé un conjunto de actuaciones prioritarias en materia de prevención entre las que se señalan la realización de una política global, que incida sobre los factores sociales, educativos, culturales, sanitarios y económicos que favorecen el consumo de sustancias que pueden generar dependencias; la inclusión de la educación para la salud en todo el proceso educativo; la promoción del asociacionismo juvenil, de los programas de voluntariado social y de alternativas al ocio y tiempo libre de los jóvenes, dentro del ámbito escolar. En el ámbito laboral está prevista la realización de programas dirigidos al consumo de alcohol y tabaco; la realización de programas comunitarios en colaboración con las corporaciones locales; la promoción de alternativas de formación profesional, primer empleo, autoempleo y promoción empresarial entre los más jóvenes; velar por el desarrollo urbanístico y, por último, la acreditación de los programas de prevención. Como soporte de todo ello, colaborará con los medios de comunicación y contará con la participación de los sectores implicados, promoviendo la formación de los interlocutores sociales²⁸.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son la encuesta escolar (muestra representativa de la comunidad autónoma) y la encuesta domiciliaria (muestra representativa). Para conseguir estos objetivos se utilizan recursos humanos (profesionales del PRSD y de los Planes Municipales), materiales (campañas publicitarias y programas de prevención) y económicos (presupuestos anuales, subvenciones...). La implicación y participación de otros sectores -sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.- se logra mediante acuerdos, convenios, etc y a nivel personal. Por último, no existe un mapa de necesidades de esta Comunidad. Por último, los principales problemas en prevención se encuentran en la falta de implicación de algunos sectores de la población, especialmente de los padres. El reto en estos momentos es llegar a la población juvenil que consume drogas legales de 13 a 16 años²⁹.

5.1. Ámbito escolar

Si se analizan los programas desarrollados en el ámbito escolar, desde 1996 se ha producido un aumento del número de programas dedicados a promover el desarrollo de actitudes, valores, habilidades y conocimientos para tomar decisiones responsables en el consumo de drogas³⁰. En este sentido, los programas realizados van destinados a los escolares desde los 5 hasta los 18 años, empleando diferentes recursos según su edad. Además, en 1999 y 2000 se crearon dos nuevos programas destinados a fomentar el deporte como alternativa al consumo de drogas y en este último año otro programa destinado a analizar los modelos de *Ir de Marcha* entre los jóvenes. Desde 1996, continúan los programas *El cine en la enseñanza* y *En la huerta con mis amigos*. (Ver tabla 4)

Existe una línea clara de intervención, derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema. Las prioridades son el establecimiento con implementación de los programas en todas las edades escolares (de 6 a 18 años). Los mecanismos para garantizar este seguimiento son los programas editados, que se complementan con fichas de seguimiento y reuniones con el profesorado. Esta línea es seguida por las instancias, al distribuir el material a la totalidad de la población y completar este seguimiento las fichas. Existe una coordinación con la Administración educativa para impulsar la pre-

28 Título I: de la reducción de la demanda. Ley de Cantabria 5/1997 de 6 de octubre

29 Entrevista con la responsable técnica del Plan, realizada en junio de 2002.

30 Memoria PNSD 1998 Pp. 129

Tabla 4

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-1999).

	Programas	Recursos materiales	Destinatarios
1996	<i>El cine en la enseñanza</i> <i>Prevención del absentismo escolar</i> <i>Detección y orientación de casos de riesgo</i> <i>En la Huerta con mis amigos</i>	- Cinco películas de vídeo	-Alumnos de 2, 3 de BUP, FP, 4 de ESO (5.600, 41 centros) - Diferentes municipios - Población infantil - Escolares de 5 a 9 años
1997	<i>El cine en la enseñanza</i> <i>En la Huerta con mis amigos</i>	- 1.200 guías para profesorado y 30.000 cuadernillos alumnos - Libro de cuentos y guía para profesorado (2.600 ejemplares)	- Colaboración de 8 Ayuntamientos, 53 centros, 5.800 alumnos, 220 profesores - 25.600 alumnos de 148 centros
1998	<i>El cine en la enseñanza</i> <i>En la Huerta con mis amigos</i> <i>¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas</i>	- Guías para profesorado y cuadernillos alumnos - Libro de cuentos y guía para profesorado - 350 packs y 2.400 cuadernos alumnos	- Colaboración de 10 Ayuntamientos, 7.124 alumnos y 303 profesores - Escolares de 5 a 9 años - Alumnos de ESO (12 a 15 años)
1999	<i>El cine en la enseñanza</i> <i>En la Huerta con mis amigos</i> <i>¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas</i> <i>Y tú, ¿qué piensas?</i> <i>Deporte y vida</i>	- Guía para profesorado y cuadernillo alumno - Libro de cuentos y guía profesor - 250 packs y 5.000 ejemplares alumnos - 3.000 packs y 120 guías didácticas	- 7.404 alumnos y 308 profesores - Alumnos entre 5 y 9 años - Alumnos entre 12 y 15 años - Alumnos entre 16 y 18 años - Alumnos educación primaria
2000	<i>El cine en la enseñanza</i> <i>En la Huerta con mis amigos</i> <i>¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas</i> <i>Y tú, ¿qué piensas?</i> <i>Deporte y vida</i> <i>De marcha</i> <i>El club del buen deportista</i>	- Guía para profesorado y cuadernillo alumno - Libro de cuentos y guía profesor - Packs y ejemplares alumnos - Material didáctico - Dossier para el alumno y guía profesor	- 6.286 alumnos y 274 profesores - Alumnos entre 5 y 9 años - Alumnos entre 12 y 15 años - 9.000 alumnos entre 16 y 18 años - Alumnos educación primaria - Alumnos entre 17 y 18 años - 1.298 alumnos de 8 a 12 años

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-1999.

vencción escolar, informando sobre los programas y derivando las demandas existentes. Las intervenciones en materia de prevención en los centros educativos, las realiza el profesorado, en educación primaria y el orientador o tutor, en secundaria. Hay un sistema de control de la oferta en prevención escolar y un sistema de acreditación que garantiza la bondad de las intervenciones.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales y apoyo a los docentes, actuaciones de las que se encargan los profesionales del Plan Regional y educadores municipales. El modo de hacerlo es atendiendo a la demanda de los centros escolares, proporcionándoles información y asesoramiento. Existe un sistema de control de los centros que participan en las actividades y programas de prevención, de manera que se conoce el número que participa, con un seguimiento de la cuestión. La formación del profesorado se realiza en los centros de formación del profesorado (DDR), mediante cursos de formación, realizados por profesionales del PRSD y profesionales colaboradores en los centros de profesores y en los centros escolares.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Se ha realizado una evaluación de los programas escolares en esta comunidad. Se trata de una evaluación de proceso sobre los programas: "El cine en la enseñanza" y "¿Y tú qué piensas?" En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el porcentaje de programas aplicados en el aula que estén acreditados, la proporción

de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula, el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigida específicamente a la familia y la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas.

5.2. **Ámbito familiar**

En 1997 tuvieron lugar en Cantabria las II Jornadas Regionales sobre Prevención en Drogodependencia y familia, dirigidas a Asociaciones de Padres de los centros escolares, con la presencia de 80 asistentes. Hasta 1999 el ámbito familiar se ha incluido en la prevención en el ámbito comunitario donde en el periodo 1996-1998 se realizaron actividades de sensibilización e información mediante charlas-coloquio a padres de toxicómanos y APA's. En 1999, en el ámbito comunitario se impartieron cursos de formación a 20 monitores de familias y junto a las actividades de información y sensibilización (¡Drogas, los padres tenemos que ayudar!), se realiza un programa de Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Este programa, en colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (F.A.D), tiene como objetivo general dotar de estrategias de intervención que permitan a los padres actuar como agentes preventivos dentro del ámbito familiar. Se desarrolla mediante reuniones impartidas por un animador, utilizando vídeos, carpetas, entre otros recursos. Además se ha realizado un curso de formación de familias en el Municipio de Santander³¹. En el año 2000 ha continuado este programa, además de impartirse cursos de formación de familias en diferentes municipios.

5.3. **Ámbito comunitario**

La prevención comunitaria es el ámbito prioritario en materia de prevención en Cantabria³². Como señalan los responsables, existe una definición de la prevención comunitaria, ámbito que integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos. Para ello se parte de una estrategia global y de una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema. Las prioridades en la prevención comunitaria implican que se sigan los objetivos indicados por el PNSD adaptándolos a su realidad. Para garantizar el seguimiento de las actuaciones, se analizan las actividades y programas reflejados en las memorias anuales y las justificaciones de subvenciones.

Intervienen principalmente profesionales del Plan Regional sobre Drogas, educadores municipales y otros profesionales. Como mecanismos de coordinación se realizan reuniones y el seguimiento de programas y actividades. En este sentido, no existe ningún nivel de coordinación con los profesionales y equipos de Atención primaria para promover la participación en programas de prevención. La Comunidad no tiene identificadas poblaciones de actuación preferente. En relación con la formación de mediadores sociales, se promueve la formación del movimiento asociativo y de educadores socio-culturales.

Los programas comunitarios se dirigen a zonas urbanas y rurales con mayor incidencia y riesgo, en colaboración con las corporaciones locales, principalmente a través de los Centros de Servicios Sociales y Unidades Básicas de Acción Social. Aquellos programas que abarquen una mancomunidad o ámbito comarcal legalmente establecido serán prioritarios y contarán con una coordinación específica. La evolución destaca por la diversificación de actividades, aglutinando actividades de formación, información y sensibilización, campañas, actuaciones en los medios de comunicación, etc. entre otras. Los destinatarios son jóvenes, monitores de tiempo libre y movi-

31 Memoria PNSD 1999 y Plan Regional sobre Drogas 1996-97

32 Art. 6.2. Ley5/1997 de 6 de octubre

miento asociativo, principalmente, junto a la participación de profesionales y técnicos en diferentes jornadas y cursos (ver Tabla 5)

Tabla 5
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000).

A.Comu- nitario	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	- Formación - Sensibilización e información - Programas de ocio y tiempo libre	- Cursos - Charlas-coloquio - Actividades de ocio	- Monitores de tiempo libre, Enfermería, Asistentes Sociales, Farmacéuticos - APAs, Asoc. Padres Toxicómanos, Asoc. Culturales. - Jóvenes en un centro juvenil
1997	- Formación - Sensibilización e información	- 3 cursos, 2 jornadas y 1 taller- escuela - Charlas-coloquio	- Profesores (130), educadores (119), monitores (50), asistentes (80) - APAs, Asoc. Padres Toxicómanos, Asoc. Culturales.
1998	- Formación - Sensibilización e información - Coordinación y apoyo técnico - Elaboración y distribución de mate- rial - Comunicación (ver en Ambito) - Campañas (2)	- Cursos, módulos, Máster, Congreso - Charlas-coloquio	- Monitores de tiempo libre (100), enfermería, asistentes. - APAs, Asoc. Padres Toxicómanos, Asoc.Culturales, alumnado. - Coordinación en materia de pre- vención entre los Departamentos de la Administración, movimiento aso- ciativo - Alumnado - Jóvenes
1999	- Formación - Medios de comunicación (en ámbi- to) - Reducción de riesgos	- Cursos (3) actividad docente (2)y jornadas (1) - Transporte nocturno y educadores sociales (2)	- Monitores de familias (20), de tiem- po libre, educadores de calle, res- ponsables técnicos, enfermería y asistentes a máster. - Uso indebido de alcohol
2000	- Formación - Medios de comunicación (en ámbi- to) - Reducción de riesgos - P. de tiempo libre	- Cursos (3) actividad docente (2)y jornadas (1) - Transporte nocturno y educadores sociales (2) -2	- Monitores de familias (13), de tiem- po libre, educadores de calle, enfer- mería. - Uso indebido de alcohol. Colaboración de 2 educadores y uti- lización de 22.000 usuarios. - Ginkana colaboración de 2 educa- dores, 11 monitores y personal de apoyo. 103 jóvenes. Juvecant (feria de ocio juvenil)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Se está realizando la evaluación de los programas de prevención familiar. Además, para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el número de escuelas de animación sociocultural que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de drogodependencias, el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias, el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general.

5.4. Ámbito de la comunicación

Las actividades de prevención en el ámbito de la comunicación, se centran en dar información general sobre el tema de las drogodependencias, dando a conocer el enfoque institucional, los recursos existentes y potenciando la participación ciudadana³³. Según explican los responsables, los mensajes de prevención se determinan de acuerdo con los mensajes del Plan Nacional Sobre Drogas, que se consideran prioritarios. En este sentido, la Ley establece que como soporte de las actuaciones prioritarias, las Administraciones Públicas impulsarán la colaboración de los medios de comunicación social, especialmente mediante la difusión de mensajes preventivos y la asistencia de los profesionales de la información a los cursos, encuentros o sesiones informativas que se celebren³⁴. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, el Plan Autonómico contempla su utilización como canal de información. Como sistema de evaluación, cuentan como indicador con el número de campañas de sensibilización que incluyen información dirigida a sensibilizar a la población sobre los riesgos derivados del consumo de drogas.

Al analizar el contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se aprecia cierta continuidad de las campañas desde 1996, dirigidas principalmente a jóvenes. Se utilizan como medio principal de difusión la televisión y la prensa, aunque también se elaboran y difunden folletos. De esta forma, se transmiten mensajes de información sobre el Plan Regional sobre Drogas o se celebra la semana contra la droga, mediante actividades deportivas, culturales, etc. La prevención del consumo se realiza desde la reducción de daños a los usuarios de drogas hasta la prevención del consumo de drogas de diseño, cocaína, alcohol y tabaco (ver tabla 6).

Tabla 6
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000).

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Programas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	5	<i>Anuncios en prensa (156), cuñas de radio (400), adhesivos (12.000), material deportivo, trípticos (5.000), carteles (1.000), programa de radio, actividades deportivas, culturales, recreativas,</i>	<i>Jóvenes, población consumidora, población general, niños.</i>
1997	5	<i>Anuncios en publicaciones universitarias, folletos (200) y anuncios (500), actividades deportivas, spots (100) y artículos de prensa</i>	<i>Población juvenil</i>
1998	8	<i>Programa en televisión, 2 campañas de sensibilización (220 pases), spots en revistas universitarias, folleto informativo (15.000), programa en autoescuelas (70 autoescuelas) y campaña en estancos, bares y cafeterías.</i>	<i>Población juvenil</i>
1999	5	<i>Programa en televisión, y cuatro campañas (110 pases), con spots publicitarios en revista universitaria, guía práctica y publicidad en diarios regionales</i>	<i>Población fumadora y juvenil</i>
2000	3	<i>Programa en televisión, y 2 campañas sobre alcohol y cocaína</i>	<i>Adolescentes entre otros</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

33 Plan Regional sobre Drogas. 1996-97. Pp. 19

34 Art. 7.2 de la Ley 5/1997

5.5. Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral, mediante la realización de programas de prevención dirigidos especialmente al consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y a sectores de producción con alto riesgo de consumo de drogas, así como aquellos que puedan poner en riesgo la salud de terceras personas³⁵. Según explican los responsables, se establece una coordinación con patronales y sindicatos, mediante programas concertados con estos colectivos. Estos programas promueven como actividades fundamentales la información, sensibilización y formación. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas. No hay una identificación de sectores de alto riesgo. Las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, no incluyen hasta 1999 un programa específico destinado a este ámbito donde se trata de una campaña de sensibilización que tiene por objetivo estimular y potenciar actuaciones preventivas en la empresa, distribuyendo 3.000 ejemplares entre las empresas, en colaboración con CEOE-CEPYME. El Plan Regional sobre Drogas 1996-97 aunque incluye el ámbito laboral, tampoco establece ningún programa específico y la formación en ningún curso está dirigida a trabajadores. Por último, para evaluar las acciones emprendidas en este ámbito, se conoce como indicador los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral.

5.6. Ámbito municipal

La Ley del Gobierno de Cantabria establece en su artículo 48 un conjunto de competencias de los Ayuntamientos³⁶. Además de ello, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes deberán aprobar Planes Municipales de Drogas de acuerdo con las directrices del Plan Regional; coordinar los programas de prevención e incorporación que se desarrollen exclusivamente en su municipio; la formación en materia de drogodependencias del personal propio y la promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial. Los mecanismos de colaboración con los municipios se establecen mediante subvenciones, reuniones de coordinación, asesoramiento y apoyo técnico. Estos tres últimos se realizan con municipios que no disponen de planes de drogas. Como sistema de evaluación se conocen los indicadores señalados, aunque no se señalan el número de municipios con planes de drogas.

Como se señalaba en el apartado del presupuesto, los Ayuntamientos y Mancomunidades que deseen obtener financiación de los Presupuestos Generales de la Diputación Regional de Cantabria, estarán obligados a tener un Plan Municipal sobre Drogas debidamente aprobado, y a consolidar sus presupuestos de forma diferenciada para esta finalidad. Por último, el Gobierno de Cantabria podrá establecer con Ayuntamientos y Mancomunidades convenios de colaboración para regular la financiación y características de los planes municipales³⁷. En este sentido, la Memoria del Plan Regional 1996-97 señalaba que en ese año se habían realizado subvenciones a cinco Ayuntamientos, que, con excepción de Camargo, 4.500.000, el resto de Ayuntamientos - Reinosa, Santoña, Astilleros, San Vicente- tenían una subvención de 2.500.000 de ptas cada uno. En la citada Memoria también se señalan las principales actividades realizadas por los Ayuntamientos durante 1996-97³⁸, fundamentalmente de prevención.

35 Art 7.1. c de la Ley 5/1997

36 Criterios que regulen la localización, distancia y características de los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas, el otorgamiento de apertura de locales o lugares de venta y suministro de bebidas alcohólicas; velar por el cumplimiento de las medias de control que establece la ley y, por último, la colaboración con los sistemas educativo y sanitario en educación para la salud.

37 Capítulo VII de la Ley 5/1997 de 6 de octubre: De la financiación

38 Plan Regional sobre Drogas 1996-97. Pp. 45 y 55 a 58

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

El Gobierno de Cantabria establece un conjunto de objetivos generales de asistencia e incorporación social, entre los que figuran la garantía de asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando la calidad y eficacia de los servicios y programas de la red asistencial pública; la coordinación entre los distintos servicios de este sistema; el respeto a los derechos de las personas drogodependientes; estimular la demanda asistencial y el contacto de los drogodependientes con el conjunto de dispositivos del sistema. Además, mejorar los niveles de salud y calidad de vida de los drogodependientes; mitigar la problemática social y jurídico-penal; potenciar fórmulas de incorporación social del drogodependiente en un entorno normalizado, a lo largo del proceso asistencial y, por último, crear un clima y cultura social de solidaridad y colaboración de la comunidad en la asistencia e integración social del drogodependiente³⁹.

Para la consecución de los objetivos, se han establecido como criterios de actuación para la asistencia sanitaria una oferta terapéutica accesible, diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar. La asistencia se realizará en el ámbito comunitario en las condiciones subjetivas que así lo aconsejen, lo más cercano al entorno sociofamiliar, potenciando así los dispositivos en régimen ambulatorio; la atención al drogodependiente y sus familiares, a través del sistema sanitario público y del Sistema de Acción Social de la Comunidad Autónoma, incrementando sus recursos en función de las necesidades e incorporando cuando sea necesario los recursos privados. Por último se especifica la evaluación permanente de los procesos y resultados de los diferentes centros, servicios y modelos de atención⁴⁰.

Entre otras líneas prioritarias, se promoverá la atención a los drogodependientes desde las redes de los sistemas sanitario y de acción social, especialmente en el nivel primario; la ampliación de la oferta asistencial en centros específicos; la inspección y control periódico de los centros, servicios, establecimientos de carácter privado; la realización de programas de reducción de daños y mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente y la creación de programas específicos dirigidos a población de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario, que incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos, al control sanitario y a la atención social; la sensibilización de la sociedad para modificar actitudes negativas y promover la participación activa⁴¹. Junto a ello, establece medidas en el ámbito penitenciario, judicial y laboral.

Según la responsable técnica del Plan, las tendencias que había de metodología en el trabajo, el cambio de cultura social y personal (trabajar con abstinencia solo o también con reducción de daños) y los cambios en la demanda de la población han permitido incluir programas de reducción de daños y una oferta cada vez más variada de recursos. En esta Comunidad además han sido bastante flexibles en cuanto a los criterios de inclusión en los programas.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un descenso de los Centros Ambulatorios de Asistencia y de las Comunidades Terapéuticas, al igual que ha ocurrido con los usuarios asistidos en los mismos; el aumento de los centros y programas de prescripción y dispensación de opiáceos, pasando de 9 en 1996 a 15 en el 2000 y del número de usuarios atendidos, y la estabilización del número de pacientes en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación (ver Tabla 7).

Los programas de reducción del daño, que constituían una prioridad dentro del Plan Regional, han experimentado un crecimiento progresivo, además de diversificarse la atención

39 Art 8. de la Ley de Cantabria 5/1997

40 Art. 9 de la Ley de Cantabria 5/1997

41 Art.10 Ley de Cantabria 5/1997

Tabla 7

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Recursos Normalizados	1996		1997		1998		1999***		2000***		
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Plaz.	Usuar.
Centros Ambulatorios Asistencia	5	593	5	558	4	448	3*	458	3*		443
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	1	28	1	26	1	29	1	24	1	2	25
Comunidades Terapéuticas	-1 pública - 1 priv financia- da	271	-1 pública - 1 priv financia- da	193	1	190	-1 pública - 1 priv financia- da	151	1 pública	45	65
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	5 disp 4 prescr y disp	741	7 disp 4 prescr y disp	1.097	8 disp 4 prescr y disp	1.143	6 disp 5 prescr y disp 3 presc	1.553	6 disp 4 prescr y disp	5 presc	1.353

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

*Incluidos los centros de días terapéuticos

de los programas de metadona y de intercambio de jeringuillas en unidades móviles, centros penitenciarios y oficinas de farmacia. Como señala la Memoria del PNSD, la oferta asistencial se ha centrado en la población susceptible de ser incluida en programas de reducción del daño, sobre todo con sustitutivos opiáceos, que representan el porcentaje más importante, acercándose a los consumidores de drogas con mayores necesidades sociales y sanitarias y con especial riesgo de contraer SIDA. Junto a esto, se ha creado un programa destinado a la reducción de los riesgos asociados al consumo de alcohol, que proporciona transporte nocturno⁴² (Ver Tabla 8).

Respecto al ámbito judicial y penitenciario, se promoverá la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes en el ámbito penitenciario; propiciará la posibilidad de alternativas para las demandas de remisión de la pena o cumplimiento de la pena en centro terapéutico e impulsará programas para la atención de drogodependientes, junto a otras Administraciones⁴³. En este sentido, desde 1998 se ha consolidado la coordinación entre la Administración de Justicia y el Plan Regional, siendo novedosos los programas preventivos de educación para la salud y los programas de mantenimiento con agonistas⁴⁴. Además, se aprecia el incremento del número de usuarios atendidos en este tipo de programas y de la oferta formativa desde 1996 (Ver Tabla 9).

42 Memoria PNSD 1998, Pp 129

43 Art.11 Ley 5/1997

44 Plan Nacional sobre Drogas, 1998, Pp.129.

Tabla 8

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Reparto de jeringuillas	1	2.432	1	12.000 kits	1	11.250 kits	4 Unidades móviles 98 en Oficinas farmacia 2 otros	41869 jeringuillas dispensadas	4 Unidades móviles 98 en Oficinas farmacia 2 otros	30.620 jeringuillas + sanikits
Reducción del daño (Metadona)	2	28	2	51.693	4	51.379			4 Unidades móviles 22 en Oficinas farmacia 2 centro penitenciario	693 190 20
Tratamiento LAAM							3	15		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 9

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales (1996-2000).

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios
En Comisarías y Juzgados		213		181	1	29	2	220	2	180
En Instituciones Penitenciarias	Ambulatorios Metadona	206 250	Ambulatorio Metadona	7 163	1 Preventivo Ambulatorios Metadon	a 247 240 387	1 prev 2 amb 2 TMM	703 262 287	2 prev 2 amb 2 TMM	142 262 287
Programas Alternativas Privación de Libertad		63		61		71	5	174	2 CT 3 otros	106 52
Formación								Volunt.	Información familiares FP ocupacional Medidas inserción laboral	211 14

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Finalmente, junto éstos, se realizan otro tipo de programas en los que colaboran las entidades privadas. Un ejemplo de ello son la Casa de Acogida de RETO y los programas de prevención, asistencia, formación y reinserción del Proyecto Hombre. En ambos casos el número de usuarios atendidos ha ido creciendo de forma progresiva desde 1996. (Ver Tabla 10)

Tabla 10

Evolución de otros programas o recursos asistenciales en el área de intervención asistencial (1996-2000).

Otros Programas	1996		1997		1999	
	Actividades	Usuarios	Actividades	Usuarios	Activ.	Usuarios
Casa Acogida RETO (6)	Acogimiento Social	324	Acogimiento Social	491	Acogimiento Social	
Proyecto Hombre (11)			Prevención, Asistencia, Reinserción y Formación	150	Prevención, Asistencia, Reinserción y Formación	322

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

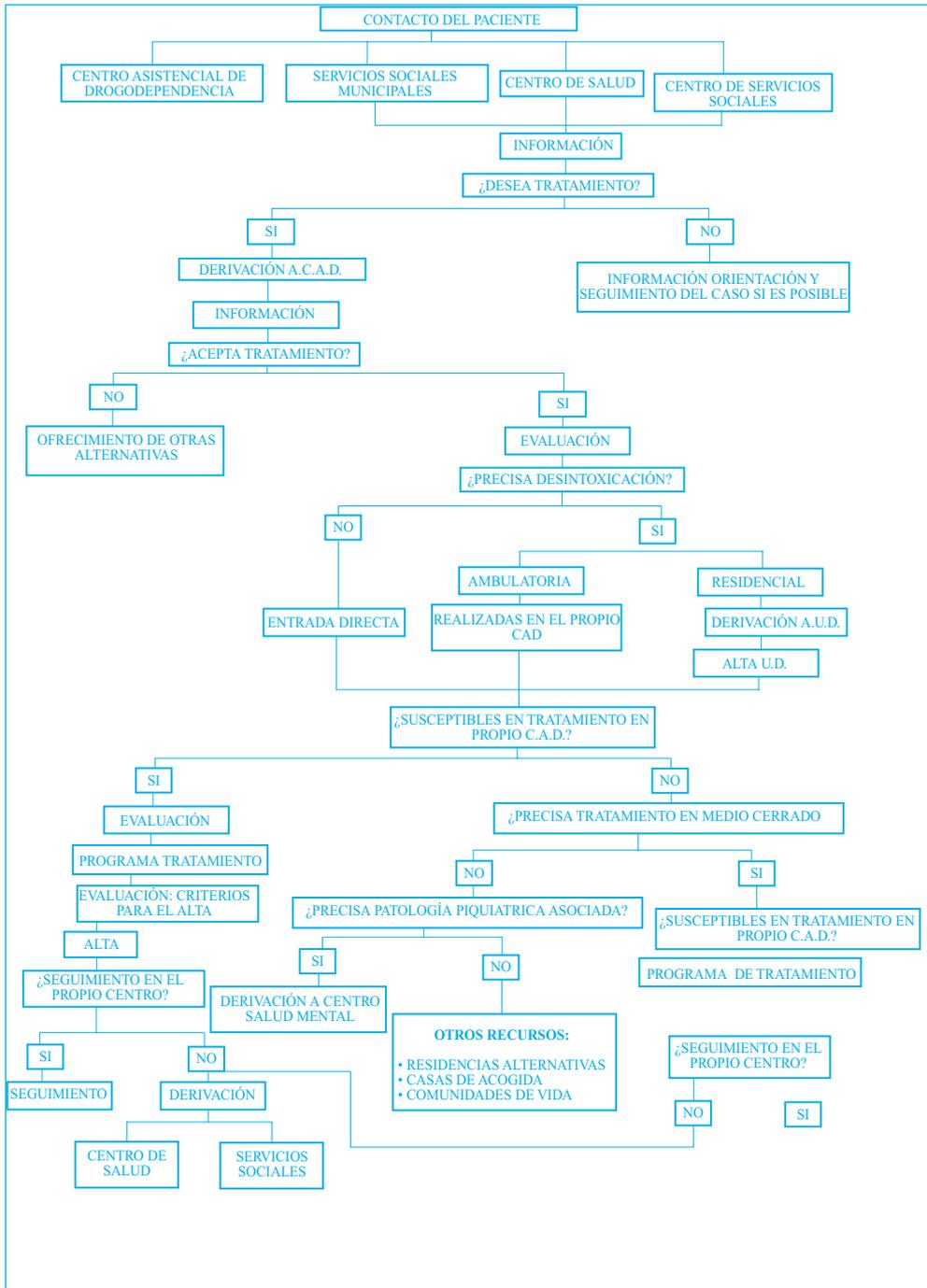
Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Están constituidas por jefes de unidad de cada recurso de atención como responsables de su centro y portavoces de sus equipos de intervención asistencial y el jefe de sección de recursos y coordinación asistencial.

El Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente se configura como una red asistencial de utilización pública diversificada que integra de forma coordinada centros y servicios del Sistema Sanitario Público y del Sistema de Acción Social, complementados con recursos privados debidamente acreditados. Se estructura en tres niveles de intervención. El primero de ellos está constituido por los Equipos de Atención Primaria de Salud, las Unidades Básicas de Acción Social y centros de servicios sociales y los programas desarrollados por asociaciones de ayuda, autoayuda y otras entidades. El segundo nivel está constituido por los centros específicos acreditados de atención ambulatoria a drogodependientes, los equipos de salud mental de atención primaria, las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, los programas de rehabilitación en régimen intermedio, los hospitales generales y los centros y programas acreditados de tratamiento con sustitutivos opiáceos. El tercer nivel está formado por las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, las Comunidades Terapéuticas Acreditadas, los pisos de Acogida, reinserción o apoyo a la desintoxicación y los centros de emergencia social. Las funciones de los tres niveles vienen contempladas en la ley 5/1997⁴⁵.

El circuito terapéutico se inicia con el contacto del paciente a cuatro posibles dispositivos: el Centro Asistencial de Drogodependencias (CAD), perteneciente al Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Plan Regional, por medio de los Servicios Sociales Municipales, pertenecientes a los Ayuntamientos; a través del Centro de Salud del INSALUD o en el Centro de Servicios Sociales de la Administración Autónoma (Ver gráfico 6). El Sistema de Asistencia e Incorporación Social en Drogodependencias, está constituido bajo la dirección del Plan Regional sobre Drogas, por recursos que dependen del Gobierno de Cantabria: los Centros Asistenciales de Drogodependencias (CAD), la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH), el Centro Terapéutico y las Unidades Móviles de Reducción de daños (UMRD). Además cuenta con el pro-

⁴⁵ Capítulo III: Del Sistema de Asistencia e Incorporación Social del Drogodependiente.

Gráfico 6
Circuito terapéutico.



grama de atención al drogodependiente con problemática jurídico-penal y el programa de reincorporación socio-laboral.

Los CAD son los elementos centrales del sistema de atención, encargados de recibir cualquier demanda en relación con el abuso de drogas, por tanto son las puertas de acceso al sistema de atención del Plan; actúan como centros de referencia de la red, garantizando el seguimiento de los sujetos derivados a otros servicios asistenciales. Estos centros tienen funciones clínicas (información-orientación sobre las alternativas terapéuticas o información complementaria, valoración de los casos que solicitan tratamiento, tratamiento específico: valoración, desintoxicación, tratamiento farmacológico, tratamiento psicoterapéutico, programas especiales); docentes, tanto de formación de su personal como capacidad docente a profesionales externos; investigadoras, de acuerdo con los objetivos del Plan Regional, líneas de investigación del Plan Nacional o la iniciativa de profesionales, y, por último, administrativas. Cuentan como mínimo con un médico, un psicólogo, un asistente social, un personal de enfermería y un auxiliar administrativo.

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria son un dispositivo asistencial sanitario de internamiento con estancias breves, específico para la desintoxicación de sustancias generadoras de dependencia, mediante personal especializado. El objetivo es lograr la abstinencia de drogas del usuario, mediante tratamiento farmacológico y soporte hospitalario. Se puede acceder a él mediante un CAD, al cual vuelve cuando es dado de alta; o desde la UDM para terminar el periodo de mantenimiento con metadona, ofreciéndole la posibilidad de continuar en un CAD o en un programa de mantenimiento. El Centro Terapéutico (CT) es un dispositivo asistencial del drogodependiente en régimen residencial, dependiente del Gobierno de Cantabria. Se trata de un centro de tercer nivel con las funciones de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen residencial de personas drogodependientes y alcohólicos jóvenes. Dispone de un horario continuado y su proximidad a los núcleos urbanos permite acometer el proceso de reincorporación social. Tiene las mismas funciones que los CAD. El objetivo es facilitar la integración del drogodependiente a la vida social, laboral y familiar; apartar a la persona de la sustancia y despertar el interés por un nuevo estilo de vida; poner en marcha un proceso de maduración personal; propiciar el cambio de valores y modificar conductas desadaptadas y motivar nuevos intereses laborales, culturales o deportivos. Para ello cuenta con un conjunto de actividades ocupacionales, formativas, educativas, deportivas, etc. A estos centros se accede por derivación de un centro asistencial, demanda del propio usuario o derivación de un centro de salud mental, generalmente destinado a jóvenes. Cuenta como mínimo con un médico, dos psicólogos, 4 maestros educadores y 7 auxiliares de educadores.

La Unidad Móvil de Reducción de Daños (UMRD) es un dispositivo asistencial de carácter móvil que realiza programas de reducción de daños, teniendo como objetivos la reducción de las consecuencias negativas a nivel físico, psíquico o social, tanto individual, familiar o colectivo, por sus propios efectos, por el uso indebido o por llevar a cabo conductas relacionadas con su consumo. Se accede a ellos por derivación de los centros ambulatorios o servicios sociales (principalmente para realizar tratamiento con metadona), por derivación temporal de los CAD para dispensación de metadona (lista de espera, interrupción de programa de tratamiento, etc), admisión de consumidores que no desean tratamiento. Atiende también a los usuarios que soliciten información, intercambio/dispensación de jeringuillas, kits anti-sida, preservativos, etc. Cuenta como mínimo con un médico y un auxiliar sanitario-conductor.

En opinión de la responsable técnica del Plan, *el funcionamiento de la red asistencial en general es bueno y la cobertura asistencial es la adecuada y no ofertamos más posibilidades (ejemplo abrir una narcosala) porque no hay demanda. Hay una Unidad de Patología Dual, tenemos dos o tres puntos de derivación ya que había muchos pacientes que se atendían en los centros asistenciales ambulatorios y una vez que se iniciaba el tratamiento con ellos, se observaba que en algunos drogodependientes tenían trastornos psiquiátricos. Es un recurso que puede ser residencial, a partir de una reconversión de un centro específico de tratamiento de drogas ilegales (principalmente opiáceos) a uno de patología dual.*

En la Comunidad de Cantabria se realizan evaluaciones de diseño de los programas/actividades en este área, a partir de los informes de la comisión de Historias clínicas, que evalúa procesos y grado de cumplimiento de los protocolos en vigor y de los resultados de informes de auditorías. También evalúa y analiza la utilidad o no de protocolos o programas, la necesidad de incorporar nuevos o modificar los vigentes, dando traslado de ello al Comité de Calidad quien decide cómo actuar. Los encargados de realizarla son tanto profesionales del propio Plan Autonómico como profesionales externos él. También se realizan evaluaciones de implementación. En este caso, el Comité de Calidad elabora un Plan de implantación de protocolos de actuación y el seguimiento de la misma, incluyendo calendario y modificaciones hasta elaborar un protocolo consensuado por todos los profesionales que lo llevan a cabo, tras su aprobación pasa a formar parte de la cartera de servicios. En las auditorías, interna y externa, se verifica y evalúa la implantación. Este tipo de evaluación también la realizan profesionales internos y externos del Plan.

Conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones, se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, en poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas o recursos asistenciales mientras que los de asistencia a la población con problemas de alcoholismo se consideran poco adecuados. Las previsiones de desarrollo de la red asistencial en materia de drogodependencias en Cantabria en un futuro, suponen aumentar la cartera de servicios y protocolos de actuación para los usuarios y sus familias que demanden atención por problemas derivados del abuso de alcohol. En relación con los recursos materiales, considera muy adecuados los centros ambulatorios de asistencia, las unidades hospitalarias, las Comunidades terapéuticas públicas y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos. Las previsiones de adecuación de estos recursos en un futuro suponen la implantación de protocolos de tratamiento de los problemas derivados del abuso de alcohol en todos los centros ambulatorios.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley 5/1997, de 6 de octubre, sobre prevención, asistencia e incorporación social, establece los objetivos generales para el área de asistencia e incorporación social. Junto a los criterios generales para estas áreas, establece la necesidad de potenciar las fórmulas de incorporación social del drogodependiente en un entorno social normalizado, especialmente a lo largo del proceso asistencial. La incorporación social del drogodependiente es el objetivo final del proceso asistencial, por lo que se dispondrá de estructuras de paso a los programas asistenciales, así como de coordinación entre éstos y los de incorporación social, en los aspectos relacionales, educativos y laborales del proceso de recuperación. Esta fase se apoyará en las redes generales y en su familia y entorno afectivo, adoptando cuando sea necesario, medidas especiales destinadas a conseguir la igualdad de oportunidades. Como actuaciones prioritarias se incluyen la potenciación de programas de incorporación social y de asesoramiento a sus familiares, así como de programas de formación ocupacional y profesional del drogodependiente, con el objeto de conseguir su incorporación socio-laboral. En este sentido, se fomentarán acuerdos entre organizaciones empresariales y sindicatos, tendentes a reservar puestos de trabajo de personas drogodependientes en proceso de recuperación y el Gobierno de Cantabria reservará en sus centros, establecimientos y servicios, puestos de trabajo a personas drogodependientes en proceso de tratamiento⁴⁶.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en este área (1996-2000), se observa que hasta 1997 solamente contaba con dos centros de día y mayor número de usuarios, pertenecientes a Proyecto Hombre. En 1999 se sustituyeron por cua-

46 Título II de la Ley 5/1997: De la asistencia y la incorporación social

tro nuevos dispositivos para hacer frente a esta problemática. Se trata de un Centro Terapéutico de actividades y/o programas de reinserción, 1 Centro del mismo tipo pero sin ofertar tratamiento y 2 Centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción, que en el año 2000 se han reducido a 1. El número de usuarios es cada vez mayor (ver Tabla 11).

Tabla 11
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-1999).

Incorporación social	1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios .
Centros de Día	2	55	2	79				
C. Terapéuticos Actvs. y/o Programas de reinserción					1		1	82
C. Actvs. y/o programas de reinserción (sin tratamiento)					1		1	78
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción (Ciudades terapéuticas)					2		1	69

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Respecto a los programas de formación laboral, han aumentado en el último año, pasando de 1 a 2 programas, impartidos por el INEM y la Dirección General de Trabajo, aunque el número de destinatarios se ha reducido en el periodo considerado. Los programas de integración laboral han consistido en ayudas al empleo, programas especiales de empleo y otros programas realizados por el INEM junto a empresas y el Fondo Social Europeo. Lo más destacado de la incorporación laboral es la discontinuidad de los programas y destinatarios de los mismos (ver Tabla 12).

Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial, mediante un piso tutelado que en 1999 contaba con 5 usuarios. En el año 2000 este tipo de recursos han desaparecido (ver Tabla 13).

El proceso seguido en la Comunidad para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, es conocido a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente y a más de un año en el caso de Leonardo –Iniciativas Europeas- por parte de la Oficina de Coordinación y FUNDIS (Fundación Cántabra para la Incorporación Social). Este área cuenta en la actualidad con 7 convenios, 2 establecidos con Diputaciones Provinciales, 2 con Ayuntamientos, 2 con la iniciativa privada y uno con el Gobierno Central. Todos ellos funcionan muy bien en opinión de los responsables.

De los programas existentes en la Comunidad en el área de Incorporación Social uno es gestionado por la Oficina. Se trata del Convenio de colaboración por obras y servicios. Con el Gobierno Central, destaca Mujeres de Empleo; con organismos de la Administración Autonómica, con la Consejería de Industria, Turismo, Trabajo y Comunicaciones; con la Administración Local, con los Ayuntamientos de El Astillero y Bezana. Por último, con entidades privadas, con el Fondo de Formación CADPE. En general, el funcionamiento en todos ellos es calificado como muy bueno.

En relación con los programas en funcionamiento, los responsables aumentarían los de integración laboral (Empleo), manteniendo el resto. El funcionamiento se considera en todos ellos muy bueno. En cuanto a las actividades y recursos, aumentaría los cursos de titulación académica, los de reserva de plazas en empresas, los de promoción de empresas de inserción y los

Tabla 12
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-1999).

Incorporación social	1996			1997			1998			1999		2000		
	Nº	Usu.	Plaz.	Nº	Usu.	Plaz.	Nº	Usu.	Plaz.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Plaz.
Programas de incorporación laboral														
Formación Laboral - Prog Educativo/Centro zona en EPA - Metodología dicáctica en educación Adultos - Curso Plan FIP - Otros programas de capacidad profesional	1	60		1	80		2 1 1	50 25 25		3 2 1	48 24 24	2 1 1		39 15 24
Integración Laboral - Ayuda en el autoempleo - Programas especiales empleo - Otros	1		30	1 1	15	15 30	1 5	10 75	10 75			1	10	10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Tabla 13
Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación social	1996		1997		1998			1999	
	Nº		Nº		Nº	Us	plaza	Nº	Us
Programas de Apoyo Residencial									
Pisos Tutelados	1		1		1	6	4	1*	5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

*Se incluyen en 1999 dentro de los recursos de apoyo residencial

de integración en Programas de empleo municipales. El resto los mantendrían. Por último, los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las actividades y programas se refieren a la insuficiente colaboración con la red de servicios sociales y con las entidades privadas. Además, la autoexclusión, la tendencia a la minusvalía social y la inercia de protección social.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por un acuerdo estable de colaboración entre alguna universidad o centro público de investigación; en segundo lugar, la realización de las investigacio-

nes es llevada a cabo por técnicos y personal de la propia institución. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, se refieren a la Epidemiología de los consumos en la población general y en la población escolar, la situación sanitaria, la prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc; los estudios de seguimiento a usuarios de los servicios asistenciales, la evaluación de resultados de programas asistenciales, los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas y la evaluación de implementación de programas de prevención.

El Gobierno de Cantabria considera como áreas prioritarias las de niveles y tendencias en el consumo de drogas, especialmente el consumo juvenil de bebidas alcohólicas, las actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias; las repercusiones individuales y sociales del consumo; la evaluación de los programas de intervención, especialmente de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos y, por último, los estilos de vida asociados al consumo de drogas. Además promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco para fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en ellas⁴⁷.

Atendiendo a la evolución experimentada por las publicaciones e investigaciones desarrolladas en Cantabria, desde 1996 se han incrementado de forma notable, especialmente en 1999 cuando se incorporan por primera vez dos estudios en el terreno asistencial (Ver Tabla 14). Junto a ello, las publicaciones se refieren principalmente al material utilizado en los programas de prevención en el ámbito escolar, familiar o para agentes de policía; estudios de opinión y actividades realizadas por el Plan Regional.

Tabla 14
Evolución de los Estudios e Investigaciones (1996-2000).

<i>Estudios e Investigaciones</i>	<i>Temas principales</i>	<i>Tipo</i>	<i>Nº Ejemplares</i>
1996	<i>Memoria del Plan Regional sobre Drogas</i>	<i>Memoria</i>	500
1997	<i>Guía ilustrada de agentes de policía Ley de Cantabria 5/1997</i>	<i>Libro Libro</i>	1.500 1.500
1998	<i>Guía de recursos En la huerta con mis amigos Ordago</i>	<i>Cuaderno Guía y libro Pack y cuaderno</i>	1.000 3.400 4.000
1999	<i>Estudio de prevención de recaídas Estudio de seguimiento altas terapéuticas 2 jornadas sobre tratamientos ¡Drogas! Los padres podemos ayudar Encuesta sobre drogas a la población escolar Uso de drogas en Cantabria Tratamiento con metadona Material para las campañas publicitarias</i>		
2000	<i>Estudio comparativo de prevención de recaídas Estudio de Seguimiento de altas terapéuticas</i>		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

⁴⁷ Art.43 Ley 5/1997

En general, se considera suficiente el número de estudios realizados en esta Comunidad en materia de drogodependencias y la calidad buena, sin encontrar dificultades para desarrollarlos. La situación de la investigación en el ámbito estatal, consideran que es muy escasa desde los centros de atención y entre profesionales especializados. Debería incentivarse para que los proyectos de investigación surgiesen entre los propios profesionales. Por último, creen que debería considerarse prioritarias como investigaciones, la evaluación rigurosa de proceso y de resultados de los protocolos de programas y de tratamiento.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

Atendiendo al contenido de la Ley, las entidades privadas participarán en el Consejo Asesor, con cinco miembros. Además la colaboración con la iniciativa privada se establece para la prestación de servicios integrados en la Red Asistencial o, en el caso de insuficiencia, en servicios ajenos a ella. Tendrán preferencia las entidades u organizaciones sin ánimo de lucro. Las funciones de la iniciativa privada serán la sensibilización e información, la prevención, asistencia e integración, la formación y la investigación y evaluación. También se fomentará la participación del voluntariado. Por último, se establece una Comisión de ONG's integrada por la Dirección del Plan Regional y las ONG's que intervengan en drogodependencias⁴⁸. La mayoría de los acuerdos establecidos con ONG's se refieren a subvenciones, existiendo un único convenio con estas entidades y dos con fundaciones (ver Tabla 15). El Plan Regional sobre Drogas 1996-97 recoge de forma detallada las actividades realizadas por las ONG's en cada área de intervención, así como el presupuesto destinado y su procedencia⁴⁹.

Tabla 15
Convenios y conciertos con ONGs

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio/concierto	Fundaciones con conciertos
1996	6	1	
1997	8	1	
1998	8	1	
2000	8	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-1999

CONCLUSIONES

En líneas generales, la Comunidad de Cantabria, tiene una larga experiencia en drogodependencias, que se constata en el hecho de que en 1987 ya contaba con un Plan de Drogas. Lo más señalado durante estos años ha sido la realización de dos Congresos Autonómicos, el primero de ellos sustento el debate para la posterior Ley 5/1997, de 6 de octubre, sobre prevención, asistencia e incorporación social; el segundo, recién aprobada la Estrategia Nacional (2000), con la intención de promover un debate que sirviera para la redacción de nuevos objetivos de la red asistencial.

48 Capítulo III de la Ley 5/1997: De la Participación Social.

49 Pp 61-73.

En cuanto al consumo de las distintas sustancias, la situación se considera moderada y en los últimos años ha mejorado. Desde 1993 ha descendido el número de fumadores y se ha estabilizado la cocaína. El alcohol sigue considerándose la sustancia más problemática, especialmente entre los varones jóvenes y el porcentaje de bebedores abusivos sobresale en los días laborales. El porcentaje de consumidores de cánnabis en los últimos doce meses es superior especialmente en los jóvenes. Los consumos de drogas de síntesis también parecen haber aumentado. El consumo de heroína sigue siendo la razón principal por la que se solicita tratamiento y aunque se considera positiva la estabilización del porcentaje de usuarios de esta sustancia por vía parenteral, es superior a la media nacional y se relaciona con altas tasas de prevalencia de VIH.

Respecto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, es la segunda Comunidad con menor tasa de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. La proporción de admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína por vía parenteral ha descendido de modo considerable. Como contrapartida, aunque ha aumentado la proporción de admitidos, aún es la tercera con menores admisiones a tratamiento por consumo de cocaína. La creación de nuevos recursos, como los dispositivos de metadona, ha provocado el incremento del volumen de población atendida, prestando atención a sectores que hasta ahora no habían recibido ningún contacto. Las prácticas de riesgo para la transmisión del virus del SIDA siguen siendo frecuentes y si la vía de transmisión más usual en España es la de UDVP (55%) este porcentaje alcanza en Cantabria el 70,5%.

La Ley destina un capítulo al Plan Regional sobre Drogas, entendido como instrumento estratégico para la planificación y ordenación de las actuaciones en materia de drogas en esta Comunidad. En general se considera un punto fuerte la planificación de las actuaciones y la evaluación, donde se utilizan los estudios de las encuestas, el sistema de auditorías (certificados por un sistema de acreditación de la calidad) y la evaluación de rendimiento, con una periodicidad anual. Los responsables del Plan Autonómico consideran que no hay ningún problema relevante con las entidades Administrativas en la aplicación del Plan aunque surgen dificultades que hacen referencia a un distinto nivel de compromiso e implicación entre los municipios.

En los últimos cinco años, el personal que trabaja en las áreas de prevención e incorporación social se mantiene y en el área de intervención asistencial ha aumentado. El área de Intervención Asistencial acapara la gran mayoría de profesionales (50), muy por encima de Incorporación Social (9) y Prevención (2). En todo caso se considera suficiente la dotación de personal en las tres áreas mencionadas. Las principales deficiencias que afectan al personal se referían a las condiciones laborales (contratación, estabilidad laboral...) según la responsable técnica, *estas se han ido supe- rando por lo que la estabilidad laboral del personal está consolidada. Prácticamente la totalidad de la gente que trabaja en el plan tiene formación específica en drogodependencias vía master o experto, fue algo prioritario.*

En cuanto a los recursos económicos, comparando los últimos años crecieron en 1999 un 52,09%. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar formación, documentación e información y coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000, con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de formación, documentación e información, seguido por el área de prevención, y, por último, intervención asistencial e incorporación social. El área de coordinación institucional ha experimentado un descenso en los últimos años.

En estos momentos la prevención se considera el área prioritaria, especialmente el ámbito comunitario, enmarcando las actuaciones en el ámbito de promoción de la salud y calidad de vida. En el ámbito escolar, se ha producido un aumento del número de programas dedicados a promover el desarrollo de actitudes, valores, habilidades y conocimientos para tomar decisiones responsables en el consumo de drogas. En el ámbito de la comunicación, se aprecia cierta continuidad de las campañas, dirigidas principalmente a jóvenes. No existe ningún programa específico en prevención laboral y la formación en ningún curso está dirigida a trabajadores, aunque manifiestan que existen convenios con patronal y sindicatos. Por último, los principales problemas en

prevención se encuentran en la falta de implicación de algunos sectores de la población, especialmente de los padres. El reto en estos momentos es llegar a la población juvenil que consume drogas legales de 13 a 16 años.

En el ámbito asistencial, el Gobierno de Cantabria establece un conjunto de objetivos generales, entre los que figuran la garantía de asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas en condiciones de equidad con otras enfermedades, asegurando la calidad y eficacia de los servicios y programas de la red asistencial pública. Para la consecución de los mismos, se han establecido como criterios de actuación una oferta terapéutica accesible, diversificada, profesionalizada y de carácter interdisciplinar.

Según la responsable técnica del Plan, las tendencias que había de metodología en el trabajo, el cambio de cultura social y personal (trabajar con abstinencia sólo o también con reducción de daños) y en la demanda de la población han permitido incluir programas de reducción de daños y una oferta cada vez más variada de recursos, siendo además bastante flexibles en cuanto a los criterios de inclusión en los programas. Si atendemos a la evolución de los programas, se constata la reducción de los recursos normalizados, Centros Ambulatorios de Asistencia, Comunidades Terapéuticas y de los usuarios atendidos en los mismos, al tiempo que se ha producido un incremento de los programas de reducción del daño: los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, los recursos existentes en los programas de intercambio de jeringuillas (unidades móviles, oficinas de farmacia y jeringuillas dispensadas) y los programas de educación sanitaria, mantenimiento con agonistas y alternativas a la privación de libertad en el ámbito penitenciario. El número de usuarios en todos ellos ha sido cada vez mayor al igual que en los programas de Acogimiento Social (RETO) y de Proyecto Hombre. Como contrapartida, en el último año se aprecia un descenso de los usuarios en el ámbito penitenciario.

El funcionamiento de la red asistencial se considera bueno, la cobertura asistencial adecuada y no ofertan más posibilidades (ejemplo abrir una narcosala) porque no hay demanda. Además se ha incorporado una Unidad de Patología Dual, para atender a los drogodependientes con trastornos psiquiátricos. Nuevamente se señala la realización de evaluaciones internas y externas de los programas/actividades en esta área, de los procesos, del grado de cumplimiento de los protocolos en vigor y de los resultados de informes de auditorías. Se consideran muy adecuados todos los programas salvo los de los de asistencia a la población con problemas de alcoholismo por lo que las previsiones de desarrollo de la red asistencial suponen aumentar la cartera de servicios para los usuarios y sus familias que demanden atención por problemas derivados del abuso de esta sustancia, implantando protocolos de actuación en todos los centros ambulatorios.

La Ley 5/1997 establece la necesidad de potenciar las fórmulas de incorporación social del drogodependiente en un entorno social normalizado, considerando esta etapa como el objetivo final del proceso asistencial. Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados, se observa que el número de centros no ha seguido una línea constante, han aumentado los programas de formación laboral y han disminuido los de integración laboral además de desaparecer los pisos tutelados. En cuanto a los usuarios son mayores en los centros aunque descienden en los programas laborales. En general, se observan deficiencias en los datos y un número reducido de usuarios que acceden a estos recursos. En opinión de la responsable técnica, la reinserción social desde hace muchos años está prácticamente normalizada y hay muy pocos recursos de reinserción social que sean únicas y exclusivamente para drogodependientes. Cuentan con cursos del Fondo Social Europeo y talleres de empleo que los hacemos a través de una fundación y talleres de garantía social y el resto es competencia de Trabajo.

En general, el funcionamiento en todos los programas es calificado como muy bueno y en cuanto al número aumentarían los de integración laboral (Empleo), manteniendo el resto. En cuanto a las actividades y recursos, aumentaría los cursos de titulación académica, los de reserva de plazas en empresas, los de promoción de empresas de inserción y los de integración en Programas de empleo municipales. Por último, los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las actividades y programas se refieren a la insuficiente colaboración con la red de ser-

vicios sociales y con las entidades privadas. Además, la autoexclusión, la tendencia a la minusvalía social y la inercia de protección social.

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por un acuerdo estable de colaboración entre alguna universidad o centro público de investigación. Atendiendo a la evolución experimentada por las publicaciones e investigaciones desarrolladas en Cantabria, desde 1996 se han incrementado de forma notable. Se considera suficiente el número de estudios realizados en esta Comunidad y la calidad buena, sin encontrar dificultades para desarrollarlos. La situación de la investigación a nivel estatal, consideran que es muy escasa desde los centros de atención y entre profesionales especializados y creen que deberían ser prioritarias como investigaciones, la evaluación rigurosa de proceso y de resultados de los protocolos de programas y de tratamiento.

La mayoría de los acuerdos establecidos con ONG's se refieren a subvenciones y básicamente trabajan en asistencia. Anualmente presentan sus programas de actividades y según unos criterios y las prioridades del plan se distribuyen las subvenciones, sin existir ninguna asociación en este campo que no reciba ningún tipo de ayuda. Siempre han sido las mismas: pocas ONG's y pocos habitantes, por ello tienen una buena relación y aquellos programas o proyectos que no vaya a poner en marcha el gobierno de Cantabria lo realizan ellas. Han sufrido la misma evolución que el resto, adaptándose a la realidad.

Como puntos fuertes los responsables señalan el consenso y participación de toda la población en la aprobación de los Planes; la calidad y ajuste a la demanda de los servicios y ser la única Comunidad con un sistema de acreditación de todos los servicios y en todas las áreas. Se podrían añadir el descenso de la proporción de fumadores y del porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral; la adecuada planificación; la formación del personal; el incremento presupuestario; el aumento de los programas escolares, de reducción del daño, y de los estudios en materia de drogodependencias; la normalización de la reinserción social y, por último, la buena relación con las ONG's. Como puntos débiles señalan la necesidad de llegar a más gente. Además, podríamos señalar el porcentaje de bebedores abusivos en días laborales; el incremento de la proporción de consumidores de cánnabis y de drogas de síntesis; el mayor porcentaje de SIDA en usuarios de drogas por vía parenteral; el reducido personal trabajando en prevención; la inexistencia de programas específicos de prevención laboral; la necesidad de impulsar recursos y protocolos en relación con el alcoholismo; la insuficiente colaboración de la red de servicios sociales y de las entidades privadas en la incorporación social y, por último, la tendencia a la autoexclusión e inercia de protección social en los usuarios.

CASTILLA-LA MANCHA

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas y los problemas asociados, forman parte de la realidad de Castilla-La Mancha¹, aunque comparada con el resto de Comunidades Autónomas se encuentra en los últimos lugares, con mejores resultados. El consumo de sustancias con potencial adictivo desconocidas, el empleo de otras con fines distintos a sus usos conocidos, el cambio en las vías de consumo, etc., han impulsado al conjunto de la ciudadanía, instituciones y otras entidades a un debate para dar posibles soluciones a los problemas asociados.

El primer Plan Regional de Drogas en Castilla-La Mancha se elaboró en 1987, por la Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo. Desde esta fecha, hasta 1992, cada año se van diseñando planes sucesivos siguiendo las prioridades marcadas desde el Plan Nacional. En un principio, la actuación se orientó al ámbito preventivo y asistencial. En 1992, se pone en marcha el primer Plan Regional de drogas con carácter cuatrienal (1992-1995), donde se abarcan objetivos ya no sólo en el ámbito preventivo y asistencial sino también en el de incorporación social y en el de coordinación. Un año más tarde, se definieron las competencias y estructuras de la Consejería de Sanidad, quien estableció las funciones de la Dirección General del Plan Regional sobre Drogas (elaboración de los planes regionales, coordinación y elaboración de programas, asistencia técnica, etc).

El Plan Regional de drogas de Castilla La Mancha ha ido creciendo año tras año, en todas sus áreas, y en los programas señalados en el Plan 1996-99. El ámbito preventivo es un área fundamental en la región, sus programas se han ido incrementando, se han implantado nuevos, como el programa Alcazul dirigido a jóvenes y se ha extendido a gran parte de los municipios con un gran número de participantes. En el ámbito de la intervención asistencial, se ha dado un gran avance en los programas con sustitutivos de opiáceos, aumentando el número de usuarios y descendiendo la tendencia en los tratamientos de opiáceos paralelo a la disminución en el consumo de la heroína. En el área de la incorporación social, han aumentado los recursos, actividades y usuarios de los programas, difundiéndose por toda la región.

¹ 1.716.152 habitantes

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Regional consideran el problema del consumo de drogas en esta Comunidad entre grave y moderado. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. Consideran el tabaco la sustancia más problemática, seguido por el alcohol y por último, la heroína. En su opinión, el tabaco tiene un importante impacto sanitario y afecta a un gran número de personas. En segundo lugar, la sustancia más problemática es el alcohol, porque además de lo mencionado para el tabaco, desencadena otros problemas. Finalmente, la heroína, además de provocar otros problemas, genera alarma en la opinión pública y tiene difícil solución.

Ese mismo año, el consumo de alcohol en la población general, había descendido y presentaba porcentajes inferiores a los nacionales, aunque en las edades más jóvenes se invierte la tendencia, con un consumo superior al resto de regiones. El consumo de tabaco era inferior a la media estatal (37%). Junto a esto, el conocimiento de las drogas ilegales en la población es menor al resto de España, siendo el cánnabis la más consumida, seguido por la cocaína, las drogas de síntesis y, por último, la heroína y el crack.²

En 1993, el tabaco ocupaba el segundo lugar después del alcohol en lo que a volumen de consumo se refiere, aunque el porcentaje de población fumadora era inferior a la media estatal (47% varones y 18% mujeres). Respecto al sexo, la mayor prevalencia de fumadoras se encontraba por debajo de los 44 años y en el caso de los varones el grupo mayoritario entre los 25 y 44 años. Respecto a 1987 había descendido el número de fumadores. En cuanto a los jóvenes (el 29% entre 14 y 18 años fuma) se produjo un retraso en la edad de inicio, la reducción del consumo y cierto rechazo (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994) El inicio era menos prematuro que en otras regiones, centrándose en los 14 (31%) y 15 años (21%). El 65% son fumadores a diario, inferior a otras Comunidades. De éstos, el 68% fumaban menos de 10 cigarrillos al día y un 16% más de 15. La situación ha empeorado en los últimos años, pues, aunque en 1997 descendió el porcentaje de fumadores diarios, pasando del 38,4% al 30%, en 1999 ha vuelto a aumentar (35%) situando a esta región como la cuarta con más población fumadora³.

El porcentaje de consumidores de alcohol en 1993, referidos a la población general, era inferior a la media nacional, aunque en los más jóvenes se invertía esta tendencia. En España, ese mismo año, cuatro de cada diez bebedores eran diarios, un 14% entre tres y cinco días a la semana y otro 40% alguna vez. En Castilla-La Mancha la población con un consumo diario (42%) y de varios días (17%) era superior a la media nacional, siendo menor el esporádico. En función del sexo, el consumo de los varones era muy superior al de las mujeres entre las que un 64% se declara abstemias. Se da una gran diferencia de opinión entre los distintos grupos de edad, especialmente los menores de 19 años, donde aumenta el porcentaje de los que dicen haber incrementado el consumo en el último año (22%) (ver Gráfico 1).

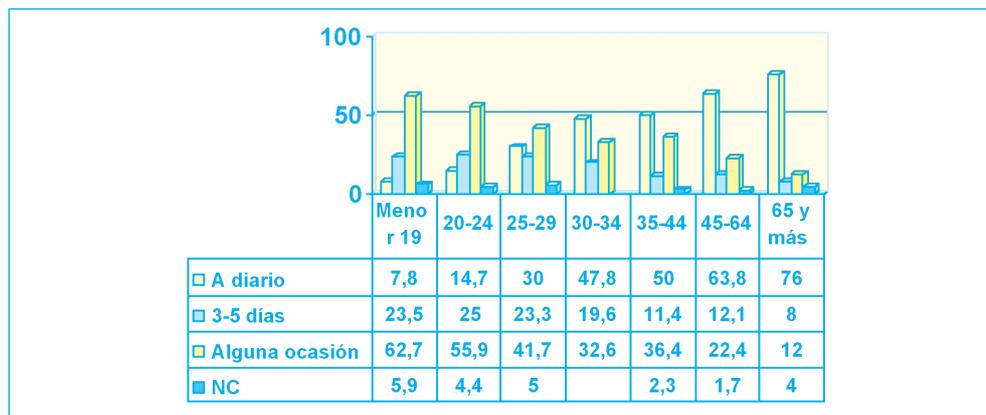
Castilla-La Mancha presentaba ciertos matices respecto al resto de Comunidades (Encuesta a la población escolar, 1994) con un porcentaje superior de población menor de 18 años que ha probado el alcohol y el primer consumo prematuro, 62% a los 14 años o antes, mientras que en España el 21% era antes de los 13 años. En general, entre los jóvenes, no existían diferencias significativas por sexo en el consumo de bebidas alcohólicas aunque sí en los grandes bebedores con consumo diario, donde es superior en el caso de los varones. El mayor volumen de consumidores jóvenes, que podría asociarse a una cuestión cultural (Castilla-La Mancha es una de las prin-

2 Estos datos de 1993 fueron el marco de actuación de Castilla La Mancha a la hora de elaborar el Plan Regional 1996-99.

3 Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp. 21

Gráfico 1

Frecuencia de Consumo de bebidas Alcohólicas en la Última semana, según grupos de edad en Castilla-La Mancha.



Fuente: Plan Regional sobre Drogodependencias. 1996

principales regiones productoras y por ejemplo esto coincide con La Rioja) tiene un menor consumo de vino a estas edades que el total nacional y un mayor consumo de cerveza y combinados (ver Tabla 1).

Algo más de la mitad de los jóvenes declara haberse emborrachado alguna vez de los cuales casi un 17% lo han hecho más de tres veces en los últimos 30 días, muy por encima de lo declarado en otras Comunidades. En resumen, existe un volumen de consumo significativamente mayor que el resto de regiones y más intenso. Coincide con un porcentaje superior de población que cree que consume bastante o mucho alcohol (ver Gráfico 2).

Atendiendo a los últimos resultados del Observatorio Español sobre Drogas, el consumo de alcohol en el último mes es del 67,1%, superior en los hombres (81,4%) que en las mujeres (52,4%). El mayor porcentaje de bebedores se encuentra entre 25 y 34 años, mayor que el resto de Comunidades. Las mujeres tienen un consumo superior entre 20 y 24 años (80,4%) y 30 a 34 años (72%). Finalmente, es la cuarta Comunidad con mayor porcentaje de bebedores abusivos el fin de semana (10,3%)⁴ (ver Gráfico 3).

En esta Comunidad el conocimiento de las drogas no legales en 1993 era más bajo que en España, siendo la más conocida el hachís (70%) y el crack la que menos (40%). Salvo el hachís (19%) el resto de drogas no han sido probadas más que por un 4% (cocaína), 2,3% (drogas sintéticas) e inferior al 1% la heroína o el crack. Respecto a los más jóvenes, el hachís es la más probada/consumida, después del tabaco y el alcohol. El volumen de consumidores de esta sustancia entre 14 y 18 años era inferior al conjunto de España, aunque más prematuro (39% 14 años o antes, en Castilla y León 23,7% y en Madrid 30%). Se trata de un consumo esporádico, sólo un 8,4% de los jóvenes declara haber consumido en el último mes. Se percibe como una droga poco dañina (menos perjudicial que el tabaco) y no produce rechazo sino aceptación (Estudio realizado por el Plan Regional, 1995). El Estudio del Observatorio Español muestra que, en los últimos años, el porcentaje de consumidores de cánnabis no ha sido constante, pasando de 6,3% en 1995, a 4,7% en 1997 y al 6% en 1999.⁵ El consumo del resto de sustancias era muy bajo e inferior a la media nacional (ver Gráfico 4).

4 Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas. Marzo de 2001.

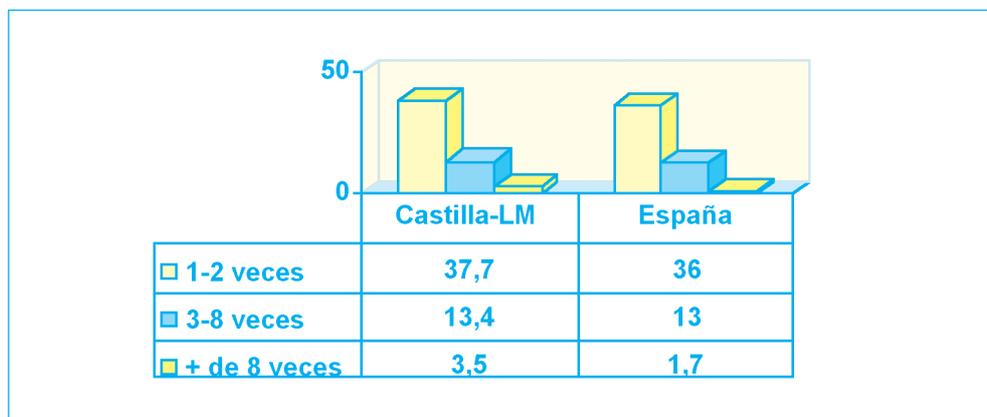
5 Pp. 51

Tabla 1
Frecuencia de consumo de alcohol.
Población de 14 –18 años.

Frecuencia consumo	Castilla-La Mancha	Total
Cerveza		
A diario	8,8	5
3 ó 4 días a la semana	8,2	5,8
1 ó 2 días a la semana	28,8	28,5
Esporádicamente	43,9	48,5
Combinados		
A diario	3,7	2,1
3 ó 4 días a la semana	6,4	4,1
1 ó 2 días a la semana	36,3	35,1
Esporádicamente	47,4	48,9
Vino/Champán		
A diario	4,4	2,1
3 ó 4 días a la semana	1,7	1,5
1 ó 2 días a la semana	11,7	12,3
Esporádicamente	67,7	66,8

Fuente: Plan Regional sobre Drogas de 1996.

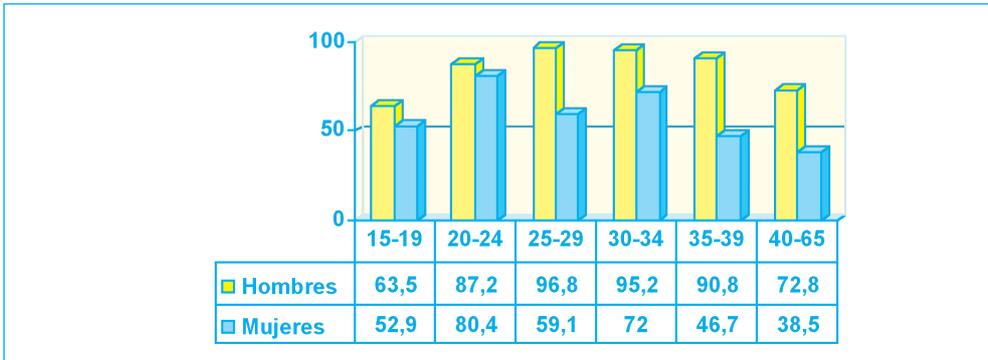
Gráfico 2
Porcentaje de jóvenes que declaran haberse emborrachado alguna vez.



Fuente: Plan Regional sobre Drogas 1996.

Gráfico 3

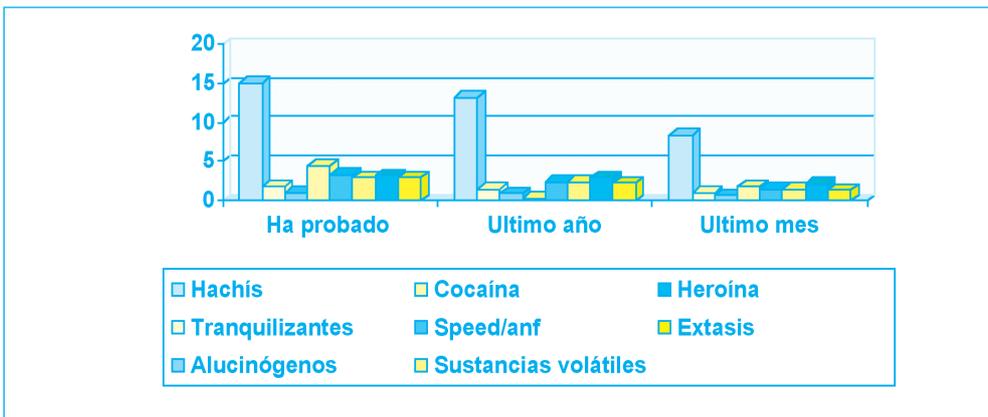
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad.



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1999

Gráfico 4

Consumo de otras drogas en la población de 14 a 18 años. 1993



Fuente: Plan Regional sobre Drogas. 1996

En resumen, según el responsable del Plan Autonómico, las regiones tienen propias características que de por sí pueden hacer incidencia en otros aspectos; la droga más consumida es el alcohol y el tabaco. Mientras que el consumo de alcohol tiene una media por encima de la nacional el de drogas ilegales es menor que el resto. Igual que en el resto de España la heroína ha descendido, sustancia que inyectada ha estado muy presente en la región aunque con menor proporción a España y los consumidores que quedan son llevan muchos años de consumo sin existir gente joven. Por último, las pastillas están presentes como en todas partes pero no hay una incidencia especial⁶.

6 Entrevista realizada en junio de 2002.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

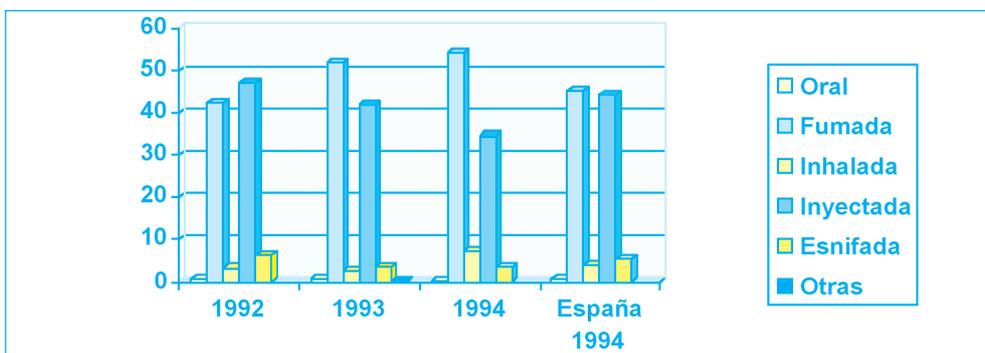
Casi un 54% de la población española y un 51% en Castilla-La Mancha, consideraba en 1993 la droga como uno de los tres problemas más importantes de la sociedad, por debajo del desempleo y delante de la situación económica, inseguridad ciudadana, etc. Según la Memoria de la Fiscalía de Castilla-La Mancha, en el año 2000 el número de procedimientos incoados en la conducción bajo influencia de bebidas alcohólicas aumentó un 11,8% (2.657 causas frente a las 2.340), siendo superior en Albacete (17%). La Guardia Civil realizó 40.000 pruebas de alcoholemia aunque el delito de tráfico de drogas experimentó una disminución del 27% (499 causas en 1999 a 364 en el año 2000), produciéndose en Albacete un descenso del 37% (94 en 1999 y 59 en el año 2000).

El estudio de Rechea et al (1995), señalaba que más de la mitad de los sujetos de 14 a 21 años de las principales ciudades de Castilla-La Mancha se vieron implicados alguna vez en su vida en hechos que suponen violencia contra los objetos y el 41,5 % contra las personas, destacando como conductas violentas el vandalismo, conducta reconocida por la mitad de los encuestados, riñas o desórdenes (31,6 %), robar en una tienda (26,3 %) y llevar un arma (19,7 %), existiendo una correlación positiva entre estos acontecimientos y el consumo de sustancias legales (licores especiales) y cánnabis (Alcazul).

En cuanto a las demandas de tratamiento, eran de población entre 15 y 39 años. Castilla-La Mancha, relacionando el número de casos con la población total, representaba las tasas más bajas del Estado de inicios de tratamiento, sólo por encima de Navarra, tanto en población global como de 15 a 39 años. Ha aumentado la media de edad de los pacientes atendidos en régimen ambulatorio, pasando de 25,9 años en 1992 a 27 años en 1994. La sustancia que motivaba el tratamiento era principalmente la heroína, aumentando proporcionalmente los tratamientos por cocaína. El último informe del Observatorio Español muestra que la demanda a tratamiento por sustancias psicoactivas ha sido una de las menores (tasa de 65,6 por 100.000 habitantes); la proporción de admitidos por primera vez por consumo de heroína por vía parenteral ha descendido notablemente, convirtiéndose en una de las más bajas (desde 63,6% en 1991 al 10% en 1999). Finalmente, las admisiones a tratamiento por cocaína han aumentado considerablemente, desde 1991-93 que era la segunda Comunidad con menor tasa anual de admisiones (0,9), a 1997-99 donde la tasa es del 5,7⁷. Respecto a la vía de administración, se sigue la tendencia nacional, descendiendo la vía intravenosa (desde un 47% en 1992 al 34,5% en 1994) y aumentando la fumada e inhalada (ver Gráfico 5).

Gráfico 5

Vía de consumo de la Droga que motiva el Tratamiento. Castilla-La Mancha. 1992-1994



Fuente: Plan Regional sobre Drogas. 1996

En cuanto a los casos de SIDA diagnosticados desde 1981, según el Registro de casos de SIDA en España (30 de junio de 2001) en Castilla-La Mancha, un 68,5% (722) de los casos de SIDA se refieren a Usuarios de Drogas por vía parenteral, algo superior al nacional (65%). Además, hasta el año 2000 se notificaron 310 defunciones en enfermos de SIDA por UDVP de los 20.670 notificados en España⁸.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). Desde que la Comunidad tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado tres Planes. Para ello, se realiza un estudio previo de necesidades y un informe (no editado) por parte de los Profesionales del Plan. El último se realizó en el año 2000 y el próximo estaba previsto para el 2001. Para ello, se han empleado como fuentes primarias los sistemas de registro de datos e indicadores de los diferentes programas y actuaciones. Además, se recurre a otras fuentes secundarias: Encuestas del PND, SEIT y otras estadísticas (padrones municipales, EPA, estudios de la FAD, GID, sindicatos, etc.).

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos, técnicos y la Oficina del Comisionado. Esta última, ha participado en un alto porcentaje en la definición de los objetivos. Las pautas generales seguidas en la programación y elaboración del Plan no se han editado. La Oficina del Plan Regional de Drogas es la encargada de la evaluación del Plan, quien, a partir del diseño y selección de los indicadores, según los distintos programas, mide y cuantifica los resultados, sin existir ninguna comisión a nivel interno encargada de realizar su seguimiento.

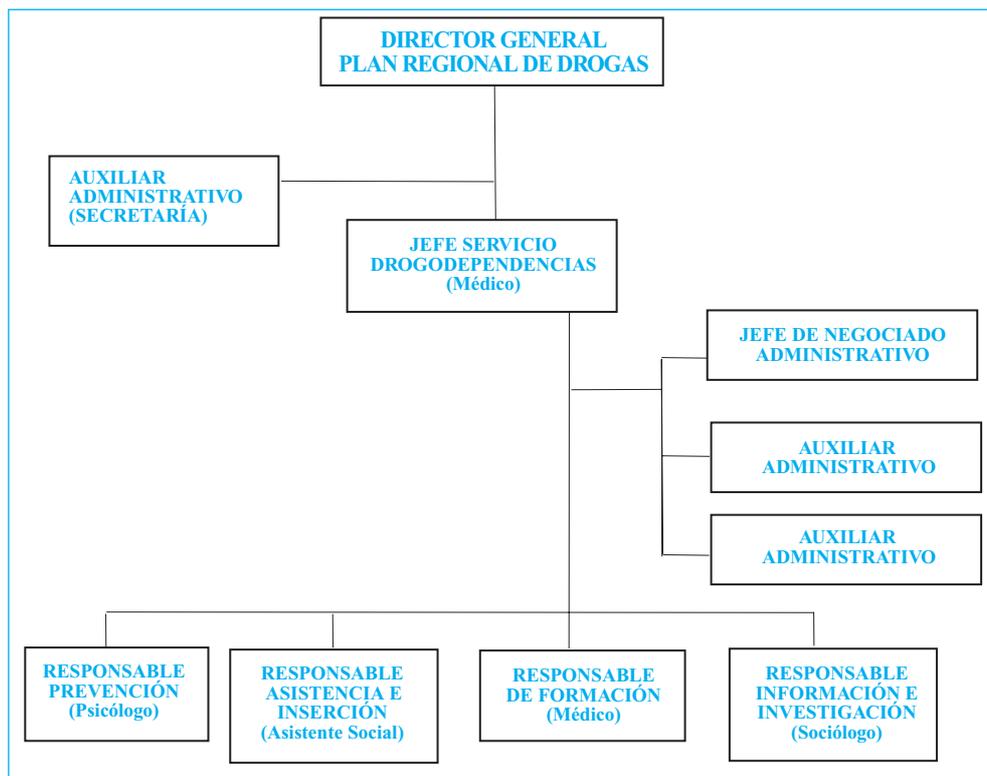
Al plantear a los responsables del Plan Autonómico cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades de coordinación con la Administración Autonómica. En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades en el ámbito financiero para lo que sería necesario disponer de más fondos en esta materia.

Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las Consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Trabajo y Cultura (Juventud) junto a la Administración Central, que ha participado en el ámbito de financiación. Poseen además convenios con los municipios en materia de Prevención, Asistencia, Inserción y Planes Locales.

Describiendo en términos generales el organigrama, cuenta con una dirección general del Plan Regional sobre Drogas, de la que depende una Jefatura de Servicio de drogodependencias. Junto al jefe de servicio (médico), hay un responsable de prevención (Psicólogo), de asistencia e inserción (Asistente Social), de formación (médico) y de información e investigación (sociólogo); finalmente, tres auxiliares administrativos y un Jefe de Negociado completan este organigrama (ver Gráfico 6). Además de esta estructura, existen cuatro como órganos consultivos, 4 órganos de coordinación, constituidos respectivamente 2 en 1993, uno en 1994 y otro en 1997. Están compuestos por representantes de diversas Consejerías, Entidades Locales (CCLL), empresarios, sindicatos, ONG's y Administración Central. Todos ellos se reúnen normalmente dos veces al año.

⁸ Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.135

Gráfico 6
Dirección del Plan Regional de Drogas



Fuente: Plan Regional sobre Drogas. febrero de 2001.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan Regional, en este momento no existe ninguna unidad encargada de su difusión a la población, aunque se encuentra en preparación. La mayoría de la información suministrada se refiere al área de Prevención. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida, en el caso de la prevención, escolares/jóvenes, profesorado, organizaciones empresariales y sindicales, técnicos y colaboradores de municipios; en intervención asistencial e incorporación laboral, drogodependientes, familias y asociaciones de familias, así como profesionales que participan o colaboran con los programas. Además, en el área de incorporación laboral también suministra información a los técnicos municipales. Como medios para desempeñar esta labor se utilizan revistas, páginas web, teléfono de información, guías, Memorias, otras publicaciones, campañas y centros de documentación en drogodependencias.

Por último, en palabras del responsable del Plan el punto fuerte del mismo se encuentra en la buena disposición de los profesionales en el tema de las prisiones, aunque señala como punto débil que estos profesionales están bastante saturados, se cuenta con pocos medios, etc. Otros puntos débiles son la dispersión geográfica y la existencia de poblaciones pequeñas donde es difícil llegar⁹.

⁹ Entrevista realizada en junio de 2002.

3.- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver Tabla 2), la mayor parte son diplomados (74), concretamente maestros (26), y en segundo lugar, licenciados (59), principalmente psicólogos (28). El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales que trabajan en materia de drogodependencias, seguida de Prevención e Incorporación Social, respectivamente. La dotación de personal de Intervención Asistencial e Incorporación Social se considera insuficiente. En opinión de los responsables, las principales deficiencias que afectan al personal están motivadas por las distancias kilométricas, que dificultan la coordinación; además, en el área de prevención, la eventualidad de los contratos y en incorporación social, el personal depende de los Servicios Sociales Generales y es necesaria una mayor coordinación.

Tabla 4
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	TOTAL
1. Licenciados	13	37		50
Psicólogos	7	21		28
Pedagogos	1			1
Psiquiatras		1		1
Médicos		15		15
Abogados				
Otros	5			5
2. Diplomados	8	53	13	74
Trabajadores Sociales	4	18		22
Maestros/educadores	4	22		26
ATS/ DUE		15		15
3. Bachiller/FP	8	17		25
TOTAL	29	107	13	149

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

*No se incluye el personal que trabaja en centros de internamiento concertados ni que depende de los servicios sociales generales

Por otra parte, el Plan Regional se encarga de la formación del personal en todos los ámbitos. Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 3), se aprecia desde 1999 una concentración de la formación a través de cursos, desapareciendo los congresos, seminarios y encuentros al tiempo que el número de destinatarios es menor.

En opinión del responsable del Plan, los recursos humanos destacan porque la mayoría de las personas empezaron sin experiencia porque no ha habido un trabajo de universidad previo que

Tabla 3

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN		1996		1997		1998		1999		2000	
Formación profesionales mediadores	Nº	Destinatario	Nº	Dest	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.	
Cursos	80	2391	78	1.483 mediadores monitores, policía, sindicatos; 93 delegados provinciales sanidad; 596 universidad, policía, FAD	101	2.638 mediadores, monitores, policía, sindicatos; 125 delegados provinciales sanidad; universidad, policía, FAD, Deporte y Vida	105	2.286 mediadores, 329 farmacéuticos, 75 profesionales atención primaria, 40 prof. IIPP, 100 jóvenes, 60 profesores y monitores Educación Física, 40 policías locales; 73 profesores, 135 profesionales	87	1.055 mediadores, 232 profesionales atención primaria, 190 prof., 117 profesores, 40 policías locales; 398 Del. Sind.	
Seminario /Encuentros	2	62 representantes de instituciones públicas y entidades sociales	26	1.338 Policía Local y monitores y coordinadores prev. Comunitaria	1	50 trabajadores inserción social					
Congresos/Jornadas informativas	51	3.477 miembros asociaciones	52	5.927 sindicatos y asociaciones	67	4.898 sindicatos y asociaciones					
Jornadas temáticas	2	11 profesionales drogodependencias	1	42 miembros asociaciones juveniles	2	396 asociaciones juveniles y APAS					
Jornadas							6	301 del. Sindicales	7	546 trabajadores, expertos, etc.	

Fuente: Memorias del Plan Nacional Sobre Drogas 1996-2000.

preparase a estos profesionales. Muchos de ellos, después de muchos años trabajando son auténticos expertos que realmente conocen esta situación. Dentro de los poderes públicos hemos intentado con la universidad de la región adecuar programas de formación a estos profesionales y les hemos alentado a que participaran en el ámbito nacional en jornadas, congresos, masters, etc. En la actualidad tenemos un buen número de profesionales formados que están haciendo un trabajo admirable.¹⁰

¹⁰ Entrevista realizada en junio 2002

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. En el periodo 1996-1999, los recursos económicos han crecido un 39.3%, aunque en el año 2000 se ha producido un descenso. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar la incorporación social y la coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000, con el que tenía en 1996, en intervención asistencial, prevención y formación e investigación se ha producido un incremento del gasto, mientras que en incorporación social y coordinación ha ocurrido lo contrario. El Plan Regional aporta la mayor parte del presupuesto en todas las áreas, salvo en incorporación social que procede principalmente del Fondo Social Europeo (FSE) (ver Tabla 4).

Tabla 4
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000).

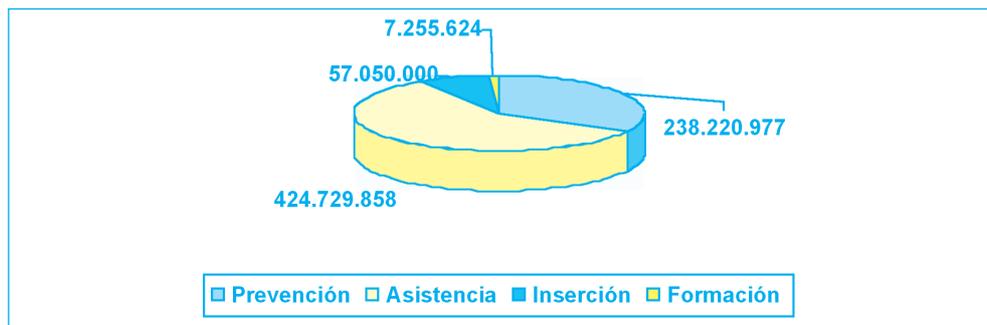
	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención</i>					
- Aportación Plan Regional	266.514.011	262.660.288	325.478.974	402.925.262	
- Ayuntamientos	- 148.890.908	-150.442.779	-177.953.979	-218.725.279	421.314.374
- Consejería Educación y Cultura	- 113.123.103	-105.317.509	-134.054.995	-164.199.983	
- M.A.S. (I.R.P.F.)	- 4.500.000	-6.900.000	-2.500.000	-5.000.000	
			-10.970.000	-15.000.000	
<i>Intervención Asistencial</i>					
- Aportación Plan Regional	426.543.409	463.350.870	562.548.537	502.527.023	670.390.197
- Consejería de Sanidad	- 329.771.689	-358.580.376	-397.176.049	-372.146.678	
- M.A.S. (I.R.P.F.)	- 42.111.100	-45.894.500	-41.996.185	-49.000.227	
- Diputación Toledo	- 31.000.000	-35.215.374	-57.222.625	-57.222.625	
	- 23.660.620	-23.660.620	-24.157.493	-24.157.493	
<i>Incorporación Social</i>					
- Aportación Plan Regional	139.906.567	142.649.000	77.046.430	- 280.921.196	57.050.000
- FSE	-51.508.126	-45.774.000	-47.850.446	-63.800.000	
- Ayuntamientos	-68.437.500	-75.000.000	-21.896.984	-171.480.460	
	-19.960.941	-21.875.000	-7.299.000	-45.640.736	
<i>Formación e Investigación (Plan Regional)</i>	19.114.584	2.422.400	6.892.838	5.230.000	49.432.910
<i>Publicaciones (Plan Regional)</i>	4.800.000				
<i>Coordinación (Plan Regional)</i>	30.939.203	36.181.450	44.888.156	45.389.320	49.432.910
TOTAL	887.817.774	934.264.008	974.858.750	1.236.992.801	1.205.443.105
<i>Plan Regional sobre Drogas</i>	585.024.510	620.401.005	674.761.468	705.291.277	
<i>Otras aportaciones</i>	302.793.264	313.863.003	300.097.282	531.701.524	

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD.

Según los responsables del Plan Autonómico, la Oficina de Coordinación para el año 2000, ha gestionado un presupuesto de 727.256.459 Ptas., de las que la mayor parte procede del área de asistencia. (Ver Gráfico 7).

Gráfico 7

Presupuesto gestionado por la Oficina de Coordinación del Plan Regional (2000)



Fuente: Elaboración propia a partir de la opinión de los responsables.

En el año 2000, las cantidades aportadas al presupuesto, proceden principalmente de la Comunidad Autónoma y en segundo lugar del Gobierno Central, concretamente del Plan Nacional sobre Drogas (ver Tabla 5). Según los responsables de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, se siguen criterios demográficos y técnicos.

Tabla 5

Cantidades aportadas por las distintas instituciones al presupuesto (2000)

Procedencia del Presupuesto				
Aportación del Gobierno Central		Comunidad Autónoma	Ayuntamientos	TOTAL
M. del Interior (PNSD)	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales			
194.818.567	45.627.216	720.106.651	183.093.397	1.143.645.831

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

5. PREVENCIÓN

En términos generales, para prevenir el consumo de drogas en esta Comunidad, se trabaja desde dos orientaciones: la prevención inespecífica, mediante el fomento de hábitos y actitudes saludables e incompatibles con las toxicomanías y la prevención específica, que informa, forma y disuade de forma directa respecto al consumo de drogas y sus consecuencias¹¹. Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son los estudios y encuestas realizados en la esfera nacional, aunque también se recurre a estudios regionales y locales. Los principales problemas encontrados se refieren al consumo de alcohol y tabaco, motivados por los factores de riesgo que señala la literatura científica.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para con-

¹¹ Plan Regional sobre Drogas, 1996-99. Pp. 7

seguir dichos objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Los recursos humanos del área de prevención están constituidos por un técnico superior (servicios centrales) y 29 técnicos coordinados de programas de Ayuntamientos. En cuanto a los recursos materiales, son los dotados por cada programa local y el material didáctico propio de cada programa (escolar, familiar, etc). Por último, los recursos económicos, donde la dotación presupuestaria para el área de prevención fue en el año 2000 de 238.220.977 Ptas. procedentes del Plan Regional, 82.252.356 de Ayuntamientos y se solicitaron 3.000.000 Ptas. del M.A.S. En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se logra en las Comisiones Regional, Técnica, Provinciales e Interlocal de Drogodependencias. Según el responsable de Drogodependencias en la prevención hemos hecho siempre mucho hincapié pudiendo ser la región de España que proporcionalmente cantidad destinada a la prevención. Entendemos que hay que hacerlo así porque nuestra situación es favorable a la prevención (geografía amplia, población dispersa, etc) y todo lo que sea potenciar el ámbito comunitario con programas alternativos en el ámbito escolar o familiar va a ayudar a estas circunstancias naturales de la región¹².

En líneas generales, en el periodo considerado (1996-2000), se ha producido un aumento de los programas de prevención en todos los ámbitos, haciendo hincapié en la prevención de alcohol entre los jóvenes. La continuidad en el tiempo de los programas se considera fundamental para alcanzar los objetivos y en este sentido, gran parte de los municipios han podido acceder a programas comunitarios de prevención, como el programa Comunidad, Escuela y Salud o Alcazul, ampliamente consolidados¹³.

5.1.- Ámbito escolar

Para que los programas de prevención alcancen sus objetivos es necesaria una acción continuada en el tiempo. En el periodo 1992-95, el Plan Regional sobre Drogas desarrolló acciones en el medio escolar, colaborando con el Consejo de Juventud de Castilla-La Mancha y con otras ONG's.¹⁴ En 1996, destacan el Programa Integral de Prevención Escolar (PIPE) y el Programa Y tú, ¿qué piensas?. El primero de ello, se implanta mediante un convenio con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), ampliándose a mayor número de zonas a lo largo de los años y realizando un seguimiento de los centros donde ya está funcionando. En 1996, de modo experimental, se desarrolló el programa Y tú ¿qué piensas? dirigido a jóvenes de 16 a 18 años. Dada su aceptación, un año más tarde se implementó a todos los Institutos de Educación Secundaria. Este Programa ha alcanzado un alto grado de participación, a través de numeroso material didáctico y del aumento de la calidad de los trabajos presentados al concurso del mismo nombre¹⁵. Por último, en el año 2000 se ha implantado el programa Entre Todos, en colaboración con el proyecto Hombre, así como programas experimentales para comprobar su éxito (ver Tabla 6). Según el responsable de Drogas, en la actualidad, se está iniciando un programa de prevención en los centros escolares de la región con el objetivo de que en el 2.005 el 100% de los centros de la región tengan programas de prevención escolar de los 3 a los 16 años, con profesores formados y material suficiente¹⁶.

12 Entrevista realizada en junio de 2002

13 Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-1999

14 Plan Regional sobre Drogas 1996-1999. Pp.9

15 Memorias del PNSD 1996-1999

16 Entrevista realizada en junio de 2002.

Tabla 6

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	4	Programa Integral Prevención Escolar	Material didáctico	68 profesores 30 centros escolares
1997	5	Programa Integral Prevención Escolar	Material didáctico	132 profesores 62 centros escolares
1998	4	Programa Integral Prevención Escolar Programa Y tú, ¿Qué piensas?	Material Didáctico Premios en convocatoria regional	94 profesores 67 centros 26 trabajos presentados
1999		Programa Integral Prevención Escolar Programa Y tú, ¿Qué piensas? Programas Experimentales en cuatro Centros	6.000 ejemplares y 415 guías didácticas del dossier De marcha	Profesores y alumnos
2000	4	Programa Integral Prevención Escolar Programa Y tú, ¿Qué piensas? Programa Entre Todos Programa Experimental en tres Centros	Material didáctico 1.075 ej.	25 centros jóvenes entre 16 y 18 años 496 alumnos y 3 cursos a 35 profesores líderes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión de los responsables, el Plan cuenta con una línea clara de Intervención. En este sentido, las prioridades son las establecidas en la Estrategia Nacional 2000-2008, es decir, la generalización de programas de prevención y la formación del profesorado, que se garantizan con los convenios establecidos con la FAD y el Proyecto Hombre con la distribución de material didáctico propio y gracias a la colaboración de la Consejería de Educación. Existe una coordinación para la implantación de los programas escolares y de formación del profesorado. Actualmente, se está iniciando el proceso de generalización de los programas de prevención escolar previsto en la Estrategia Nacional y se desconoce la acogida que tendrá en los centros educativos.

La prevención en los centros la realiza preferentemente el profesorado, aunque existe un sistema de control de la oferta de prevención escolar y se va a desarrollar otro sistema de acreditación que garantice la bondad de las intervenciones escolares. A los centros educativos se les oferta formación (Consejería de Educación, a través de una convocatoria al profesorado de ofertas formativas regulares y extraordinarias), materiales (a través de convenios de colaboración entre el Plan Regional y entidades colaboradoras) y actividades extraescolares (ofertadas por Ayuntamientos, la Consejería de Educación y Cultura y entidades colaboradoras). Cuentan con un sistema de control de los centros educativos que participan en actividades o programas de prevención, que en la actualidad se encuentra en fase de implantación, por lo que no se conocen los centros que participan en los distintos programas o actividades, aunque hay un seguimiento la formación del profesorado a través de cursos con entidades colaboradoras (FAD, Proyecto Hombre),

Consejería de Educación, Administración Pública y la colaboración del Plan Regional, generalmente en los Centros de Formación del Profesorado (CPR).

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Se ha realizado una evaluación de resultados del programa “tabaco, alcohol, educación”, propio de esta Comunidad. Junto a la evaluación de programas, disponen de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el porcentaje de profesores que han recibido formación en drogodependencias (Memorias presentadas por las entidades colaboradoras), la identificación de zonas de actuación preferente, las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo (Memorias Ayuntamientos colaboradores). El resto de aspectos contenidos en la Estrategia se encuentran en preparación.

5.2.- Ámbito familiar

El ámbito familiar ha ido cobrando importancia en el área de prevención, especialmente desde 1997, cuando se pone en marcha un programa destinado a mejorar la influencia preventiva en el medio familiar, en colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Ese mismo año se dedicó a seleccionar a los monitores de los cursos y programas y en los años posteriores se han impartido numerosos cursos a padres y madres sobre prevención (ver Tabla 7).

Tabla 7

Programas de prevención en el ámbito familiar (1996-2000).

<i>A. Familiar</i>	<i>Programas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Destinatarios</i>
1998	1	30 cursos	551 padres y madres
1999	1	28 cursos	490 padres y madres
2000	Programa de formación de mediadores sociales	15 actividades de formación para asociaciones padres y madres	330 personas

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3.- Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos, junto con actividades dirigidas para prevenir los factores de riesgo, canalizadas siempre a través del tiempo libre (población infantil y juvenil). Para ello, se parte de una estrategia global, con una línea clara de intervención respecto al tema. Se han formulado como prioridades la generalización de los programas “Comunidad, Escuela de Salud” y “Alcazul” y este objetivo se garantiza mediante convenios con los Ayuntamientos participantes y el desarrollo de sistemas informáticos que permiten la recogida de información.

En este ámbito intervienen Ayuntamientos especialmente y, a través de ellos, todos los recursos comunitarios disponibles. Por otra parte, la coordinación con otras instancias participantes en programas de prevención tiene lugar en reuniones periódicas con los responsables de los programas. No existe ningún nivel de coordinación con los profesionales y equipos de atención primaria

para promover su participación. Esta Comunidad no tiene identificadas poblaciones de actuación preferente, ni se elaboran mapas de riesgo. En el caso de los programas para jóvenes, pretenden promover el desarrollo de la participación comunitaria a través de la implicación de los Ayuntamientos, apoyados por estas administraciones y la Junta de Castilla-La Mancha. En su ejecución intervienen Ayuntamientos y todo tipo de recursos comunitarios. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos y los educadores socio-culturales.

El ámbito comunitario se ha desarrollado básicamente, mediante tres tipos de programas: "Comunidad, Escuela de Salud", Alcazul y Formación de Mediadores. El primer programa, funciona desde 1992 y está destinado al desarrollo de alternativas saludables de tiempo libre en niños de 10 a 14 años. Si en 1993 participaban 104 municipios¹⁷, en 1999 la cifra asciende a 173 Ayuntamientos, que aportan el 50% de financiación. Si bien supone importantes inversiones (cofinanciadas por la Consejería de Sanidad y los Ayuntamientos), ha permitido alcanzar un alto grado de rentabilidad¹⁸.

En 1996 se puso en marcha de modo experimental el programa Alcazul, con el objetivo de continuar el programa Comunidad, Escuela de Salud, en la población adolescente y juvenil y al igual que aquél, los ayuntamientos financian la mitad de este programa. Lo que empezó siendo una experiencia piloto se ha consolidado a lo largo del tiempo y además de albergar un mayor número de jóvenes (14.881 de 14 a 18 años), ha consolidado sus vías de difusión mediante la publicación de una revista que puede visualizarse en Internet y promueve una variada gama de actividades destinadas a transmitir información, canalizar la búsqueda de sensaciones y el desarrollo de actitudes pro-sociales. Por último, desde el Primer Plan Regional, se ha promovido la formación de mediadores sociales, dirigidos a miembros de asociaciones que no se dedican específicamente al campo de las drogodependencias pero que pueden colaborar de modo fundamental en el desarrollo de las actividades preventivas¹⁹. En 1999 se impartieron 53 cursos a un total de 1.538 adultos (ver Tabla 8).

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A.Comunitario	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	19	Comunidad, Escuela de Salud (16) Alcazul (2) Formación Mediadores	Pins, dípticos, carteles	44.465 niños de 10 a 14 años, 1.607 de 14 a 18 años y 1.000 adultos
1997	20	Comunidad, Escuela de Salud (16) Alcazul (2) Formación Mediadores	Pins, dípticos, carteles, Revista Alcazul	48.104 niños de 10 a 14 años, 2.986 de 14 a 18 años y 915 adultos
1998	29	Comunidad, Escuela de Salud (17) Alcazul (2) Formación Mediadores	Pins, dípticos, carteles, Revista y manual Alcazul	41.871 niños de 10 a 14 años, 5.040 de 14 a 18 años y 1.020 adultos
1999		Comunidad, Escuela de Salud Alcazul Formación Mediadores		60.466 niños de 10 a 14 años, 14.881 de 14 a 18 años y 1.538 adultos
2000		Comunidad, Escuela de Salud Alcazul	Revista con una tirada de 17.000 ejemplares	65.142 niños de 10 a 14 años, 13.570 inscripciones

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹⁷ Plan Regional de Drogas 1996-99.Pp.10

¹⁸ Memorias del PNSD 1996-99

¹⁹ Plan Regional sobre Drogas 1996-99, Pp.12

Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar y en relación con los indicadores de la Estrategia Nacional, el Plan conoce el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general, que lo obtienen de las Memorias de los Ayuntamientos y entidades colaboradoras. El resto de indicadores se encuentran en preparación.

5.4.- Ámbito de la comunicación.

Según explican los responsables del Plan, respecto a los medios de comunicación, no se determinan los mensajes que se van a transmitir por lo que tampoco se han seleccionado mensajes prioritarios. En la actualidad no hay mecanismos específicos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos y la sensibilización y formación de los profesionales de los medios es un objetivo en preparación. En relación con las nuevas tecnologías, especialmente Internet, el Plan Autonómico hace uso de ellas de manera exclusivamente informativa (a través de la página de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha).

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en el periodo 1996-99, salvo la campaña dirigida a alumnos de autoescuela en 1998, el resto de años, se ha dedicado a controlar el cumplimiento de la Ley contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores, realizándose un total de 2.829 inspecciones en 1999. (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Programas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	1	Radio, Spots de Televisión (34), 10.000 carteles, 70.000 folletos informativos para jóvenes, 15.000 folletos para empresarios, 80.000 pegatinas.	Población adulta, especialmente empresarios de hostelería y jóvenes
1997	1	4.898 inspecciones	Empresarios de hostelería
1998	2	1.402 inspecciones 425 vídeos, 425 manuales prof. y 20.000 folletos alumnos	Empresarios de hostelería Alumnos de autoescuela
1999	1	2.823 inspecciones	Empresarios de hostelería
2000	1	2.829 inspecciones	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5.- Ámbito laboral

Como se señala en la Memoria del Plan Nacional (1999), el medio laboral ha sido un área de actuación preferente continuando las líneas de trabajo a lo largo de estos años. En este sentido, según explican los responsables, se establece una coordinación con patronales y sindicatos mediante convenios con UGT y CCOO y con la Confederación de Empresarios de Castilla-La Mancha. Se presentan planes anuales y se establecen prioridades conjuntamente. Las actividades promovidas son la formación de mediadores sindicales y empresario, la información a los secto-

res implicados a través de publicaciones y revistas, actuaciones específicas en algunas empresas y campañas de sensibilización. Estas actividades no se integran dentro de los planes de seguimiento e higiene con carácter general -aunque cada vez es mayor la implicación de los servicios de prevención- sino que dependen de la negociación particular de cada empresa. Existe una identificación de los sectores de alto riesgo, considerándose prioritarias las intervenciones con estos colectivos. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas que, han evolucionado de forma creciente, especialmente las actividades realizadas. En el año 2.000 continúan realizándose importantes actividades gracias a la firma de un convenio entre la Confederación de Empresarios y los sindicatos UGT y CCOO (Ver Tabla 10).

Tabla 10

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

A.Comunitario	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	1	Edición de guía, jornada regional, cursos (11), anexo informativo en revistas	5.000ejemplares de la guía	Población laboral, asistentes a las jornadas y empresarios
1997	1	Jornadas regionales (11), cursos de prevención (17) y anexo informativo en revistas		Población laboral, asistentes a actividades de formación (852) y empresarios
1998	1	Jornadas (7), cursos formación (20), talleres informativos (6), hojas informativas (2), intervenciones en empresas (13), campañas asesoramiento trabajadores (3)	2.000 carteles, 9.500 dípticos, 5.500 guías orientación	Población laboral, asistentes a actividades de formación (1.842) y empresarios
1999		Campañas de prevención (3), intervenciones en 32 empresas, organización de jornadas formativas y talleres, publicación de libros.	4.000 ejemplares	Población laboral y Empresarios
2000		Campañas de prevención (3), cursos de prevención (20) y actividades formativas.	2 guías (4.000 ejemplares)	Sindicatos, empresarios y población laboral

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-1999.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información, disponen de mecanismos de diagnóstico, con estudios realizados "ad hoc" y estudios nacionales, además de acuerdos de colaboración con patronales y sindicatos e instrumentos de prevención validados.

5.6.- Ámbito municipal.

Según los responsables del Plan Regional, cuentan con 21 municipios con planes de drogas, con una evolución creciente desde 1995, año en que se inició su regulación. Se financian a través de convenios por programas en reuniones en las que participan como miembros de pleno derecho en la Comisión Interlocal. En cuanto a los municipios sin planes de drogas, se colabora a través de conve-

nios específicos por programas. Para evaluar esta tarea, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (Registro de Planes Municipales).

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos, especialmente a jóvenes, aunque algunos programas ya se han incluido en otras categorías (véase ámbito familiar y comunitario). Junto a estos programas, se ha fomentado la promoción de actividades deportivas como alternativa al consumo de drogas, por medio de convenios con diversas ONG's ("Deporte y Vida", "Deporte Joven"). Aunque ha descendido el número de programas y de niños que participan, cada vez cuentan con mayor número de escuelas deportivas, llegando a 52 en el año 2000 (ver Tabla 11).

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2000)

Otros ámbitos	Programas	Recursos materiales	Destinatarios
1996	- Promoción actividades deportivas (4) - Programa concurso jóvenes - Programa Fuerzas Armadas	4.000 dossiers	-1.733 niños -4.000 jóvenes -1.200 jóvenes
1997	- Promoción actividades deportivas (2) - Y tú, ¿qué piensas?	8.605 dossiers	-1.197 niños -8.605 jóvenes
1998	- Promoción actividades deportivas (1) - Prevención ámbito familiar		- 1.338 niños - 551 padres y madres
1999	- Promoción actividades deportivas (1) - Programa Fuerzas Armadas		-1.188 niños - 765 participantes
2000	- Promoción actividades deportivas (1) - Programa Fuerzas Armadas		- 52 escuelas deportivas y 1.249 niños

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el responsable de Drogodependencias señala que, las dificultades encontradas en la prevención son la falta de conciencia o conocimiento del riesgo de las drogas legales, especialmente del alcohol. Por esta razón, los mensajes preventivos en las sustancias legales tienen muy pocos efectos. Los retos pendientes de cara a la prevención son conseguir que la totalidad de los centros escolares tengan programas de prevención y que más municipios tengan Planes de Drogas²⁰.

6.- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, en 1992 se planteó la creación de la red asistencial con dos niveles de tratamiento, el primero para atender a los pacientes en régimen ambu-

²⁰ Entrevista realizada en junio de 2002.

latorio; el segundo, a de régimen residencial. La red contempla la atención de todo tipo de sustancias adictivas, de forma que, el Primer Protocolo para la Atención a las Drogodependencias (1992, reformado en 1994), incluía tratamiento a alcohólicos y adictos a la heroína. La atención a sustancias legales e ilegales es posible por las características de esta Comunidad, donde la tasa de inicios de tratamiento por consumo de drogas ilegales es una de las más bajas, lo que permite la atención sin listas de espera. Además, el perfil general del drogodependiente es de un nivel de marginalidad bajo y con gran apoyo familiar.

Al finalizar 1995, la Red Asistencial contaba como recursos con los Equipos de Atención a Drogodependientes (E.A.D.), los Centros de asistencia en régimen de internado (Comunidades terapéuticas y centros no sanitarios), las Unidades de desintoxicación hospitalaria, los pisos de acogida de apoyo al tratamiento ambulatorio y los programas específicos desarrollados en centros penitenciarios.²¹ Según las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, en el periodo 1996-2000, se han puesto en marcha nuevos programas, especialmente los de reducción del daño y las intervenciones en prisiones, sin perder la continuidad de los anteriores.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se mantienen constantes en el periodo de tiempo analizado, destacando el incremento del número de Comunidades Terapéuticas privadas y el aumento de los usuarios atendidos en los distintos dispositivos en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos (ver Tabla 12).

Tabla 12

Evolución de los recursos normalizados en el área de intervención asistencial

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	Plza	Usu*	Nº	Plza	Usu*	Nº	Plza	Usu*	Nº	Plza	Usu*	Nº	Plza	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia	8		908	7		1.243	8		1.119	9		1.225	9		1.111*
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	6		112	6		90	6		73	5	140	6		100	297
Centros de Día Terapéuticos				1		1		42							
Comunidades Terapéuticas	1 púb 10 priv .fin	24 31 7	185	1 pub 11 priv. fin	24 411	195	1 púb 10	priv. f	30 378	291	1 púb 13 priv. f	30 399	334	1 pub 15 priv. Fin.	30 563
Centros/Programas Prescripción Dispensación Opiáceos	1 pres cy disp		59	13 pres 13 disp 13 pres y dis		275	15 pres y disp		1.02 9						

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* Inicios de tratamiento

²¹ Plan Regional sobre Drogas, 1996-99.

La Memoria del PNSD, modifica la clasificación en 1999, distinguiendo entre Programas Libres de Drogas y Programas de Reducción del daño. De estos últimos se aporta más información que en años anteriores. Como se ha citado anteriormente, los programas de reducción del daño se han incrementado, al igual que en el resto de Comunidades, así como el número de usuarios que reciben tratamiento. La dispensación de metadona, en 1999 se ubica en los centros de salud o ambulatorios (1), los centros de tratamiento específico de drogodependencias (9, atendiendo a 1.247 usuarios), en los centros penitenciarios (6, atendiendo a 1.012 usuarios) y en las oficinas de farmacia (183, con un total de 68 usuarios). Los programas de intercambio de jeringuillas han descendido aunque atienden a un mayor número de usuarios, 239 en el año 2000. (ver Tabla 13).

Tabla 13

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
P. Intercambio Jeringuillas	4	97	6	185	4	99	2	115	2	239
Oficinas de farmacia							166	20	183	68
Programas dispensadores de metadona							166	1.774	183	2.291
Prog. Prescriptores y dispe.de metadona							17		16	2.291
Tratamiento con LAAM							3	20		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En la asistencia a problemas de alcoholismo, se ha producido un incremento del número de recursos disponibles en 1999, con la incorporación de un nuevo centro ambulatorio y un centro residencial (no hospitalario). El número de usuarios atendidos en los distintos dispositivos es cada vez mayor, con la excepción de las Unidades Hospitalarias (ver Tabla 14).

Tabla 14

Evolución de la asistencia a población con problemas de Alcoholismo en el área de Intervención asistencial (1996-2000)

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	7	384	7	451	7	468	8	568	8	642*
Unidades Hospitalarias	6	34	6	78	6	50	6	105	6	93
Centros Residenciales (no Hospitalarios)	1	5	1	23	1	20	2	61	2	77

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* Inicios de tratamiento

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, 1999 ha supuesto un avance en la consolidación de este tipo de programas, sumando a la oferta existente, nuevos programas preventivos en Instituciones Penitenciarias (5) y cursos de formación (2) para los profesionales que trabajan en este ámbito. Consecuencia de todo esto ha sido un mayor número de destinatarios, destacando el desarrollo de los programas alternativos (Ver Tabla 15). En su ejecución intervienen el Grupo Interdisciplinar de Drogas (GID) y la Cruz Roja, entre otras entidades.

Tabla 15

Evolución de las intervenciones preventivo-asistenciales en poblaciones con problemas jurídico-penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios
Formación							-2 cursos (policía y funcionario prisionero)	-3 cursos funcionario		
En Instituciones Penitenciarias	Amb(7) Metadona	876	Amb(7) Metadona	862 114	Amb(7) Metadona (7)	1.152 530	-Amb(6) -TMM (7) -Pre- ventivos (5)	525 857 600	Amb(6) TMM (6) Preventivos (6)	886 1.012 886
Cumplimientos alternativos (Comunidades Terapéuticas)		28			13	8	16 15 39	31		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En lo que respecta a la programación, según los responsables, en esta Comunidad no existen comisiones específicas de coordinación para planificar las distintas actividades y programas llevados a cabo en esta área. Estas actividades se organizan en la red asistencial de Castilla-La Mancha, donde la puerta de entrada son los Equipos de Atención a drogodependientes (E.A.D.). Estos recursos se encargan de estudiar y valorar cada caso, estimando la necesidad de someter a tratamiento al paciente o derivarlo a los recursos de tercer nivel (Comunidades Terapéuticas y Unidades de Desintoxicación). Junto a estos, los Pisos de Acogida actúan como recursos de apoyo residencial a los Equipos de Atención a drogodependientes (Pisos en Acogida). De los dispositivos mencionados, los E.A.D. son gestionados por Cruz Roja, Diputación de Toledo, Ayuntamiento de Almansa y J.C.C.M. (Junta de Comunidades); los pisos de acogida por entidades sin ánimo de lucro y por la Diputación de Toledo; las Comunidades Terapéuticas por entidades sin ánimo de lucro y J.C.C.M.. Por último, las Unidades de Desintoxicación por el Insalud, la Diputación de Toledo y la JCCM. Como se puede observar, las entidades sin ánimo de lucro participan gestionando recursos en todos los niveles de la red asistencial.

Para comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos planteados, los profesionales del Plan Autonómico realizan evaluaciones de diseño de los programas y actividades, mediante el seguimiento informático de los mismos y evaluaciones de implementación, mediante el análisis informático de los datos recogidos. Conforme a los resultados obtenidos, se entiende que el fun-

cionamiento de todos los programas (reducción de daño, asistencia a problemas de alcoholismo, en poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas asistenciales) es muy adecuado. Por esta razón, las previsiones de desarrollo de la red asistencial en un futuro, suponen la continuación de los programas existentes, junto con la ampliación y mejora de algunos de ellos.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. Los responsables consideran que la mayoría de los recursos materiales han sido muy adecuados, donde cabría citar los centros ambulatorios de asistencia, las comunidades terapéuticas públicas y privadas, los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, los centros residenciales no hospitalarios. La excepción la presentan las unidades hospitalarias, poco adecuadas a las necesidades de esta Comunidad en intervención asistencial. En líneas generales, los recursos han sido adecuados, cumpliendo los objetivos programados y sin ningún obstáculo en su consecución. Pese a ello, se está estudiando la creación de nuevos centros para mejorar la accesibilidad y en un futuro se espera aumentar el número de equipos ambulatorios en Castilla-La Mancha. Como conclusión, en función de los objetivos y las necesidades planteadas, los responsables del Plan Regional consideran óptimo el resultado final.

En palabras del responsable del Plan, lo más destacado en estos momentos sería la puesta en marcha un nuevo centro donde se da todo tipo de tratamiento tanto residencial como ambulatorio, a las distintas sustancias y patologías; la existencia de un centro especializado en tratamiento dual (una Comunidad Terapéutica que se ha especializado en este tratamiento); el intercambio de jeringuillas en farmacias y abrir una cartera de servicios de salud. El reto pendiente en este momento, es la integración de las drogodependencias en la Red de Salud porque hasta ahora ha sido una red paralela. *Actualmente estamos diversificando la red intentando acercar los tratamientos a la población que al estar tan dispersa no se pueden tener dispositivos asistenciales cercanos a la población porque son caros y la población atendidas es menor que en otras zonas. En este sentido intentamos acercar los dispositivos con las transferencias sanitarias lo que va a permitir que se den respuestas más cercanas a la población general (hospitales, salud mental). En definitiva, que el usuario no tenga que ir a dispositivos específicos para él sino que acudan a los servicios normalizados de la población²².*

7.- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

A grandes rasgos, la reinserción se entiende como el proceso de vinculación efectivo y activo en la realidad cultural, económica y social, que un sujeto realiza después de aislamiento o crisis con la misma²³. El objetivo del Plan Regional en este ámbito, ha sido trabajar la reinserción de los drogodependientes como un proceso de socialización, utilizando los recursos normalizados y elaborando un Protocolo de Reinserción para lograr una adecuada coordinación entre las instituciones que trabajan en esta tarea (laborales, de formación, servicios sociales y Plan Regional). En dicho protocolo -siguiendo el Plan Regional de Drogas- se establece la definición de fases en el proceso de tratamiento, en función de las que, cada paciente, dependiendo de sus características y dificultades, es derivado a recursos normalizados; una vez superadas las fases de desintoxicación y deshabitación deberá emprender la reincorporación social en contacto claro con el medio social e individual. Pero esta reinserción sólo se puede lograr con el seguimiento psicosocial adecuado por parte de los Equipos de Atención a Drogodependientes y los de empleo, formación, servicios sociales, etc. Por este motivo, junto al Protocolo establecido en 1994, se ha elaborado un sistema de evaluación que permite conocer los pacientes que se han insertado y los recursos utilizados, valorando las posibles deficiencias en el proceso.

²² Entrevista realizada en junio de 2002

²³ Plan Regional sobre Drogas, 1994. Protocolo de Reinserción

Una de las iniciativas puestas en marcha para conseguir la inserción es el Proyecto de Empleo "EXIT", aprobado por el Fondo Social Europeo, con un presupuesto de 225 millones para el periodo 1995-97. Mediante la elaboración de itinerarios individuales, por parte de las entidades responsables, este proyecto pretende lograr la formación para el autoempleo. Junto a éste, se han promovido otras actividades de reinserción, en colaboración con las Asociaciones de Prevención y Ayuda al Toxicómano y Alcohólicos Rehabilitados, así como otras destinadas a los toxicómanos con problemas jurídico-penales²⁴. En palabras del responsable del Plan, los Fondos Europeos han permitido crear oficinas de apoyo al empleo y formación empresarial, creación de empresas de inserción (curso para gerentes en empresas de inserción) de manera que esto se potencie y haya un programa previo al empleo normalizado (término medio entre el taller ocupacional simple y la integración en la empresa plena)²⁵.

A través de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, se puede conocer la trayectoria seguida por los diferentes recursos en materia de reinserción en el periodo 1996-2000, distinguiendo entre programas de formación, de incorporación laboral y de apoyo residencial (vivienda). El Plan Nacional sobre Drogas (1999), señala la buena disposición de los profesionales e instituciones avanzando en la normalización de los procesos de reinserción²⁶. La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción y los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases: preformación, formación e integración en el mercado laboral. En 1999 se produce un cambio en la definición de este tipo de programas lo que dificulta su comparación aunque, en general, se aprecia una especialización en los programas especiales de empleo, el surgimiento de plazas en empresas para la reinserción y la continuidad del Programa EXIT anteriormente citado a la vez que se están emprendiendo nuevas iniciativas subvencionadas por la Unión Europea. (Ver Tabla 16).

Tabla 16

Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

<i>Incorporación Social</i>	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
<i>Programas de Incorporación Laboral</i>										
<i>Preformación Laboral</i>	14	18		18		110				
<i>Formación Laboral</i>		48		34		43				
<i>Integración Laboral</i>						55				
<i>Programas Especiales de Empleo:</i>										
- Escuelas Taller							1	3	25	
- Casas de Oficios							1	2	30	
- Ayuntamientos								49		67
<i>Fondo Social Europeo</i>	1	65	1	338	1	224	1	143		
<i>Reserva de plazas en empresas</i>								73		65

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Los programas de formación se han ampliado en los últimos años ofertándose, junto a los cursos reglados ya existentes, actividades de información, formación y búsqueda de empleo y otros programas de formación laboral. Como resultado de esta incorporación se han formado una mayor proporción de sujetos (ver Tabla 17).

²⁴ Plan Regional sobre Drogas, 1996-99, Pp. 21-23

²⁵ Entrevista realizada en junio de 2002

²⁶ Pp. 137

Tabla 17*Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos Reglados	2	4		46		25		10		18
Actividades de información, formación y búsqueda de empleo								49		57
Formación laboral Plan FIP Otros Programas							3	60 33	6	89

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social ha ofrecido tradicionalmente apoyo residencial en los pisos tutelados. En 1998 se redujo este recurso a 4 pisos, aunque el número de usuarios ha seguido aumentando a lo largo de los años. Junto a estos, en el año 2000 se sumaron los centros terapéuticos (9) y residenciales (16), que completan la oferta de recursos empleados en reinserción (ver Tabla 18).

Tabla 18*Evolución de los recursos de inserción/reinserción social (1996-2000)*

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	Usu	Nº	Usu
Programas de Apoyo Residencial Pisos Tutelados	7	133	60	7	149	56	4	175	32	4	153	4	132
Centros terapéuticos con programas de reinserción (sin tratamiento)										9		9	
Centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción (Comunidades Terapéuticas)										14	460	16	450

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas suele ser anual o más de un año en el caso del FSE. Se encargan de programar estas actividades la Oficina de Coordinación y los Servicios Sociales Generales. Esta área cuenta en la actualidad con un solo convenio establecido con Ayuntamientos, que funcionan muy bien en opinión de los responsables. Los principales obstácu-

los encontrados en el desarrollo de las actividades y programas han sido la insuficiente oferta de programas y recursos y la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. El funcionamiento de los programas de inserción es considerado bueno, dentro de los que se incluyen los ya mencionados Programas del Fondo Social Europeo, que los gestiona la Oficina y otros Programas con otros organismos de la Comunidad, tal es el caso de los de Inserción y Bienestar Social, Ayudas al Empleo de Industria y Trabajo y, por último, los programas de formación.

En función de las necesidades estimadas, los responsables aumentarían el número de programas de formación e integración laboral, manteniendo los de apoyo residencial. Si el funcionamiento de los programas es calificado como bueno, igual ocurre con las actividades y recursos de reinserción, salvo los Cursos de Formación profesional homologados por el INEM y la reserva de plazas en empresas, cuyo funcionamiento cabría mejorar. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las de información, orientación y búsqueda de empleo; las Escuelas Taller; las Casas de Oficios; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción y la integración en programas de empleo municipales. El volumen de actividades y recursos restantes -Cursos de Titulación Académica; pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos y libres de drogas- se considera adecuado.

Por último, según el responsable del Plan el principal problema se encuentra en la necesidad de transferir las políticas activas de empleo (INEM). Los restos pendientes son la formación ocupacional de los pacientes y la adaptación de los recursos a las peculiaridades de éstos, en muchos casos pacientes crónicos que en algunas fases de su vida no podrán trabajar²⁷.

8.- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados en primer lugar, por acuerdo estable de colaboración entre alguna Universidad o Centro Público de Investigación; en segundo lugar, por técnicos y personal de la propia institución; finalmente, por el F.M.P. de Castilla-La Mancha. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Regional hasta la fecha, han sido la epidemiología de los consumos de drogas en colectivos específicos y la evaluación de resultados de los programas asistenciales, de prevención y de inserción social.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados en la Comunidad es insuficiente aunque la calidad de los resultados se considera buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que promover la evaluación de los programas de prevención, asistencia y reinserción social, al igual que a nivel estatal, donde la investigación sobre drogas se considera escasa.

9- RELACIÓN CON LAS ONG'S

Como se observa a lo largo de este informe, la participación de las ONG's en el Plan Regional es fundamental, con un gran protagonismo en todas las áreas de intervención, fundamentalmente en la ejecución de los programas. Como señala el responsable del Plan su papel fue funda-

²⁷ Entrevista realizada en junio de 2002.

mental cuando no había recursos porque fueron la voz crítica que presionaba a la administración para conseguir los recursos necesarios. Ese tiempo ha pasado pero aún hay ONG's organizadas reivindicando aquello que hace falta (el tema de la justicia en las drogodependencias, instituciones penitenciarias, tratamientos alternativos a la privación de libertad, etc) son temas en los que hay mucho que hacer. La normalización del sistema sanitario, las ONG's demandan que sus familiares, sus hijos, sus hermanos puedan ser tratados de la manera que deben ser tratados. Además desde hace algunos años las ONG's están haciendo prestación de servicios, para que no todos los recursos tengan que ser del sistema sanitario, lo que llamamos las sociedades de intermediación: asociaciones, ONG's, etc que pueden prestar una serie de servicios importantes en el ámbito sanitario, de inserción, etc, además de participar en todos los organismos de coordinación. También se establece con ellas subvenciones a partir del Plan Regional o de otros organismos para que desempeñen la labor asistencial o en otros ámbitos. Participan principalmente en programas complementarios a la asistencia como centros de día, educadores de calle, centros de emergencia y programas de inserción e incorporación social²⁸.

La relación con el Plan Regional se establece con la firma de convenios o subvenciones en determinados programas. Desde 1996 al año 2000 la participación ha sido cada vez mayor, con un total de 120 convenios y subvenciones. Además, se ha producido un claro cambio de tendencia a lo largo de estos años, confiriendo mayor importancia a los convenios en detrimento de las subvenciones a este tipo de organizaciones (ver Tabla 19).

Tabla 19
Convenio y Conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	51	48
1997	67	45
1998	63	53
1999	53	74
2000	49	73

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

El primer Plan Regional de Drogas en Castilla-La Mancha se elaboró en 1987 y hasta 1992, cada año se iban diseñando planes sucesivos siguiendo las prioridades marcadas desde el Plan Nacional. En 1992, se puso en marcha el primer Plan Regional de drogas con carácter cuatrienal (1992-1995), donde se abarcan objetivos ya no sólo en el ámbito preventivo y asistencial sino también en el de incorporación social y en el de coordinación. Un año más tarde, se definieron las competencias y estructuras de la Consejería de Sanidad, quien estableció las funciones de la Dirección General del Plan Regional sobre Drogas (elaboración de los planes regionales, coordinación y elaboración de programas, asistencia técnica, etc).

Según el responsable del Plan Autonómico, las regiones tienen propias características que de por sí pueden hacer incidencia en otros aspectos. La situación se considera entre grave y moderada y las sustancias más problemáticas son el tabaco, el alcohol y la heroína. Mientras que el consumo de alcohol y tabaco tiene una media por encima de la nacional el de drogas ilegales es menor que el resto. La heroína ha descendido, sustancia que inyectada ha estado muy presente en la región aunque con menor proporción a España y los consumidores que quedan son llevan

²⁸ Entrevista realizada en junio de 2002.

muchos años de consumo sin existir gente joven. Por último, las pastillas están presentes como en todas partes pero no hay una incidencia especial.

El último informe del Observatorio Español muestra que la demanda a tratamiento por sustancias psicoactivas ha sido una de las menores. La proporción de admitidos por primera vez por consumo de heroína por vía parenteral ha descendido, convirtiéndose en una de las más bajas, al tiempo que las admisiones a tratamiento por cocaína han aumentado considerablemente alcanzando una tasa del 5,7 en 1997-99. Respecto a la vía de administración, se sigue la tendencia nacional, descendiendo la vía intravenosa y aumentando la fumada e inhalada. En cuanto a los casos de SIDA diagnosticados desde 1981, un 68,5% se refieren a Usuarios de Drogas por vía parenteral, algo superior al nacional (65%).

Desde que la Comunidad tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado tres Planes. En general se considera un punto fuerte la planificación partiendo de un estudio previo de necesidades y empleando fuentes primarias y secundarias y la programación, en la que participan responsables políticos, técnicos y la Oficina del Comisionado. Como puntos débiles, no existe ninguna comisión de nivel interno encargada de realizar el seguimiento del Plan; los responsables señalan dificultades de coordinación con la Administración Autonómica en la aplicación del Plan y en el ámbito financiero para lo que sería necesario disponer de más fondos. Además, no existe ninguna unidad encargada de su difusión de la información en materia de drogodependencias a la población.

En los últimos cinco años, el personal que trabaja en drogodependencias ha aumentado. El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales, seguida de Prevención e Incorporación Social, respectivamente, aunque la dotación de personal de Intervención Asistencial e Incorporación Social se considera insuficiente. Las principales deficiencias que afectan al personal están motivadas por las distancias kilométricas, que dificultan la coordinación; además, en prevención, la eventualidad de los contratos y en incorporación social, el personal depende de los Servicios Sociales Generales y es necesaria una mayor coordinación. En cuanto a la formación, la mayoría de las personas empezaron sin experiencia porque no ha habido un trabajo de universidad previo que preparase a estos profesionales. Muchos de ellos, después de muchos años trabajando son auténticos expertos y en la actualidad cuentan con un buen número de profesionales formados que están haciendo un trabajo admirable. El punto fuerte del mismo se encuentra en la buena disposición de los profesionales en el tema de las prisiones, aunque señala como punto débil que estos están bastante saturados, cuentan con pocos medios, etc.

Por otro lado, los recursos económicos crecieron en 1999 un 39,3%. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar la incorporación social y la coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000, con el que tenía en 1996, en intervención asistencial, prevención y formación e investigación se ha producido un incremento del gasto, mientras que en incorporación social y coordinación ha ocurrido lo contrario.

Según el responsable de Drogodependencias en la prevención hemos hecho siempre mucho hincapié pudiendo ser la región que proporcionalmente mas cantidad destina a esta área, entendiendo que las circunstancias naturales (geografía amplia, población dispersa) son propicias para potenciar el ámbito comunitario, familiar o escolar. En el periodo considerado, se ha producido un aumento de los programas en todos los ámbitos, haciendo hincapié en la prevención de alcohol entre los jóvenes. Además se observa la continuidad en el tiempo de los programas, lo se considera fundamental para alcanzar los objetivos. En este momento se persigue alcanzar los objetivos de la Estrategia Nacional, en el caso del ámbito escolar conseguir que en el 2.005 el 100% de los centros tengan programas de prevención escolar de los 3 a los 16 años, con profesores formados y material suficiente. Aunque algunos indicadores se encuentran en preparación, han evaluado diversos programas y disponen de un conjunto de indicadores para poder realizar el seguimiento de los mismos; en el ámbito comunitario sin embargo, no tiene identificadas poblaciones de actuación preferente, ni se elaboran mapas de riesgo.

Se considera un punto fuerte del Plan la prevención en el medio laboral, ya que ha sido un área de actuación preferente aumentando los programas y continuando las líneas de trabajo a lo largo de estos años, con una importante coordinación con patronales y sindicatos. Estas actividades no se integran dentro de los planes de seguimiento e higiene con carácter general -aunque cada vez es mayor la implicación de los servicios de prevención- sino que dependen de la negociación particular de cada empresa. Existe una identificación de los sectores de alto riesgo, priorizándose las intervenciones con estos colectivos, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas y con instrumentos de prevención validados. Como contrapartida, la prevención a través de los medios de comunicación se considera un punto débil, ya que no se determinan los mensajes que se van a transmitir y tampoco se seleccionan mensajes prioritarios, no hay mecanismos específicos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos y la sensibilización y formación de los profesionales de los medios es un objetivo en preparación. Las dificultades encontradas en la prevención son la falta de conciencia o conocimiento del riesgo de las drogas legales, especialmente del alcohol. Por esta razón, los mensajes preventivos en las sustancias legales tienen muy pocos efectos. Los retos pendientes de cara a la prevención son conseguir que la totalidad de los centros escolares tengan programas de prevención y que más municipios tengan Planes de Drogas.

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la red contempla la atención de todo tipo de sustancias adictivas, lo que es posible por las características de esta Comunidad, donde la tasa de inicios de tratamiento por consumo de drogas ilegales es una de las más bajas y permite la atención sin listas de espera. Además, el perfil general del drogodependiente es de un nivel de marginalidad bajo y con gran apoyo familiar. En los últimos años, se han puesto en marcha nuevos programas, como los de reducción del daño y las intervenciones en prisiones, sin perder la continuidad de los anteriores. En líneas generales, se ha producido un incremento en el número de Centros Ambulatorios, Comunidades Terapéuticas privadas, recursos para atender a la población con problemas de alcoholismo y nuevos programas en Instituciones Penitenciarias, mientras que han descendido los programas de intercambio de jeringuillas. Los usuarios atendidos han aumentado en todos los recursos y programas salvo en los Centros Ambulatorios, donde ha ocurrido lo contrario.

Como punto débil hay que mencionar que no existen comisiones específicas de coordinación para planificar las distintas actividades y programas llevados a cabo aunque los profesionales del Plan realizan evaluaciones de diseño y de implementación. Conforme a los resultados obtenidos, se entiende que el funcionamiento de todos los programas es muy adecuado por lo que las previsiones de desarrollo de la red asistencial suponen la continuación de los programas existentes, junto con la ampliación y mejora de algunos de ellos.

Los responsables consideran que la mayoría de los recursos materiales han sido muy adecuados, con la excepción de las unidades hospitalarias, poco adecuadas a las necesidades de esta Comunidad. Pese a ello, se está estudiando la creación de nuevos centros para mejorar la accesibilidad y en un futuro se espera aumentar el número de equipos ambulatorios. Lo más destacado en estos momentos sería la puesta en marcha un nuevo centro donde se da todo tipo de tratamiento tanto residencial como ambulatorio, a las distintas sustancias y patologías; la existencia de un centro especializado en tratamiento dual (una Comunidad Terapéutica que se ha especializado en este tratamiento); el intercambio de jeringuillas en farmacias y abrir una cartera de servicios de salud. El reto pendiente en este momento, es la integración de las drogodependencias en la Red de Salud porque hasta ahora ha sido una red paralela. *En definitiva, que el usuario no tenga que ir a dispositivos específicos para él sino que acudan a los servicios normalizados de la población*²⁹.

En lo relativo a la inserción social el objetivo ha sido trabajar la reinserción de los drogodependientes como un proceso de socialización, utilizando los recursos normalizados y elaborando un Protocolo de Reinserción para lograr una adecuada coordinación entre las instituciones que

29 Entrevista realizada en junio de 2002

trabajan en esta tarea y un sistema de evaluación que permita conocer los pacientes que se han insertado y los recursos utilizados, valorando las posibles deficiencias en el proceso. *En palabras del responsable del Plan, los Fondos Europeos han permitido crear oficinas de apoyo al empleo y formación empresarial y un programa previo al empleo normalizado (término medio entre el taller ocupacional simple y la integración en la empresa plena).*

En general, se aprecia una especialización en los programas especiales de empleo, el surgimiento de plazas en empresas para la reinserción y la continuidad del Programa EXIT a la vez que se están emprendiendo nuevas iniciativas subvencionadas por la Unión Europea. Los programas de formación se han ampliado en los últimos años ofertándose, junto a los cursos reglados ya existentes, actividades de información, formación y búsqueda de empleo y otros programas de formación laboral. Como resultado de esta incorporación se han formado una mayor proporción de sujetos. Para lograr la incorporación social ha ofrecido apoyo residencial en los pisos tutelados.

Los principales obstáculos encontrados han sido la insuficiente oferta de programas y recursos y la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen para el tratamiento. El funcionamiento de los programas de inserción es considerado bueno aunque aumentarían el número de programas de formación e integración laboral. También es bueno el funcionamiento de las actividades y recursos, salvo los Cursos de Formación profesional homologados por el INEM y la reserva de plazas en empresas, que cabría mejorar. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las de información, orientación y búsqueda de empleo; las Escuelas Taller; las Casas de Oficios; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción y la integración en programas de empleo municipales. El volumen de actividades y recursos restantes se considera adecuado. El principal problema se encuentra en la necesidad de transferir las políticas activas de empleo (INEM). Los restos pendientes son la formación ocupacional de los pacientes y la adaptación de los recursos a muchos pacientes crónicos que en algunas fases de su vida no podrán trabajar.

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrollados son realizados en primer lugar, por acuerdo estable de colaboración entre alguna Universidad o Centro Público de Investigación. La cantidad de estudios realizados es insuficiente aunque la calidad de los resultados se considera buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que promover la evaluación de los programas de prevención, asistencia y reinserción social, al igual que a nivel estatal, donde la investigación sobre drogas se considera escasa. Finalmente, la participación de las ONG's en el Plan Regional fue fundamental como voz crítica cuando no había recursos y continúan teniendo un gran protagonismo en la ejecución de los programas en todas las áreas de intervención. Desde 1996 al año 2000 la participación ha sido cada vez mayor y se ha producido un claro cambio de tendencia a lo largo de estos años, confirmando mayor importancia a los convenios en detrimento de las subvenciones a este tipo de organizaciones.

CASTILLA Y LEÓN

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo desempeñado por Castilla y León en la lucha contra el problema de las drogodependencias es notable. Prueba de ello es el desarrollo -durante doce años- de una política de intervención planificada en esta materia y la puesta en práctica de sucesivos Planes de Drogas para enfrentarse y tratar de solucionar este fenómeno. Son numerosas las actuaciones realizadas por esta Comunidad, destacando la fecha de 1988, año donde se puso en marcha el I Plan sobre Drogas. Posteriormente, en 1996, dentro del marco del Plan Regional sobre Drogas, se aprobaron cinco Planes Locales y siete Ordenanzas Municipales reguladoras de la venta y consumo de bebidas alcohólicas bajo lo establecido por la Ley 3/1994, sobre Drogodependencias. En el último trimestre del mismo año se comenzó a elaborar el III Plan Regional (1997-2000), aprobado y entrando en vigor en 1997¹, el cual se ajustó en su estructuración y contenido a los Planes anteriores y a lo establecido en el Decreto 200/1997, de 9 de octubre.

En 1997, se aprobaron cinco nuevos Planes Municipales y se renovó un Plan Provincial. El III Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (Consejería de Sanidad y Bienestar Social) se basa en la cooperación y coordinación de iniciativas diversas para prevenir o solucionar los problemas relacionados con las drogodependencias. En él se desarrollan las directrices de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes. En 1998 más de un centenar de instituciones públicas y privadas colaboraron directamente en su desarrollo, además de las más de 230 entidades que participaron en los Planes Locales sobre Drogas (17, además de 13 Ordenanzas municipales). Por otro lado, fue el primer año completo de vigencia del III Plan Regional Sobre Drogas de esta Comunidad, cumpliéndose en esta fecha una década de intervención pública planificada en drogodependencias².

Recientemente, el IV Plan Regional sobre Drogas ha sido aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León (Decreto de 3 de mayo de 2001), con una vigencia de cuatro años (2001-2004) y siendo vinculante para todas las Administraciones públicas y entidades privadas e instituciones que realicen actividades en esta materia. El nuevo Plan ha teniendo como base las prioridades establecidas en la Ley 3/1994, mencionada anteriormente; la evaluación; la experiencia derivada de los anteriores Planes; las Estrategias Nacional y Europea sobre Drogas y, finalmente, las propuestas de las administraciones públicas, ONGs, entidades privadas e instituciones que trabajan en drogodependencias. El Plan cuenta con 29 principios rectores, entre los que habría que destacar la responsabilidad compartida de todos los poderes públicos; la participación de la comunidad, por medio de instituciones y grupos organizados; la descentralización,

¹ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria, 1996.

² Plan Nacional sobre Drogas, Memoria, 1998.

con responsabilidad y autonomía en la gestión; la coordinación y cooperación entre instituciones y la aproximación global, al dirigir sus actuaciones a todas las sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol y el tabaco. A su vez, se han establecido 22 objetivos agrupados en tres categorías: mejora de la salud, de programas y servicios y reducción de los riesgos. Finalmente, todas estas actuaciones estarán apoyadas en 5 pilares básicos: prevención del consumo de drogas; reducción de los daños; asistencia e integración social; coordinación y cooperación y formación, investigación y evaluación³.

En opinión del responsable, como aspectos más destacados en la evolución del Plan, señala que en esta Comunidad se ha tenido una política muy continua, algo que es muy necesario al hablar en materia de drogodependencias: ha habido una gran estabilidad política; el responsable político en el Comisionado para la Droga ha seguido un planteamiento de continuidad con las actuaciones anteriores, cambiando solamente lo que era necesario. Ha habido una gran estabilidad, no se han producido sobresaltos ni giros, lo que ha permitido consolidar las actuaciones en el nivel asistencial, legislativo, en la relación con las Corporaciones Locales, en la financiación y cooperación con las ONGs. Una gran sostenibilidad de las actuaciones, lo que permite trabajar sobre lo ya construido. Han habido problemas, como en todas partes, pero no grandes crisis (fuerzas alarmas sociales, etc.), lo que ha permitido tomar decisiones pensadas, programadas y realizar evaluaciones cada vez con mayor rigor (de las actuaciones, de los programas de prevención, etc.), todo gracias a trabajar sobre lo que ya está hecho.

En estos momentos, en lo que respecta a las diferentes áreas de actuación, lo prioritario son las intervenciones en materia de alcohol y tabaco, el tema de la prevención y de la integración social. La asistencia es muy importante, pero como se tiene una red lo suficientemente consolidada en esta materia, se quiere poner más el énfasis en campos que se deben desarrollar más como la prevención y la inserción sociolaboral del drogodependiente. Dentro de la prevención, sobre todo desarrollar programas más rigurosos en la prevención escolar y familiar, con actuaciones dentro de los Planes Locales sobre Drogas y poner énfasis en el control de la oferta en el tema del alcohol y del tabaco. En la integración sociolaboral, que el papel de las corporaciones locales sea más activo y que se dedique más tiempo a esta tarea (siempre se han preocupado más por la prevención), y que no se encaminen sólo a lo laboral, sino también a otras facetas importantes en la recuperación del drogodependiente: la familiar, el apoyo social, las necesidades materiales, etc., una labor más amplia que no sólo se quede en lo laboral. También es importante el campo de la investigación y de la evaluación, hemos organizado un convenio en el año 2000 con el PNSD, con la Delegación del Gobierno, para tener un Centro Nacional de referencia en alcohol y otras drogas, concretamente en dos Universidades de la Comunidad Autónoma, donde se están haciendo líneas de investigación que tengan movilidad nacional, concretamente en el campo del alcohol y tabaco.

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado ligeramente. El alcohol y el tabaco son señaladas como las sustancias más problemáticas, seguidas por la heroína. En su opinión, afectan a un gran número de personas, con un alto impacto social y sanitario, en el caso del alcohol, y sanitario en lo referente al tabaco. Esto último también ocurre con la heroína, además de generar un gran peso en las admisiones a tratamiento.

³ IV Plan Regional sobre drogas, 2001-2004.

En lo que al alcohol respecta, según datos del III y IV Plan Regional sobre Drogas, su consumo ha seguido una tendencia ligeramente ascendente a lo largo del tiempo, un consumo algo mayor al del promedio de España. Entre 1989 y 1997, se ha pasado en el consumo por habitante y día (población 14-70 años) de 7,3 litros a 7,9 litros. En el 2000, un 54,2% de esta población reconoció tomar bebidas alcohólicas semanal o diariamente (20,3%). Entre los adultos que experimentaron un consumo excesivo (más de 80 gr. diarios) la tendencia fue al descenso, pasando de un 3,6% en 1997 a un 2,6% en el 2000. Haciendo una distinción por sexo y frecuencia y cantidad de consumo, es de gran importancia el abuso de esta droga, especialmente entre los consumidores semanales, y aunque con una prevalencia mayor entre los varones, se aprecia un incremento en el consumo de las mujeres, pasando de un 41,4% en 1997 a un 50,4% en el 2000 (ver Tabla 1).

Según el último Informe del Observatorio Español sobre Drogas, los datos de 1999 apuntaron un 64,2% en prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días, concretamente un 79,7% de hombres frente a un 48,3% de mujeres. En el grupo de edad de 35 a 39 años es donde se concentra el mayor número de bebedores varones (85,5%), seguido -con porcentajes bastantes similares- por el de 25 a 29 años y el de 30 a 34 años. En el caso de las mujeres, es especialmente entre los 20 y 29 años, aunque siempre con cifras más bajas a la de los hombres.

Tabla 1
Consumo de alcohol (%) según frecuencia y cantidad por sexo, 1997-2000

	CONSUMIDORES SEMANALES		CONSUMIDORES DIARIOS		EXCONSUMIDORES		CANTIDAD ALCOHOL (g/día)	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
1997	64	41,4	33,5	17,6	37,4	25,9	6,6	2,8
2000	58	50,4	22,2	18,5	33,5	31,3	4,8	4,4

Fuente: IV Plan Regional sobre Drogas, 2001-2004.

La encuesta escolar a estudiantes entre 14 y 18 años, puso de manifiesto que en 1994, el 43,5% decía haberse emborrachado alguna vez y el 24% en el último mes; mientras que en 1996 los porcentajes ascendieron a un 50,1% en el primer caso, y a un 28% en el segundo. El consumo de alcohol entre los adolescentes ofrece unas cifras alarmantes en la actualidad, ya que el 51,5% declara beber alcohol semanalmente, y la edad de iniciación del consumo se sitúa en los 13 años. En cuanto al conjunto de la población joven, 63 de cada 100 menores de 25 años consume habitualmente alcohol los fines de semana.

Respecto al tabaco, la Encuesta Nacional de Salud de los años 1987 y 1993, señaló que su consumo en Castilla y León ha ido disminuyendo ligeramente de forma progresiva, pasando de un 37% a un 36%, respectivamente. La Encuesta de Consumo de Drogas en Castilla y León de 1989, 1992 y 1997 (ver Grafico 1), comparte esta visión, apuntando entre los fumadores habituales un 44% en 1989, un 40% en 1992 y un 39% en 1997⁴. Tres años más tarde, en el 2000, esta misma encuesta reflejó un nuevo descenso, llegando este porcentaje de fumadores habituales al 35,2%⁵.

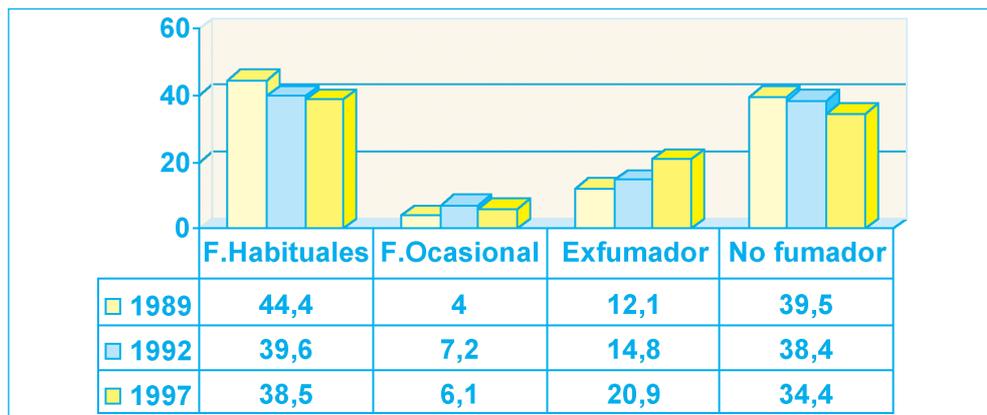
Las diferencias por sexo y edad en el consumo de tabaco se aprecian considerablemente. En el caso de los varones, los más fumadores se concentran especialmente en el grupo de 20 a 29 años (42,1%), seguido por los de 40 a 49 (38,2%) y, finalmente, los de 30 a 39 años (37,1%). En las mujeres, los mayores niveles de consumo se aprecian entre los 30 y 39 años (46,1%) y 20 y 29

4 III Plan Regional sobre Drogas, 1998.

5 IV Plan Regional sobre Drogas, 2001-2004.

Gráfico 1

Prevalencia de fumadores (%) en la población general (14-70 años), 1989-1997

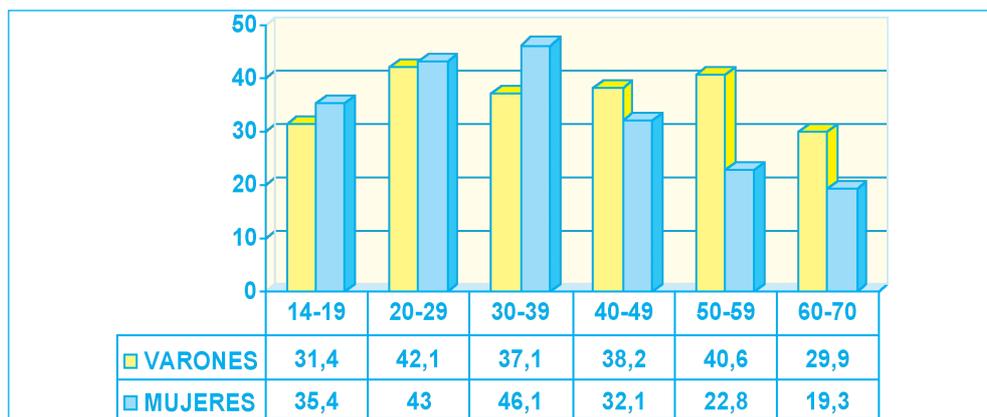


Fuente: III Plan Regional sobre Drogodependencias. 1998

(43%). Comparando ambos grupos, se observa que hasta los 39 años, las mujeres superan a los hombres en el consumo de tabaco, sin embargo, a partir de los 40 años, esta tendencia se invierte (ver Gráfico 2).

Gráfico 2

Distribución por edad y sexo de los fumadores habituales, 2000.



Fuente: Plan Regional sobre Drogodependencias. 1996

Respecto a las drogas ilegales, se caracterizan por tener bajos niveles de consumo en comparación con los promedios nacionales. Aunque el consumo de heroína ha sufrido un ligero descenso, sigue siendo la droga ilegal que genera más graves y numerosos problemas, y la que produce mayor gasto asistencial. Según los datos del III Plan Regional sobre Drogas de 1998, el 92% de los pacientes admitidos a tratamiento por consumo de drogas (excluido el alcohol) en los centros de la red asistencial de 1996, lo eran por consumo de heroína, pero este porcentaje ha ido bajando lentamente en los últimos años. La Encuesta Domiciliaria de 1995 para toda España, indi-

có que el consumo de heroína fue del 0,5% en el último año, y del 0,3% en el último mes, lo cual puso en evidencia la estabilización e incluso la bajada en el consumo de opiáceos. En Castilla y León, en 1997 el porcentaje de consumidores habituales de opiáceos entre 14 y 70 años era del 0,24%.

El consumo de cocaína, en general, es bajo, aunque supera al de opiáceos. La Encuesta de Consumo de Drogas en Castilla y León de 1989, 1992 y 1997, señaló que el consumo de cocaína en 1989 fue del 1,65%, y en 1997 del 1,2%; superior a la prevalencia para España⁶ que en 1995 fue del 0,4%. En esta Comunidad, el tratamiento por dependencia de cocaína ha sufrido un ligero ascenso, según datos de la Memoria del 98, ha pasado del 3,9% en 1987 al 5,3% (111 casos) en 1996. El consumo de las drogas de síntesis, no ha parecido un problema que haya alcanzado grandes dimensiones como ha ocurrido en otras Comunidades Autónomas (8 casos, 0,4% del total de admisiones a tratamiento como droga principal en 1996: SAITC y L). El cánnabis es la droga no institucionalizada más consumida en Castilla y León. En 1989, la prevalencia del consumo habitual fue del 7,8% y en 1997 del 5,8%, mientras que en España en 1995 fue del 2,7%. Según datos del OED, en 1999 su consumo ascendió al 7%. Esta droga no tiene especial relevancia como causante de tratamientos, pero sí que es una de las drogas secundarias más consumidas por los pacientes. Por último, en el apartado de "otras drogas", los tranquilizantes utilizados con fines no médicos, son sustancias con un consumo frecuente y con tendencia a aumentar (1989: 1,1%, 1992: 2,5%, 1997: 1,9%). Su consumo es mayor entre mujeres y también se utiliza como droga asociada a los policonsumidores⁷.

Respecto al resto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, señala que Castilla y León se encuentra entre las regiones más fumadoras (58,3%); sin embargo, ocupa una de las últimas posiciones en el consumo de cánnabis (19,9%). Por su parte, las cifras de la Encuesta Domiciliaria de 1999, en las diferentes sustancias, son generalmente inferiores en Castilla y León, concretamente para el cánnabis, éxtasis, somníferos, alucinógenos y crack; sin embargo, son similares para los tranquilizantes, cocaína, anfetaminas, inhalables y heroína, sin superar -en ninguna sustancia- a la media nacional⁸.

En opinión del responsable del Plan Regional, el consumo más importante o los problemas derivados del consumo están relacionados, con gran diferencia, con el alcohol y el tabaco. Tenemos unos niveles de consumo de bebidas alcohólicas (de cerveza, por ejemplo) superior al promedio nacional; y respecto al consumo del tabaco, nos encontramos aproximadamente en la media nacional, por lo que se establecen prioridades sanitarias y sociosanitarias en relación con estas dos sustancias. Respecto a las drogas ilegales, al igual que en el resto de España, el consumo de cánnabis, de drogas de síntesis y el de cocaína ha experimentado un crecimiento entre los estudiantes de 14 a 18 años entre 1998 y 2000, aún así, está claramente por debajo de los promedios nacionales.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

El alcohol y el tabaco, según el III Plan Regional sobre Drogas, además de ser las sustancias más consumidas en esta Comunidad, son las que generan más problemas relacionados con la salud en lo relativo a la morbilidad y mortalidad. Además, es enorme el coste económico que generan en asistencia sanitaria y en pérdida de productividad laboral. El alcohol, en concreto, también ocasiona importantes problemas sociales.

El consumo de drogas no institucionalizadas también desencadena una serie de problemas como las admisiones a tratamiento. La heroína es la principal sustancia que genera esta situación

6 Encuesta Domiciliaria de 1995

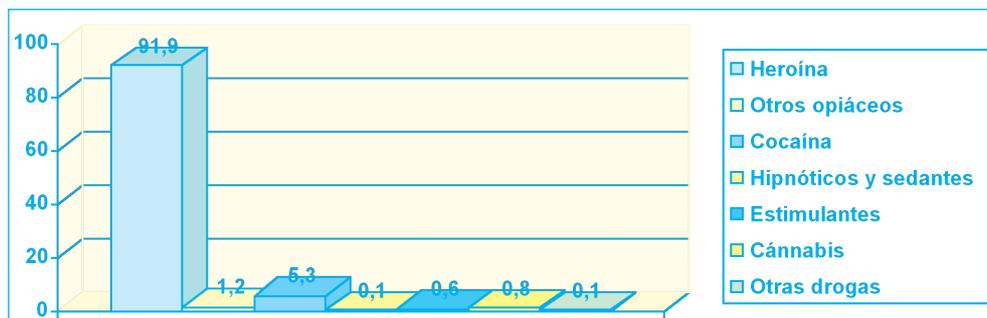
7 III Plan Regional sobre Drogas, 1998

8 IV Plan Regional sobre Drogas, 2001-2004.

con un 91,9% (1.911 casos) en 1996. La cocaína ocupó una segunda posición en la lista, aunque con una proporción de casos mucho menor (5,3%). El resto de las drogas (otros opiáceos, estimulantes, cánnabis, etc.) apenas llegaron a un 1% (ver Gráfico 3). En 1998, la proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína descendió a un 23,4%.

Gráfico 3

Admisiones a tratamiento por consumo de drogas no institucionalizadas, 1996.



Fuente: III Plan Regional sobre Drogas. 1998

Los episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas también han tenido un protagonismo considerable, donde la heroína y la cocaína acumulan entre el 62 y 74% del total. En el periodo 1996-1999, las urgencias por heroína bajaron 10,4 puntos porcentuales, mientras que por cocaína aumentaron en un 11,6⁹. En lo que al alcohol respecta, según los datos ofrecidos por el indicador de urgencias del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías (SAITC y L), en 1996, de los 689 casos atendidos en servicios de urgencias de 4 hospitales por problemas relacionados con el alcohol (69% del total de las urgencias relacionadas con las drogas registradas ese año), el 42% tenían entre 15 y 25 años, de los que el 71% fueron atendidos en día festivo por intoxicación etílica aguda y un 42% eran mayores de 35 años, donde un 60% acudieron frecuentemente en días de diario y por problemas más variados. Las drogas de síntesis no han sido especialmente las protagonistas de los episodios de urgencias. En 1996 tan sólo dos casos de los 995 totales (0,2%) fueron reacciones agudas provocadas por éxtasis o estimulantes. Los tranquilizantes, sin embargo, aparecen implicados con gran frecuencia en urgencias como causa de intoxicación aguda: 4,9% de las urgencias registradas en 1996.

En lo relativo a la mortalidad asociada al consumo de drogas, en 1994 de las 24.211 muertes totales que hubo, unas 1.238 fueron causadas por el consumo de alcohol, lo que supuso un 5,1% de la mortalidad general, tendencia que se mantiene hasta 1999 (4,7%). Estas muertes fueron más frecuentes entre los varones que entre las mujeres. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco, ha seguido una línea ascendente, llegando en 1999 a un 10,6% de la mortalidad general¹⁰.

Siguiendo con los datos ofrecidos por el III Plan Regional, a 31 de diciembre de 1997, se contabilizaron 1.672 casos de Sida, donde la tasa de incidencia acumulada (665 casos por millón de habitantes) era mucho menor que la del conjunto de España (1.247). La proporción de usuarios de drogas por vía parenteral en los casos declarados de Sida se mantiene estable en los últimos años, un 70,8% en 1992 y un 70,2% en 1997. Los datos acumulados desde 1981¹¹, muestran que en el

9 IV Plan Regional sobre Drogas, 2001-2004.

10 IV Plan Regional sobre Drogas, 2001-2004.

11 Registro Nacional de SIDA, 30 de junio de 2001.

2001 se registraron en esta Comunidad 2.049 casos de Sida, de los que 1.454 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. La mortalidad es otro factor a tener en cuenta al hablar del Sida, en este sentido, las defunciones notificadas en enfermos de Sida entre los usuarios de drogas por vía parenteral fueron en el 2000 de 619 fallecimientos¹².

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Desde que Castilla y León tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado cuatro Planes Regionales sobre Drogas para hacer frente a todos los problemas relacionados con este fenómeno. Como se indicó anteriormente, el IV Plan ha sido recientemente aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León.

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan como es la planificación, programación, organigrama, etc. En este sentido, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales del mismo y externos a él, pendiente de editar para el IV Plan Regional. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente está previsto para dentro de tres o más años. Para ello, se han empleado como fuentes primarias más importantes las Encuestas (a la población general y de estudiantes), el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías, el Registro Autonómico sobre Tratamiento con Opiáceos y el Sistema Autonómico de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas. Entre las fuentes secundarias destacan el Registro Autonómico de Sida, las Estadísticas de mortalidad y de accidentes de tráfico y las Encuestas de morbilidad hospitalaria.

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos, personal de la Oficina del Comisionado y técnicos, además de la participación ciudadana. La colaboración de la Oficina del Comisionado en la definición de los objetivos consiste en elaborar un anteproyecto que es aprobado por los responsables políticos y que posteriormente se somete a informe de un órgano colegiado de carácter consultivo (Consejo Asesor); finalmente, los objetivos los aprueba, a nivel político, el Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León. El Decreto por el que se aprueba el Plan se publica en el BOCyL (III Plan Regional sobre Drogas: Decreto 200/1997, de 9 de octubre. BOCyL nº 196, de 13 de octubre de 1997). Posteriormente, se publica en formato de libro una versión más extensa (III Plan Regional sobre Drogas, Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1998).

Por otra parte, los técnicos del Servicio de Prevención, Asistencia e Integración de Drogodependientes de la Junta de Castilla y León se encargan de realizar la evaluación del Plan, existiendo una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, concretamente, el Consejo Asesor en pleno y la Comisión Permanente de dicho Consejo. Anualmente establece los criterios a seguir para la elaboración de la Memoria anual del Plan e informa de la Memoria del año anterior.

Al plantear a los responsables del Plan Autonómico cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central en el ámbito de coordinación y la falta de implicación de algunos Departamentos, y de financiación con la Administración Local. En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades en el ámbito financiero en la Administración Local, que podrían mejorarse aumentando el presupuesto específicamente des-

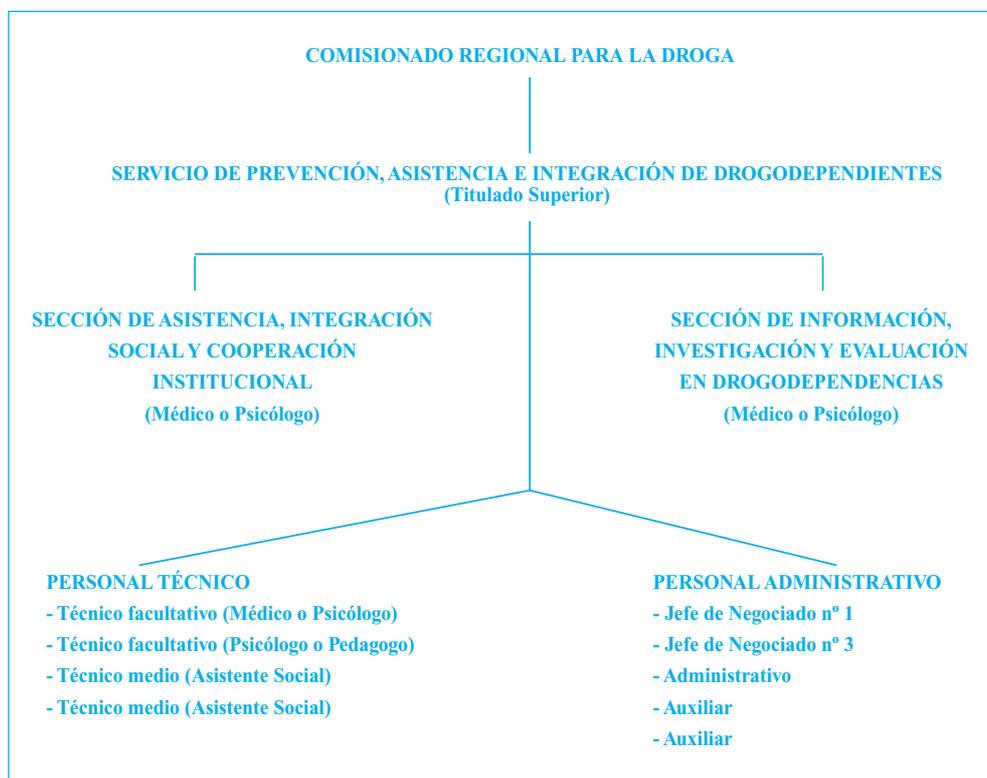
12 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

tinado a drogodependencias en algunas Administraciones Locales de Castilla y León. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las consejerías y/o departamentos de Sanidad y Asuntos Sociales. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios para la prevención en el ámbito escolar.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver Gráfico 4), esta Comunidad cuenta con el Comisionado Regional para la Droga, del que depende el Servicio de Prevención, Asistencia e Integración de Drogodependientes. Dicho Servicio se divide en dos secciones: una de Asistencia, Integración Social y Coordinación Institucional y otra de Información, Investigación y

Gráfico 4

Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico



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

Evaluación en Drogodependencias. En el Servicio de Prevención, Asistencia e Integración de Drogodependientes trabaja personal técnico (2 técnicos facultativos y 2 técnicos medios) y administrativo (2 Jefes de Negociado, 1 administrativo y 2 auxiliares).

Además del organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan, tienen como órgano consultivo al Consejo Asesor en materia de Drogodependencias, constituido el 11 de junio de 1997 y que se reúne como mínimo una vez al año. Su composición viene reflejada en el artículo 4 del Decreto 201/1997, de 9 de octubre (BOC y L, nº 196, 13 octubre 1997).

En opinión del responsable, en cuanto a los mecanismos de coordinación con otras instancias participantes, a nivel interno, se tiene un Consejo Asesor en materia de drogodependencias, órga-

no creado por la Ley Autonómica de Drogodependencias; luego hay unas Comisiones Provinciales de Coordinación; está la Red de Planes de Drogas, que coordina las actuaciones la Administración Autonómica y la Local, que está regulada por Decreto y que tiene un Consejo Directivo y una Comisión Técnica. Por otro lado, con Educación también hay dos Comisiones, una de coordinación a nivel político y un Comité Técnico de Asesoramiento que orienta, propone y respalda las decisiones que toma ese Comité político de Coordinación. Además, hay toda una línea de convenios, conciertos de servicios, que cada uno de ellos tiene sus comisiones de seguimiento y evaluación de los servicios concertados que facilitan las actuaciones en esta ámbito. Hay organizaciones de carácter autonómico, regional, asociaciones, etc., con las que se mantienen reuniones informales, no institucionalizadas, una coordinación más informal, pero que también ofrecen una gran ayuda para resolver el problema: iniciativas, etc.

Por otro lado, a nivel externo, están los mecanismos de coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas como la Conferencia Sectorial, grupos técnicos, los convenios que se establecen con ellos, etc., y también tienen una coordinación con otros con otros departamentos que forman parte de la Consejería que son del área sanitaria (con formación de la salud, con los programas de tuberculosis, con el servicio de salud mental, atención psiquiátricas, etc.) y social. Con el sistema judicial tenemos tres convenios con las Juntas de Jueces de Burgos, León y Valladolid para tener unos servicios de orientación e intervención en juzgados con un reconocimiento oficial, unos dispositivos con reconocimiento institucionalizado por parte de la Administración de Justicia. Con la Administración Penitenciaria también se tiene una línea de cooperación, no formalmente establecida pero que en la práctica funciona (se está cooperando para poner programas de intercambio de jeringuillas en las 8 prisiones de la Comunidad). Se combinan planteamientos de coordinación institucionalizados, formalizados con otros más informales.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, en esta Comunidad no existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea, aunque sí se realizan actividades de difusión/divulgación. La información proporcionada suele ser equilibrada para las tres áreas antes señaladas (Prevención, Asistencia e Integración). En general, la información se difunde a través de revistas, páginas Web (en un principio sólo en materia de tabaquismo, pero en el 2001 estaba previsto que una de las funciones del Observatorio sobre las Drogas fuese la de proporcionar información sobre la totalidad del Plan a través de una página Web), guía actualizada sobre recursos y programas, Memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación (el Ayuntamiento de Salamanca cuenta con un Centro de documentación de ámbito, preferentemente, local) y servicios de información y orientación. Esta última función es desarrollada por recursos generales (centros de acción social y de salud) y específicos (asociaciones de autoayuda a drogodependientes y de alcohólicos inhabilitados), que son el dispositivo de referencia en su ámbito de actuación, generalmente municipal o provincial.

En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, población en general y, de un modo muy especial, el grupo de niños, adolescentes y jóvenes. En intervención asistencial e incorporación laboral, la información se dirige preferentemente a drogodependientes y sus familias, además de profesionales de recursos sanitarios y sociales normalizados.

3.- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales, atendiendo al perfil, la mayor parte del personal que trabaja en el área de intervención asistencial son diplomados (117), concretamente trabajadores sociales (55) y DUE (30), en segundo lugar, licenciados (99) -médicos, psicólogos, abogados y pedagogos- y personal con estudios de Bachiller, FP u otros (96), concretamente auxiliares de clínica, terapeutas, monitores, educadores y otro tipo de

personal (ver Tabla 2). En diciembre de 2000 se registraron un total de 324 personas con contrato y al menos 270 voluntarios. Hay que destacar los profesionales y voluntarios de la red de centros específicos, que incluye las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, las de Autoayuda a Toxicómanos, los CADs, los Centros de Día, las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y las Comunidades Terapéuticas con concierto de plazas. No hay información disponible del personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención e incorporación social

Tabla 2
Perfil del personal que trabaja en el ámbito de intervención asistencial

TITULACIÓN	TOTAL
1. Licenciados	99
Médicos	26
Psicólogos	61
Abogados	8
Pedagogos	4
2. Diplomados	117
Trab. Sociales	55
DUE	30
Otros	32
3. Otros	96
Auxiliar clínica	17
Terapeutas	23
Monitores	39
Educadores	12
Otros	5
TOTAL	312

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

En opinión de los responsables del Plan, el personal que trabaja en las distintas áreas se considera insuficiente, especialmente en prevención. Entre las principales deficiencias, en esta materia, señalan, además, la falta de formación y personal especializado en evaluación y de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo (protocolos, preguntas, etc.), especialmente en prevención. En general, se debería mejorar la situación contractual de algunos profesionales y la retribución de las gran mayoría de ellos. Es necesario aumentar el número de profesionales dedicados a la prevención, en especial a las tareas de supervisión, apoyo y seguimiento técnico de los mediadores formados para la prevención. En el área de asistencia e integración social quizás fuera necesario habilitar sistemas de rotación de profesionales, incluidos “años sabáticos”, para evitar el síndrome de estar quemados.

En palabras del responsable, los recursos humanos que tenemos, a nivel asistencial, cubren los mínimos exigibles, aunque convendría reforzar, especialmente los Centros específicos de Tratamiento Ambulatorio (CAD) que en la práctica absorben una parte muy importante de la demanda a tratamiento en lo relativo al consumo de drogas ilegales. En el 2002 se han reforzado varios CADs de la Comunidad Autónoma y en el 2003 queremos incorporar más profesionales y algunos retoques en el terreno ambulatorio. Otro objetivo que también tenemos es la homologación retributiva, muchos de ellos son profesionales concertados por ONGs y no todas las ONGs tienen la misma retribución. Es necesario reforzar el personal a nivel de prevención y reinserción en los Planes Locales sobre Drogas, son necesarios equipos, mediante contratación de personal y aprovechando el propio, en los ayuntamientos y corporaciones que gestionen y se dediquen -exclusivamente o parte de su tiempo- al Plan de Drogas. Luego, en otro tipo de centros como los residenciales o de día, la dotación de personal es adecuada, son equipos multidisciplinares, todos ellos tienen médicos, psicólogos, trabajadores socia-

les, personal de enfermería, algunos tienen asesores jurídicos, educadores sociales, etc., una diversidad de profesionales bastante amplia. No trabajamos con un modelo único de tratamiento, estamos abiertos a varios y creemos mucho en la multidisciplinariedad.

En el ámbito de Formación, aunque no existe una unidad específicamente encargada de esta tarea en los distintos ámbitos de actuación del Plan, se ha trabajado especialmente en la capacitación de mediadores y en la formación continuada de los profesionales en drogodependencias, proporcionándoles conocimientos y mecanismos de intervención. Son muy diversas las actividades de formación puestas en práctica, entre ellas un gran número de cursos, jornadas y encuentros dirigidos a profesionales, padres y madres y población general. Si se analizan más detenidamente las actividades de formación impartidas en los últimos años (1996-2000) en esta Comunidad (ver Tabla 3), se aprecia un incremento constante del número de actividades y destinatarios con el paso de los años. En el caso de los cursos ofertados, se pasó de 40 en 1996 a un total de 228 en el último año, siendo de gran importancia las Escuelas de Familias que casi se triplicaron en 1999 respecto al primer año analizado (1996). También han ido aumentando considerablemente los Seminarios/Jornadas/Encuentros, y hay que señalar, a partir de 1997, el Curso de Postgrado Especialista en Drogodependencias dirigidos a titulados y licenciados universitarios, que en el 2000 pasó a un total de 9, además de incluirse ese año nuevas actividades de formación dirigidas a profesionales de atención primaria y que trabajan en drogodependencias, estudiantes universitarios y voluntarios.

Tabla 3

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
Formación profesionales mediadores										
-Cursos (incluidas las Escuelas de Familia *)	40	1.261 profesionales policías mediadores miemb asociac, etc.	162	4.780 padres y madres, miembros asociaciones, profesionales y monitores	238	Mediadores, padres y madres, profesores, funcionarios y monitores	291	+ de 6.059 monitores, padres y madres, monitores, miembros asociaciones, etc.	228	5.100 madres y padres, profesores, monitores, mediadores, profesionales, etc.
- Seminarios/Jornadas/Encuentros	3	750 pob gral, asociados y profesionales	9	115 profesionales y 900 población general	14	1.202 profesionales y 1.480 población general	15	336 profesionales y 1.190 población general	13 jorn	3.175 profesionales, responsables, mujeres, etc.
-Otras actividades: - Curso Postgrado Especialista en Drogodependencias - Otras actividades formación			1	25 titulados universitarios	1	35 licenciados y titulados	1	35 licenciados y titulados	9	15 licenciados 650 estudiantes, profesionales, voluntarios
*Escuelas de Familia/de padres-madres (formación)			67	1.735 madres y padres	132	2.275 padres y madres	176	2.980 padres y madres	145	2.442 madres y padres

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. En 1992, esta Comunidad contaba con un presupuesto de 461,8 millones de pesetas, dato curioso si se compara con los 730,1 millones de pesetas de dotación presupuestaria en 1997. Esto supuso un incremento del 58% en estos cinco años, aunque no haya sido de forma homogénea en el periodo de tiempo analizado, concretamente de 1996 a 1997 fue cuando más aumentó (16,4%) el presupuesto destinado por la Junta de Castilla y León. Distinguiendo por áreas de actuación, la mayor dotación económica se destinó a intervención asistencial e incorporación social (en torno al 75%), mientras que en el caso de la prevención éste ha ido creciendo con el paso de los años¹³.

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 4), los recursos económicos han crecido de forma considerable. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por los Servicios Normalizados (créditos destinados por la Administración Autónoma para financiar servicios prestados a la población drogodependiente y a sus familias¹⁴) y, en tercer lugar, la prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en el 2000, el crecimiento más acusado se ha dado en las áreas de intervención asistencial e incorporación social (en torno a los 276 millones de Ptas. más), seguido por el área de prevención (sobre los 22 millones). Resulta curioso los altibajos sufridos por el presupuesto destinado a la formación, investigación y publicaciones, el cual ascendió hasta 1997 en 6 millones de ptas, en 1998 descendió considerablemente y a partir de 1999 volvió a subir. En el año 2000, resulta curioso el descenso de presupuesto en la prevención y el aumento en el resto de las áreas.

Tabla 4
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención</i>	63.160.096	73.790.388	78.974.179	102.263.808	85.000.603
<i>Intervención Asistencial e Incorporación Social</i>	492.783.827	573.353.250	660.386.281	652.687.209	769.029.269
<i>Coordinación Institucional</i>	59.233.200	64.592.146	65.582.833	66.934.988	72.008.837
<i>Formación, Investigación y Publicaciones</i>	11.948.774	18.384.870	7.284.123	10.576.764	12.621.273
<i>Otros (Servicios Normalizados)</i>	218.790.825	345.506.079	383.797.253	403.813.057	
TOTAL	627.125.897	948.911.479	1.157.733.495	1.216.260.022	1.342.473.039

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹³ III Plan Regional sobre Drogas, 1998, pp. 54-55.

¹⁴ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp. 155.

Con respecto al presupuesto del año 2000, el Gobierno Central aportó un total de 398.381.000 ptas, de las que 295.757.000 Ptas. procedían del Ministerio del Interior (PNSD), 82.624.000 Ptas. del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (vía 0,5 del IRPF) y 20.000.000 Ptas. del Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida). La Comunidad Autónoma ha destinado un total de 522.706.000 Ptas. (gastos ejecutados en 1999 con cargo al presupuesto de la CC.AA) en materia de drogodependencias (ver Tabla 5).

Tabla 5
Presupuesto del Plan Regional sobre Drogodependencia (en pesetas) (2000)

Procedencia del Presupuesto				
Aportación del Gobierno Central				Aportación de la Comunidad Autónoma
M. del Interior (PNSD)	M. de Trabajo y Asuntos Sociales	M. de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida)	TOTAL	
295.757.000 ptas	82.624.000 ptas	20.000.000 ptas	398.381.000 ptas	522.706.000 ptas

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

Según los responsables, el Plan Autonómico sobre Drogas de Castilla y León cuenta con un programa presupuestario específico. Para el año 2001, el presupuesto de gastos previstos ascendió a 750.233.000 ptas. No obstante, el Plan se nutre de créditos procedentes de otros programas presupuestarios para financiar servicios y programas en materia de drogodependencias; por ejemplo: Unidad de tabaquismo, Unidades de desintoxicación hospitalaria, programas de actuación a drogodependientes en servicios ambulatorios y hospitalarios de asistencia psiquiátrica, programa de vacunaciones y detección de la tuberculosis, programa de prevención de la infección VIH/SIDA en usuarios de drogas y programas de atención a mujeres drogodependientes que ejercen la prostitución. El presupuesto de gasto de estos programas previsto para el 2001 ascendió a 441.268.000 Ptas.

Respecto a los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes han de tener aprobado un Plan Local sobre Drogas. La financiación de la Junta de Castilla y León no puede ser superior a la cantidad ejecutada por la Corporación Local el año anterior. Ambos criterios vienen fijados en la Ley Autonómica sobre drogodependencias (Ley 3/1994). De forma complementaria, se tiene en cuenta el peso poblacional y el grado de desarrollo del Plan Local sobre Drogas.

En opinión del responsable, *la dotación presupuestaria es suficiente, pero hay un programa de crecimiento presupuestario para dotar al Plan de los recursos necesarios y de las actuaciones que ahora tenemos en marcha. Creemos, además, que la transferencia sanitaria que se acaba de cumplir a comienzos de este año puede facilitar la toma de decisiones en el presupuesto. La gestión de la sanidad que estaba en otra administración dificultaba el priorizar actuaciones y redistribuir recursos. Si que sería necesario hacer un incremento presupuestario en los próximos años para dotar al Plan de los medios financieros que necesita. De todos modos, aquí trabajamos con los medios económicos que tenemos y les sacamos una importante rentabilidad, concertamos servicios con una eficiencia bastante destacada y prestamos servicios por unos costes que en otros lugares son mucho mayores, sin que esto signifique que la financiación de estos programas sea insuficiente, sino que procuramos aprovechar al máximo los recursos económicos que tenemos. Hay un plan de incremento de la financiación que también viene desde 1999.*

5.- PREVENCIÓN

El área de prevención establece como principales objetivos la información, sensibilización, educación, prevención de los problemas asociados al abuso de drogas y la promoción de estilos de vida saludables, entre otros factores. Sus actuaciones son destinadas a diversas entidades, organismos o colectivos como la escuela, la familia, los trabajadores, los jóvenes, la población drogodependiente con problemas de exclusión social y la comunidad en general. Además, se contemplan diferentes ámbitos de actuación, concretamente el comunitario, escolar y laboral y se ponen en marcha actividades dirigidas a colectivos determinados, tal es el caso de la comunidad gitana o de la población infanto-juvenil¹⁵.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son las encuestas a la población general (14-70 años) y de estudiantes (14-18 años) de Castilla y León, el sistema autonómico de seguimiento del Plan Regional sobre Drogas y la evaluación (aunque todavía incipiente) de algunos programas de prevención. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a la escasa cobertura de los programas, en especial para la población que se encuentra en situación de mayor riesgo; el insuficiente soporte teórico de buena parte de las intervenciones; la falta de continuidad y de sinergia de las actuaciones de prevención y la escasa implantación de buenos diseños de evaluación.

Los principales factores causantes o mantenedores de estos problemas son la cobertura y la calidad. En lo que respecta al primero de ellos, hay una escasa percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco, poca disposición de la población (incluidos los mediadores para la prevención) a participar activamente en programas sistemáticos de prevención (existe una especie de "ilusión de inmunidad" según la cual se cree que el problema afecta a otros) y, probablemente, la insuficiente credibilidad de los programas de prevención. En cuanto a la calidad, hace referencia a la insuficiente dotación de programas e instrumentos validados en España para la prevención y la falta de formación y de asesoramiento técnico para la evaluación, en general, y de programas de prevención, en particular.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Lo más destacado de estos últimos es que en 1999 la Consejería de Sanidad y Bienestar Social destinó un presupuesto específico de 102 millones de pesetas para desarrollar actuaciones de prevención.

En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), para la prevención en el ámbito escolar existen convenios provinciales de cooperación entre las Consejerías de Sanidad y Educación de la Junta de Castilla y León y los respectivos Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales. Así mismo, existe una línea de subvenciones directas a las citadas Corporaciones Locales para desarrollar programas de prevención.

Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención, no se elabora un mapa de necesidades, pero se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo. Concretamente, los estudiantes afectados por fracaso escolar y su incidencia en un bajo compromiso con la escuela; niños, adolescentes y jóvenes con comportamiento antisocial; hijos de alcohólicos y toxicómanos, etc. En resumen, se han puesto en marcha numerosas actuaciones o actividades que han ido aumentando y se han ido extendiendo con el paso de los años. Lo mismo ha ocurrido con el número de destinatarios en los ámbitos comunitario, escolar, juvenil, laboral, etc., como se aprecia a continuación.

En opinión del responsable, *haciendo una valoración general de este área de actuación, lo más destacado ha sido la penetración que tienen los programas de prevención escolar. En cuanto uno revisa la Encuesta Escolar sobre drogas, hay una pregunta concreta donde se pregunta a los alum-*

¹⁵ III Plan Regional sobre Drogas, 1998.

nos por las actuaciones relacionadas con las drogas en los centros docentes en donde están estudiando y nuestra Comunidad Autónoma está muy por encima de los promedios nacionales, incluso en alguna actuación está más de un 10 o 15 puntos porcentuales por encima de los promedios nacionales. Esta tarea de continuidad y de consolidación de los programas empieza a penetrar en nuestro tejido educativo y empieza a notarse. Otro aspecto importante y positivo sería la gran implicación de los Planes Locales o corporaciones locales desarrollando políticas planificadas con una buena coordinación con el Plan Autonómico de drogas, especialmente por parte de los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes.

Entre los retos que se plantean, un reto fundamental sería impulsar una línea rigurosa, sistemática, evaluada de prevención familiar que no estuviera subordinada a las actuaciones que se hacen en el aula. Las acciones de prevención escolar deben tener un adecuado cumplimiento en la familia, pero aparte de eso es necesario tener una línea rigurosa, estructurada, sistemática, como la hay en prevención escolar, a nivel de prevención familiar, tanto a nivel universal (las familias en su conjunto) como para las familias de mayor riesgo, y en este sentido nos estamos concentrando en los hijos de alcohólicos, con las familias de alcohólicos en tratamiento y también queremos hacerlo con familias de riesgo, porque los adolescentes presentan desajustes y problemas en el medio educativo, social etc. También queremos desarrollar programas de mayor intensidad precisamente para estas familias y adolescentes que presentan mayor riesgo.

Otra prioridad va a ser el campo de prevención laboral, fundamentalmente nos queremos concentrar en que los servicios de salud laboral universalicen, en la medida de lo posible, el consejo antitabáquico y el consejo frente a trabajadores que abusan del alcohol, es decir, formalizar este tipo de actuaciones, que los servicios de salud laboral o las mutuas incorporen sistemáticamente este tipo de actuaciones. Tenemos un convenio con la Confederación de Empresarios de Castilla y León, con los sindicatos mayoritarios -CCOO y UGT- y estamos trabajando en esta dirección, universalizar estas actuaciones. Otro campo en el que estamos trabajando especialmente es crear las bases para ir avanzando progresivamente en espacios laborales y de juventud, se quiere hacer mediante una línea dialogada, no de una manera impositiva, oficialmente y contando con la adhesión y colaboración de empresarios, sindicatos y trabajadores afectados. El objetivo es que si ahora mismo se tiene en torno al 20% de jóvenes en el trabajo no consumidores de alcohol y tabaco, mediante una adhesión voluntaria a estos programas y propuestas, dentro de unos años se tenga el 50-60%. Cuando se llegue ahí y se aprecie que se ha estancado esta cifra, la valoraremos y se verán nuevas posibilidades para conseguir que el ámbito laboral sea un ámbito saludable.

Por otro lado, fundamentalmente el problema con el que nos encontramos es en que en ciertos campos, especialmente el de prevención familiar, no hay herramientas evaluadas y contrastadas. Por ejemplo, los programas de prevención familiar sistemáticos y evaluados hay que hacerlos, porque no existen, a diferencia de lo que no ocurre en prevención escolar, donde hay programas contrastados. Es una dificultad con la que nos encontramos, aunque se está avanzando. Otra dificultad sería que no está suficientemente desarrollado un banco de instrumentos psicométricamente validados para evaluar (si trabajas sobre autoestima, debes tener instrumentos específicos o herramientas contrastadas para esto, etc.). En el terreno de la clínica, cada vez hay más herramientas contrastadas, pero en el terreno preventivo no. El problema es que venimos de una concepción de la prevención demasiado amplia, en la que han tenido cabida demasiadas cosas, y hay que ir progresivamente estrechando este campo y concebir una prevención basada en la evidencia y en la ciencia.

5.1.- Ámbito escolar

El ámbito escolar es un área de actuación preferente dentro de la prevención. Se desarrolla fundamentalmente por medio de acuerdos provinciales de cooperación entre el M.E.C., las Diputaciones Provinciales, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y la Consejería de

Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León¹⁶. A lo largo de los años se le ha dedicado una gran atención a la prevención del consumo de alcohol y tabaco. Las actividades puestas en marcha son cada vez más diversas, así como también más numerosos los centros implicados y la participación de profesores, padres y alumnos. En 1996, destacan 9 programas de prevención escolar donde participaron alumnos, profesores y padres. Con el III Plan Regional sobre Drogas se introduce el programa norteamericano Discover. Aprendiendo a vivir, destinado a promover habilidades para el desarrollo de la autoestima, de relación, etc., aplicado en el curso 1997-1998 y conviviendo con otros programas escolares (Construyendo salud, La aventura de la vida, etc.). En 1999, los programas Discover y Construyendo salud alcanzaron una cobertura sorprendente, siendo -aún conviviendo con otros- los principales programas preventivos de esta Comunidad¹⁷. Por último, en el curso 1999-2000, participaron en estos programas más de 28.500 alumnos, donde el 59% lo hizo en el programa Discover¹⁸ (ver Tabla 6).

Tabla 6

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000).

	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	9	69 cursos de formación, 172 charlas y conferencias, 33 educativas, 4 deportivas y ocio, 1 seguimiento y apoyo, 3 otras.	695 folletos, 3.180 cuestionarios, 200 preservativos, otros	2.015 padres y profesores, 8.170 alumnos y 20 padres
1997	9	12 charlas o similares, 10 distribución m. Didáctico, 49 cursos formación, 49 educación, 33 video-forum, 33 promoción hábitos saludables, 9 ocio, 6 otras	1.150 guías, 1.150 álbumes, 380 folletos, 308 obsequios	383 profesores y padres, 2.297 adolescentes, 666 profesores, 379 padres-madres, 3.073 p.infantil
1998	Programa Discover y otros	9 acuerdos, 7 sensibilización, 28 charlas y similares, 4 jornadas, 41 cursos formación, 173 centros aplicación Discover, 45 centros actividades extraescolares, 71 de coordinación	578 libros, 458 apoyo profesor, 1.200 guías, 1.200 álbumes, 350 obsequios	724 profesores y profesionales educación, 585 padres y madres, 10.851 alumnos, 550 población general
1999	- 4 Programas - Programa Discover - Programa Construyendo Salud	9 acuerdos, 47 cursos formación, centros actividades extraescolares, concursos, encuentros, jornadas,	135.339 folletos, carteles, pegatinas, periódicos, etc.	17.952 alumnos, 522 profesores, 139 centros docentes y 399 unidades, padres
2000	- 4 Programas - Programa Discover - Programa Construyendo Salud	9 acuerdos, 42 cursos formación, concursos, actividades de educación preventiva, etc.	135.339 folletos, carteles, pegatinas, periódicos, etc.	28.554 alumnos, 759 profesores, más de 119 centros docentes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha tenido como prioridad desarrollar programas sistemáticos acreditados de prevención con alumnos, al menos, entre 10 y 16 años y diseñar, evaluar y generalizar programas sistemáticos acreditados de prevención selectiva para

¹⁶ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996.

¹⁷ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999.

¹⁸ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp. 135.

alumnos de alto riesgo cuya condición sea objetivamente determinada. Para garantizar el seguimiento de esta línea, se establecen convenios provinciales de cooperación citados anteriormente. La implicación y coordinación con las instituciones firmantes de los convenios provinciales de cooperación es muy satisfactoria. Existe una coordinación con la Administración educativa, la cual se encarga de la financiación y del apoyo técnico e institucional a los programas de prevención escolar. El profesorado, con la suspensión y seguimiento técnico de profesionales especializados en prevención, es el que realiza las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de la prevención escolar (en cada convenio provincial de cooperación existe una comisión técnica que selecciona la oferta de programas) y de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (en el curso académico 1999-2000 participaron, al menos, 172 centros docentes) y además, los programas escolares son evaluados a través de evaluaciones del proceso y de resultados, a través de un diseño cuasi-experimental con grupo control, concretamente sobre una versión adaptada del programa DISCOVER. Aprendiendo a vivir.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes e instrumentos y medios para la evaluación. De la formación y apoyo a los docentes, se encargan los equipos de profesionales especializados en prevención, en ocasiones constituidos por orientadores y miembros de los equipos psicopedagógicos de los centros, y de la adquisición de materiales y soporte para la evaluación, las instituciones firmantes de los convenios provinciales de cooperación, las cuales también financian la formación y el seguimiento de las actuaciones.

La formación del profesorado en prevención se realiza a través de cursos específicos programados por los CPR. Estos cursos constan de una parte aplicada consistente en desarrollar un programa sistemático acreditado de prevención escolar, que supone, al menos, el 40% de la formación teórica. De esta labor se encargan los equipos de profesionales especializados en prevención, citados anteriormente. El lugar donde esto se desarrolla son los propios centros docentes.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Como sistema de evaluación (monitoreización), esta Comunidad dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias y aquellos que han abordado el tema en el aula (sistema de seguimiento de los convenios provinciales de cooperación); el porcentaje de programas que están acreditados (sistema de seguimiento de los convenios provinciales de cooperación); la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información y formación sobre drogas en el aula (sistema de seguimiento de los convenios provinciales de cooperación) y las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo (no siempre ligadas a programas de prevención escolar).

También se conoce el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia (sistema de seguimiento de los convenios provinciales de cooperación); el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias (sistema de seguimiento de los convenios provinciales de cooperación); la existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado, elaborados en colaboración con la Administración Educativa (establecidos en el propio Plan Regional sobre Drogas y por las comisiones técnicas de los convenios provinciales de cooperación); por último, la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo

de drogas, no son específicos de Castilla y León, sino que se utilizan los ya existentes a nivel nacional.

5.2.- Ámbito familiar

El ámbito familiar ha ido cobrando importancia en el área de prevención con el paso de los años. En un principio era contemplado dentro del ámbito comunitario, escolar e infanto-juvenil, participando en actividades de sensibilización, de tipo educativo, cursos de formación, educación de actitudes, etc. En 1997, destacó un programa de prevención familiar destinado a la captación de padres y madres para prevenir el consumo de drogas en el seno familiar, especialmente del alcohol y del tabaco. En ese mismo año se desarrollaron 67 escuelas de padres y madres/de familias con un gran número de participantes (1.735). Un año más tarde, se le da una gran importancia a la influencia de los padres sobre los valores y actitudes de los hijos, ampliándose estas escuelas hasta un total de 132, esta vez con la participación de 2.275 padres, no obstante, también se siguieron desarrollando actividades en el ámbito comunitario (Planes Locales sobre Drogas) y actividades de coordinación, detección, orientación y apoyo a familias de riesgo (106). Se trata principalmente de sesiones quincenales de tres meses de duración, con un promedio de 30 horas, donde las actividades se dirigen a promover la comunicación en la familia, resolver conflictos, fomentar la autoestima en los hijos, etc. En 1999, se crearon 30 escuelas más, donde participaron cerca de 2.500 personas¹⁹, aunque un año más tarde se reducen en 50. Por último, resaltar la importancia de las actividades de información y coordinación que en el 2000 sumaron un total de 11.500 (ver Tabla 7).

Tabla 7
Programas de prevención en el ámbito familiar (1996-2000)

A. Familiar	Actividades	Recursos	Destinatarios
1996	<i>(incluida en otros programas)</i>	<i>(incluido en otros)</i>	<i>Incluida en otros</i>
1997	67 Escuelas de padres y madres	Audiovisuales	1.735 padres y madres
1998	132 Escuelas de padres y madres, 14 actividades de coordinación, detección, orientación y apoyo familias de riesgo	720 cuadernillos, 300 guías, 200 revistas	2.275 padres y madres 106 familias de riesgo
1999	162 escuelas de padres y madres, 21 actividades de información y coordinación	Libros, guías, folletos, camisetas, etc.	2.492 padres y madres
2000	112 escuelas de padres y madres y actividades de información y coordinación	Edición y distribución de publicaciones, material audiovisual y conferencias	1.700 padres y madres (escuelas) y 11.500 (actividades informativas)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3.- Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria parte de una estrategia global, integrando actuaciones y programas entrelazados en un mismo territorio de prevención en los ámbitos escolar, familiar, extraescolar, laboral y minorías étnicas, junto con actuaciones de información, sensibilización, formación de mediadores, y de control de la promoción y venta de

¹⁹ III Plan Regional sobre Drogas y Memorias Plan Nacional sobre Drogas, 1996-1999.

alcohol y tabaco. Así mismo, se incluyen actuaciones de carácter normativo (Planes y ordenanzas municipales) y espacios institucionalizados de coordinación y participación. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, donde la aprobación de Planes Municipales y Provinciales sobre Drogas es la prioridad establecida por el Plan Regional, comprobando su éxito con la construcción de una Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León, en la que participan los Planes Locales sobre Drogas y el Plan Regional.

En el ámbito comunitario intervienen las instituciones que tienen mayor peso en la prevención comunitaria, como la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, a través del impulso y el apoyo financiero, y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes. Además, las Diputaciones Provinciales, algunos Ayuntamientos de menor tamaño y las ONGs. La coordinación con otras instancias participantes se realiza por medio del Consejo Asesor en materia de drogodependencias, de la Red de Planes sobre Drogas (en proyecto) y de los órganos de coordinación previstos en los Planes Municipales y Provinciales sobre Drogas de Castilla y León. En algunos Planes Municipales sobre Drogas existe un nivel de coordinación con los profesionales y Equipos de Atención Primaria para promover su participación en los programas de prevención, a través de equipos de zona, no obstante, su grado de desarrollo es escaso.

Esta Comunidad Autónoma formalmente no tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente ni se elaboran mapas de riesgo, aunque sí están identificados ciertos colectivos con factores de riesgo, utilizando como criterios para determinarlos la concentración de estos factores y la ausencia de factores de protección identificados en la literatura científica. Las poblaciones con las que se interviene principalmente son los menores en riesgo y con fracaso escolar, los padres toxicómanos, los hijos de alcohólicos y toxicómanos y los menores gitanos socialmente excluidos.

En el caso de los programas para adolescentes y jóvenes (a partir de 17 años), como acción complementaria a las actuaciones en los ámbitos escolar y familiar, se desarrollan programas de promoción de alternativas, tanto convencionales como en horario nocturno durante los fines de semana. Estas actividades son apoyadas por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y los Ayuntamientos, sobre todo de más de 20.000 habitantes, y Diputaciones Provinciales. En su ejecución intervienen las citadas Corporaciones Locales y ONGs, sobre todo del sector joven.

Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos, los educadores socio-culturales, los delegados sindicales y los mediadores juveniles y gitanos. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, en el caso de los de prevención familiar, está en fase de diseño la evaluación de un programa entrelazado de prevención familiar universal, selectiva e indicada.

Los programas, actividades y recursos en este ámbito han ido aumentando con el paso de los años, siendo desarrollados por las Corporaciones Locales y ONGs en el marco de los Planes Provinciales y Municipales sobre Drogas. Se han promovido actividades de sensibilización, información, formación, de ocio y tiempo libre, etc., dirigidas a colectivos diversos como padres, jóvenes, voluntarios, profesionales y mediadores (ver Tabla 8).

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre, el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias, el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general. Los sistemas o fuentes de recogida de información de estos indicadores son los Planes Locales sobre Drogas y Sistema de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A.Comunitario	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	26	749 de sensibilización, información, educación, de ocio y tiempo libre, de reducción de la oferta, etc.	58.465 material diverso: folletos, álbumes, revistas, carteles, pegatinas, etc.	33.509 niños, adolescentes y jóvenes, padres, profesionales, voluntarios, etc.
1997	22	1.072 de sensibilización, información, educación, de ocio y tiempo libre, de reducción de la oferta, etc	60.550 material diverso: folletos, álbumes, revistas, carteles, pegatinas, etc	52.980 niños, adolescentes y jóvenes, padres, profesionales, voluntarios, etc.
1998		de sensibilización, información, educación, de ocio y tiempo libre, de reducción de la oferta, etc	62.650 material diverso: folletos, álbumes, revistas, carteles, pegatinas, etc	niños, adolescentes y jóvenes, padres, profesionales, voluntarios, etc.
1999		cursos, actividades coordinación, estudios, jornadas, equipos de zona, etc.	Material diverso: folletos, álbumes, revistas, carteles, pegatinas, etc	Mediadores, niños, adolescentes y jóvenes, padres, profesionales, voluntarios, etc.
2000	12 Planes Municipales y Provinciales, 6 programas, 13 ordenanzas municipales	167 de formación mediadores en prevención, constitución de equipos de zona o consejos municipales o intermunicipales, actividades sensibilización, información, etc.	Material diverso: folletos, álbumes, revistas, carteles, pegatinas, etc	485 mediadores, niños, adolescentes y jóvenes, padres, profesionales, voluntarios, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4.- Ámbito de la comunicación

Según explican los responsables del Plan Autonómico, los mensajes que ofertan de los Planes sobre Drogas se determinan en origen por la fuente informativa, aunque su selección y tratamiento es obra de los equipos de redacción. No obstante, con frecuencia, son estos equipos los que determinan desde el principio el mensaje, contactando con las instituciones que trabajan en drogodependencias. Principalmente, se trata de mensajes relacionados con el consumo de alcohol y tabaco, en edades tempranas y los consumos de riesgo. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través de cursos de formación, colaboraciones periódicas en prensa, suministro de información a los medios de comunicación y convenios para la realización de programas de radio y TV.

Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo, básicamente, a través de los Planes Locales sobre Drogas. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, en el marco del Observatorio sobre Abuso de drogas de Castilla y León, se está trabajando en la elaboración de una página web. Por otra parte, existe un programa de ayuda a distancia para dejar de fumar con el que se puede mantener contacto a través de correo electrónico.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se trata principalmente de campañas de sensibilización e información con actividades como cursos, charlas, conferencias, exposiciones, celebración de la Semana de la Lucha contra la Droga, del Día Mundial del Sida, etc. Los participantes, actividades y recursos empleados se han ido incremen-

tando a lo largo de los años, aunque el número de campañas en el último año se ha visto reducido. Es importante destacar, además de un gran número de actividades, la existencia de un centro de documentación y un servicio de información telefónica (ver Tabla 9).

Tabla 9
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Nº</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	15	287.160 pegatinas, carteles, dípticos, etc.	Población general, grupos de riesgo, fumadores, jóvenes.
1997	14	Más de 103.000 pegatinas, carteles, dípticos, etc.	Más de 44.647 población general, grupos de riesgo, fumadores, jóvenes.
1998		Más de 328.400 pegatinas, carteles, dípticos, etc.	Población general, grupos de riesgo, fumadores, jóvenes
1999	16	Más de 50.000 materiales impresos (dípticos, trípticos, tarjetas y carteles)	Población general, grupos de riesgo, fumadores, jóvenes
2000	8	Materiales impresos (trípticos, carteles, folletos, pegatinas, etc.)	Población general

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias; el número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas y los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención. Las fuentes de recogida de información sobre estos indicadores son los Planes Locales sobre Drogas y el Sistema de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas.

5.5.- Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. En este sentido, según explican los responsables, los programas puestos en práctica promueven como actividades la formación de responsables y mediadores laborales, la sensibilización, la elaboración y distribución de materiales impresos y el impulso de planes integrales de intervención en empresas o sectores (ver Tabla 10), actividades que se encuadran, hasta la fecha, en escasa medida dentro de los Planes de Seguridad e Higiene en las empresas. Es importante destacar el convenio de colaboración entre la Confederación de Empresarios de Castilla y León (CECALE), las Secciones Regionales de CCOO y UGT y la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas y una identificación de los sectores de alto riesgo, priorizándose las intervenciones con estos colectivos.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información, concretamente el Convenio con la Confederación de Empresarios de Castilla y León (CECALE) y las Secciones Regionales de CCOO y UGT, que les permiten diagnosticar cuáles son los sectores de riesgo y conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral, disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito.

Tabla 10*Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)*

A.Laboral	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	2	1 convenio, 5 cursos formación de mediadores		110 delegados sindicales
1997		1 convenio, 1 campaña informativa		Personal municipal
1998		1 campaña de prevención, 8 cursos formación, 1 convenio regional, 2 planes integrales intervención en empresas	Cuaderno de apoyo a la intervención sindical, módulo de formación	Delegados de prevención, 144 empresas, profesionales, trabajadores, etc.
1999		1 convenio, 2 cursos, 1 jornada, 1 plan integral, otras.	15 módulos	430 delegados
2000		1 convenio, 7 cursos, ciclo conferencias	14 módulos, materiales impresos	330 delegados prevención, 93 alumnos escuelas taller, 100 estudiantes FP, trabajadores, empresarios,

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.6.- Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, en esta Comunidad 11 de los 14 Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen Planes de Drogas (8 con Plan vigente y 3 en proceso de renovación). Según la ley 3/1994, tan sólo están obligados a contar con un Plan Municipal sobre Drogas los 14 Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de la Comunidad Autónoma, siendo en 1994, 2; en 1995, uno más; en 1996, 6 y de 1997 en adelante, 11 Ayuntamientos: las nueve capitales de provincia más los Ayuntamientos de Ponferrada y San Andrés del Rabanedo, ambos de León. La financiación se realiza a través de subvenciones directas a los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y a las Diputaciones Provinciales que cuentan con un Plan Provincial sobre Drogas. En cuanto a la coordinación, se establece por medio del Consejo Asesor en materia de Drogodependencias. En la actualidad se está trabajando en la institucionalización de la coordinación creando formalmente una Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León (citada anteriormente), que cuenta, al menos, con dos órganos de colaboración: uno político (Comisionado y concejales responsables) y otro técnico.

Los mecanismos de actuación y colaboración con los municipios que no disponen de Planes de Drogas, se realiza a través de los Planes Provinciales de las Diputaciones, dentro de los cuales quedan encuadrados. La financiación la realizan las Diputaciones Provinciales, según sus planes y criterios. Por otro lado, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León financia a las Diputaciones Provinciales con Plan. Por último, para evaluar estas tareas, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (Sistema de Seguimiento del Plan Regional sobre Drogas).

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos como la población infanto-juvenil (programas de prevención fuera del aula) con actividades extraescolares de información y sensibilización, educativas y de ocio y tiempo libre; la comunidad gitana, con programas desarrollados por medio de sus organi-

zadores y líderes (educativas, de asesoramiento individual, etc.) y, por último, el control de la oferta y la prevención de los problemas asociados al abuso de drogas, concretamente los programas de reducción del daño: de prevención, detección y control de enfermedades infecciosas prevalentes; de suministro de material estéril de inyección y de atención a necesidades básicas²⁰ (ver Tabla 11).

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	- A. Infanto-juvenil (17) - Cdad gitana (3) - Otros programas	- 320 activid extraescolares: educativas, informativas, etc. - Más de 100 talleres, actividades educativas, etc. - 38 Escuelas Deportivas, 6 cursos formación mediadores	- Más de 6.200 folletos, pegatinas, carteles, etc.	- 409 padres, 150 mediadores y 11.800 jóvenes, población gra. - 1000 niños y jóvenes, población general, familias. - 735 jóvenes en riesgo, 141 toxicómanos, 240 monitores dep.
1997	- A. Infanto-juvenil (17) - Cdad gitana (3) - Otros programas (1 control oferta, 3 reducción del daño)	- Activid extraescolares: educativas, informativas, Escuelas Deportivas, etc. - Más de talleres, actividades educativas, etc. - 11 Ordenanzas municipales, 13.883 inspecciones, 138 expedientes y 67 sanciones. Vacunaciones, suministro material estéril	- Folletos, pegatinas, carteles, etc. - Jeringuillas y preservativos (programas reducción daño)	- Primera infancia, pob infantil, mediadores, jóvenes, adolesc y jóv, pob infanto-juvenil., etc. - Niños y jóvenes, población general, familias. - Toxicómanos y prostitutas (programas reducción daño)
1998	- A. Infanto-juvenil (17) - Cdad gitana (3) - Otros programas (1 control oferta, 3 reducción del daño)	- Activid extraescolares: educativas, informativas, Escuelas Deportivas, etc. - Más de talleres, actividades educativas, etc. - 13 Ordenanzas municipales, 13.579 inspecciones, 610 expedientes y 38 sanciones y otras. Vacunaciones, suministro material estéril	- Folletos, pegatinas, carteles, etc. - Pegatinas, carteles, etc. - Jeringuillas y preservativos (programas reducción daño)	- Primera infancia, pob infantil, mediadores, jóvenes, adolesc y jóv, pob infanto-juvenil., etc. - Niños y jóvenes, población general, familias. - Población general, policías hosteleros, etc. - Toxicómanos y prostitutas (programas reducción daño)
1999	- A. Infanto-juvenil (17) - Cdad gitana (3) - Otros programas (1 control oferta)	- Activid extraescolares: educativas, informativas, Escuelas Deportivas, etc. - Más de talleres, actividades educativas, etc. - 13 Ordenanzas municipales, 16.980 inspecciones, 327 expedientes y 132 sanciones.	- Folletos, pegatinas, carteles, etc. - Pegatinas, carteles, etc.	- Primera infancia, pob infantil, mediadores, jóvenes, adolesc y jóv, pob infanto-juvenil., etc. - Niños y jóvenes, población general, familias. - Población general, policías, hosteleros, etc.
2000	- A. Infanto-juvenil - Cdad gitana - Otros programas (1 control oferta)	- Activid extraescolares: educativas, informativas, Escuelas Deportivas, etc. - Más de talleres, actividades educativas, etc. - 13 Ordenanzas municipales, 12.460 inspecciones, 805 expedientes y 77 sanciones.	- Folletos, pegatinas, carteles, etc. - Pegatinas, carteles, etc.	- Primera infancia, pob infantil, mediadores, jóvenes, adolesc y jóv, pob infanto-juvenil., etc. - Niños y jóvenes, población general, familias. - Población general, policías, hosteleros, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

6.- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

La Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León, establece las características del Sistema de Asistencia e Integración Social (SAISDE). Concretamente, en el artículo 16 se establece que éste se estructura en tres niveles básicos de intervención, donde es el Plan Regional el encargado de poner en práctica dicho sistema, la indicación del circuito terapéutico, la jerarquización de recursos, las condiciones de acceso, la derivación de drogodependientes y la inclusión de niveles complementarios de intervención. La Intervención Asistencial se desarrolla conforme a tres circuitos terapéuticos de utilización pública, destinados al tratamiento de los problemas relacionados con el abuso de sustancias legales e ilegales²¹.

Para desarrollar las diferentes tareas anteriormente mencionadas, son necesarios una serie de programas, servicio y recursos. Los programas que se desarrollan en materia de intervención asistencial están destinados principalmente a detectar, captar y motivar a los drogodependientes a iniciar el tratamiento, a utilizar las diferentes modalidades terapéuticas y a apoyarlos, a él y a su familia, para la integración social²². Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas.

En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados (asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas que pasarán a llamarse posteriormente programas libres de drogas), se ha producido un incremento de los dispositivos, con la excepción de las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación que se mantienen constantes en el periodo de tiempo analizado (3). Destaca el descenso de los drogodependientes atendidos en los Centros de Día (contemplados en los últimos años en los Centros Ambulatorios de Asistencia) y en las Comunidades Terapéuticas acreditadas, aunque en este último recurso en el 2000 crecieron los usuarios. Por otro lado, se ha dado un notable aumento en el número de usuarios en los tratamientos con sustitutos opiáceos (4.787 en el último año), incrementándose el número de Prescriptores y Dispensadores en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos, contemplados a partir de 1999 en los programas de reducción del daño. En 1999 aparece un programa de tratamiento con LAAM con 12 usuarios (ver Tabla 12).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño (contemplados en 1997 y 1998 en el área de prevención y a partir de 1999 como área independiente, aunque relacionada con la prevención), lo más destacado ha sido el incremento del número de programas de vacunaciones anti-hepatitis <> en los Centros de Tratamiento Ambulatorio, de los programas de intercambio de jeringuillas (de 7 en 1996 a 10 en el 2000) y sus usuarios y de la atención a las necesidades básicas (uno más en 1998, pasando de 69 usuarios atendidos en 1997 a 1.486 un año más tarde). Respecto a la ubicación de los programas de dispensación de metadona, han aumentado, contando en el 2000 con 11 centros de tratamientos específicos, 8 centros penitenciarios y 7 oficinas de farmacia, además de 4 centros de salud mental, 2 centros de emergencia social y 3 unidades móviles, entre otros recursos (ver Tabla 13).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, ha aumentado considerablemente la oferta terapéutica, incrementándose el número de dispositivos, especialmente de los centros ambulatorios (de 46 en 1996 a 51 a partir de 1999). Lo mismo ha ocurrido con los usuarios atendidos en las unidades de hospitalización psiquiátrica -aunque han descendido en el último año-, en los centros residenciales no hospitalarios (uno más en el 2000) y en los centros ambulatorios (ver Tabla 14).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Los Programas realizados en Comisarías y Juzgados

21 Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Capítulo VI.-Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE).

22 III Plan Regional sobre Drogas, 1998.

Tabla 12

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Recursos Normalizados	1996			1997**			1998**			1999			2000		
	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*
Centros Ambulatorios Asistencia	48		4.464	46		1.417	48		1.492	56		1.940	51 (3C D)		1.287 (134 CD)
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	3	18	280	3		295	3	18	313	3	18	293	3	18	283
Centros de Día Terapéuticos				7		785	8		673						
Comunidades Terapéuticas	8 PF	305	757	8 PF	298 PF	579	7PF	290	505	7 PF	288 PF	502	9PF	313 PF	627
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos***	10 P 3D 16 PyD		1.982	12 P 10 D 19 PyD		2.260	11 P 12D 22 PyD		3.592	11P 15D 25 PyD 1 LAA	M		4.226 12	11P 17D 25 PyD	4.787

*No alcohólicos

**Asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas

*** En 1999 contemplados dentro de los programas de reducción del daño

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

aumentan en los últimos años y especialmente los usuarios. Los sujetos atendidos en las Instituciones Penitenciarias crecieron notablemente hasta 1998, produciéndose posteriormente una bajada, al igual que ocurre en el caso de los programas de alternativas a la privación de la libertad. En este ámbito, también sobresale la puesta en práctica de servicios jurídicos a drogodependientes (asesoría y apoyo) (ver Tabla 15).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas como los de apoyo al tratamiento ambulatorio de toxicómanos (captación, motivación, etc.) y los de alcohólicos, los destinados a fumadores (11 en el 2000 con un total de 1.714 usuarios) y 2 en 1999 dirigidos a drogodependientes prostitutas. En el 2000 destaca como novedoso la implantación de un programa de ayuda a distancia para dejar de fumar a través de internet o correo (ver Tabla 16).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables, este área tiene comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Además, existen una serie de Subcomisiones técnicas dentro de las Comisiones Provinciales de Coordinación, constituidas por las instituciones que gestionan centros específicos de intervención y por representantes del Sistema Nacional de Salud y de otros recursos de carácter general (centros penitenciarios, servicios sociales, etc.).

En cuanto al organigrama de la red asistencial (ver Gráficos 5, 6 y 7), existen tres niveles de intervención (ver Gráfico 5)²³. El primer nivel del circuito terapéutico es la principal puerta de entrada al Sistema y sus recursos son bastantes accesibles al drogodependiente. Se trata de detectar, captar, motivar y derivar a los individuos a los servicios especializados y atender sus necesidades básicas. Destacan los recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de Acción

23 Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Capítulo VI.-Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE).

Tabla 13

Evolución de los programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
P. Vacunaciones Anti-Hepatitis <>: - En instituciones penitenciarias - En centros tratamiento ambulat.	8 9	1.452 850	8 13	1.035	8 13	917 218	*** 8 13	1.073 H 659 T	*** 8 19	
P. Vacunaciones antitetánica en instituciones penitenciarias	8	918	8		8					
P. Detección tuberculosis en instituciones penitenciarias	8	1.842	8	1.276	8		8		8	
P. Intercambio jeringuillas	7	2.894	6	3.008	6	3.407	9	4.200	10	3.069
Atención de necesidades básicas			1	69 toxicómanas prostitutas	2	1.486			3	77 toxicómanas prostitutas Ubicación
P. Dispensadores metadona: - Centros emergencia social - Unidades Móviles - Oficinas de farmacia - Centros salud mental - Centros tratam. Específicos - Hospital general - Hospital psiquiátrico - Centros penitenciarios - Otros							1 2 7 4 10 1 1 8 7	649 226 56 500 1.696 133 22 1.425 180	2 3 7 4 11 1 1 8 8	929 449 53 579 1.952 149 21 1.481 251

*Contemplados en el área de Prevención

** Contemplados como área independiente

***Vacunaciones de Hepatitis <> y Tétanos

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Social y los recursos específicos con varios programas de baja exigencia. Concretamente, los Equipos de Atención Primaria de Salud (E.A.P.S.), los Centros de Atención Social (CEAS), los Centros Específicos de Primer Nivel (CEPN), los Servicios de Orientación y Asesoramiento a drogodependientes en Juzgados (SOAD) y los Programas de reducción de los daños (PRD). Entre estos últimos, destacan los programas de mantenimiento con opiáceos, los servicios móviles (unidades móviles sanitarias) y los servicios de emergencia social, además de otros programas.

En un segundo nivel, se desarrolla gran parte del proceso de asistencia a través de los equipos ambulatorios interdisciplinarios, encargados del diseño y desarrollo de los planes individualizados de tratamiento especializado. Para ello, es necesario la coordinación y utilización de otros dispositivos como los centros específicos de atención ambulatoria a drogodependientes (CADS), las unidades para el tratamiento de alcoholismo (UTAS), la unidad regional de tabaquismo, el programa de ayuda a distancia para dejar de fumar, los programas de deshabituación tabáquica, los programas de tratamiento del tabaquismo de alta especialización e intensidad, los Centros de Día para drogodependientes, los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y los programas asistenciales en centros penitenciarios.

Por último, el tercer nivel está formado por recursos específicos con un elevado nivel de especialización de cara al tratamiento en régimen residencial de las drogodependencias. A estos dispositivos se accede por derivación de los centros o servicios con funciones de tratamiento especializado. Los recursos que componen este nivel son las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria

(UDH), las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes (CTD), los centros residenciales para la rehabilitación de alcohólicos (CRA) y las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP).

La participación de la iniciativa privada en los programas asistenciales se hace por medio de concierto de Servicios con la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, de forma que la utilización de los servicios es de carácter público y gratuito. Por otro lado, en esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño desde el Plan Autonómico (Consejería de Sanidad y Bienestar Social) y aunque no de la totalidad de los programas o actividades, sí se realizan en el caso de algunas intervenciones especiales, por lo general de carácter experimental.

Tabla 14

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	46	1.247	48	1.207	51	1.647	51	1.687	51	1.971
Unidades Hospitalarias (Unidades Hospitalización Psiquiátrica)	11	377	11	381	12	457	12	430	12	379
Centros Residenciales (no Hospitalars)					1	4	1	52	2 (60 plazas)	158

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 15

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios	Progr.	Usuarios
En Comisarías y Juzgados	1	12					2	137	3 en juzgado	281
En Instituciones Penitenciarias	25	1.055	24	4.038	24	8.044	26	4.142	24	4.710
Programas Alternativas Privación de Libertad	7	413		401		629	42	405	44	372
Servicios jurídicos a drogodependientes	21 Asesoría jurídica y apoyo Judicial	1.338	17	918	17	980				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 16

Evolución de otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996			1997			1998			1999			2000	
	Nº	Actv.	Us.	Nº	Actv.	Us.	Nº	Actv.	Us.	Nº	Actv.	Us.	Nº	Us.
P. Apoyo al tratamiento ambulatorio de toxicómanos	19	Cap-tac, moti-vac, etc.	1.937	19	Cap-tac, moti-etc.	1.788	19	Cap-tac, moti-vac, etc.	1.925	19	Cap-tac, moti-vac, etc.	2.486	17	1.966 toxicómanos 831 familias
P. Tratamiento ambulatorio de alcohólicos	18		2.195	18	Apoyo orient etc.	2.305	17	Apoyo orientac, etc.	3.374	17	Apoyo orientac, etc.	4.269	17	2.952 alcohólicos 1.947 familias
Unidad de tabaco	1	Tera-pias	230	1		60	1		122	1	Curso s, gru-pos, etc.	186	1	171
P. Ayuda para dejar de fumar y deshabituación	1	10 curs, 9 charl	570	3		355	6		652	7		907	11	1.714
P. Atención poblaciones especiales (dro-godep. Prostitutas)											2	Talle-res, aten-ción, etc.	66	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

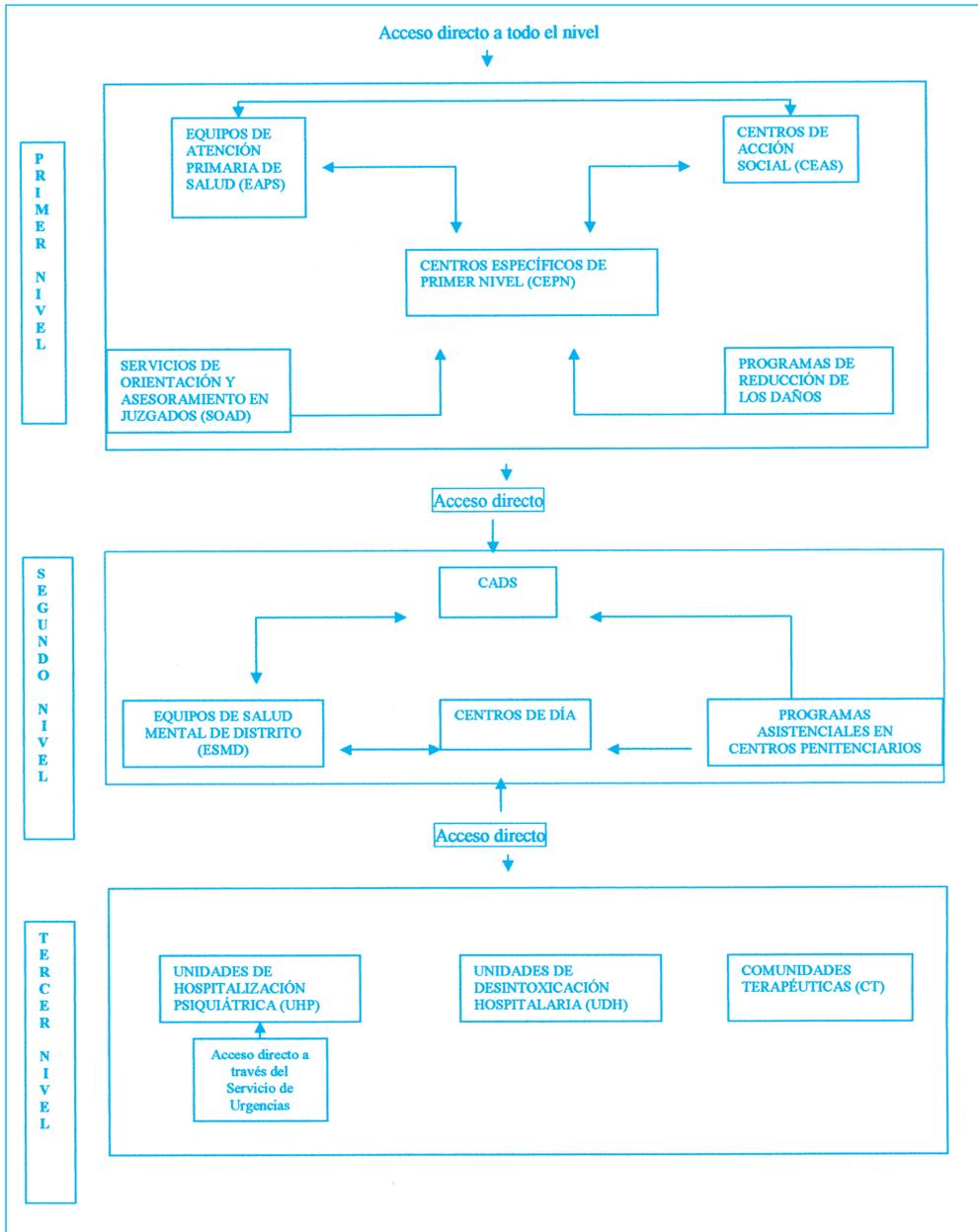
También se realizan evaluaciones de implementación de los programas y actividades, destacando una notificación desde fuentes informantes a sistemas de información, registro y seguimiento existentes en el Plan Regional sobre Drogas. Ambos tipos de evaluación son realizadas por profesionales del Plan. Del resultado de las últimas evaluaciones, los responsables consideran adecuados los distintos programas conforme a la planificación inicial, excepto en el caso de los de asistencia a problemas de alcoholismo, con un bajo nivel de adecuación.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios. Los responsables consideran que los recursos materiales han sido muy adecuados en el caso de los centros ambulatorios de asistencia, las unidades hospitalarias y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos; y adecuados en las comunidades terapéuticas privadas y los centros residenciales no hospitalarios (alcohol).

Por otra parte, frente a las deficiencias encontradas en este área de actuación, consideran necesario mejorar la dotación de profesionales en ciertos equipos (CADS) y la ampliación y mejora de ciertas instalaciones (algunos CADS y algunos centros dispensadores de tratamiento con opiáceos), objetivos en los que se pretende avanzar en un futuro, concretamente en el periodo 2001-2004. En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial, la previsión es reforzar la oferta de servicios especializados para el tratamiento del alcoholismo y del tabaquismo.

Entre las dificultades con las que se encuentran en esta área de actuación, el responsable señala que *el principal problema que tienen es que estiman que alrededor de unos 75.000 personas mayo-*

Gráfico 5
Circuito terapéutico



res de 14 años de la Comunidad tienen consumos problemáticos de alcohol y hay que articular una red de servicios asistenciales, especializados, e incluso específicos, que cubran esa demanda relacionada con el alcohol. Esto es una prioridad y un problema que no ha sido lo suficientemente atendido a nivel nacional. Luego, otro campo importante es el tema del tabaquismo, aproximadamente un 50% de la población fumadora de la Comunidad y un cincuenta y tantos por ciento de la población de 14 a 18 años reconoce que ha intentado dejar de fumar en el último mes, una proporción de

ellos lo ha dejado por su propia iniciativa, pero hay otro porcentaje muy importante que quiere dejar de fumar y no lo puede conseguir y necesita, por tanto, un apoyo terapéutico, y esta es la necesidad o la demandan que tenemos que cubrir. Otro campo fundamental es desarrollar programas que actúen con drogodependientes con problemas psiquiátricos agudos, pacientes que tienen una mala adherencia a los programas de tratamiento, tanto por su problemática psiquiátrica como por su drogodependencia, frente a esto, se está trabajando con el Departamento de Asistencia Psiquiátrica de la Consejería para avanzar en esa dirección y uno de los proyectos es crear una Unidad Residencial de corta-media estancia para drogodependientes que tienen patología.

Otro problema es que se trata de una población cada vez más envejecida, deteriorada, que ha intentado varias veces abandonar el consumo de drogas, etc., que cada vez es más difícil que tengan una motivación, una confianza en abandonar el consumo de drogas, son personas en una situación social, psiquiátrica, psicósomática, con una falta de vínculos con la familia, no integrada socialmente, muchos con enfermedades graves, con problemas serios con la justicia, etc., por lo que es difícil trabajar con este colectivo. Otro problema, a nivel clínico, es que está más presente el policonsumo de drogas. Antes teníamos heroinómanos con consumos de otras sustancias, pero ahora hay cada vez mayor proporción de usuarios que hacen un uso combinado, que tienen una dependencia múltiple a heroína, cocaína e incluso al alcohol o heroína, cocaína, psicofármacos y alcohol, etc., por lo que tratar a estas personas es muy complicado, porque puedes tener bajo control el consumo de algunas sustancias (opiáceos, metadona), pero se puede incrementar el consumo de cocaína, por lo que esto es una dificultad. A esto sumado que se trata de personas polidependientes, con escasos soportes sociales y familiares, con una baja percepción de autoeficacia o autorecuperación.

En conclusión y en términos generales, la valoración general de la red asistencial es buena, porque no hay listas de espera, los accesos son muy ágiles, la credibilidad de los recursos es muy alta, los pacientes -aunque decaigan- siguen demandando atención, tienen también servicios que trabajan con una estrategia de acercamiento que captan drogodependientes que no demandan una asistencia, unidades móviles que entran en contacto con drogodependientes que viven en la calle, etc. Hay un buen contacto con la población drogodependiente, lo que pasa es cada vez se pueden hacer menos cosas porque están en peores condiciones y el gran reto es el alcohol y el tabaco (captación, apoyo terapéutico y servicios específicos).

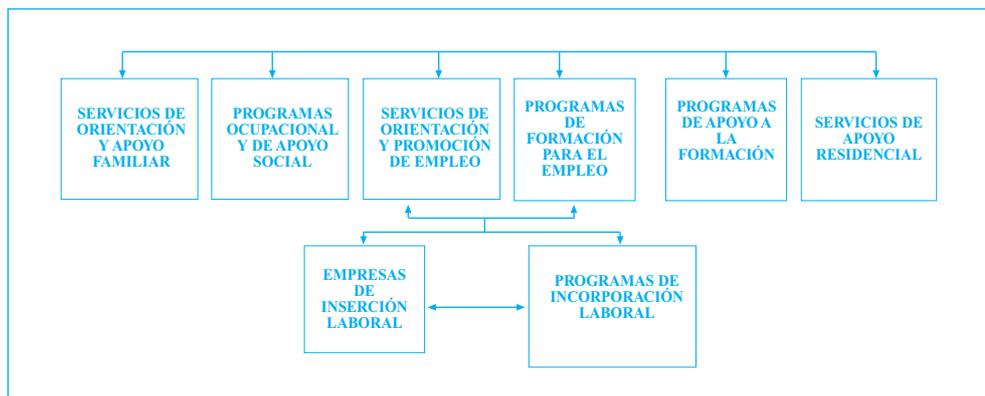
7.- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Los problemas ocasionados por el consumo de drogas, también necesitan la puesta en marcha de programas, recursos y servicios para conseguir la adecuada reincorporación social de los drogodependientes. Para ello, se ha creado una red con el fin de la integración sociolaboral de las personas con problemas de drogodependencias. Es preciso trabajar con los diferentes entornos con los que se relaciona la persona, entre ellos, el ámbito laboral, familiar, social, etc., donde todos y cada uno de ellos deben colaborar. También es necesario establecer sistemas de información y coordinación desde los principios de cooperación. La red para la integración sociolaboral se encuentra en estrecha relación con los circuitos terapéuticos asistenciales, donde muchos de sus recursos y programas son parte de los dispositivos de tratamiento.

Entre los programas y recursos específicos (ver Gráfico 6) se encuentran los servicios de orientación y apoyo familiar, los programas ocupacionales y de apoyo social, los programas de apoyo a la formación, los servicios de apoyo residencial, los programas de formación para el empleo, los servicios de orientación y promoción de empleo, las empresas de inserción laboral y los programas de incorporación laboral²⁴.

24 Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Capítulo VI.-Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente (SAISDE)

Gráfico 6
Red para la integración social y laboral de drogodependientes



Fuente: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social (SAISDE)

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados, se observa que en esta Comunidad, aunque mantiene constantes sus 14 Centros Terapéuticos de actividades y/o programas de reinserción, aumentan en el 2000 los Centros del mismo tipo pero sin ofertar tratamiento (34) y los Centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción o Comunidades Terapéuticas (9) (ver Tabla 17).

Tabla 17
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1999	2000
Centros	Nº	Nº
C. Terapéuticos Actividades y/o Programas de reinserción	14	14
C. Actividades y/o programas de reinserción (sin tratamiento)	30	34
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción (Comunidades. Terapéuticas)	7	9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Hasta 1998 con 36 programas de preformación laboral y 411 usuarios, se constata un gran crecimiento de esta modalidad de programas con respecto a años anteriores, y hasta este mismo año 14 programas de formación laboral, con 61 usuarios, creciendo posteriormente. Respecto a la última fase, integración laboral, en 1999 surge un nuevo programa especial de empleo, mientras que se mantienen la reserva de plazas en empresas (4) y un programa en 1997 de promoción de alternativas de autoayuda. En 1998 se inició un programa cofinanciado por la Iniciativa INTEGRAL del FSE a través del cual se intenta flexibilizar y hacer más accesibles los servicios de promoción de empleo y de capacitación

profesional (servicios municipales de promoción de empleo, cursos de técnicas de búsqueda de empleo y cursos de formación laboral en centros de tratamiento). Por último en el 2000, los recur-

Tabla 18
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Laboral	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Preformación Laboral	11	197	18	296	36	411				400
Formación Laboral	14	143	11	99	14	61				459
Integración Laboral										
- Programas especiales empleo	1	3	1	8	1	8	2	18	20	604
- Otros					2	18				
- Reserva Plazas Empresas	4	40	1	1	4	30	4	28		
- Promoción de cooperativas de autoayuda			1	5						
Otros programas de incorporación social	1	16								
Programa INTEGRA-FSE										
- Servicios mun. promoción empleo					4	177				
- Cursos técnicas búsq empleo					10	199				
- Cursos formación laboral en centros tratamiento					11	169				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

sos para la incorporación laboral son cada vez más diversos, contando, además, con talleres artesanos, casas de oficio específicas para drogodependientes, escuelas taller, etc. (ver Tabla 18).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan, además, cursos de formación. En este sentido, la oferta de cursos reglados ha ido creciendo, en términos generales, a lo largo de los años hasta un total de 16 a partir de 1999, sin embargo, los cursos puente se han mantenido relativamente constantes (9). En el caso de otros programas de formación, destacan en 1999 las acciones formativas (idiomas, informática, etc.), las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y otros programas/cursos de captación de personal (cursos de formación, de búsqueda de empleo, etc.). Un año más tarde, destacan 10 Escuelas deportivas para drogodependientes en tratamiento, 15 cursos y talleres específicos y 4 cursos normalizados (ver Tabla 19).

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), se han incrementado, en el caso de los pisos no tutelados hasta 1998 (26), descendiendo posteriormente. Respecto a los pisos tutelados, aunque se han mantenido relativamente constantes -al igual que las residencias-, también han ido descendiendo (de 14 en 1998 a 6 en el 2000). Esto mismo ha ocurrido con las familias de acogida, que pasaron de un total de 17 en 1996 a tan sólo 3 en 1999. En el 2000 destacan 4 centros específicos de reinserción, 3 casas de acogida para enfermos de Sida, alojamientos en pensiones y en centros de acogida indomiciliados (ver Tabla 20).

Tabla 19*Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos puente	9	325	2	296	9	311				
Cursos Reglados	14	150	10	238	17	145	16	139	16	160
Otros Programas de Formación - Otras acciones formativas (idiomas...) - Actividades informac, orientac y búsqueda empleo - Otros programas y/o cursos captación personal (cursos formación, de búsqueda empleo...)	31	428	11	246	20	181			29	404
							14 7 94	104 180 836		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 20*Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Nº	Us.
Residencial													
Pisos Tutelados	15	237	181	14	330	88	14	307	117	9	367	6	72
Pisos no Tutelados	2	6	6	1	12	4	26	27	29	9	11	4	32
Residencias	4	56	28	3	24	20	3	40	26	4	76		
Familias de Acogida	17	82	43	17	82	43	1	7	5				
Otros				3	24		9	21	25	3	10	11	274

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de las Comisiones de Seguimiento de los convenios, las cuales están constituidas por representantes de la institución que gestiona el programa y por miembros de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico sobre Drogas. Este área cuenta en la actualidad con 19 convenios, 4 establecidos con Ayuntamientos (León, Salamanca, Valladolid y Zamora), 14 con entidades privadas (varias) y uno con el Gobierno Central (Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas). Todos ellos funcionan muy bien, en opinión de los responsables.

En el desarrollo de las distintas actividades y programas, quizás el principal problema sea la falta de implicación y respuesta con programas especiales para colectivos con dificultades añadidas para la inserción, como es el caso de los drogodependientes, y de las agencias normalizadas o generales de integración social (INEM, algunas autonómicas de empleo, red de servicios sociales, etc.). Otro problema es que, a diferencia de lo que ocurre en el área de tratamiento, se care-

ce de redes para la integración sociolaboral de drogodependientes; de la misma forma que la doctrina, tanto teórica como práctica, para intervenir en este campo es muy insuficiente.

En términos generales, los responsables opinan que el funcionamiento de los programas desarrollados -durante el año 2000- gestionados por la Oficina (programa "servicios puente" gestionado con financiación del FSE), por el Gobierno Central (programas prioritarios con financiación de la DGPNSD), por la Administración Local (promotores de empleo con 4 Ayuntamientos) y por las entidades privadas (formación prelaboral y profesional en centros asistenciales, apoyo residencial, centros de actividades, casas de oficio, reserva de plazas en empresas y actividades de formación no laboral) es muy bueno, excepto en el caso de la reserva de plazas en empresas cuyo funcionamiento se considera bueno. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían los programas de integración laboral (Empleo), manteniendo los de formación y los de apoyo residencial. El funcionamiento de todos ellos es calificado como muy bueno.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y los pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos. El volumen de actividades y recursos restantes como los cursos de titulación académica; los de formación profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica, etc.); las Escuelas Taller; las Casas de Oficio; los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas; los pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento); las residencias y las familias de acogida, se considera adecuado.

Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran muy bueno el funcionamiento de los cursos de titulación académica; las actividades ocupacionales; las de información, orientación y búsqueda de empleo; la promoción de empresas de inserción; los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas y las residencias. La reserva de plazas en empresas, la integración en programas de empleo municipales y las familias de acogida también tienen un buen funcionamiento. Existen otras actividades y recursos cuyo funcionamiento cabría mejorar, tal es el caso de los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM, las Escuelas Taller y las Casas de Oficios.

En opinión del responsable, *en este área se ha crecido mucho en los últimos años, aprovechando también iniciativas europeas, convocando a los Planes Locales de drogas, etc. Quizás una dificultad con la que nos encontramos es que cuando el drogodependiente sale de un programa terapéutico, encuentra un vacío, es decir, mientras está en la Comunidad Terapéutica, en un Centro de Día o en un programa ambulatorio, se siente en una situación de respaldo, apoyo, etc., pero cuando es dado de alta, hasta que se integre socialmente y lleve una vida normalizada, pasa un tiempo y esa etapa de transición suele ser muy dura. Por tanto hay que crear una red para la integración sociolaboral para drogodependientes en la Comunidad Autónoma, una red que permita dar un tratamiento integral a las necesidades del drogodependiente para cubrir esos vacíos. También potenciar los servicios puente: servicios intermedios que hacen de puente entre la realidad tutelada terapéutica y la autonomía personal de la propia persona. Las corporaciones locales deben tener un papel importante, nosotros estamos financiando muchas actividades, este servicio puente, recursos de apoyo residencial, etc. Que haya una gran relación entre el tratamiento y la integración social.*

8.- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por medio de un acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación (para estudios epidemiológicos), por técnicos de la oficina de coordinación del Plan Autonómico (para características de los usuarios de servicios asistenciales y evaluación de programas de inserción) y por acuerdo específico de la Junta de Castilla y León, Corporaciones

Locales y Universidad (para evaluar programas de prevención). Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general y laboral; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención e inserción social (en desarrollo) y sobre la oferta de drogas.

La cantidad de estudios realizados en la Comunidad se considera insuficiente, y la calidad de los resultados muy buena, concretamente para los estudios epidemiológicos y de características de los usuarios de servicios asistenciales, el resto de los estudios están en desarrollo en la actualidad. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan las limitaciones de tipo financiero; la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés, especialmente universidades; la inexistencia de equipos consolidados, cualificados y altamente especializados y la falta de un programa nacional, concreto y con dotación económica suficiente, aprobado por la Conferencia Sectorial.

Las líneas básicas de los estudios e investigaciones deberían estar enmarcadas en un programa nacional de investigación, de modo que no se produjeran reiteraciones, lagunas y una mala utilización de los escasos recursos disponibles. No obstante, avanzar en todo lo relacionado con el alcohol y el tabaco es una prioridad en Castilla y León. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como deficiente en conjunto, y muy deficiente en algunas áreas. Habría que enfatizar en líneas de investigación la validación de instrumentos diagnósticos y de pruebas para la evaluación de programas en la población española; la evaluación de programas de intervención en áreas claramente deficitarias, como son la prevención escolar y familiar y, en especial, para colectivos de riesgo y, por último, el conocimiento preciso del impacto social y sanitario, en todas sus dimensiones, del abuso de alcohol y del tabaquismo, avanzando, al mismo tiempo, en la evaluación de distintos modelos de tratamiento para estos problemas.

9- RELACIÓN CON LAS ONG's

En el área de coordinación institucional, se establecen una serie de órganos de institucionalizados de coordinación y participación, acuerdos con las normas del Plan Regional y una serie de convenios con distintas entidades. En lo que respecta a las ONGs, durante 1997 se desarrollaron 16 convenios para la intervención en drogodependencias. En términos absolutos, los convenios de colaboración fueron con 18 ONGs y 35 recibieron apoyo económico para poner en marcha programas y actividades relacionados con la materia. Un gran número de este tipo de organizaciones (al menos 79) se integraron en el Plan Regional sobre Drogas, además de las entidades privadas que forman parte de los Planes Locales sobre Drogas. Concretamente 18 de ellas con fines generales, 15 organizaciones cívicas de diferente naturaleza, 3 sindicales y empresariales y 2 colegios profesionales.

Un año más tarde (1998), en términos absolutos, los convenios de colaboración se establecieron con 48 ONGs y fueron 24 las que recibieron apoyo económico para el desarrollo de actuaciones en drogodependencias. Este año las que participaron en el Plan Regional sobre Drogas fueron preferentemente las ONGs específicas del ámbito de la drogadicción, representando un 53% del total. En 1999, fue destacado el esfuerzo de estas organizaciones en el área de prevención, principalmente en el ámbito familiar y extraescolar. Se desarrollaron un conjunto de actividades de información, donde las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y las de autoayuda a toxicómanos fueron las más productivas en estas acciones. Además, se pusieron en marcha un gran número de escuelas de padres, Escuelas Deportivas destinadas a adolescentes y jóvenes y actividades de información, sensibilización, formación de mediadores, de ocio y tiempo libre, etc., dirigidas a población de riesgo (comunidad gitana y minorías étnicas)²⁵ (ver Tabla 21).

25 Memorias Plan Nacional sobre Drogas, 1996-1999.

Tabla 21
Convenios y conciertos con ONGs

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio/concierto
1996	40	17
1997	35*	18*
1998	24	48*
1999		
2000		

* En términos absolutos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión del responsable, el movimiento asociativo *ha tenido un papel muy importante desde los primeros momentos que se aprobó el primer Plan sobre drogas... Gestionan una gran parte de los servicios asistenciales y de los programas de integración sociolaboral y también participan activamente en programas preventivos... Tienen una gran flexibilidad para reconvertirse, se han ido especializando, son unos colaboradores muy leales, muchas iniciativas provienen de ellos y su nivel de coordinación y cooperación es modélico, incluso van por delante en la coordinación y cooperación que podemos tener nosotros con las propias administraciones... Muchas están acreditadas y hacen un gran esfuerzo por profesionalizarse y trabajar con rigor, contratan profesionales, los forman, etc... La relación con éstas se realiza a través de convenios, no hay subvenciones, éstas fueron sólo en una primera etapa, las escasas subvenciones que hay son directas o nominativas, no hay una convocatoria de subvenciones, lo que hacemos es concertar los servicios que ellos hacen mejor... Las áreas fundamentalmente en las que intervienen son asistencia, reducción de daños e integración sociolaboral; también en prevención y formación, aunque en menor medida, ya que esto es más bien de las administraciones... Tienen una gran credibilidad personal, porque la mayoría que trabajan son extoxicómanos, incluso han recibido premios nacionales, etc., por los trabajos que hacen con este colectivo... Nos enriquecemos mutuamente, ellos están sobre el terreno, ven todo mejor y colaboran con nosotros.*

CONCLUSIONES

Castilla y León es una de las Comunidades con mayor trayectoria en el trabajo y abordaje del fenómeno de las drogodependencias, concretamente desde hace doce años se lleva realizando una política de intervención planificada en esta materia. Es de destacar que es, junto al País Vasco y Cataluña, pionera en elaborar una ley sobre drogodependencias -desde 1994- para dotar a las actuaciones de un marco normativo. Además, se han puesto en marcha un total de cuatro planes (el primero en 1988 y el último para el periodo 2001-2004), lo que la posiciona, junto con el País Vasco, en ser una de las Comunidades con mayor número de planes y experiencia en esta materia. En opinión del responsable, esto es debido a que se ha tenido una política muy continua, una gran estabilidad y sostenibilidad de las actuaciones que ha permitido trabajar sobre lo ya construido. Han habido problemas, pero no grandes crisis, por lo que se han podido tomar decisiones pensadas, programadas y realizar evaluaciones cada vez más rigurosas.

En lo que respecta al consumo de sustancias, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado ligeramente. En estos momentos, los responsables consideran moderada la situación y sus consecuencias. El alcohol y el tabaco son señaladas como las sustancias más problemáticas, seguidas por la heroína. En concreto, el consumo más importante y sus problemas derivados están relacionados, con gran diferencia, con el alcohol y el tabaco, donde los niveles de

consumo de bebidas alcohólicas han experimentado una evolución creciente, siempre superior al promedio nacional. Situación contraria a lo ocurrido con el tabaco, cuyos niveles de consumo han ido descendiendo progresivamente y en estos momentos se sitúan en torno a la media nacional. Respecto a las drogas ilegales, el consumo de cánnabis, drogas de síntesis y cocaína ha experimentado un crecimiento entre los más jóvenes (14 a 18 años) entre 1998 y 2000, no obstante, se encuentran por debajo de los promedios nacionales.

En lo referente a las consecuencias derivadas del consumo, en esta Comunidad el alcohol y el tabaco son las que generan más problemas relacionados con la salud en temas de morbilidad y mortalidad, además de ser enorme el coste económico que generan en asistencia sanitaria y en pérdida de productividad laboral. En cuanto a las admisiones a tratamiento, la heroína es la principal sustancia que genera esta situación (cerca de un 92% en 1996) seguida por la cocaína, aunque con una proporción de casos bastante inferior (5,3%). Respecto a los episodios de urgencias relacionados con el consumo de drogas, vuelven a ser la heroína y la cocaína las que acumulan entre el 62 y 74% del total, aunque los relacionados con la primera sustancia han ido bajando y aumentando los motivados por consumo de cocaína. El alcohol también ocupa una posición importante en este apartado, además de ser responsable de un gran número de muertes. También habría que destacar que la mortalidad atribuible al consumo de tabaco ha seguido una línea ascendente. Finalmente, respecto a los casos de Sida registrados, en términos generales, la tasa de incidencia acumulada (665 casos por millón de habitantes en 1997) se sitúa por debajo de la del conjunto de España (1.247).

Entrando en algunos aspectos destacados del Plan, éste se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, algo necesario y aconsejable para desarrollar una adecuada programación. Llama la atención que en esta Comunidad los encargados de la planificación, además de ser personal de la Oficina del Comisionado, responsables políticos y técnicos, tienen en cuenta la participación ciudadana, algo poco frecuente en el resto de Comunidades, así como el hecho de evaluar el Plan. No obstante, señalan dificultades, como el resto de Comunidades y Ciudades Autónomas, con algunas Administraciones, concretamente con la Administración Central en el ámbito de coordinación y falta de implicación de algunos Departamentos y de financiación con la Administración Local. Por último, respecto al organigrama del Plan, cuentan con el Comisionado Regional para la Droga, del que depende el Servicio de Prevención, Asistencia e Integración de Drogodependientes que se divide en dos secciones: una de Asistencia, Integración Social y Coordinación Institucional y otra de Información, Investigación y Evaluación en Drogodependencias.

Para la puesta en marcha del Plan, cuentan con una serie de recursos humanos y económicos. En lo que al primer tipo respecta, en los últimos cinco años, el personal que trabaja en las diferentes áreas de actuación ha aumentado, no obstante, los responsables lo consideran insuficiente, especialmente en el área de prevención. El perfil general en el área de intervención asistencial es de diplomados (117), licenciados (99) y personal con estudios de Bachiller, FP u otros (96). En diciembre de 2000, se registraron un total de 324 personas con contrato y al menos 270 voluntarios. Respecto al personal que trabaja en las áreas de prevención e incorporación social, indican que no hay información disponible, por lo que es aconsejable incidir en este aspecto y tomar medidas al respecto. Además, en opinión de los responsables, se enfrentan con otra serie de deficiencias como la falta de formación y de personal especializado en evaluación y de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo, especialmente en prevención. Se debería mejorar la situación contractual de algunos profesionales y la retribución de la gran mayoría de ellos, aumentar el número de profesionales dedicados a la prevención y inserción en los Planes Locales sobre Drogas y en el área de asistencia e integración social, habilitar sistemas de rotación de profesionales, incluidos "años sabáticos", para evitar el síndrome de estar quemados. En definitiva, en esta Comunidad las principales deficiencias, en cuanto a personal, se aprecian en el área de prevención (falta de información al respecto, insuficiencia de recursos, falta de formación, etc.), por lo que sería necesario incidir en futuras actuaciones.

Los recursos económicos han ido aumentando de forma considerable a lo largo del tiempo, concretamente se ha dado un incremento del 58% en los últimos cinco años. Por áreas de actuación, la mayor dotación económica se destina a intervención asistencial e incorporación social (en torno al 75%) y seguidamente al área de prevención, que cuenta con más presupuesto cada año, aunque en el año 2000 se dio un descenso en ésta y un aumento en el resto de las áreas. En opinión de los responsables, el Plan sobre Drogas de Castilla y León cuenta con un programa presupuestario específico y se nutre de créditos procedentes de otros programas presupuestarios para financiar servicios y programas en materia de drogodependencias y disponen de un programa de crecimiento presupuestario para dotar al Plan de los recursos necesarios y de las actuaciones que tienen en marcha. Además, consideran que la transferencia sanitaria que se acaba de cumplir a comienzos de este año puede facilitar la toma de decisiones en el presupuesto, aunque sería necesario hacer un incremento en los próximos años para dotar al Plan de los medios financieros que necesita.

En estos momentos, en lo que respecta a las diferentes áreas de actuación, lo prioritario son las intervenciones relacionadas con el alcohol y el tabaco, la prevención y la integración social (inserción sociolaboral del drogodependiente). La asistencia es muy importante, pero se tiene una red lo suficientemente consolidada en esta materia. Dentro de la prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades, algo recomendable a la hora de planificar las intervenciones. No obstante, encuentran problemas como la escasa cobertura de los programas, en especial para la población en situación de mayor riesgo; el insuficiente soporte teórico de buena parte de las intervenciones; la falta de continuidad y de sinergia de las actuaciones de prevención y la escasa implantación de buenos diseños de evaluación. Por estos motivos, habría que incidir en actuaciones para aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco, la elaboración de un mapa de necesidades, la participación más activa de la población en los programas, un mayor número de programas e instrumentos validados y mejor formación y asesoramiento técnico para la evaluación.

Respecto a la prevención en el ámbito escolar, es importante la penetración de los programas, donde esta Comunidad está muy por encima de los promedios nacionales, reflejo de la continuidad y consolidación de los programas y de la gran implicación de los Planes Locales, especialmente por parte de los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes. En el ámbito familiar, habría que impulsar una línea rigurosa, sistemática y evaluada de prevención que no estuviera subordinada a las actuaciones que se hacen en el aula. En prevención laboral, formalizar y universalizar las actuaciones y, finalmente, incidir sobre el control de la oferta de alcohol y tabaco.

En el área de intervención asistencial, se realizan evaluaciones de implementación de los programas y actividades puestos en marcha y de diseño de algunas intervenciones especiales, por lo que sería conveniente aplicarlas a la totalidad de las actuaciones. Del resultado de las últimas evaluaciones, los responsables consideran adecuados los distintos programas conforme a la planificación inicial, excepto en el caso de los de asistencia a problemas de alcoholismo, con un bajo nivel de adecuación. Además, consideran necesario mejorar la dotación de profesionales en ciertos equipos (CADS) y la ampliación y mejora de ciertas instalaciones (algunos CADS y algunos centros dispensadores de tratamiento con opiáceos). En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial, la valoración general es buena: no hay listas de espera, los accesos son muy ágiles, la credibilidad de los recursos es muy alta y hay un buen contacto y acercamiento a la población drogodependiente. No obstante, la previsión es reforzar la oferta de servicios especializados para el tratamiento del alcoholismo y del tabaquismo; desarrollar programas que actúen con drogodependientes con problemas psiquiátricos agudos y trabajar frente al policonsumo de drogas, pacientes con una dependencia múltiple y cuyo tratamiento resulta muy complicado.

En el área de incorporación social, respecto a los programas, actividades y recursos empleados, es necesario aumentar los programas de integración laboral (Empleo); las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y los pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos. El funcionamiento,

en general, se considera adecuado, aunque cabría mejorar el de los Cursos de Formación Profesional homologados por el INEM, las Escuelas Taller y las Casas de Oficios. En opinión de los responsables, el principal problema es la falta de implicación y respuesta con programas especiales para colectivos con dificultades añadidas para la inserción, como es el caso de los drogodependientes, y de las agencias normalizadas o generales de integración social (INEM, algunas autonómicas de empleo, red de servicios sociales, etc.). Otro problema es que, a diferencia de lo que ocurre en el área de tratamiento, se carece de redes para la integración sociolaboral de drogodependientes, es necesario que las corporaciones locales tengan un papel más activo y que se dedique más tiempo a esta tarea, no sólo encaminándose a lo laboral, sino también a otras facetas importantes en la recuperación del drogodependiente como la familiar, el apoyo social, las necesidades materiales, etc.

También es importante el campo de la investigación y de la evaluación, donde, a través de un convenio (año 2000) con la Delegación del Gobierno para el PNSD, disponen de un Centro Nacional de referencia en alcohol y otras drogas en dos Universidades de la Comunidad Autónoma, donde se están haciendo líneas de investigación que tengan movilidad nacional, concretamente en el campo del alcohol y tabaco. No obstante, la cantidad de estudios realizados se considera insuficiente, aunque la calidad de los resultados muy buena; destacan las limitaciones de tipo financiero; la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés; la inexistencia de equipos consolidados, cualificados y altamente especializados y la falta de un programa nacional, concreto y con dotación económica suficiente, aprobado por la Conferencia Sectorial. Las líneas básicas de los estudios e investigaciones deberían estar enmarcadas en un programa nacional de investigación.

Por otro lado, el movimiento asociativo ha tenido un papel muy importante desde los primeros momentos que se aprobó el primer Plan sobre Drogas. Se han ido especializando, gestionando una gran parte de los servicios asistenciales y de los programas de integración sociolaboral, incluso participan activamente en programas preventivos. Las ONGs tienen un buen nivel de coordinación y cooperación y la relación con ellas se realiza a través de convenios -las escasas subvenciones que hay son directas o nominativas-. Las áreas fundamentalmente en las que intervienen son asistencia, reducción de daños e integración sociolaboral.

Haciendo una valoración general del Plan, el responsable considera *que hay que retomar de una manera muy decidida el tema del alcohol y del tabaco; impulsar la prevención con programas rigurosos y sistemáticos basados en la evidencia, especialmente en el campo familiar que es un campo crucial y muy abandonado, evaluando lo que se hace, perdiendo el miedo a la evaluación, a los malos resultados y, finalmente, desarrollar la integración sociolaboral, creando una red que coopere, que coordine y que aproveche los esfuerzos de todos. Otro aspecto necesario es tener una mayor financiación y consolidar y homologar la retribución de los profesionales que trabajan en la red, especialmente la red asistencial, con unas retribuciones más dignas, ya que la estabilidad en los contratos es bastante buena.*

Como puntos fuertes, afirma que en estos momentos, *únicamente el País Vasco, junto con Castilla y León, tienen 4 Planes de Drogas. También, la existencia de una ley de drogas, desde 1994, en el sentido de un marco normativo general; junto con el País Vasco y Cataluña, somos los pioneros en elaborar una ley. Tenemos un considerable desarrollo normativo, que permite regular la coordinación y la cooperación y actuar sobre temas como el alcohol y el tabaco, especialmente con menores; un número importante de administraciones trabajando dentro de una misma línea con políticas planificadas y un número importante y muy estable de ONGs que están trabajando en este campo. Se ha dado una gran estabilidad en el tiempo, un avance y luego también ha habido suerte, ya que no han habido grandes alarmas que hayan obligado a tomar decisiones de choque. Otro punto fuerte es la red asistencial que tenemos, la atención al drogodependiente está muy consolidada, no hay listas de espera para acceder a los tratamientos; hay una estabilidad en los profesionales que trabajan en estos centros; una rotación de los mismos; gran formación y experiencia y recursos para todos los usuarios (drogas ilegales: programas de abstinencia, los libres de drogas, etc., que cubran sus necesidades básicas). Tenemos una muy activa implicación de los*

Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y algunas Diputaciones con una serie de actuaciones específicas en materia de drogodependencias (13 de los 14 Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen un Plan Local de Drogas y 4 o 5 Diputaciones de las 9 que también tienen un Plan Provincial de Drogodependencias), por lo que se aprecia una fuerte implicación de las Corporaciones Locales en esta materia con actuaciones muy eficaces. Algunas de estas Corporaciones ya van por su segundo Plan de Intervención en Drogodependencias. Para reforzar todo esto, recientemente se ha aprobado un Decreto por el que se crea la Red de Planes de Drogas de Castilla y León, donde se establece un marco formal de cooperación y coordinación entre la Administración Autonómica y las Corporaciones Locales que tienen Planes en esta materia

En conclusión, tenemos una muy buena base sobre la que construir lo que queda por desarrollar, es como si tuviéramos un árbol que tiene un tronco muy firme y unas raíces muy firmes, que necesita más ramas que den más sombra y cubran más terreno. Tenemos bastantes ramas pero hacen falta más, es muy fácil trabajar así. Al principio, tenías que conseguir adhesiones, ahora ya nada, es sencillamente ampliar lo que ya está. Cuando tienes una serie de servicios trabajando en eso, el problema es encontrar entidades que puedan desarrollar ese tipo de actividades. Las circunstancias son favorables, pero hay que seguir trabajando continuamente y que todos se impliquen²⁶.

²⁶ Entrevista, junio 2002.

CATALUÑA

INTRODUCCIÓN

El Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya mediante el Dirección general de Drogodependencias y Sida, coordina, planifica y plantea las directrices a seguir por la Red de Atención a las Drogodependencias. Esta última, se caracteriza por ser una red pública de recursos especializados en la atención y el seguimiento de problemas relacionados con el consumo, abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas y por poseer centros distribuidos por todo el territorio. En opinión del responsable, la red de drogodependencias, aunque es independiente, funciona en estrecha colaboración con la Red de Salud Mental.

En esta Comunidad existe una especial preocupación por el tema de las drogodependencias. El 25 de julio de 1985 se publicó la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia (heroína, cocaína, alcohol, tabaco, cánnabis y otras sustancias). Con el despliegue normativo posterior, se creó la Red de Atención a las Drogodependencias con el objetivo de dar respuesta a las necesidades asistenciales. Posteriormente, en 1998 el Parlamento realizó una segunda modificación y aprobó la Ley 8/1998 que modificó parcialmente la Ley 20/1985. El objetivo de esta segunda modificación fue actualizar las medidas de control de la promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo, en los espacios públicos. La Ley 1/2002, de 11 de marzo, ha supuesto la tercera modificación de la Ley con la prohibición de vender y suministrar bebidas alcohólicas a menores de 18 años¹. La Orden de 31 de Octubre de 1985 del Ministerio de Sanidad, el Real Decreto 75/1990 de 19 de enero y la Orden 20 de Febrero de 1991 regulan los Programas de Mantenimiento con agonistas opiáceos para pacientes drogodependientes.

Además, se han llevado a cabo numerosas actuaciones en los diferentes ámbitos de actuación siguiendo las directrices del Plan de Drogodependencias de la Generalitat y del Plan de Salud de Cataluña para el trienio 1999-2001. En el ámbito de la prevención, destaca dentro de los programas de prevención escolar el marco de educación para la salud, a través del desarrollo de actividades de formación del profesorado, la edición de materiales didácticos, la oferta de programas de promoción de la salud y prevención de las drogodependencias y en los últimos años se han incorporado en las intervenciones escolares actividades específicas para fomentar la implicación de las familias. En el marco del ocio y el tiempo libre, se han desarrollado acciones para intervenir con los jóvenes y reducir los daños asociados al consumo de sustancias y otras conductas de riesgo. También tiene lugar una amplia labor en prevención comunitaria con la colaboración de ayuntamientos, consejos comarcales y ONGs que desarrollan este tipo de programas; sin olvidar la par-

¹ Art.17 de la citada Ley. En www.fad.es/cd/leyes/textos/ccatl2085.htm

ticipación de los equipos de atención primaria y sanitaria, con actuaciones encaminadas a la detección precoz y a la información a personas consumidoras de drogas.

En el ámbito asistencial, se ha producido un gran desarrollo de programas destinados a prevenir los riesgos asociados al consumo de drogas por vía parenteral, han aumentado los programas de mantenimiento con opiáceos, los de intercambio de jeringuillas y los de contrato y soporte sociosanitario básico con las poblaciones que no acuden a los centros sanitarios. En esta misma línea, destaca la firma, en 1998, de un convenio entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña y el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de dicha Comunidad para la dispensación de metadona en oficinas de farmacia para los usuarios de los centros especializados.

En 1999 se inició el Plan de Salud de Cataluña (1999-2001). Es el tercer ciclo de planificación que se inició en 1991, con el *Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña*, basado en la estrategia *Salud para todos* de la Oficina Regional Europea de la OMS. Durante ese año, se produjeron importantes avances en el ámbito de prevención, donde la oferta de programas de educación para la salud (todos los niveles de escolarización obligatoria y postobligatoria) aumentó considerablemente, así como los programas de reducción de daños, tanto los de intercambio de jeringuillas como los de mantenimiento con metadona².

En los últimos años, atendiendo el elevado porcentaje de pacientes con diagnóstico de patología dual, la Dirección General de Drogodependencias i Sida ha impulsado la puesta en marcha de dos Unidades específicas de Patología Dual (de Martorell y de Benito Menni) y, según el responsable, para el 2004 está prevista una tercera en la provincia de Tarragona.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En términos generales, según los responsables del Plan Autonómico, el consumo de drogas en Cataluña y las consecuencias derivadas del mismo se considera grave, aunque tomando como referencia los últimos cinco años, la situación ha mejorado. Las tres sustancias que más problemas generan, por orden de importancia, son el tabaco, el alcohol y, en tercer lugar, la heroína. Las razones que les llevan a señalar estas tres drogas son el impacto sanitario, en el caso del tabaco, su gran penetración en la sociedad, en el caso del alcohol y la alarma que genera la heroína en la opinión pública. Esta última droga provoca graves consecuencias sanitarias y sociales, especialmente en los consumidores que usan la vía endovenosa (Sida, hepatitis, prisión, etc.).

El consumo de tabaco es uno de los principales problemas de salud pública y factor de riesgo individual más importante en la sociedad catalana. Los últimos datos disponibles (Encuesta de salud de Catalunya, 2002³), muestran que el porcentaje de fumadores (diarios y ocasionales) en mayores de 15 años es del 32,1% (38% en los hombres y 26,6% en las mujeres), lo que representa una reducción de 1,6 puntos de prevalencia respecto a 1990. Por edades, entre 15 y 24 años hay un 40% de fumadores (42,5% en las chicas y 37,4% en los chicos) y entre 15 y 64 años un 37,2%; en ambas franjas de edad se ha producido una leve disminución en relación a 1998 (ver Tabla 1).

Además, respecto a la participación de la población en programas de tabaquismo, en los últimos cuatro años, ha aumentado considerablemente el número de pacientes que inician tratamiento por consumo de tabaco en los centros de la red de drogodependencias, pasando de 54 en 1999 a 1.182 en el año 2002 (ver Gráfico 1).

2 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 1999.

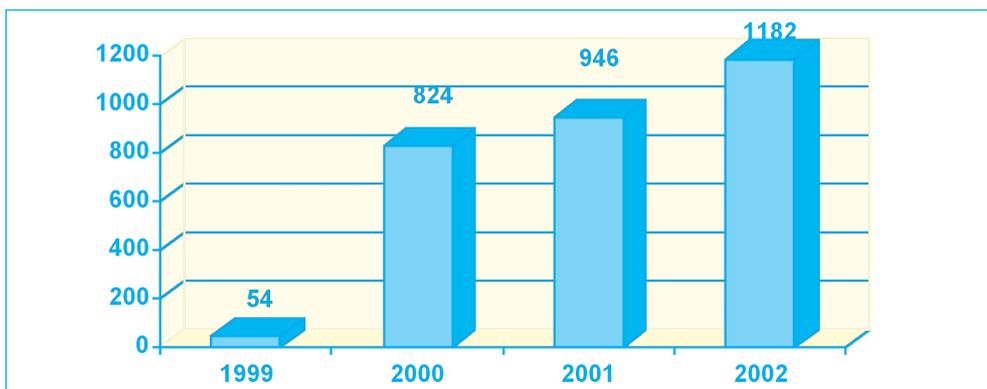
3 La Salut i els Serveis Sanitaris a Catalunya.. La visió dels ciutadans l'any 2002 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona, 2003 (disponible a www.gencat.net/sanitat).

Tabla 1*Prevalencia del hábito tabáquico* en la población general. Cataluña, 1982-2002*

INDICADOR	1982	1986	1990	1994	1998	2000
Prevalencia 15 y más años	-	-	33,7%	30,6%	30,9%	32,1%
Prevalencia 15-64 años	37,9%	40,4%	36,7%	35,3%	37,5%	37,2%
Prevalencia 15-24 años	53,5%	52,3%	38,3%	36,1%	44,2%	40,0%

* Hábito tabáquico: consumo diario u ocasional de cualquier producto tabáquico.

Fuente: Dirección Gral Salud Pública. Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Gráfico 1*Evolución de inicios de tratamiento por consumo de tabaco*

Fuente: Sistema de Información sobre Drogadependencias de Cataluña, Informes Anuales 1999-2002

Al analizar los datos por grupos de edad, se observa que entre los 35 y 44 años se concentran los mayores casos de dependencia del tabaco, concretamente de 35 a 39 años en 1999 (129), 2000 (155) y en el 2001 (175) (ver gráfico 2). El perfil de los usuarios que inician tratamiento es un hombre o mujer entre 35 y 49 años que no consume ninguna otra droga, con estudios primarios, secundarios o bachillerato superior, que trabaja y que por primera vez ha empezado el tratamiento por iniciativa propia o de familiares.

En cuanto al alcohol, se confirma el cambio en el patrón de consumo y en el tipo de bebidas alcohólicas que se ha venido objetivando en los últimos años. Este fenómeno de homogenización en los consumos a nivel europeo comporta en el caso de Cataluña, como en el de otras comunidades, la progresiva incorporación de la mujer en el consumo de bebidas alcohólicas, una tendencia a concentrar los consumos en el tiempo dedicado al ocio y un aumento del consumo de cerveza y destilados de alta graduación en detrimento del vino⁴.

⁴ Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe??. *Addiction*, 1997, 92 (Supplement 1), S21-S31.

Gráfico 2

Distribución por edad de los casos de dependencia del tabaco 1998-2001

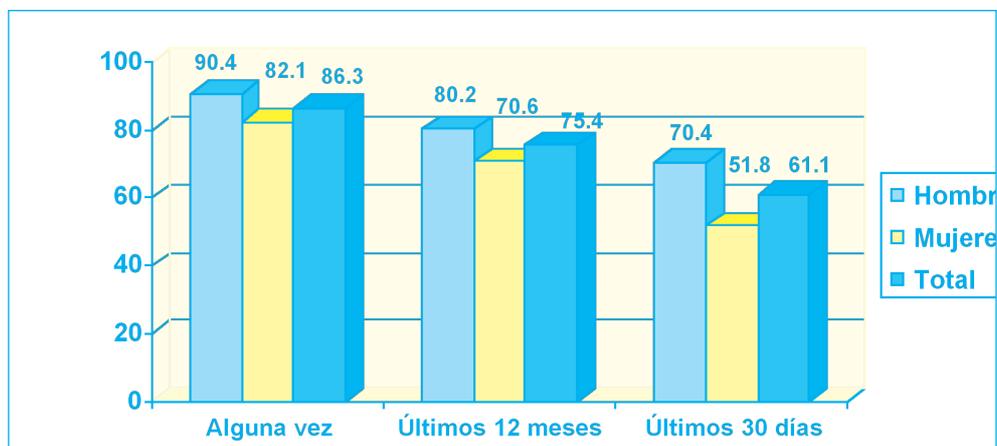


Fuente: Sistemas de información sobre drogodependencias de Cataluña 1998-2001

Además, alrededor del 10% de la población consume alcohol por encima de los límites de riesgo recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵. La prevalencia del consumo de alcohol en el último mes en el 2001 se situó alrededor del 61,1%, siendo esta prevalencia superior en los hombres (70,4%) que en las mujeres (51,8%) (ver Gráfico 3). En el caso de los jóvenes entre 14 y 18 años es especialmente relevante señalar que la prevalencia de los consumos en el curso

Gráfico 3

Prevalencia de consumo de alcohol en Cataluña por sexo. 2001 PND



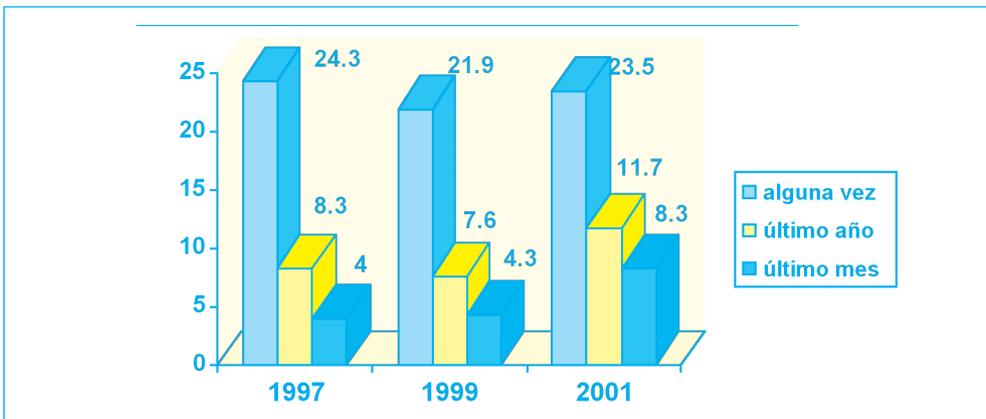
Fuente: Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas

5 Datos facilitados a Europa Press, abril 2000.

de los 30 días en las chicas (58,3%), es ligeramente superior a la de los chicos (57,8%), hecho que constata la progresiva incorporación de la mujer al uso habitual de bebidas alcohólicas⁶. Así mismo, se constata que la demanda de tratamiento por consumo de alcohol se ha mantenido estable en los últimos años.

Según la Encuesta Domiciliaria realizada en Cataluña a la población general de 15 a 65 años, respecto al consumo de cannabis, se observa en el 2001 un aumento en el porcentaje de consumidores en el último mes (ver Gráfico 4). Estos resultados se incrementan si observamos las encuestas realizadas a la población escolar (entre 14-18 años), donde un 37,6% ha consumido alguna vez en su vida y un 22,3% en el último mes.

Gráfico 4
Evolución de consumo de cannabis 1997-2001



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre el consumo de drogas

Por último, las demandas de tratamiento por consumo de esta sustancia han aumentado en los últimos dos años (ver Gráfico 5), aunque, en general, representan porcentajes relativamente bajos si los comparamos con el resto de las sustancias (por ejemplo, en el 2002 representaba el 4,8% de los inicios totales de tratamiento). En el último informe del "Observatorio de nuevos consumos juveniles" del 2002, se percibe que, después del alcohol, el consumo de cánnabis es el más extendido y el que más aumenta en población adolescente y en jóvenes que consumen a diario y el fin de semana. Por otro lado, el perfil de los consumidores de cannabis que inician tratamiento es el de un hombre entre 15 y 24 años, consumidor de tabaco y/o alcohol, con estudios primarios o secundarios, que actualmente trabaja y ha empezado por primera vez el tratamiento por iniciativa propia o de familiares.

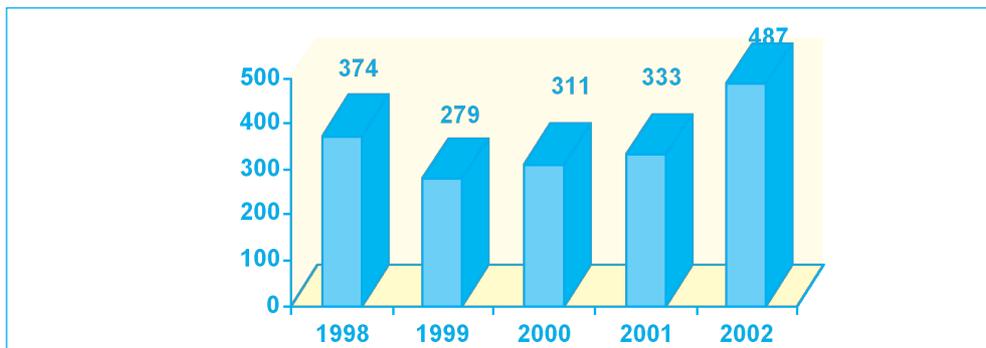
El consumo de heroína ha disminuido en los últimos años, presentando una incidencia del 0,02% en la población general. En cuanto a los inicios de tratamiento, también se ha observado una disminución en los últimos cuatro años (ver Gráfico 6). El perfil de estas personas es el de un hombre de 32 años que también consume otra droga (cocaína, tabaco preferentemente), que tiene el graduado escolar y que actualmente está en paro.

Respecto a la cocaína, en los últimos años se ha incrementado su consumo. En el 2001, un 4,2% han consumido esta sustancia en alguna ocasión (ver Gráfico 7). Uno de los problemas fundamentales, es que se da un cierto silencio entre su consumo y las acciones desarrolladas por el consumidor o por su entorno para iniciar un proceso de tratamiento.

⁶ Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas, 2001. Plan Nacional sobre Drogas.

Gráfico 5

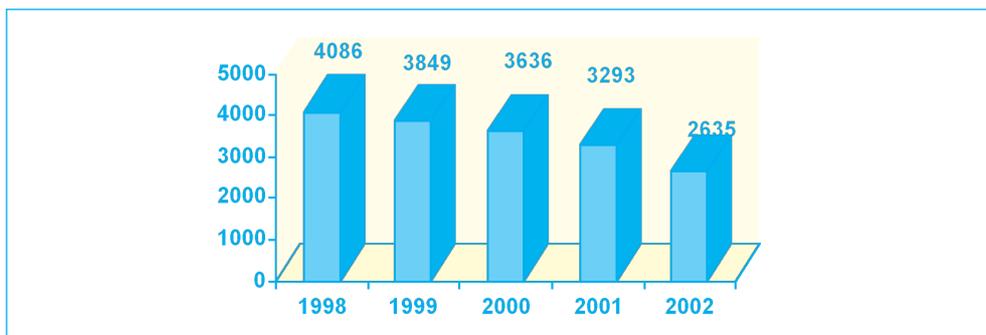
Inicio de tratamiento por consumo de cannabis 1998-2002



Fuente: Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña 1998-2002

Gráfico 6

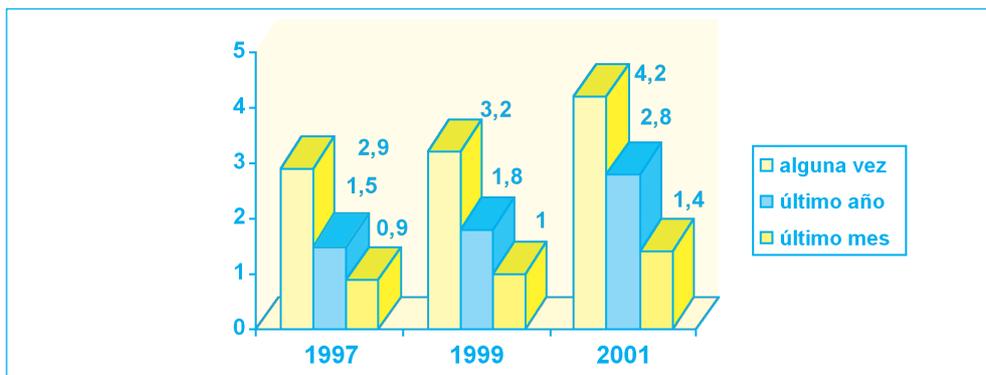
Inicio de tratamiento por consumo de heroína 1998-2002



Fuente: Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña 1998-2002

Gráfico 7

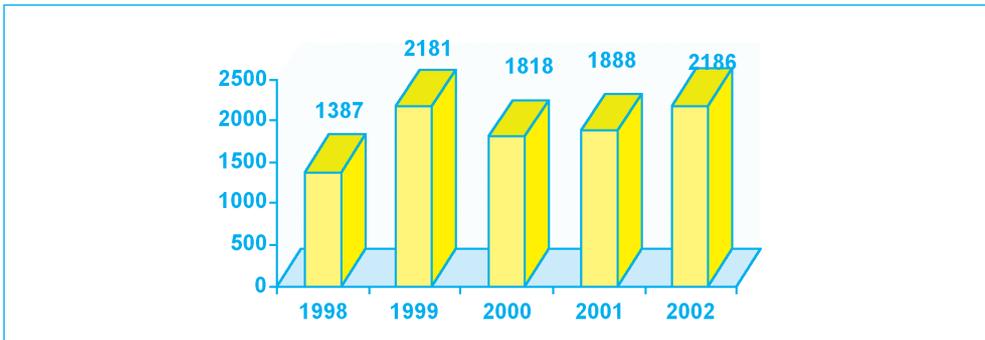
Evolución de consumo de cocaína en Cataluña



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas

En el 2002 el número de inicios de tratamiento por abuso y dependencia de esta sustancia se ha incrementado (ver Gráfico 8), representa la tercera sustancia que motiva más tratamiento después del alcohol y la heroína llegando a superar, en algunas comarcas catalanas, a los casos que iniciaron tratamiento por heroína. Lo que lleva a concluir, en opinión del responsable, que la atención a este tipo de usuario comportará la revisión y adecuación de algunos aspectos del modelo asistencial catalán.

Gráfico 8
Inicio de tratamiento por consumo de cocaína 1998-2002



Fuente: Sistema de información sobre Drogodependencias de Cataluña 1998-2002

La prevalencia del consumo de drogas de diseño en España, ha aumentado en los últimos años. En Cataluña, según el último informe del “Observatorio de nuevos consumos juveniles” se ha estabilizado el consumo de drogas de síntesis en la población juvenil. Estas drogas generan un menor rechazo respecto a su consumo que el que producen la heroína o la cocaína. El uso que se hace de esta sustancia es ocasional o experimental, junto con otras drogas (policonsumo), sobre todo durante los fines de semana y periodos festivos, asociado a espacios de ocio nocturno. El perfil principal de los consumidores son varones jóvenes con una edad media de 22.9 años, solteros, con un nivel educativo alto (casi la mitad de ellos tienen estudios universitarios o medios) y la mayor parte de ellos están ocupados, trabajando o estudiando. Según Joan Colom, *las drogas de síntesis no tienen un patrón de dependencia clásico, por lo que la demanda de tratamiento es baja, por ejemplo en el 2002 representó el 0,66% de las demandas totales de tratamiento. Aunque, estos datos no nos pueden hacer olvidar que un consumo crónico puede ocasionar accidentes cerebrovasculares, hiponatremias, insuficiencias hepáticas, trastornos depresivos y de ansiedad, así como cuadros psicóticos.*

1.2. Algunas consecuencias derivadas del consumo de drogas

En el año 2002, se registraron 12.702 inicios de tratamiento por consumo de drogas en esta Comunidad, el 44,24% de los inicios son motivados por el alcohol, un 20,44% por la heroína y en un 17% por la cocaína. Ocho de cada diez pacientes son hombres, los consumidores más jóvenes son los que inician tratamiento por cánnabis (25), cocaína (29) y heroína (32); los más mayores son los consumidores de tabaco y alcohol (43). Las vías más comunes de administración, hay que subrayar que la vía parenteral, aún siendo la más frecuentemente utilizada por los usuarios que inician tratamiento por heroína (45%), sigue presentando una ligera tendencia decreciente en los últimos años⁷.

Durante 1999, las muertes por consumo de drogas crecieron casi un 10%. Aunque la mortalidad atribuible al alcohol es difícil de cuantificar por la falta de consenso en las fracciones atribui-

⁷ Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña, Informe Anual 2001. Pp. 16.

bles en determinadas patologías, un estudio realizado en Cataluña establece que durante el periodo 1988-1997 un total de 28.788 muertes, lo que representa el 5,5% del total, fueron atribuibles directa o indirectamente al consumo de alcohol⁸. Otros estudios le atribuyen el 6,6% de la mortalidad anual⁹. En el último informe de la OMS, el alcohol es el 5º factor de riesgo para la salud en el mundo y el 3º en los países desarrollados¹⁰.

Hoy por hoy en esta Comunidad existe una gran preocupación por el consumo excesivo de alcohol y por sus consecuencias. Este hecho se ve reflejado a través de los sucesivos Planes de Salud en los que aparece un capítulo específico en el que se estipulan como objetivos generales la reducción del consumo excesivo y la mortalidad asociada a su consumo. Por otra parte, según los datos facilitados por el Departamento de Sanidad, el consumo de tabaco provoca un 16,5% de las muertes entre la población mayor de 35 años. Un estudio realizado en 1998 mostraba que el hábito tabáquico provocó en Cataluña 8.931 muertes, donde 7.484 fueron de hombres y 1.447 de mujeres¹¹. Entre las causas, destacan los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares y pulmonares.

Según Jordi Casabona, director del CEESCAT, el número de nuevos casos de SIDA registrados en Cataluña se estabiliza cada vez más, y el desarrollo de la enfermedad se retrasa, aunque es urgente incrementar la prevención entre los jóvenes y la población en general. En junio del 2001, el número de casos vivos de SIDA fue de 5.420, (4.245 hombres y 1.175 mujeres), el 54% eran UDVP con una media de edad en el caso de los hombres de 39,32 años y en el caso de la mujeres de 35,7 años (se excluyen los casos pediátricos). En toda Cataluña se han notificado un total de 14.205 personas infectadas por el virus del SIDA desde los primeros diagnósticos, a finales de 1981, hasta el 31 de Diciembre de 2001. Desde 1996 la incidencia de nuevos casos de SIDA en residentes en Cataluña está disminuyendo, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes en el 1996 fue de 33,3 y en el 2000 de 11,2. Se está produciendo el aumento del contagio en mujeres, prueba de ello es que en 1986, de los casos que se conocieron en Cataluña sólo un 15% correspondía a mujeres, mientras que en 2001 esta cifra pasó a un 24%. La principal vía de transmisión de la enfermedad es el uso de drogas por vía parenteral, en casi un 57,2% de los casos¹². Los últimos datos hasta el 31 de diciembre de 2001, notificaron 13.693 casos de SIDA en Cataluña, 11.060 de hombres y 2.633 de mujeres, principalmente usuarios de drogas por vía parenteral (56%)¹³. En el año 2001, el número de casos acumulados ascendió a, con un 56% de usuarios por vía parenteral¹⁴.

2 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Desde que Cataluña tiene competencias en materia de drogodependencias, se ha editado un plan. En 1991 se inició el Plan de Salud de Cataluña, destacando importantes avances en la normalización de la política de drogodependencias como un pilar clave de la política sanitaria. Este Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial, donde el Plan de Salud de Cataluña incluye datos sobre la situación previa en los apartados relativos al consumo excesivo de alcohol, tabaco y el consumo de drogas no institucionalizadas. El último estudio

8 Revuelta E, Godoy P, Farreny M. Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997. *Aten Primaria* 2002; 30(2): 112-118.

9 Portella E, Rídao M, Carrillo E, Ribas E, Ribó C y Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Ed. Médica Panamericana. Madrid. 1998.

10 The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization. Geneva 2002.

11 Medicina TV.com: Noticias, 5/30/2000

12 Estos datos se desprenden del informe Vigilancia epidemiológica de la sida en Cataluña, situación hasta 31 de diciembre de 2001. Informe elaborado por el Centro d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). Boletín Epidemiológico de Cataluña. Volumen XXIII, Marzo 2002, nº 3.

13 Sistema de Información sobre Drogodependencias en Cataluña, Informe Anual 2001.

14 Registro Nacional de SIDA en España, 30 de junio de 2001.

de necesidades se realizó en 1999 y el siguiente estaba previsto para el 2001; estos estudios son realizados por profesionales del propio Plan Autonómico y externos a él, empleando como fuentes primarias Indicadores del Sistema de Información sobre Drogodependencias y otros indicadores sanitarios, y como fuentes secundarias las Encuestas sobre consumo de drogas del PNSD.

Una vez realizado el estudio de necesidades se lleva a cabo la programación. La Oficina del Comisionado es la instancia responsable de la planificación de la política de drogodependencias de la Generalitat de Catalunya. Las pautas generales que siguen en la programación no son editadas. La Comunidad realiza una evaluación del cumplimiento de los objetivos de los Planes trienales de Salud de Cataluña cada vez que finaliza su período de vigencia. Ésta es llevada a cabo por los responsables de evaluación del Plan de Salud de Cataluña (Dirección General de Salud Pública) en colaboración con la Dirección General de Drogodependencias y Sida, sin existir una comisión a nivel interno del propio Plan encargada de realizar el seguimiento del mismo.

Entre sus objetivos prioritarios se encuentran la prevención primaria, actividades de información y educación sanitaria para la promoción de estilos de vida saludables. En este sentido, en lo relativo a las drogodependencias, disminuir el hábito tabáquico de la población general y atendida, en el ámbito de la comunidad, escuelas y servicios sanitarios; el consumo excesivo de alcohol en la población de 15 y más años y embarazadas atendidas, en el ámbito de los servicios sanitarios y el consumo de drogas no institucionalizadas en la misma población y en los ámbitos de los servicios sanitarios y prisiones.¹⁵

Al plantear a los responsables del Plan Autonómico cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, señalan dificultades con las tres Administraciones en el ámbito de financiación; problemas de recursos (materiales, humanos) con la Administración Autonómica y de definición de competencias con la Local. Además, se considera que al Plan Autonómico le faltan competencias para hacer frente al problema de las drogas, sobre todo en materia de seguridad ciudadana, formación universitaria, colaboración internacional, entre otras posibles materias. Dentro de la Comunidad Autónoma, en su opinión, están bien distribuidas las competencias a desarrollar por la Administración Autonómica y la Local para la ejecución del Plan.

Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social; de Bienestar y Familia; de Educación; de Trabajo, Industria, Comercio y Turismo; de Justicia e Interior; de Gobernación y Relaciones Institucionales y Presidencia, han participado en la elaboración del Plan. Existen convenios y conciertos con municipios individuales para establecer la colaboración en materia de prevención y asistencia.

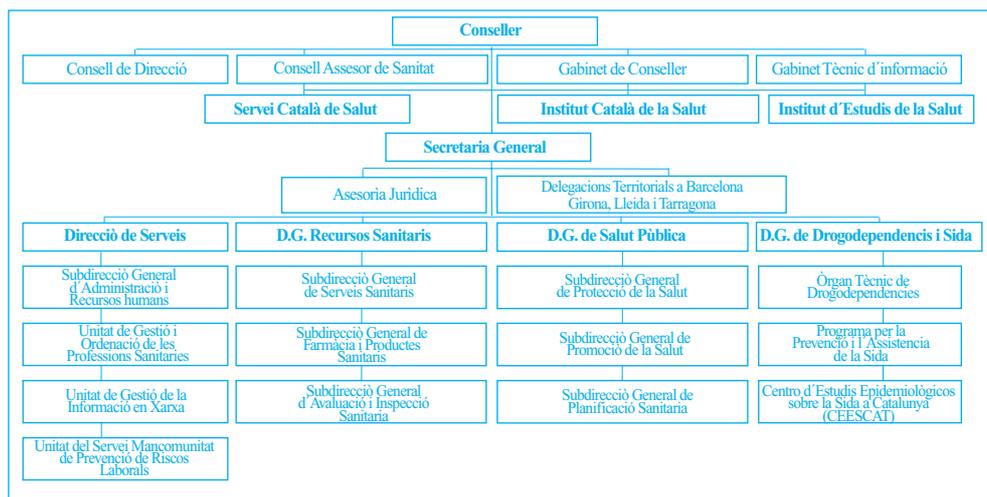
Conocida la planificación es preciso incidir en la estructura del Plan, organigrama, responsables, regulación de las competencias, coordinación interna, etc, en otras palabras, toda la normativa interna o proceso de actuación del actual Plan en materia de drogodependencias. Describiendo en términos generales el organigrama (ver Gráfico 9), la Comunidad de Cataluña cuenta con una Dirección General de Drogodependencias y SIDA (depende del Departamento de Sanidad y Seguridad Social), que se divide en tres áreas o secciones: el Órgano Técnico de Drogodependencias, el Programa para la Prevención y Asistencia del SIDA y el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre el SIDA en Cataluña (CEESCAT).¹⁶ Además, hay órganos consultivos que se constituyeron en 1987 compuestos por altos cargos de departamentos de la Administración de la Generalitat con competencias en materia de drogodependencias. La periodicidad con la que se reúnen es variable.

La Dirección General de Drogodependencias y SIDA se encarga de dirigir, planificar y evaluar las políticas sanitarias en materia de prevención, asistencia y tratamiento de las drogodependencias y del SIDA. Concretamente, de la coordinación de los dispositivos implicados; de la representación del

15 Plan de Salud de Cataluña 1999-2001. Pp. 41-43

16 Los datos referidos a la estructura se han obtenido del Sistema de Atención al Ciudadano del Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

Gráfico 9
Organigrama del Departamento de Sanidad y Seguridad Social



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Departamento de Sanidad y Seguridad Social en organismos nacionales e internacionales relacionados con estas materias; de la elaboración de informes; de la asistencia técnica a los centros y servicios públicos en el ámbito de la atención y prevención; de la gestión de los conciertos, contratos, subvenciones y otras prestaciones económicas; de la actuación como órgano de soporte y asistencia en la coordinación de programas de actuación interdepartamentales y del establecimiento de actuaciones para el fomento y la mejora de los servicios de atención y prevención de las drogodependencias.

El Órgano Técnico de Drogodependencias, se encarga de informar, planificar y programar las actuaciones de la Ley 20/1985, de Prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia, de acuerdo con las directrices formuladas por el Consejo Director.

El Programa para la Prevención y Asistencia del SIDA promueve, planifica y coordina las actuaciones del Departamento de Sanidad y Seguridad Social referentes a la prevención y asistencia de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) SIDA. Este programa cuenta con una Oficina de Información -Unidad Funcional del SIDA- y con una Oficina Administrativa. Por último, existe una Comisión Interdepartamental del SIDA encargada de la coordinación y seguimiento de las actividades de las administraciones públicas y de las organizaciones y entidades no gubernamentales implicadas en la lucha contra el SIDA, proponiendo las medidas correctoras que se consideren necesarias; de la orientación de las políticas sanitarias que incidan en la lucha contra el SIDA; de analizar y evaluar los recursos en materia de prevención, asistencia sanitaria y tratamiento del SIDA en términos de eficiencia; de formular nuevas líneas de actuación en el campo de prevención y de incidir en la sensibilización y formación de los colectivos profesionales y agentes que presten asistencia a personas afectadas por el SIDA o infectadas por el VIH. Por último, el Centro de Estudios Epidemiológicos sobre el SIDA en Cataluña (CEESCAT) es el responsable de la vigilancia epidemiológica y colabora con diferentes grupos de expertos y profesionales para llegar al consenso técnico sobre las pautas de actuación médico sanitarias y con otras entidades científicas para las actividades docentes en este ámbito.

En términos generales, no existe una unidad específica encargada de difundir las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan. Los medios utilizados para la difusión de la información son, principalmente, páginas web, teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, Memorias, otras publicaciones Institucionales y servicios de información y orientación. El perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información son profesionales implicados y mediadores sociales en prevención, intervención asistencial e incorporación social.

3. RECURSOS HUMANOS

No se dispone de información precisa sobre los recursos humanos implicados en el desarrollo del Plan de Drogodependencias, excepto de la estructura de la oficina de coordinación. En cuanto a la formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias, la oferta formativa comprende un conjunto de actividades donde se incluyen cursos, jornadas, talleres, sesiones informativas, congresos y un Master, entre otras. En este sentido, la evolución experimentada desde 1996 se caracteriza por un incremento considerable del número de cursos ofertados (10 en el último año), la aparición en 1999 de sesiones informativas y la presencia continuada de un Máster sobre Drogodependencias dirigido a titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales. Los destinatarios de estas actividades son muy diversos, entre ellos, profesionales de la salud, de la red especializada, de los centros de drogodependencias, psicólogos, miembros de asociaciones, etc (ver Tabla 2).

Tabla 2

Área de formación, evolución de las actividades y destinatarios 1996-2000

Fomación	Actividades	Destinatarios
1996	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Cursos - 1 Máster - 5 Talleres - 3 Jornadas - 1 Congreso (reunión vía inhalatoria) 	<ul style="list-style-type: none"> - 105 psicólogos, prof de la red especializada, sanitarios. - 40 titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales - 91 prof centros atención drogodependencias y de la red especializada - 700 prof. de Justicia Juvenil, de la red de drogodependencias, de Atención Primaria de Salud y de intercambio de jeringuillas - 400 profesionales
1997	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Cursos - 1 Máster - 4 Talleres - 1 Jornada -1 Congreso (reunión adicciones químicas) 	<ul style="list-style-type: none"> - 90 prof de la red especializada, sanitarios y de centros de atención a las drogodep. - 40 titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales - 80 prof centros atención drogodependencias - 100 prof. en programas de intercambio de jeringuillas - 400 profesionales
1998	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Cursos - 1 Máster - Talleres - 1Jornada - 1 Congreso (reunión opiáceos) 	<ul style="list-style-type: none"> - 80 prof de la red especializada, sanitarios y de centros de atención a las drogodep. - 40 titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales - 120 psicólogos y prof centros atención drogodependencias - 100 prof. en programas de intercambio de jeringuillas - 400 profesionales
1999	<ul style="list-style-type: none"> - 22 Cursos - 1 Máster - 2 Talleres - 12 Sesiones informativas - 1 Congreso (alcohólicos rehabilitados) 	<ul style="list-style-type: none"> - 457 prof de Equipos Servicios Sociales, Atención Primaria, de la red especializada, sanitarios y de centros de atención a las drogodep, miembros asociaciones de usuarios de drogas, usuarios de centros atención a las drogodependencias. - 40 titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales - 40 prof centros atención drogodependencias - 13 prof.sanitarios de C.T. y Pisos de reinserción, miembros de AMPAs - Alcohólicos Rehabilitados
2000	<ul style="list-style-type: none"> - 10 Cursos - 1 Máster - 4 Talleres 	<ul style="list-style-type: none"> - 235 prof centros atención drogodependencias - 40 miembros de asociaciones - 20 profesionales de la red especializada - 40 titulados universitarios en Ciencias de la Salud y Sociales

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 3), en términos generales, los recursos económicos se han ido incrementando, especialmente en 1999. En el año 2000, el área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y, en tercer lugar, la prevención. En términos relativos, respecto a las distintas áreas, la intervención asistencial ha sido la que ha contado con mayor presupuesto, representando, aproximadamente, las tres cuartas partes del total. El destinado a la prevención ha crecido considerablemente en 1999 aunque un año más tarde ha descendido; el presupuesto en incorporación social ha ido descendiendo progresivamente hasta llegar a representar una décima parte en 1999 aunque se ha incrementado en el 2000. La dotación económica de la Oficina de Coordinación y del área de formación, documentación e información, no ha seguido una tendencia constante, con incrementos y descensos a lo largo de estos años. Finalmente, los recursos económicos destinados al apoyo al movimiento asociativo descendieron en 1999, llegando a representar menos del 0,2% del total de presupuesto.

Tabla 3
Presupuesto (en pesetas) por áreas de actuación (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención</i>	207.190.000	206.371.000	193.184.000	363.471.000	233.876.000
<i>Intervención Asistencial</i>	1.717.954.000	1.722.658.000	1.836.974.000	1.952.031.000	2.114.317.000
<i>Incorporación Social</i>	336.543.000	292.904.000	273.114.000	274.622.000	306.734.000
<i>Coordinación Institucional</i>					
- Oficina de Coordinación	65.082.000	101.999.000	70.471.000	77.180.000	80.765.000
- Apoyo al mov. Asociativo	7.734.000	6.350.000	7.500.000	4.445.000	4.500.000
<i>Formación, Documentación e Investigación</i>	47.538.000	39.256.000	51.926.000	43.324.000	44.327.000
Total	2.382.041.000	2.369.538.000	2.433.169.000	2.715.073.000	2.784.519.000

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Según los responsables del Plan Autonómico, el presupuesto gestionado por el Programa de Drogodependencias del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya ascendió, en el año 2000, a 385.165.000 ptas (sin incluir los gastos de personal, que representaron un total de 53.762.000 ptas). Además, se gestionó la distribución de 1.371.452.000 ptas destinadas a la financiación de actividades asistenciales de la Red de Atención a las Drogodependencias con cargo a los presupuestos del Servicio Catalán de Salud. Respecto a la procedencia, el Ministerio del Interior (PNSD), aportó un total de 571.378.000 ptas y 2.213.141.000 ptas la Comunidad Autónoma. Se trata de presupuestos finalistas del ejercicio 2000 destinados específicamente a la intervención en materia de drogodependencias que no incluyen las aportaciones -para las que no se dispone de información- de otras administraciones ni las que se destinan a otros programas (como el de SIDA).

Por último, los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, principalmente se basan en la valoración de las necesidades locales, en la factibilidad de la intervención propuesta y en la disponibilidad presupuestaria.

5. PREVENCIÓN

En términos generales, en el área de Prevención, se han alcanzado importantes logros, donde cada vez es mayor la oferta de programas de educación para la salud dirigidos a cada uno de los niveles de la escolarización obligatoria y post-obligatoria. El avance en la prevención es continuo y paralelo a la puesta en práctica de nuevos retos y desafíos¹⁷.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son Estudios de indicadores epidemiológicos clave, publicaciones y documentación especializada. Entre otros, se encuentran las Encuestas domiciliarias sobre el uso de drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas y de la Dirección General de Drogodependencias y Sida; la Encuesta Escolar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas), la Encuesta Escolar a Catalunya (Dirección General de Drogodependencias y Sida), Estudios impulsados desde diferentes departamentos y organismos de la Generalitat de Catalunya (Ensenyament, Presidència, Benestar Social, IDESCAT), Sistema de Recogida de Información SEIT, Sistema de información sobre drogodependencias de Catalunya, Informes y otras publicaciones del Observatorio Europeo y Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT-EMCDDA), Sistemas de información EDDRA e Informes UNDCP.

Los principales problemas encontrados una vez realizados los análisis de necesidades son la disminución de la edad de inicio en el consumo de las distintas sustancias, el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis entre la población más joven, las conductas de riesgo asociadas al consumo excesivo de alcohol (conducción, relaciones sexuales de riesgo), los patrones de consumo (policonsumo) y la ingesta excesiva de alcohol y otras drogas en fines de semana. Entre los factores causantes de estos problemas se encuentran la disminución de la percepción de riesgo del consumo de sustancias potencialmente adictivas, tanto legales como ilegales, el aumento de la percepción de la disponibilidad de estas sustancias y los nuevos modelos de ocio, que incorporan su consumo como conducta normalizada.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. El perfil principal del personal en esta área son técnicos en prevención de drogodependencias locales y autonómicos, colaboradores especialistas en formación de promoción de la salud y prevención de drogodependencias y, por último, soporte administrativo. También se lleva a cabo la edición y elaboración de materiales y propuestas, la distribución de materiales de prevención en diversos formatos y de distintas modalidades de intervención. El Plan ofrece materiales didácticos de apoyo, audiovisuales, formación del profesorado y otros profesionales, asesoramiento a profesionales docentes y sanitarios, ayudas y asesoramientos en proyectos de educación para la salud y prevención de drogodependencias y otras conductas de riesgo en centros escolares de Primaria y Secundaria, y además existe un fondo documental.

La implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.) se logra a través de comisiones de trabajo interdepartamentales y se realizan proyectos conjuntos. Finalmente, dentro de la planificación de la prevención en Cataluña, se elabora un mapa de necesidades y una definición de poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo. Éstas se determinan a partir de estudios epidemiológicos clave. Entre otras, se encuentran la población ubicada en Zonas de Atención Preferente, los jóvenes usuarios de los servicios de ocio nocturno durante los fines de semana y los hijos de drogodependientes.

17 Memoria PNSD, 1999.

5.1. Ámbito escolar

Según los responsables, a partir del análisis de la situación, existe una línea clara de intervención en la prevención escolar en Cataluña. Las prioridades establecidas en este ámbito son abordar la temática de la prevención de las drogodependencias en el marco de la educación para la salud e integrar la prevención en el currículum escolar a través del área transversal de la “Educación para la salud”. Este enfoque se basa en la concepción de que existen aspectos que, teniendo en cuenta su importancia en la sociedad, han de formar parte del currículum de la enseñanza obligatoria. Por este motivo, han de tener un tratamiento interdisciplinario, integrándolos en las diferentes áreas sin compartimentarlos, como disciplinas con entidad específica. Las iniciativas han de mantener una continuidad temporal, y se han de ajustar los objetivos y contenidos de los proyectos de prevención a la realidad de los centros en los que se desarrollan, articulándose actividades de cierta amplitud. Se fomenta la formación, trabajando con los agentes educadores conceptos como actitud ante la salud, autonomía, autoestima, responsabilidad, habilidades de relación y de comunicación, entre otros. Se pretende llegar a alumnos, padres y a todos los agentes educadores (maestros, profesores, monitores y técnicos deportivos). Los programas se centran en el uso y abuso de drogas legales, dando respuesta a la alarma social creada por el patrón de consumo de alcohol, tabaco, cánnabis y drogas de síntesis entre los jóvenes. La evaluación de las intervenciones preventivas se considera prioritaria.

El seguimiento de esta línea, se garantiza a través de la coordinación y el trabajo conjunto de la Dirección General de Drogodependencias i sida del Departamento de Sanidad y el Programa de Educación para la salud en la Escuela del Departament d'Ensenyament y a través de la Comisión Directora del Programa de Educació per a la Salut a l'Escola, formada por Técnicos del Departament de Sanitat i Seguretat Social i del Departament d'Ensenyament. También se contemplan aspectos de evaluación que garantizan el seguimiento de las directrices e incluyen los mecanismos de rectificación necesarios. La Coordinación con la Administración Educativa se realiza a través de las relaciones entre el Programa d' Educació per la Salut a l'Escola (PESE) y la Direcció General de Drogodependències i Sida. El Departament d'Ensenyament facilita la implementación de los programas, participando a distintos niveles en función de las intervenciones.

El Programa d' Educació per la Salut a l'Escola (PESE), fue creado con la voluntad de que fuera un instrumento eficaz para potenciar la incorporación de los contenidos y las estrategias positivas de salud en el marco de la escuela. Entendiéndose la salud como una responsabilidad de todos, los Departamentos d'Ensenyament y de Sanitat i Seguretat Social, decidieron poner en marcha conjuntamente el programa, con la finalidad de fomentar los conocimientos, el interés, la información y la participación en torno a los temas de Salud. El Programa ofrece materiales didácticos de soporte, audiovisuales, formación del profesorado y otros profesionales, asesoramiento a profesionales docentes y sanitarios, ayudas y asesoramientos en proyectos de educación para la salud y prevención de las drogodependencias y otras conductas de riesgo en educación infantil, primaria y secundaria.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes, actividades extraescolares y aportaciones económicas para llevar a cabo Programas de Prevención de Drogodependencias y otras conductas de riesgo en los centros de Primaria y Secundaria. Todo esto se hace a través de agentes de salud formados en prevención de drogodependencias de la Direcció General de Drogodependències i Sida, del programa interdepartamental de Educació per la Salut a l'Escola, Técnicos de prevención Municipales y de la Diputació, profesionales de los Centros especializados en el tratamiento de las Drogodependències (CAS) y otros profesionales de la salud; de la Dirección General de Drogodependències i Sida y de Entidades colaboradoras. Todo ello en función de las características de la intervención y su amplitud.

La formación del profesorado en prevención se realiza a través de la oferta pública de Planes de Formación del Departament d'Ensenyament, dirigidas a los agentes educadores, que se efectúa con técnicos del Programa Interdepartamental de Educació per a la salut a l'Escola; de la formación ofrecida desde las consejerías competentes (varía en función del municipio), de las diputaciones y de la formación ofrecida desde los programas de prevención escolar. De esta tarea se encargan agentes de salud formados en prevención de drogodependencias de la Direcció General de Drogodependències

i Sida y del Programa interdepartamental d' Educació per la Salut a l' Escola, Técnicos de prevención Municipales, profesionales de los Centros especializados en el tratamiento de las drogodependencias (CAS) y otros profesionales de la salud, profesionales de la Dirección General de Drogodependencias i Sida y profesionales de entidades colaboradoras. Esto se realiza en el centro escolar, en los Centros de Recursos Pedagógicos del Departament d'Ensenyament, en los centros municipales, en los centros de otros departamentos de la Generalitat de Catalunya y en locales de entidades colaboradoras.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Cataluña dispone de un sistema de control de la oferta de prevención escolar, donde los materiales que se utilizan en la escuela se ofrecen desde el Centro de Recursos Pedagógicos del Departament d'Ensenyament, que cada territorio tiene asignado. Además, se realizan inspecciones periódicas en los centros, llevadas a cabo por profesionales del mismo departamento. También destaca un sistema de control y seguimiento de los centros educativos que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, a aquellos centros que efectúan programas de prevención, se les ofrece un apoyo y seguimiento a lo largo de su implementación a través de las distintas instituciones implicadas en el mismo (Generalitat, Diputación, Ayuntamientos). De esta forma, se conoce que los centros que participan en los distintos programas o actividades son en torno a los 2.000.

Los programas escolares que se aplican en la Comunidad son sometidos a procesos de evaluación, concretamente del Programa de promoción de la salud y prevención de las drogodependencias "L'aventura de la vida", del Programa de prevención de consumo de alcohol y conducción "Limit Zero" y del Programa de prevención de drogodependencias y otras conductas de riesgo "I tu, què en penses?"

Por otra parte, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53), en esta Comunidad se puede obtener información sobre los siguientes¹⁸: porcentaje o número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias (a lo largo del curso 99-2000 se han formado unos 900 profesores); porcentaje de profesores que aborda el tema en el aula (se está realizando una evaluación para obtener estos datos); identificación de zonas o centros de actuación preferente (el Departament d'Ensenyament determina las zonas y los centros escolares de actuación preferente); porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas específicamente a la familia (la mayoría de los programas educativos contemplan la intervención con las familias); criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado (elaborados en colaboración con la Administración educativa); elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas.

5.2. Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria, integra las acciones que consigan la implicación y la coordinación a nivel municipal de las instituciones y de los grupos sociales y profesionales, promoviendo la participación y el cambio de actitudes. En este ámbito intervienen entidades y asociaciones locales, ayuntamientos, Consells Comarcals, el Departament de Sanitat i Seguretat Social, de Benestar Social, de la Presidencia, d'Ensenyament y la Diputació. Se da prioridad a la formación de los profesionales que trabajan en todos los ámbitos relacionados con las poblaciones con las que se quiere intervenir. Por su efecto multiplicador, se considera prioritaria la formación de formadores, se promueve la implicación de los profesionales de la educación en Planes Comunitarios de prevención¹⁹ y de las entidades y asociaciones formadas por jóvenes de cada territorio. Por último, se recomienda que los municipios den a conocer, a través de sus servicios de información, los recursos existentes en su ámbito territorial. El seguimiento de

18 Estos indicadores se obtienen de la Base de datos del Programa d'Educació per a la Salut a l'Escola (PESE)

19 En el marco del Programa interdepartamental de Educació per a la Salut a l'Escola

estas actuaciones y la coordinación con otras instancias participantes, se realiza mediante Comisiones técnicas interterritoriales y territoriales y grupos de trabajo específicos de cada proyecto de prevención comunitario. En estas Comisiones y grupos de trabajo participan profesionales y Equipos de Atención Primaria estableciendo proyectos conjuntos de prevención en Asistencia Primaria y ofertando formación en prevención de drogodependencias y otras conductas de riesgo.

La Comunidad Autónoma tiene identificadas poblaciones de actuación preferente, detectadas a partir de criterios sociosanitarios clave, extraídos de los sistemas de información sobre drogodependencias de Catalunya, de los criterios del Departament d'Ensenyament para la detección de centros de actuación preferente y de estudios impulsados desde el departament de la presidència (Secretaría General de Juventut). Los mapas de riesgo están en proceso de elaboración, aunque en la actualidad las poblaciones con las que se interviene son menores en riesgo, padres toxicómanos, menores con fracaso escolar, mayores en riesgo e hijos de toxicómanos. En el caso de los programas para jóvenes, se promueven políticas de prevención del consumo y de reducción del daño, apoyadas por un amplio consenso institucional. En su ejecución intervienen técnicos en prevención de los diferentes departamentos de la Generalitat implicados, técnicos municipales, de la Diputación, de los municipios, agentes educadores de distintos medios educativos, agentes de salud y voluntarios de asociaciones. Por otra parte, la formación de mediadores sociales va dirigida especialmente al movimiento asociativo, a los monitores deportivos, educadores socio-culturales, Agentes de Salud, alumnos/as y voluntarios /as.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores²⁰ con el número de escuelas de animación sociocultural de su Comunidad Autónoma que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de las drogodependencias (todas las escuelas, 23 en la actualidad, además de los centros que imparten los Ciclos Formativos y la Diplomatura de Animador socio-cultural); el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre (el 30% de monitores y directores formados); el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias (6.000 por año, aproximadamente); el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general (el 100% de los programas comunitarios referenciados contemplan intervenciones con padres, madres, tutores) y, por último, se conoce el número de Equipos de Atención Primaria que ofrecen entre sus servicios programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas (en la actualidad se desarrolla la tercera fase del proyecto Europeo de la OMS "Drink less", en el que se forma a profesionales de la Atención Primaria en detección precoz de conductas de riesgo en el consumo de alcohol. Se trabaja con la metodología de formación de formadores con el objetivo de llegar a formar al 100% de los profesionales de la Atención Primaria, distribuyéndose protocolos de detección y actuación para consumos de drogas dirigidos a estos profesionales).

En la actualidad la Comunidad de Cataluña es pionera a nivel europeo en la implementación del programa "Beveu Menys" surgido fruto de la colaboración estrecha durante los últimos 8 años entre el Departamento de Sanidad y la Oficina Regional Europea de la OMS. Dicho programa contiene instrumentos de cribaje y consejo breve para bebedores de riesgo pero también incorpora instrumentos para el abordaje de los pacientes dependientes del alcohol y está especialmente diseñado para su utilización en la atención primaria de salud. La difusión del programa a todas las áreas de salud reformadas de Cataluña se inició en el 2002 de la mano de todos los profesionales de drogodependencias de Cataluña y se espera terminar la misma en el transcurso del 2004.

5.3. Ámbito de la comunicación.

A la hora de determinar los mensajes de prevención en los medios de comunicación, la ley 20/85 del 25 de Julio, y sus sucesivas modificaciones, contemplan la limitación de los mensajes publi-

²⁰ De los indicadores establecidos en la Estrategia Nacional 2000-2008

tarios. Los responsables del Plan de Cataluña consideran prioritarios los mensajes de promoción de la Salud y de prevención de conductas de riesgo. Una vez seleccionados, se establecen mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos mediante proyectos puntuales, a través de comisiones y grupos de trabajo. Es un objetivo del Plan Autonómico la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, donde se ha trabajado el tratamiento de las noticias en drogodependencias en los colegios de periodistas de Catalunya y se está elaborando, además, en el marco de la formación para estudiantes de tercer ciclo, un post-grado en drogodependencias dirigido a licenciados en periodismo. En relación con las nuevas tecnologías, se contempla su utilización interviniendo a través de proyectos de prevención utilizando Internet como medio de comunicación interactivo; se ha diseñado la página web del Departament de Sanitat i Seguretat Social, en la que la Direcció General de Drogodependències i Sida expone información diversa sobre prevención, asistencia y reinserción de las Drogodependencias. Existen, además, otras páginas con información sociosanitaria diversa en relación a las drogodependencias y otras conductas de riesgo con las que se tiene previsto establecer links.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales que se difunden a través de estos medios, según el análisis de las Memorias del PNSD (1996-2001), se dirigen principalmente a consumidores de drogas de síntesis, alcohol, considerándose las conductas de riesgo asociadas, en los últimos años se han realizado campañas de sensibilización sobre el consumo de tabaco y los riesgos derivados del binomio alcohol-conducción. Se aprecia un aumento de los recursos materiales empleados, además de ser cada vez más diversos (ver Tabla 4). Estos datos se recogen en la memoria anual de la Direcció General de Drogodependències i Sida del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Tabla 4
Programas en el ámbito de la comunicación (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Programas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	<i>Año del conductor y el peatón mayores. Prevención de riesgos asociados al consumo de drogas de síntesis</i>	<i>Difusión de material impreso y de cuñas publicitarias, 100.000 tarjetas informativas</i>	<i>Conductores y peatones de edad avanzada, consumidores de drogas de síntesis</i>
1997	<i>Prevención de riesgos asociados al consumo de drogas de síntesis</i>	<i>150.000 tarjetas informativas</i>	<i>Consumidores de drogas de síntesis</i>
1998	<i>Prevención de riesgos asociados al consumo de drogas de síntesis</i>	<i>200.000 tarjetas informativas</i>	<i>Consumidores de drogas de síntesis</i>
1999	<i>Prevención de riesgos asociados al consumo de drogas de síntesis Campaña El tabaco, bien lejos Campaña Sé prudente. Tú no tienes recambio</i>	<i>Tarjetas informativas, anuncios en prensa, radio y televisión, cartas, folletos, carteles, materiales de prevención escolar, adhesivo y otros materiales impresos</i>	<i>Consumidores de drogas de síntesis, adolescentes (13 a 17 años) y población general</i>
2000	<i>Prevención de riesgos asociados al uso de drogas en sectores juveniles Programa Tabaco y Salud Programa de Prevención comunitaria</i>	<i>Tarjetas y material informativo, audiovisual y gráfico</i>	<i>Jóvenes, profesionales de Atención Primaria, padres, mediadores sociales, agentes comunitarios, alumnos y profesores de los centros educativos</i>
2001	<i>Prevención de riesgos asociados al uso de drogas en sectores juveniles Programa Tabaco y Salud Programa de Prevención comunitaria</i>	<i>Tarjetas y material informativo, audiovisual y gráfico</i>	<i>Jóvenes, profesionales de Atención Primaria, padres, mediadores sociales, agentes comunitarios, alumnos y profesores de los centros educativos</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2001.

5.4. Ámbito laboral

El Plan Autonómico cuenta con una línea de trabajo destinada a promover la prevención en el ámbito laboral y pone en marcha un sistema para garantizar la continuidad de los programas. Según explican los responsables, la coordinación con patronales y sindicatos se establece a través de la Comisión Mixta para la prevención y el tratamiento de las Drogodependencias. Las actividades que se promueven en los programas son la edición de material informativo y su divulgación, la formación en los distintos niveles de la empresa, la evaluación de la situación pre y post intervención, el asesoramiento a empresas, la realización de estudios y la coordinación. Aunque la implementación de actividades es voluntaria, hay una tendencia general a la incorporación de las mismas en los Planes de Seguridad e Higiene de las empresas.

Si atendemos a los datos ofrecidos en las Memorias del PNSD (1996-1998), esta Comunidad ha contado con el Proyecto Eurídice, destinado a informar, sensibilizar y formar a los trabajadores, cuadros de mando y servicios médicos de empresa; utilizando como métodos la detección de consumidores excesivos de alcohol y otras drogas y la derivación a los centros de la red especializada.²¹ Se consideran prioritarias las intervenciones con los sectores de alto riesgo, donde la identificación de estos colectivos se realiza por medio de indicadores epidemiológicos clave, procedentes de fuentes de información interdepartamentales, registros de accidentabilidad laboral, estudios de salud en población general, estudios procedentes de los servicios médicos de empresa, del Instituto de Higiene y Salud Laboral e Informes sindicales periódicos.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información que les permiten diagnosticar los sectores de riesgo (registros de accidentabilidad laboral, estudios de salud en población general, estudios procedentes de los servicios médicos de empresa, estudios procedentes del Instituto de Higiene y Salud Laboral e Informes sindicales periódicos); conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral (Convenio marco y convenios específicos con sindicatos, patronales y empresas) y disponer de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito (Programa PIPADE. Prevención y Intervención ante los Problemas con el Alcohol y otras Drogas en las Empresas).

A lo largo del año 2001 se desarrolló la campaña TAC&CIA (Tabaco, Alcohol, Cocaína) conjuntamente con la Autoridad Portuaria, con el objetivo de sensibilizar a toda la comunidad del Puerto de Barcelona sobre los riesgos del consumo de estas sustancias.

5.5. Ámbito municipal.

Según los responsables, esta Comunidad cuenta aproximadamente con 50 municipios con Planes de Drogas. El interés mostrado por los municipios se ha ido incrementando en estos últimos años, siendo pocos los que no están implicados en la actualidad en actividades preventivas. Además, aquellos municipios de menos habitantes tienden a establecer convenios intermunicipales -apoyados por los Consejos Comarcales- con otros de más tradición en éste ámbito. Las Diputaciones y la Generalitat dinamizan y asesoran a los municipios que les corresponden por territorio, y establecen ayudas económicas por distintos conceptos. Algunos municipios contratan entidades sin ánimo de lucro especializadas en prevención de drogodependencias para llevar a cabo la coordinación del programa en su territorio.

En cuanto a los mecanismos de colaboración con los municipios, existen diferentes maneras de trabajo. Se crean grupos de trabajo para la realización del programa, compuestos por los técnicos municipales, técnicos de la diputación y de la Generalitat de Catalunya. Desde esta última, y través de las comisiones interterritoriales, se coordinan los técnicos colaboradores en el progra-

²¹ En la Memoria del PNSD de 1999, no aparecen datos relativos al ámbito laboral

ma de prevención comunitario concreto, para hacer el seguimiento de las actividades preventivas. La Diputación de Barcelona tiene establecido un circuito para coordinar y dinamizar a los municipios de su territorio. Los municipios sin planes de drogas pueden establecer mecanismos de colaboración con otros ayuntamientos, la Diputación y la Generalitat para poder dinamizar sus proyectos de prevención.

Para evaluar esta tarea, el Plan Autonómico está elaborando un sistema para la mejora del proceso de recogida de información y dispone de sistema o fuente de recogida de datos que le permite conocer el número de municipios de más de 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (aproximadamente 14) y lo mismo con los de más de 20.000 habitantes (aproximadamente 40).

5.6. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos. Desde 1996 Cataluña cuenta con un programa de prevención en Unidades de la Región Militar Pirenaica destinado a informar, sensibilizar y formar en relación con el consumo de alcohol y otras drogas entre los jóvenes que prestan el servicio militar obligatorio. Se pretende formar a los cuadros de mando, incorporar contenidos relacionados con la prevención en los programas de adiestramiento a los soldados, impartir conferencias de educación sanitaria y distribuir material impreso. Por otro lado, también se pretende controlar la oferta de drogas. Para ello el Plan Catalán dispone de un programa destinado a la policía autonómica-Mossos d'Esquadra para vigilar el cumplimiento de la normativa vigente sobre la publicidad y venta de tabaco y alcohol (de esta tarea también se encarga la Unidad Administrativa del Plan de Drogodependencias) e investigar los delitos relacionados con el tráfico de sustancias²².

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En Cataluña, la Dirección General de Drogodependencias de la Generalitat proporciona un tratamiento individualizado e integral, que abarca tanto el tratamiento de la dependencia como la patología orgánica y social asociada, todo ello en el marco de una política de reducción de daños que engloba acciones sociosanitarias individuales y colectivas enfocadas a incrementar el contacto de los usuarios y la retención en el tratamiento, reducir la morbilidad y mortalidad, proporcionar educación sanitaria (hábitos saludables y los riesgos asociados) y disminuir la marginalización y conflictividad social; y por tanto, posterior reinserción.

En los últimos años, se han incrementado los programas de intercambio de jeringuillas y los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), los cuales en 1998 se reforzaron tras la suscripción de un convenio entre la Dirección General de Drogodependencias y Sida, el Servicio Catalán de la Salud y el Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña para establecer la forma y las condiciones de colaboración profesional de las oficinas de farmacia en la atención a pacientes en PMM. En lo que se refiere a los programas en prisión, según Joan Colom, las prisiones catalanas fueron pioneras en la introducción de programas de mantenimiento con metadona que permitieron por una parte, la inclusión en tratamiento en aquellos pacientes que no lo estaban antes de ingresar en prisión, y por otra la continuidad de tratamiento para aquellos que previamente realizaban un PMM. Se implantaron talleres de educación sanitaria, siendo uno de los últimos retos la implantación de programas de intercambio de jeringuillas²³.

Las tendencias de consumo se han modificado en los últimos años, se ha observado un descenso en el consumo de heroína y un aumento en el consumo de cocaína y drogas de síntesis.

22 Fuente: Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-1999

23 Europa Press

Esto a su vez ha provocado un cambio en la intervención asistencial que se ha ido adaptando a las demandas de los pacientes y de sus familias. Si bien hace unos años predominaban programas dirigidos al tratamiento de la dependencia en opiáceos, en concreto Programas de Mantenimiento en Metadona; actualmente se ha ampliado esta oferta incorporando nuevos programas de reducción de daños y nuevos programas en materia de prevención.

La Red de Atención a las Drogodependencias (RAD) ofrece una atención biopsicosocial, es decir, una asistencial integral que atiende tanto aspectos orgánicos como psicológicos y sociales; a la vez que promueve acciones encaminadas a la reinserción sociolaboral de los pacientes. Los Centros de la red se estructuran en diferentes niveles funcionales (asistenciales) según el servicio que ofrecen, concretamente:

- 1º nivel: Centros de Atención y Seguimiento (centros de referencia)
- 2º nivel: Centros Dispensadores de Metadona
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación
Hospital de Día
Unidades de Patología Dual
Centros penitenciarios
- 3º nivel: Actividades de reinserción (el Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya es el encargado de la coordinación de los recursos de reinserción social específicos)
Comunidades Terapéuticas
Centros de Día
Pisos de reinserción
Centros de actividades
Programas comunitarios de integración social

Los Centros de Atención y Seguimiento (CAS), constituyen un primer nivel asistencial en la RAD y el centro de referencia de los pacientes drogodependientes. En los CAS se realiza una asistencia ambulatoria de acceso directo, es decir, las personas con consumos problemáticos de sustancias y/o sus familias se pueden dirigir directamente y pedir información, asesoramiento o tratamiento, sin necesidad de ser derivados por un profesional de la red asistencial. Estos centros ofrecen diferentes modalidades de tratamiento: libres de drogas, programas de mantenimiento con Metadona, programas de mantenimiento con antagonistas etc. El equipo asistencial multidisciplinar está formado por médicos y/o psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y diplomados en enfermería que se encargan de programar el proceso terapéutico de cada paciente, desde su llegada al centro hasta la reinserción sociolaboral del sujeto, así como proponer derivaciones a otros recursos de la red de atención a las drogodependencias que consideren oportunas, tales como las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) o las Comunidades Terapéuticas (CT). Actualmente, existen 60 centros de atención y seguimiento distribuidos por todo el territorio.

Las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) constituyen el segundo nivel asistencial en la red de atención a las drogodependencias. Son dispositivos de corta estancia en las que se atienden a pacientes con dependencia de sustancias psicoactivas que requieren tratamiento en régimen hospitalario cuando el tratamiento ambulatorio no parece viable. Una vez el paciente es dado de alta, se le remite a su CAS donde seguirá el proceso terapéutico. Actualmente, disponen de 11 UHD con 53 camas. En este mismo nivel, se situarían las **Comunidades Terapéuticas (CT)**, donde las 14 disponibles ofrecen un tratamiento socioeducativo de larga estancia (+- 9 meses) en régimen residencial, orientado a la reinserción social del usuario. Las CT pueden ser privadas o subvencionadas por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social y por el Departamento de Bienestar y Familia.

Dada la elevada prevalencia de patología mental grave concomitante en los trastornos por abuso/dependencia de sustancias psicoactivas, se han creado dos **Unidades de Patología Dual** en los últimos años. Se encuentran dirigidas a pacientes con un trastorno mental grave asociado a un trastorno por abuso/dependencia de alcohol (Unidad de Benito Menni) o abuso/dependencia de drogas (Unidad de Martorell). Son dispositivos de corta estancia que atienden en régimen hospitalario y presentan una función diagnóstica, terapéutica y de estabilización del paciente. Desde la Unidad de Patología Dual se realiza la coordinación y derivación a los servicios asistenciales comunitarios (tanto a la Red de Salud Mental como a la Red de Atención a las Drogodependencias).

Paralelamente a los recursos anteriormente mencionados, se dispone del servicio de la "Línea Verde", que presta atención principalmente telefónica, de orientación y atención especializada en drogodependencias y da respuesta a personas consumidoras y/o a personas del entorno que detecten consumo de cualquier tipo de droga. Cuando la ocasión lo requiere, la Línea Verde ofrece el Servicio de Acogida Permanente que permite profundizar en el caso mediante una entrevista directa y presencial. Los servicios que ofrece son información, orientación, contención y/o derivación de las consultas telefónicas; atención inmediata a los afectados y /o familiares y a profesionales; información sobre recursos en drogodependencias; seguimiento individual de los casos que han solicitado información con el objetivo de motivar el inicio de tratamiento y derivación a programas de tratamiento la Red de Atención de Drogodependencias.

Tanto las consultas telefónicas como la atención presencial se registran en hojas protocolizadas para posteriores análisis. En el 2002, se observó que la droga que motivó más consultas telefónicas fue la cocaína (36,12%) seguida del alcohol (29,01). La mayoría de las consultas hacen referencia a demandas de consejos o ayudas (53,58%), realizadas principalmente por madres de afectados (22,55%). En general, el perfil de las personas que realizan las llamadas son mujeres de edad comprendida entre 41 y 60 años (71,81%).

Analizando la evolución de los recursos en el Área de Intervención Asistencial desde 1996 al 2002 se observa un aumento progresivo del número de centros ambulatorios, así como del total de inicios de tratamiento. Lo mismo ha ocurrido en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, pero en este caso han descendido el número de altas hospitalarias si comparamos las altas del 2000 y del 2001, pasando de 1.409 a 1.382 respectivamente. En el caso de las Comunidades Terapéuticas, las de carácter público pasaron de dos en 1996 a una unidad en el resto de los años; en cuanto a las privadas, también descendieron llegando a ser 10 en el 2001. Sin embargo, en ambos casos (públicas y privadas), no se han producido grandes cambios en el número de plazas. En los últimos años se han ido aumentando considerablemente los programas de mantenimiento en Metadona, especialmente los centros dispensadores, incrementándose además los usuarios. En 1999 se crearon tres centros de emergencia social y en el 2000 dos de ellos atendieron a 3.239 usuarios (ver Tabla 5).

Respecto a los programas asistenciales que se desarrollan en la Red de Atención a las Drogodependencias son: los libres de drogas, cuya finalidad es la abstinencia del paciente de la sustancia dependiente por la que demandó asistencia, donde se encuentran tratamientos con antagonistas opiáceos y con interdictores (en caso de dependencia de alcohol). En segundo lugar, los programas de salud (vacunaciones, cribajes de patologías orgánicas y otras). Debido a que la población drogodependiente presenta una alta prevalencia de determinadas patologías tanto orgánicas como psíquicas, desde los centros de tratamiento se pretende realizar una atención integral impulsando la elaboración de protocolos para el cribaje de patologías orgánicas y trastornos mentales (Plan de Calidad de los Centros de Atención y Seguimiento. CAS, 2002).

El alto riesgo de múltiples complicaciones médicas y obstétricas que presenta las gestantes drogodependientes ha impulsado la protocolización de la atención a esta población, con el objetivo de evitar al máximo las complicaciones médicas y proteger al feto. Los programas de salud son los de vacunación anti-hepatitis B (intervención prioritaria al Plan de Salud de 1999-2001), vacunación anti-tetánica (intervención prioritaria Plan de Salud de 1999-2001), cribaje de patología orgánica: TBC, VIH (la prevención secundaria de estas infecciones era una intervención prioritaria en el Plan de Salud 1999-200), MTS, etc., cribaje de trastornos psíquicos y programa de atención a la gestante.

Tabla 5
Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2002

	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	
Centros Ambulatorios Asistencia*	57	11.170	57	11.250	54	12.250	61	12.070	60	12.310	60	12.310	60	12.685	
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación**	10	1322 altas hospitalarias	10	1508 altas hospitalarias	10	1352 altas hospitalarias	10	1457 altas hospitalarias	10	1409 altas Hosp.	11	1382 altas Hosp.	11		
Centros Emergencia Social								2	3.062	3	3.239	2	3.233	2	
Comunidades Terapéuticas	2 púb 12 priv fin	794 altas	1 púb 13 priv fin	738	1 púb 10 priv. fin.	675	1 púb 10 priv. fin.	816 altas	1 pub 10 priv fin.	14 CT					
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	4 Pres. 7 Disp 48 Pres y Disp	4.913** en tratamiento 5.088 inclusiones tratamiento y Metadona	9 Pres. 23 Disp 42 Pres y Disp	6.274** en tratamiento 6.118 inclusiones tratamiento y Metadona	9 Pres. 23 Disp 42 Pres y Disp	7.320** en tratamiento 6.627 inclusiones tratamiento y Metadona	9 Pres. 162 Disp 42 Pres y Disp	7.915** en tratamiento 7.120 inclusiones tratamiento y Metadona	9 Pres. 162 Disp 42 Pres y Disp	8.480** y 7.502 inclusiones tratamiento y Metadona	9 Pres. 46 Pres c.y Disp 174 Disp	8.931** en tratamiento 7.356 inclusiones en tratamiento	10 Pres. 47 Pres c.y Disp 187 Disp	5.942** inicios tratamiento 6.698 inclusiones en tratamiento	

*Los usuarios se refiere a inicios de tratamiento por todas las drogas

** Se incluyen las todas las sustancias

En tercer lugar, los Programas de Intercambio de Jeringuillas, dirigidos a prevenir enfermedades infectocontagiosas asociadas al consumo de drogas por vía parenteral, favorecer la adquisición de hábitos saludables, informar sobre conductas de riesgo, así como facilitar el contacto con centros y recursos específicos. Actualmente, la mayoría de centros disponen de jeringuillas estériles, tanto para realizar la distribución como el intercambio, también se ofrecen preservativos, y de esta forma se aprovecha el contacto con el usuario para realizar mensajes educativos sanitarios. En el año 2002 se disponía de 774 puntos dónde se realizaba el intercambio, se contabilizaron 1.000.000 jeringas distribuidas y constaban un 55,3% de retornos.

Seguidamente, los Programas de mantenimiento con Metadona (PMM) que se enmarcarían dentro de los programas de reducción de daños. En ellos, se realiza tratamiento controlado sanitariamente con agonistas opiáceos, con el objetivo de aumentar la retención y eliminar, o al menos reducir, el riesgo sociosanitario que supone el consumo de opiáceos ilegales (reducir la mortalidad, la criminalidad, prevenir la infección por VIH y otras patologías relacionadas con el consumo). Entre las características más relevantes de estos programas se encontrarían que el plazo máximo de inclusión de los usuarios es de 15 días; el umbral del tratamiento es personalizado y se pretende retener al máximo a los pacientes; la administración de Metadona es supervisada, lo que permite tener una valoración muy cercana de la evolución del paciente y posibilita intervenciones educativas en el ámbito sanitario. Además, se incluyen otros tratamientos supervisados (con tuberculos-táticos, antiretrovirales, etc.) con el objetivo de mejorar el estado general de salud.

En un principio, tanto la dispensación como la prescripción de los PMM estaba restringida a centros públicos o privados sin ánimo de lucro, generalmente centros específicos vinculados a la red de drogodependencias. La incorporación de las Oficinas de Farmacia en la atención a pacientes drogodependientes en PMM representa una mejora tanto cuantitativa como cualitativa, ya que al margen de ir aumentando el número de pacientes en PMM permite una desestigmatización de las drogodependencias y una ayuda a la integración y aceptación social de este tipo de pacientes, de esta manera se equipara explícitamente las drogodependencias a cualquier otra patología. Los pacientes en PMM a Oficinas de Farmacia se caracterizan por ser buenos cumplidores en el tratamiento, por su baja conflictividad y por su estabilidad en la dosis de Metadona. En los últimos años, se ha notado una mayor implicación por parte de las farmacias de Cataluña que se materializa en un aumento del número farmacias autorizadas (de 148 farmacias autorizadas en el 2000, actualmente se disponen de 174) y en un gran aumento del número de casos activos en PMM (de 65 casos en 1998 a 664 en el 2002).

En lo que respecta a otros Programas de Reducción del Daño, en los Programas de Salud se han realizado Screening diagnóstico, vacunación antihepatitis B, seguimiento y/o derivación a centros especializados y actividades de educación sanitaria. Como se ha mencionado, en el año 2002 se incrementaron los programas de intercambio de jeringuillas y los de mantenimiento con metadona, que se reforzaron enormemente por el acuerdo establecido entre el Consejo Catalán del Colegio de Farmacéuticos, la Dirección General de Drogodependencias y Sida y el Servicio Catalán de la Salud, permitiendo la dispensación de metadona en un gran número de oficinas de farmacia con cargo al sistema sanitario. También ha sido destacada la participación de los centros penitenciarios (11), en el año 2000 unos 1.100 presos estaban en Metadona representando entorno al 18% y de las Unidades Móviles (2) en los Programas de Reducción del Daño (ver Tabla 6). Por último, existen distintas estrategias para acceder a drogodependientes que no acuden a los servicios como son los equipos de la calle, trabajo entre iguales (53 usuarios en activo contactaron con 633 usuarios en el año 2001) y los talleres educativos para consumidores en activo (en el año 2001 unos 400 consumidores en activo tomaron parte en 70 talleres).

En términos generales, respecto a la asistencia a problemas de alcoholismo, a pesar de que se ha producido un incremento de los usuarios atendidos, especialmente en los Centros Ambulatorios, el número de dispositivos se ha mantenido constante, con la excepción de las Comunidades Terapéuticas (3) que cuentan con un centro menos en 1999. (ver Tabla 7).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención Preventivo-Asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Se han mantenido constantes los programas existentes en

Tabla 6
Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2002

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº
Programas de Salud.														
P. Intercambio Jeringuillas.	471.901 kits		609.263 kits		713.381 kits		434.715 jeringuillas dispensadas		963.674 jeringuillas dispensadas		1.298.691 jeringuillas dispensadas			
Centro penitenciario						11	1.025 casos	11	1.040 casos	11	1.074 casos			
Oficinas de Farmacia		3		51		136	331 casos	149	460 casos	165	777 casos	197	978 casos	
Unidades Móviles						2	600 casos	2	577 casos	2		2		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* A 31 de diciembre

Tabla 7
Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2001

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	52	4.316	52	4.508	52	4.760	52	4.888	52	4.890	52	5.189
Unidades Hospitalarias	11	413 altas	11	555 altas	11	496 altas	11	548 altas	11*	614 altas	11	612 altas
Centros Residenciales (no Hospitalarios)	3 CT	60 plazas	4 CT	67 plazas	4 CT	67 plazas	3 CT	180 atendidos	3 CT**		3	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2001.

Sistema de Información de Drogodependencias de Cataluña

* Solo 1 centro de la red atiende exclusivamente a alcohólicos

** Solo 2 centros atienden exclusivamente a alcohólicos

este ámbito; sólo merece la pena destacar la creación de un nuevo programa en Comisaría y Juzgados en 1999. No ha ocurrido lo mismo con el número de usuarios, al haber aumentado considerablemente en los distintos programas en 1999, sobre todo los de metadona llevados a cabo en instituciones penitenciarias, y descender de un modo importante en el 2000. También es creciente el número de usuarios derivados a las Comunidades Terapéuticas y a los centros ambulatorios en los programas de alternativas a la privación de libertad (ver Tabla 8).

El área de intervención asistencial cuenta con 15 programas de tratamiento del Tabaquismo que han tenido desde 1996 un número de inicios de tratamiento que oscila entre 680 y 824 (ver Tabla 9).

El Sistema de Información de Drogodependencias de Catalunya (SIDC) corresponde a la actividad realizada y notificada por el conjunto de recursos asistenciales de la Red de Drogodependencias y cada año realiza un informe anual que agrupa cuatro grandes apartados: inicios de tratamiento, actividad de la Red de Drogodependencias, Programas de mantenimiento con Metadona y programas específicos. Además del SIDC, los datos oficiales sobre la situación de consumo se obtienen a través de las notificaciones realizadas por las Urgencias Hospitalarias, Índices de mortalidad que proporciona el Instituto Nacional de Toxicología de Barcelona, Encuestas poblacionales realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas y la información obtenida a través del Observatorio de Nuevos Consumos a Catalunya.

Los profesionales del Plan Autonómico y personal externo a él, son los encargados de realizar las evaluaciones de los programas y actividades en el área de intervención a través del Sistema de Información de Drogodependencias, anteriormente mencionado, de encuestas periódicas a los centros asistenciales y del Plan de Calidad de centros, en el que consta un proyecto de un estudio de evaluación de resultados.

Por otra parte, el Plan de Calidad se inicia con el objetivo de mejorar los servicios prestados por los centros de la red, especialmente los de atención y seguimiento, identificar problemas e introducir los cambios necesarios para conseguir una mejora continua en la calidad del trabajo. Con este proyecto se quiere incidir en la evaluación y poder así, identificar oportunidades de mejora en los programas de prevención, asistencia, coordinación y tratamiento de las drogodependencias y sida.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a las necesidades existentes. En relación con los objetivos planteados en la intervención asistencial, los responsables consideran que los recursos materiales son adecuados para la actividad que desarrollan. Entre ellos, cabría citar los centros ambulatorios de asistencia, las unidades hospitalarias, las comunidades terapéuticas públicas y privadas, los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos y los centros residenciales no hospitalarios.

Las principales deficiencias u obstáculos encontrados en materia de recursos, se refieren a la existencia de un área donde la cobertura asistencial es deficitaria, debido a la dificultad para llegar a un consenso con las diferentes entidades ciudadanas para ubicar nuevos centros. Por otra parte, es necesario llegar a la informatización de todos los centros, que actualmente es parcial. Su resolución constituye un objetivo prioritario del Plan Autonómico por lo que se prevé solucionarlo en un plazo breve de tiempo.

Atendiendo a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, Cataluña cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Estas comisiones están constituidas por Responsables de las diferentes áreas del Plan Autonómico y Gerentes de las Regiones Sanitarias del Servicio Catalán de la Salud, Profesionales de la red asistencial especializada y técnicos del Plan de Drogodependencias de Cataluña.

Para finalizar, cabe mencionar que desde la Dirección de drogodependencias se potencia que los Centros de Atención y Seguimiento se ubiquen en centros sanitarios o sociosanitarios, principalmente Centros de Atención Primaria, servicios hospitalarios y Centros de Salud Mental ya que se considera las drogodependencias como una enfermedad común. Esta ubicación se plantea de acuerdo con los criterios de prevalentes de accesibilidad y acercamiento al conjunto de la población, así como de descentralización de la atención.

Tabla 8
Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2001

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Progr	Usu	Progr	Usu	Progr	Usu	Progr	Usuarios	Progr	Usuarios	Progr	Usuarios
En Comisarías y Juzgados	3		3		3		4		4		4	
En Instituciones Penitenciarias	9 prev	602	9 prev	676	9 prev	859	9 prev	1.134	9 prev	1.108	11 prev	999
	9 amb	648	9 amb	1.008	9 amb	821	9 amb	1.505	9 amb	1.364	11 amb	1.377
	2 mod	110	2 mod	100	2 mod	100	2 mod	117	2 mod	112	2 mod	109
	9 met	1.450	9 met	2.247	9 met	2.797	9 met	2.952	9 met	1.040	11 met	2.662*
Programas Alternativas Privación de Libertad	9	46 derivados a CT 416 a Centros ambulatorios	9	55 derivados a CT 587 a Centros ambulatorios	9	60 derivados a CT 587 a Centros ambulatorios	9	101 derivados a CT 644 a Centros ambulatorios	9 deriva- ciones internos 3er grado	106 derivados a CT y 636 a Centros ambulatorios	11	534**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2001.

* 2.662 usuarios atendidos durante el año, 1.074 usuarios en tratamiento a 31/12/2001.

** 76 internos derivados a Comunidades Terapéuticas y 458 internos derivados a centros ambulatorios.

Tabla 9
Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2002.

Otros Programas	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Tratamiento del tabaquismo	15	773	15	813	15	680	15	770	15	824 inicios ttº	15	946	15	1.182

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2001.

En opinión del responsable, las previsiones de desarrollo de la red asistencial en un futuro se desarrollarían en base a las siguientes líneas de actuación: incrementar el número de Unidades de Patología Dual por el territorio; implantar una atención más específica para adolescentes, en concreto, en el 2002 ha empezado a funcionar un centro de día para consumidores juveniles y sus familias; desarrollar programas que engloben o integren la atención a colectivos de inmigrantes y un servicio de urgencias en los Centros de Atención y Seguimiento y, por último, permitir realizar ingresos de urgencias en las Unidades hospitalarias de Desintoxicación.

En el área de reducción de daños, a parte de mejorar la cobertura de los programas de intercambio de jeringas y de contacto, se plantea la cobertura de nuevos recursos como las salas de consumo higiénico y la exploración de nuevas prestaciones como la prescripción de heroína para pacientes crónicos. Todas estas líneas de actuación parten de la unificación de criterios, que permitan la elaboración de Guías de práctica clínica, del Plan de Calidad de los Centros, y la unificación y racionalización de recursos que pasen por una sectorización flexible de la Red de Atención a las Drogodependencias.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

En Cataluña, además de desarrollarse diferentes acciones preventivas y asistenciales, también son llevadas a cabo actividades rehabilitadoras en el ámbito de las drogodependencias. Estas actuaciones son fruto de la acción coordinada de un gran número de profesionales, organizaciones, administraciones locales y de la Generalitat de Cataluña²⁴. Según los datos ofrecidos en las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas (1996-2000), la evolución, en número, seguida por los centros en materia de reinserción, ha sido constante en el caso de los Centros de Día (2), de los talleres de actividades destinados a la inserción de alcohólicos (3) y de los Programas comunitarios de reinserción (11). No ha ocurrido lo mismo con los talleres de actividades destinados a la inserción de toxicómanos, pasando de 8 en 1996 a 6 en el resto de los años. En 1999 se han añadido a estos centros nuevos recursos como los centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción con (3) o sin tratamiento (7) y los centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción (3 Comunidades Terapéuticas). (Ver tabla 10).

La incorporación del drogodependiente al mercado laboral es un ámbito fundamental para lograr su plena reinserción social. En este sentido, la Comunidad Catalana contaba en 1996 con 12 programas; en el año 2000 los de formación ocupacional, se dirigen a personas en paro con dificultades especiales (drogodependientes y ex drogodependientes). Por último, los programas de apoyo residencial, experimentaron un aumento desde 1996 (5) al 2000 (11), al igual que los usuarios participantes en este tipo de programas, pasando de 104 en 1998 a 140 un año más tarde²⁵.

La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de los técnicos de las corporaciones locales. Esta área cuenta en la actualidad con dieciséis convenios establecidos con Ayuntamientos. Los responsables del Plan Autonómico consideran que habría que mejorar el funcionamiento de estos convenios. El principal obstáculo encontrado se refiere a la insuficiente oferta de programas y recursos. Además, opinan que el funcionamiento de los programas existentes gestionados por la administración local (16 programas comunitarios de reinserción) es regular, sin embargo, los que tienen con las entidades privadas (12) se caracterizan por un buen funcionamiento. Tomando como referencia las necesidades estimadas aumentarían y mejorarían el funcionamiento de los programas de formación, de integración laboral (Empleo), de orientación sociolaboral y los de soporte a la integración social. Además, mantendría el número de programas de apoyo residencial, aunque su funcionamiento tampoco lo califican como bueno.

²⁴ Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 1998

²⁵ Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-1999

Tabla 10
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1º1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999	2000
	Nº	Plazas	Nº	Plazas	Nº	Plazas	Nº	Nº
Centros de Día								
Centros de día para toxicómanos	2	27	2	27	2	27		
Talleres de actividades toxicómanos	8	85	6	63	6	63		
Talleres actividades alcohólicos	3	30	3	30	3	30		
Programas comunitarios reinserción drogodependientes (pisos tutelados)	11		11		11			
Centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción							3	3
Centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción (sin tratamiento)							7	7
Centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción (Comunidades Terapéuticas)							3	3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de titulación académica; los de Formación Profesional homologados por el INEM; las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las Escuelas Taller; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la integración en Talleres Artesanos; la reserva de plazas en empresas y la promoción de empresas de inserción. El volumen de actividades ocupacionales (fotografía, cerámica, etc) se considera suficiente. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo obtienen muy buena calificación. Las ocupacionales, las Escuelas Taller, las Casas de Oficios, los Talleres de Empleo, la Integración en Talleres Artesanos y la Reserva de Plazas en Empresas también tienen un buen funcionamiento. Existen otras actividades y recursos que cabría mejorar, tal es el caso de los Cursos de Titulación Académica, los de Formación Profesional homologados por el INEM y la promoción de Empresas de Inserción.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

La evaluación de la efectividad de las intervenciones es sin duda el área de investigación a la que se están dedicando más esfuerzos. En concreto, de las intervenciones en torno al alcohol, ya sea con pacientes alcohólicos o con consumidores de riesgo, se han realizado algunos estudios que han sido o van a ser publicados en breve²⁶. Respecto a los Programas de Mantenimiento con Metadona, actualmente, se está analizando los resultados de un estudio transversal que pretende evaluar el consumo de cocaína en pacientes en tratamiento con Metadona en Cataluña.

Además, en 1996, se realizó un estudio piloto multicéntrico de introducción de la intervención mínima en tabaquismo en diversos hospitales. En cuanto a las publicaciones, han estado centradas fundamentalmente en temas de Documentación e Información sobre las Drogodependencias,

²⁶ Gual, Colom et al 2003. Multi-20: Estudi prospectiu de seguiment de pacients alcohòlics (pendent de publicar).

donde se utilizan para su difusión recursos como boletines trimestrales, tarjetas informativas, libros, cuadernos, diskettes, etc.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

La relación con las ONG's se establece principalmente a través de subvenciones, aumentando desde 1996 (59) al 2000 (80). En el caso de los convenios/conciertos, ha ocurrido lo contrario, apreciándose una disminución en el mismo periodo de tiempo, con la excepción del año 2000 donde han aumentado considerablemente (ver Tabla 11). El presupuesto destinado al movimiento asociativo también ha ido descendiendo progresivamente, contando en el 96 con 7.734.000 ptas y en el 2000 con 4.500.000 ptas (ver Tabla 11).

Tabla 11
Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	59	26
1997	-	-
1998	54	54
1999	69	18
2000	80	34

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En líneas generales, en Cataluña, lo más destacado en los últimos años ha sido la especial preocupación por el problema de las drogas, en especial por el alcohol. La Ley 1/2002, de 11 de marzo, ha supuesto la tercera modificación de la Ley 20/1985 sobre prevención y asistencia en materia de drogodependencias con la prohibición de vender y suministrar bebidas alcohólicas a menores de 18 años. Las actuaciones realizadas en materia de drogodependencias han seguido las directrices del Plan de Drogodependencias de la Generalitat de Cataluña y del Plan de Salud de Cataluña que se encuentra en su tercer ciclo de planificación, iniciado con el Documento marco para la elaboración del Plan de Salud de Cataluña.

El consumo de drogas y las consecuencias derivadas del mismo se considera grave, aunque en los últimos cinco años la situación ha mejorado. Las tres sustancias que más problemas generan, son el tabaco, el alcohol y la heroína. En el periodo 1998-2002, se produjo un aumento de la proporción de varones fumadores que inician tratamiento en la red, mientras que la proporción de mujeres ha descendido. Por el contrario, según los últimos datos disponibles de población general consumidora de tabaco ocurre lo contrario, existen más mujeres fumadores entre 15 y 24 años que hombres fumadores (42,5 % en las chicas y 37,4% en los chicos). El consumo de alcohol en el último mes, en el año 2001, arrojó una prevalencia del 61,1% entre la población catalana, superior en los hombres (70,4%) que en las mujeres (51,8%) aunque según el estudio "Los Jóvenes Españoles de 1999", los catalanes se sitúan entre los menos bebedores. El consumo de cánnabis ha aumentado y el consumo y demanda de tratamiento de heroína se ha estabilizado. Respecto a la cocaína, se ha incrementado aumentando considerablemente la demanda de tratamiento por abuso y dependencia, llegando a superar, en algunas comarcas catalanas, a los casos que iniciaron tratamiento por heroína.

En cuanto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, en el año 2002, el 44% de los inicios de tratamiento eran por alcohol, un 20% por heroína y un 17% por cocaína. Durante 1999, las muertes por consumo de drogas crecieron casi un 10%. Además, el número de nuevos casos de SIDA se estabiliza cada vez más, y el desarrollo de la enfermedad se retrasa. En el año 2001, el número de casos acumulados ascendió a 14.205, con un 54% de usuarios por vía parenteral.

En 1991 se inició el Plan de Salud de Cataluña para el periodo 1991-2001, con importantes avances en la normalización de la política de drogodependencias como un pilar clave de la política sanitaria. Este Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales internos y externos, empleando para su elaboración fuentes primarias y secundarias. Como puntos débiles, las pautas generales que siguen en la programación no son editadas. Por otro lado, la evaluación del cumplimiento de los objetivos de los Planes trienales de Salud se realiza cada vez que finaliza su período de vigencia aunque no existe una comisión en el ámbito interno del propio Plan encargada de realizar su seguimiento.

En la ejecución del Plan, los responsables señalan dificultades con las tres Administraciones en el ámbito de financiación; problemas de recursos (materiales, humanos) con la Administración Autonómica y de definición de competencias con la Local. Además, consideran que al Plan Autonómico le faltan competencias para hacer frente al problema de las drogas, sobre todo en materia de seguridad ciudadana, formación universitaria, colaboración internacional, entre otras posibles materias. Dentro de la Comunidad Autónoma, en su opinión, están bien distribuidas las competencias a desarrollar por la Administración Autonómica y la Local para la ejecución del Plan. Por último, no existe una unidad específica encargada de difundir las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan.

En cuanto a los recursos humanos, no se dispone de información precisa sobre el número de profesionales implicados pero en lo relativo a la formación se conoce que esta engloba un conjunto de actividades donde se incluyen cursos, jornadas, talleres, sesiones informativas, congresos y un Master, entre otras y en los últimos años se aprecia un incremento del número de cursos ofertados. Si nos fijamos en los recursos económicos, comparando los últimos años se han ido incrementando, especialmente en 1999. En el año 2002, el área de intervención asistencial es la que contaba con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y, en tercer lugar, la prevención. En términos relativos, la intervención asistencial ha sido la que ha contado con mayor presupuesto; el destinado a la prevención ha crecido considerablemente en 1999 aunque un año más tarde descendió; en incorporación social ha ido descendiendo progresivamente hasta llegar a representar una décima parte en 1999 aunque en los dos últimos años se ha ido incrementado (2000 y 2001). La dotación económica de la Oficina de Coordinación y del área de formación, documentación e información, no ha seguido una tendencia constante y los recursos económicos destinados al apoyo al movimiento asociativo descendieron en 1999, llegando a representar menos del 0,2% del total de presupuesto.

En el área de Prevención, se han alcanzado importantes logros y cada vez es mayor la oferta de programas de educación para la salud dirigidos a cada uno de los niveles de la escolarización obligatoria y post-obligatoria. De cara a la planificación de las estrategias, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades utilizando numerosas fuentes para su elaboración. De los resultados obtenidos, surgen prioridades, que se concretan en un Plan y en programas específicos. La participación de otros sectores se realiza mediante comisiones de trabajo interdepartamentales. Además, se elabora un mapa de necesidades y una definición de poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, a partir de estudios epidemiológicos clave.

Por ámbitos de actuación, se observa una línea clara de intervención en todos ellos y se considera un punto fuerte su planificación y evaluación. En el ámbito escolar, las prioridades establecidas son abordar la prevención en el marco de la educación para la salud; se establece una adecuada coordinación entre las entidades responsables, hay una formación del profesorado y un sistema de control de la oferta, realizando inspecciones periódicas y apoyando a los centros; por último, se realizan evaluaciones de proceso de los programas, además de conocer gran número de los indicadores de la Estrategia Nacional. Se prioriza el establecimiento de vínculos entre las activida-

des preventivas escolares y la familia. En los últimos años, se ha enfatizado la importancia del trabajo con jóvenes en el ámbito del ocio y del tiempo libre, y especialmente en las zonas de ocio nocturno juvenil. En prevención comunitaria, hay comisiones y grupos de trabajo con los equipos de Atención Primaria, formación de formadores, programas de actuación preferente y se están elaborando mapas de riesgo, además de contar con gran número de indicadores y un gran consenso institucional. Por otra parte, se establecen relaciones con los medios de comunicación para determinar los mensajes prioritarios, se pretende potenciar la formación de periodistas en drogodependencias y utilizar Internet como medio de comunicación interactivo y soporte de la información. En el ámbito laboral hay una coordinación con patronales y sindicatos y una tendencia a la incorporación en los Planes de Seguridad e Higiene de las empresas y cuentan con numerosos indicadores y evaluaciones además de identificar los sectores de alto riesgo. En el ámbito municipal, cada vez es mayor el número de municipios con planes de drogas y se pretende mejorar los mecanismos de recogida de información. Finalmente, entre otros programas mencionan la prevención en la población militar y las medidas de control de la oferta desarrolladas en esta Comunidad.

En el ámbito asistencial, la Dirección General de Drogodependencias proporciona un tratamiento individualizado e integral que abarca tanto el tratamiento de la dependencia como de la patología orgánica asociada. Las tendencias de consumo se han modificado, y con ello las demandas de tratamiento. Si bien hace unos años predominaban los programas dirigidos a la dependencia de opiáceos, especialmente por vía parenteral, actualmente se ha ampliado la oferta incorporando nuevos programas de reducción de daños. Concretamente, se han incrementado los programas de intercambio de jeringuillas y los de mantenimiento con Metadona, estos últimos reforzados gracias a la dispensación en gran número de oficinas de farmacia con cargo al sistema sanitario. En lo que se refiere a los programas en prisión, las prisiones catalanas fueron pioneras en la introducción de programas de mantenimiento con Metadona o en el desarrollo de talleres de educación sanitaria, siendo uno de los últimos retos la implantación de programas de intercambio de jeringuillas.

Los centros de la red de drogodependencias se estructuran en diferentes niveles. En un primer nivel y como puerta de entrada directa a la asistencia se encuentran los Centros de Atención y Seguimiento. Las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, Comunidades Terapéuticas y las Unidades de Patología Dual se situarían en un segundo nivel. Y por último, se encontrarían aquellos recursos que hacen referencia a las actividades de reinserción de los pacientes (pisos de reinserción, centros de día, programas comunitarios, cursos de formación, etc.).

Si atendemos a la evolución de los programas, se observa el incremento de los Programas de Mantenimiento con Metadona, Programas de Tabaquismo y Programas de Intercambio de jeringas. Algunos recursos han permanecido constantes, como son las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria aunque la mayoría han aumentado, Centros ambulatorios, Centros de emergencia social, centros/programas de dispensación de Metadona, otros se han creado de nuevo (dos Unidades de Patología Dual) y, por último, han descendido las Comunidades Terapéuticas (públicas y privadas). El número de usuarios en todos ellos ha sido cada vez mayor, exceptuando el descenso observado en los programas en población con problemas jurídico-penales en el año 2000 y el número de altas hospitalarias en Unidades de Desintoxicación Psiquiátrica.

Por otra parte, los responsables consideran que los recursos materiales son adecuados y las principales deficiencias se refieren a la existencia de un área donde la cobertura asistencial es deficitaria, debido a la dificultad para llegar a un consenso con las diferentes entidades ciudadanas para ubicar nuevos centros. Por otra parte, es necesario llegar a la informatización de todos los centros, que actualmente es parcial. Las previsiones de desarrollo de la red asistencial en un futuro consisten en una mayor descentralización de la atención, con desplazamiento de equipos básicos a diferentes Áreas de Salud, como actividad complementaria a la desarrollada por los centros de atención a las drogodependencias. Además, los programas de atención a adolescentes no se han desarrollado hasta la actualidad, aún siendo objetivable la necesidad de intervenir.

Las actividades desarrolladas en incorporación social son fruto de la acción coordinada de un gran número de profesionales, organizaciones, administraciones locales y de la Generalitat de Cataluña. La evolución, en número, seguida por los centros en materia de reinserción, ha sido

constante en el caso de los Centros de Día, de los talleres de actividades destinados a la inserción de pacientes con problemas de alcoholismo y de los Programas comunitarios de reinserción; decreciente en los talleres de actividades destinados a la inserción de toxicómanos; creciente en los de apoyo residencial y en 1999 se han añadido nuevos recursos como los centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción con o sin tratamiento y los centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción.

La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de los técnicos de las corporaciones locales. En general, los responsables encuentran como principal obstáculo la insuficiente oferta de programas y recursos. Consideran que los programas que tienen con las entidades privadas tienen un buen funcionamiento y habría que mejorar los convenios y programas establecidos con la Administración Local. Tomando como referencia las necesidades estimadas aumentarían y mejorarían el funcionamiento de los programas de formación, de integración laboral (Empleo), de orientación sociolaboral y los de soporte a la integración social. Además, mantendría el número y mejorarían el funcionamiento de los programas de apoyo residencial. Respecto al número de actividades y recursos, estiman oportuno aumentar la gran mayoría, considerando solo suficiente el volumen de actividades ocupacionales (fotografía, cerámica, etc). En cuanto a su funcionamiento cabría mejorar, los Cursos de Titulación Académica, los de Formación Profesional homologados por el INEM y la promoción de Empresas de Inserción.

Los estudios e investigaciones desarrolladas en Cataluña, han tenido como temas principales el seguimiento de enfermos alcohólicos tratados en la red especializada, la validación de instrumentos de cribaje del consumo de riesgo y la evaluación del programa "Beveu Menys"²⁷⁻²⁸⁻²⁹; estudios piloto sobre la intervención mínima en tabaquismo y publicaciones centradas en temas de Documentación e Información sobre las Drogodependencias. La relación con las ONG's se establece principalmente a través de subvenciones, aumentando desde 1996 al 2000. En el caso de los convenios/conciertos, ha ocurrido lo contrario, apreciándose una disminución en el mismo periodo de tiempo, con la excepción del año 2000 donde han aumentado considerablemente. El presupuesto destinado al movimiento asociativo también ha ido descendiendo progresivamente, contando en el 96 con 7.734.000 ptas y en el 2000 con 4.500.000 ptas.

Como puntos fuertes se pueden señalar el desarrollo normativo; la mejora en la situación del consumo de drogas; el descenso del número de fumadoras, de bebedores; la estabilización de la heroína y de los casos de SIDA. También se considera favorable la planificación y el intento de normalización de este fenómeno; el aumento de los cursos de formación a los profesionales y del presupuesto; la prevención en general como área bien desarrollada desde el punto de vista de los objetivos, planificación, coordinación, elaboración de mapas de riesgo, dotación de recursos y evaluación y conocimiento de la situación. En el área de intervención asistencial, el desarrollo de los programas de reducción del daño, incluyéndolos en prisión. Finalmente, en incorporación social, el incremento del número de recursos residenciales de apoyo a la incorporación.

Como puntos débiles consideramos que la situación del consumo de drogas y sus consecuencias es grave, con un incremento del número de fumadores varones, de los consumidores de cocaína y de las demandas de tratamiento por abuso de esta sustancia y el incremento de las muertes asociadas al consumo de drogas. Además, los responsables señalan problemas de coordinación y en el ámbito de competencias que pueden dificultar la ejecución correcta del plan; tampoco cuentan con una unidad encargada del seguimiento del plan ni específicamente encargada de suministrar información sobre el mismo. En el ámbito de la prevención se considera mejorable el conocimiento del número de planes de drogas y en los recursos humanos de los profesionales

27 Contel M, Gual A, Colom J, Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano Adicciones 1999; 4-11.

28 Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. Alcohol Alcohol. 2002 Nov-Dec;37(6):591-6.

29 Gual A, Contel M, Segura L, Ribas A, Colom J. El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo Medicina Clínica, 18 2001; 117: 685-689.

que trabajan en las distintas áreas. En el área de intervención asistencial se aprecia el descenso de las Comunidades Terapéuticas, de la población con problemas jurídico penales que participa en los programas y en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. Además, mencionan la necesidad de mejorar asistencialmente un área en la que cuentan con rechazo de la población para implantar un centro y la necesidad de crear programas para adolescentes. El área de incorporación social, encuentra numerosas deficiencias en los recursos, actividades y programas y en el funcionamiento de los convenios con la Administración Local. Finalmente, en los últimos años se aprecia un descenso del presupuesto destinado al movimiento asociativo y de los convenios, aunque las subvenciones han crecido de modo considerable.

INTRODUCCIÓN

En el Plan sobre Drogas de la Ciudad Autónoma de Ceuta¹, elaborado por el Centro de Atención a Drogodependientes, se muestra la satisfacción por los resultados obtenidos en un periodo tan corto de tiempo y se siguen mencionando los esfuerzos realizados para reforzar las relaciones interinstitucionales. Atendiendo a su evolución en el tiempo, en 1988 se iniciaron los contactos con el Ministerio de Sanidad con el objetivo de poner en marcha servicios públicos de ayuda al drogodependiente. A raíz de ello, se creó el Centro Provincial de Drogodependencias, dirigido por la Ciudad en base a un convenio de colaboración entre la Delegación del Gobierno en Ceuta y el Excmo. Ayuntamiento.

En los años sucesivos, se han ido incorporando progresivamente nuevos profesionales y técnicos hasta conformar la actual plantilla del Plan sobre Drogas, siendo en el año 2002, 22 los profesionales que trabajan en las distintas áreas. Por otro lado, destacar que en 1996 se habilitó una nueva infraestructura para ubicar la Unidad Administrativa del Plan y el Centro de Drogodependencias, pasando a denominarse Centro de Atención a las Drogodependencias (C.A.D.), donde se implementan y coordinan la actividad asistencial, las de carácter preventivo y las de inserción socio-laboral².

Un aspecto relevante en los últimos años, ha sido el establecimiento de Convenios de Colaboración entre los que destacan, desde el año 1996 y con carácter anual el desarrollado entre la Consejería de Sanidad y Consumo y el Ilustre Colegio de Farmacéuticos para la implantación y el desarrollo de un Programa de Intercambio de Jeringuillas en Oficinas de Farmacia y el suscrito por el Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el PNSD) y la Ciudad de Ceuta (Consejería de Sanidad y Bienestar Social), este último con un Convenio Específico para el 2002; desde 1997, el Concierto de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y la Asamblea Provincial de Cruz Roja para desarrollar actuaciones de intervención sobre el consumo de drogas y programas alternativos. Un año más tarde se inició el Concierto de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Bienestar social y la Asamblea Provincial de Cruz Roja para la promoción y el desarrollo de actividades dirigidas a la formación y prevención y, para terminar, en diciembre de 2002, el Acuerdo Marco en materia de promoción de la salud entre la Consejería de Sanidad y Bienestar Social y el Ministerio de Defensa.

En 1998, se continuó con el desarrollo de los programas asistenciales y de incorporación social, impulsando también los preventivos. En la prevención, área prioritaria en estos momentos, y en los programas de reducción del daño, ha sido fundamental el desarrollo de convenios de cola-

1 72.117 habitantes

2 Datos facilitados por el responsable del Plan, julio 2003.

boración con otras instituciones y ONG's, así como la colaboración de voluntarios o mediadores en iniciativas públicas y privadas. Un ejemplo de ello ha sido el Instituto Ceutí para la Prevención de las Drogodependencias, el cual ha jugado un papel básico, cubriendo una realidad inexistente mediante los programas de información, el Fondo de Documentación, los Programas preventivos en colaboración con otras instituciones y el diseño y desarrollo de intervenciones preventivas. En el año 2000 este proyecto alcanzó los objetivos que se proponía inicialmente.

En cuanto a la intervención asistencial, dentro de los programas de reducción del daño, han aumentado los usuarios atendidos en la Unidad Móvil de Atención a las Drogodependencias (UMAD) y en el Punto de Dispensación de Metadona (PDM); se han incrementado las demandas de tratamiento por consumo de alcohol y tabaco y el patrón de consumo de heroína más cocaína base. Por último, ha descendido el número de jeringuillas dispensadas y las demandas de ingreso en comunidad terapéutica o en unidades de desintoxicación hospitalaria. Finalmente, en cuanto a la integración social, en el año 2000 el Proyecto ÍDALO (Integración de drogodependientes en el ámbito laboral y ocupacional), creado como plan integral de formación ocupacional, mediante información profesional, desarrollo de proyectos personales, cursos de formación y el desarrollo del "Proyecto Aprendiz", se encuentra en su tercera fase³.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan sobre Drogas de Ceuta consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias, aunque la evolución de este problema, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. En la Ciudad Autónoma de Ceuta, la heroína constituye el primer problema porque afecta a un gran número de personas, por la alta dependencia y el deterioro orgánico. La segunda sustancia más problemática es la cocaína debido a que tiene difícil solución y a la inexistencia de un tratamiento específico. Por último, los tranquilizantes y somníferos se consideran el tercer tipo de sustancia más problemática porque desencadena otros problemas, además de la fácil disponibilidad.

Si se analiza el consumo de las diversas sustancias en esta Ciudad, el alcohol no supone un consumo excesivo comparado con la media nacional. Uno de cada dos encuestados manifiesta haber consumido alcohol en los últimos treinta días, porcentaje inferior al resto de Comunidades y superior en el caso de los varones (57,9%). En cuanto a la edad, el mayor porcentaje de consumidores se localiza en el grupo de 30 a 34 años en ambos sexos. Hay más varones bebedores en todos los grupos de edad con la excepción de los más jóvenes donde se invierte esta tendencia (ver Gráfico 1). Por último, la proporción de bebedores abusivos es mayor entre semana (7,2) que en fin de semana (4,6), siendo en este último caso inferior a la mayoría de Comunidades Autónomas.

En cuanto al tabaco, se ha producido un incremento en el número de fumadores diarios, pasando de un 29,2% en 1995 a un 32,7% en 1999. Sin embargo, la prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 12 meses ha descendido y sitúa a la Ciudad de Ceuta entre las que tienen menor proporción de consumidores de esta sustancia (4,4% en 1999).

Los indicadores de tratamiento revelan que Ceuta cuenta con un número importante de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Prueba de ello es que tan solo Canarias supera a esta Ciudad siendo la tasa de tratamiento de 238,5 por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la sustancia por la que se solicita tratamiento, se ha producido un descenso de la proporción de admitidos por primera vez por consumo de heroína cuya vía más frecuente de administración es la parenteral. De hecho se ha pasado de 27,5% en 1991 a un 8% en 1999, siendo una de las menores. Como se señalaba en la Memoria de 1997 del PNSD, la vía predominante de administración de heroína es la pulmonar (58,1% inicios al tratamiento) aunque

³ Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1998 y 2000.

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días



Fuente: Informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas

sigue existiendo la parenteral (35,5%, según SEIT). El descenso se ha producido en España a un ritmo desigual porque el suroeste (Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla) esta práctica es minoritaria en comparación con el nordeste donde se mantiene la inyectada. Coincide con las provincias donde circula la heroína marrón (sureste), la fuman al aumentar la pureza. Por otra parte, se han ido incorporando las admisiones a tratamiento por cocaína pasando de 2,5 en 1991-93 a 8,4 por cada 100.000 habitantes en 1997-99.

Desde 1987, el SIDA en Ceuta crece a un ritmo acelerado pasando de una tasa de 15 casos por millón de habitantes a 350,3 en 1996. Desde esta fecha ha descendido sobre todo en el último año, con una tasa de 27,6 tras haber sido la primera entre el resto de autonomías en 1997. Resultados que coinciden con los expuestos en la memoria de 1997 del PNSD. Durante el periodo 1982-1996, Ceuta, Madrid, País Vasco y Cataluña eran las Comunidades que presentaban mayores tasas de incidencia del SIDA por vía parenteral. Concretamente Ceuta, ocupaba el primer lugar, con una tasa de incidencia anual media para el periodo 1994-1996 5,3 veces mayor que Canarias que ocupó el último lugar. Si nos fijamos en la proporción de consumidores de drogas por vía parenteral, según la ECHT de 1996 los menores porcentajes de seropositividad aparecen en Extremadura, Canarias y Ceuta.

Por último, esta ciudad se encuentra con otros problemas que se vinculan con las drogodependencias y es que, según un informe de la ONG Estudios y Cooperación para el Desarrollo (ESCODE), unos 100 menores viven en Ceuta al amparo de la mendicidad, la prostitución y la droga, debiendo hacer la administración un mayor esfuerzo que en otras Comunidades. Existe un consumo de pegamento generalizado, de una marca de Marruecos que se importa a Ceuta para su venta. Además, consumen otras drogas, como las de diseño y el hachís.⁴

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

La Ciudad Autónoma de Ceuta⁵ en el ejercicio de sus competencias, realiza una importante labor en materia de drogodependencias a través de su Plan sobre Drogas, dependiente del Centro de Atención a Drogodependientes. Este Plan refuerza las relaciones interinstitucionales

4 Noticia del 17 de octubre 2000 El Mundo

5 Ley Orgánica 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta

para coordinar y protocolizar los aspectos asistenciales y preventivos ante este fenómeno mediante la firma de convenios de colaboración entre las distintas instituciones.⁶ Para desempeñar esta labor, el Plan se estructura en cuatro áreas prioritarias de actuación: Planificación, Asistencia, Incorporación socio-laboral y Prevención.

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, aunque no se realiza informe oficial. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente estaba para el año siguiente. Para ello, se han empleado como fuentes primarias el análisis de la demanda (CAD, UMAD) y como fuentes secundarias las demandas de otras instituciones (MEC/INSALUD/IIPP).

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación de la que se encargan responsables políticos y técnicos. Las pautas generales seguidas en la programación y elaboración del único Plan hasta el momento, no han sido editadas. Por otra parte, como mecanismo de evaluación se utiliza las Memorias Anuales del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y de evaluación interna, siendo el equipo de asistencia el encargado de esta tarea. A nivel interno, existe una comisión de seguimiento, formada por un equipo terapéutico (dos psicólogos, un médico, dos Trabajadores Sociales, un ATS/DUE) que se reúne semanalmente con el objetivo de planificar y evaluar los programas específicos.

Por otro lado, la coordinación institucional, en opinión del responsable⁷, se considera un principio ineludible, sin el cuál, nada de lo anterior quedaría garantizado, la coordinación, utilización e integración de los recursos existentes en las diferentes áreas de intervención, evitando así respuestas dispersas y descoordinadas. En prevención, se debe apostar por unos sistemas de coordinación que permitan el conocimiento más profundo de las actividades realizadas desde las diferentes Administraciones, Instituciones y ONGs de la ciudad y de las necesidades al objeto de actuar conjuntamente y evitar la duplicidad de las intervenciones. Esto es así hasta tal punto que la coordinación se ha convertido en uno de los principales objetivos estratégicos de esta área.

En cuanto a las contribuciones institucionales, destacar la colaboración mantenida durante todo el año con la Dirección Provincial de Educación y Cultura, el Centro de Profesores y Recursos, la Asociación Deporte y Vida, la Federación Provincial de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos, la Consejería de Educación y Cultura, la Dirección General de Tráfico y Autoescuelas, las Farmacias, las Fuerzas Armadas y Comandancia General, el Centro Penitenciario "Los Rosales", el Consejo de la Juventud, la Asamblea Provincial de Cruz Roja, el IMSERSO- Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes y el Centro de Servicios Sociales de Ceuta.

En el área de asistencia, el Centro de Atención a las Drogodependencias (CAD) como centro de referencia, coordina y gestiona el acceso al resto de los recursos de la red asistencial y a los programas desarrollados con otros organismos e instituciones. Respecto a la inserción sociolaboral, la coordinación se establece con diversas instituciones a fin de facilitar el acceso al mercado laboral de los usuarios, entre otras, el INEM; la Delegación del Gobierno; la Unidad de Promoción y Desarrollo (U.P.D); la Sociedad Municipal de Fomento PROCESA; la Consejería de Economía y Empleo; el Ministerio y la Conserjería de Educación y Cultura; la Cámara Oficial de Comercio, Industria y Navegación; las Empresas privadas; el Centro Asesor de la Mujer y el IMSERSO.

Al plantear a los responsables del Plan Autonómico cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central en el ámbito de la definición de competencias, y con la Administración Autonómica respecto a los recur-

6 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, Pp.165.

7 Datos suministrados en junio de 2003.

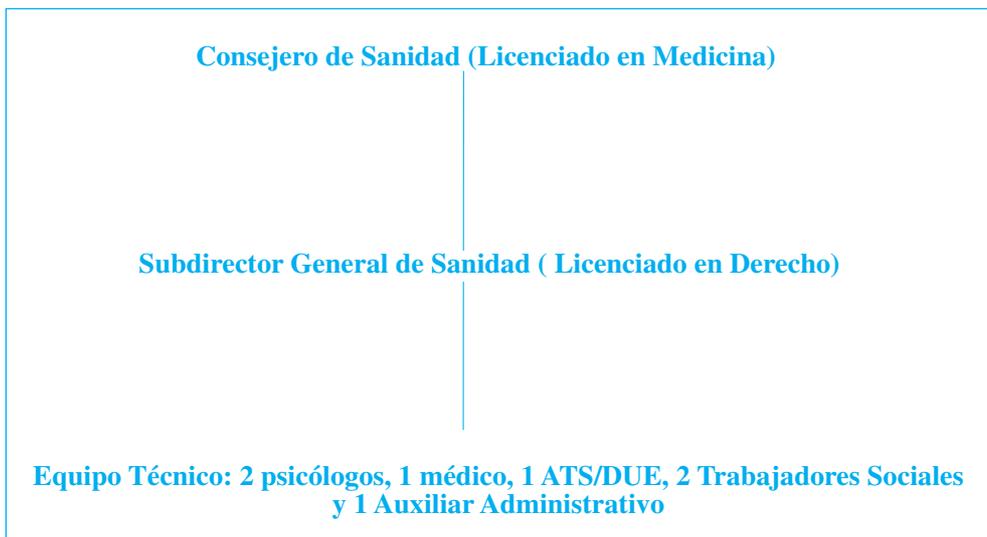
tos (materiales y humanos). En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades de tipo financiero que podrían mejorarse dotando al Plan de mayores recursos económicos para la mejora del desarrollo de los distintos programas.

Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Ciudad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las Consejerías de Sanidad y Asuntos Sociales. Además, existen convenios de coordinación/participación/colaboración con Cruz Roja Española, PROCESA y el Consejo de la Juventud a nivel autonómico Local, sin existir convenios con los municipios.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 2), la Ciudad Autónoma de Ceuta cuenta con la Consejería de Sanidad de la que depende la Subdirección General de Sanidad, en la que se encuentra el Equipo Técnico de Drogodependencias, compuesto por 2 psicólogos, un médico, un ATS/DUE, 2 Trabajadores Sociales y un Auxiliar Administrativo. Además de esta estructura, existen órganos consultivos, constituidos a principios del 2001, compuestos por el Equipo Terapéutico Asistencial y que se reúnen semanalmente.

Gráfico 2

Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico



Fuente: elaboración propia

Asimismo, cuenta con los siguientes recursos y dispositivos:

1. Unidad Administrativa, de gestión y planificación del Plan sobre Drogas.
2. Centro de Atención a las Drogodependencias (C.A.D.)
3. Área de Prevención
4. Área de Incorporación socio-laboral
5. U.M.A.D. (Unidad Móvil de Atención a las Drogodependencias)
6. Punto de Dispensación de Metadona (recurso que es sustituido a partir de Enero de 2003 por la U.T.I.M.E. (Unidad de Tratamiento Itinerante de Metadona)

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, el Plan cuenta con el Servicio de Prevención. El perfil de los

sujetos a los que va dirigida la información es el de la población en general, en el caso de la prevención, y a los drogodependientes en el caso de las áreas de Intervención Asistencial e Incorporación Social. Los programas sobre los que se suministra mayor información son los educativos, en general, la información se difunde a través de un teléfono de información, guía actualizada sobre Recursos y programas, memorias, otras publicaciones institucionales, campañas y servicios de información y orientación.

3. RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos en la Ciudad de Ceuta se han caracterizado por un crecimiento notable desde sus inicios. En 1989, el equipo del Centro Provincial de Drogodependencias estaba formado por un D.U.E., un psicólogo y, posteriormente, se incorporó un médico. En 1992, se sumaron a esta plantilla un trabajador social y un monitor ocupacional. En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha seguido aumentando. En líneas generales, la mayor parte son diplomados (10), concretamente trabajadores sociales y DUE (4 respectivamente), y en segundo lugar, existe una proporción similar de licenciados (5) y de personal con estudios de Bachiller o FP (6). El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales que trabajan en materia de drogodependencias (13), seguida del área de Prevención e Incorporación Social. En todas las áreas se considera insuficiente la dotación de personal (ver Tabla 1).

Tabla 1
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	TOTAL
1. Licenciados	1	3	1	5
Psicólogos	1	2	1	4
Pedagogos				
Médicos		1*		1
Abogados				
2. Diplomados	4	5	1	10
Trabajadores Sociales	1	2	1	4
ATS/ DUE	1	3		4
Maestra	1			1
Biblioteconomía	1			1
3. Bachiller/FP	2	4		6
4. Graduado Escolar	1	1	1	3
TOTAL	8	13	3	24

* En el año 2003 se ha incorporado otro médico a la plantilla

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

En opinión de los responsables del Plan, la principal deficiencia que afecta al personal que trabaja en temas de drogodependencias es la falta de personal especializado en algunas tareas y la falta de formación. En el ámbito de prevención se requiere una mayor estabilidad laboral y la necesidad de infraestructura; en la Intervención Asistencial, a la Inestabilidad Laboral se le suma la falta de coordinación interinstitucional; en incorporación social los principales problemas se refieren a la necesidad de recursos económicos, materiales y humanos.

Respecto a la formación del personal, destaca en todos los ámbitos el Plan de Formación Continua de la Ciudad Autónoma de Ceuta. Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 2), se aprecia un incremento del número de cursos y jornadas impartidas en los últimos dos años. La formación se ha dirigido principalmente a profesionales del Plan, funcionarios, profesores, mediadores sociales, voluntarios de ONG's y estudiantes de universidad.

Tabla 2

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000).

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Cursos	2	40 estudiantes de enfermería y 25 funcionarios	1	Mediadores juveniles	5	Voluntarios y jóvenes, estudiantes universitarios y profesionales	3	Mediadores sociales, profesionales y estudiantes universitarios	5	Monitores voluntarios de ONG, profesores y profesionales del PNSD
Seminarios/Jornadas/Encuentros			2	Estudiantes de enfermería	1	Prof. de primaria y secundaria	3	Profesionales de salud, prevención y profesores de autoescuela	1	Jóvenes de la Ciudad de Ceuta
Talleres							3	Auxiliares de farmacia y mediadores sociales		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias se ha ido incrementando. Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 3), los recursos económicos han crecido, pasando de 67.359.784 en 1996 a 90.082.977 en el 2000. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar formación, documentación y coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000 con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en las áreas de prevención, formación y documentación y coordinación institucional.

Respecto al presupuesto del actual Plan, el Ministerio del Interior (PNSD) ha aportado 14.147.000 Ptas. y el Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional de SIDA) 11.831.000 Ptas., con un total de 25.978.000 Ptas. Además, 6.655.440⁸ Ptas proceden del Fondo de Bienes

⁸ Esta cantidad corresponde al año 2002. Dato facilitado por el responsable.

Tabla 3
Presupuesto por áreas de actuación (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	8.194.872	10.243.255	19.656.772	17.410.103	16.389.041
Intervención Asistencial e Incorporación Social	57.174.201	65.106.988	57.563.117	57.248.184	60.943.283
Formación, Documentación	840.738	1.740.640	4.467.578	9.420.770	7.889.492
Coordinación Institucional	1.149.973	5.237.544	6.596.191	5.643.487	4.861.161
TOTAL	67.359.784	82.328.427	88.283.658	89.722.544	90.082.977

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Decomisados. Asimismo, el presupuesto de gastos contemplados para el Plan sobre Drogas de Ceuta en el año 2002 ha sido de 186.088.833 ptas (1.116.532,95). Por último, según los responsables del Plan, los criterios que sigue la Administración Autónoma de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son la creación de nuevos programas, el desarrollo de programas en curso y las necesidades de recursos humanos.

5. PREVENCIÓN

En opinión del responsable⁹, desde la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, a través de su Plan Sobre Drogas, se concibe la Prevención como *el conjunto de acciones encaminadas a promover estilos de vida saludables, que reduzcan aquellos factores considerados de riesgo y favorezcan la adopción de hábitos sanos en cuanto al consumo de drogas*. Esta prevención, se ha sustentado desde 1998 hasta la actualidad, tanto en la educación como en la formación en valores, dirigida especialmente a niños y a jóvenes, aunque sin olvidar al resto de la población. Con tal finalidad, se creó en dicho año el Área de Prevención del Plan Sobre Drogas, que pretende -mediante actuaciones dirigidas a la reducción de la demanda y disminución de conductas consideradas de riesgo- consolidar individuos capaces de enfrentarse de forma no conflictiva ni autodestructiva, a situaciones que atenten contra su salud, así como crear agentes y mediadores sociales adecuadamente formados para la correcta intervención en el campo de las drogodependencias.

Por todo esto, el área de prevención ha tenido un desarrollo cuantitativo notable, se han incorporado nuevos programas que permiten la intervención a lo largo de todo el ciclo de desarrollo evolutivo de la población, así como un notable incremento en la cobertura de los alumnos de los programas de prevención escolar. De otra parte, se ha realizado un serio esfuerzo en incrementar la calidad y el rigor metodológico de la prevención tomando como base la evidencia científica, a través de la revisión de publicaciones, con la formación de los propios técnicos de prevención y reforzando las evaluaciones de todos los Programas que se han puesto en marcha. En otros ámbitos, uno de los objetivos fundamentales ha sido el de conseguir establecer cauces de comunicación para poder implementar Programas Preventivos ya diseñados en el ámbito de la prevención

⁹ Datos suministrados en junio de 2003.

laboral, en las Fuerzas Armadas, en Instituciones Penitenciarias, con la Federación de Asociaciones de Padres y Madres de alumnos, con la Provincial de Vecinos y en el ámbito de la comunicación social.

En conjunto, la culminación del año 2002 ha supuesto para esta área un gran avance en el establecimiento de mecanismos de coordinación y cooperación tanto con las administraciones como con otras entidades, lo cual ha permitido un mayor aprovechamiento de los recursos y una mayor eficiencia en las actuaciones realizadas. La prevención de las drogodependencias en la Ciudad Autónoma de Ceuta se encuentra en una situación privilegiada para poder implementar programas preventivos en los ya comentados ámbitos de actuación, favorecida por su propio enclave geográfico, y que han sido considerados prioritarios para años venideros.

Los objetivos prioritarios persiguen proporcionar a los profesionales implicados en la materia la formación que les permita una adecuada intervención desde sus respectivas áreas de trabajo; orientar las acciones generadas desde los diferentes ámbitos en materia de drogodependencias; favorecer la puesta en marcha de programas de prevención desde otras instituciones y el cumplimiento de la normativa vigente; estimular el desarrollo de una normativa adecuada a las necesidades de la Ciudad Autónoma; crear canales de comunicación que favorezcan la coordinación institucional y conseguir el consenso de los profesionales que trabajan en los ámbitos próximos a los ciudadanos (educación, salud, servicios sociales, etc.). Para lograr estos objetivos, se trabaja en los ámbitos escolar (Programas Escolares); familiar (Programas Familiares); comunitario (Programas de Ocio y Tiempo Libre y menores en situación de riesgo, Fuerzas armadas, etc.) y de los medios de Comunicación.

Otros aspectos destacados son que el Instituto Ceutí para la Prevención de las Drogodependencias creado en 1998 ha logrado cumplir los objetivos propuestos inicialmente, entre los que merece la pena destacar el impulso de la prevención en el ámbito escolar, por medio de programas escolares con excelentes resultados; la puesta en marcha de primeros contactos en el ámbito laboral; la consolidación del fondo de documentación con la contratación de personal especializado y, el aumento del número de programas como fruto de la consolidación de este Instituto¹⁰.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son encuestas, la observación y la petición de demandas. De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Lo más destacado de los recursos humanos es la participación del equipo interdisciplinar; en cuanto a los recursos materiales, merecen especial mención la utilización de encuestas propias de la comunidad, así como material bibliográfico y documental. Por último, en cuanto a los recursos económicos, los presupuestos de la ciudad.

Por otra parte, la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc) se logra a través de la coordinación institucional, la oferta pública de formación y las campañas de información y sensibilización. Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención en la Ciudad de Ceuta, no se elabora un mapa de necesidades y ni se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo.

5.1. Ámbito escolar

Tal y como menciona la Memoria del Plan Nacional, en Ceuta se ha producido un importante avance en el campo de la prevención escolar. Si en 1996 existía un programa formativo-informativo de prevención de drogodependencias, en el año 2000 se ha implantado el programa DISCO-

10 Memoria 2000 del Plan Nacional sobre Drogas, Pp. 165

VER como programa piloto tras evaluar 7 programas que se realizan en numerosas Comunidades Autónomas. Además de coordinar las actuaciones con los centros y de impartir un curso a los profesores de este centro, el Plan participa en el Proyecto de Integración Curricular de la Educación para la Salud en los Centros de Ceuta y además de conseguir la homologación de este programa por parte del MEC, existe otro programa dirigido a la infancia y denominado Construyendo Salud. Junto a estas actividades se han realizado jornadas de puertas abiertas en las que se ha pretendido implicar a los padres en la prevención (ver Tabla 4).

Tabla 4

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	1	Programa formativo-informativo sobre Drogodependencias	850 folletos	350 alumnos de 8º de EGB y 5º de Secundaria
1997	1	3 talleres informativos/formativos	500 folletos, 300 fotocopias y 3 videos	100 alumnos de 8º de EGB
1998	3	Taller informativo/formativo aprender a vivir sin drogas; 26 actividades extraescolares y 3 talleres de comportamiento saludable	1.000 folletos	15 alumnos en situación de riesgo, a20 alumnos de 4 centros escolares y 1.017 jóvenes.
1999		Valoración y evaluación de 7 programas de prevención; diseño de un programa para ponerlo en marcha (piloto); curso dirigido a los profesores, coordinación con el MEC y jornadas de sensibilización, revisión y desarrollo de otros programas (Construyendo Salud, programa dirigido a la infancia, Cuaderno para padres y madres, etc).		500 escolares, profesores, padres.
2000		-Puesta en marcha del Programa DISCOVER, del curso dirigido a los profesores y del Programa Construyendo Salud, además de participar en el Proyecto de Integración Curricular de la Educación para la Salud en los Centros Escolares y de reuniones de coordinación con el MEC y con los centros.		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión de los responsables, las prioridades establecidas son la Educación para la Salud y potenciar el desarrollo de habilidades sociales lo que se intenta garantizar mediante cursos de formación. Existe de la misma forma una coordinación con la Administración educativa para impulsar la prevención escolar. Las intervenciones en materia de prevención en los centros educativos las realizan los educadores sin existir ningún sistema de control de la oferta de prevención escolar. A los centros educativos se oferta formación, a través de técnicos del área de prevención, mediante los programas de formación. Existe un sistema de control de los centros educativos que participan en los programas de prevención, conociendo que un 90% de los colegios de Ceuta participan en estos programas y actividades. La formación del profesorado se realiza a través de los cursos de formación por parte de los técnicos del área de prevención. Junto a estas iniciativas, se han realizado evaluaciones homologadas sobre los programas Discover, PIPES y Construyendo Salud.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. En relación con los indicadores de la Estrategia Nacional, se conoce el porcentaje de profesores que ha recibido formación en prevención de drogodependencias (70%); de aquellos que abordan el tema en el aula (60%) de los programas acreditados (2%, Discover y Construyendo Salud). De la misma forma, se conoce el porcentaje de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula (30%) y el programa que oferta estrategias dirigidas específicamente a la familia (Discover), así como el número de centros de profesores (1) y de escuelas de magisterio existentes en Ceuta (1), los cuales ofertan cursos de educación para la salud y prevención de drogodependencias.

5.3. **Ámbito comunitario**

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos partiendo de una estrategia global. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, que se desarrolla con actuaciones como campañas de prevención y programas de formación. En este sentido, las A.A.V.V. y las F.F.A.A. a través de estos medios es una prioridad importante establecida por el Plan y para garantizar su seguimiento están pendientes de la implementación. Las Autoescuelas también constituyen un ámbito importante, cuyo seguimiento queda garantizado por el programa marco de actuación.

La Ciudad de Ceuta no tiene identificadas poblaciones de actuación preferente, ni se elaboran mapas de riesgo. Aún así, las poblaciones con las que se interviene principalmente son los menores en riesgo y los padres toxicómanos. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven consisten en dotar a los jóvenes de Habilidades Sociales y Recursos que le sean útiles ante ofertas de consumo de drogas, apoyadas por los técnicos y los políticos/gestores de la ciudad, interviniendo en su ejecución los técnicos. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos y los educadores socio-culturales. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar. Sin embargo, no existe ningún nivel de coordinación entre los profesionales y equipos de Atención primaria para promover su participación en programas de prevención. Por último, en cuanto a los indicadores de la Estrategia Nacional sobre Drogas, a través del Instituto Ceutí de Prevención de Drogodependencias, se conocen todos los indicadores señalados en este ámbito.

5.4.- **Ámbito de la comunicación.**

Según explican los responsables del Plan, los mensajes de prevención en los medios de comunicación son determinados por los técnicos de prevención del Plan sobre Drogas de la Consejería de Sanidad, Consumo y Deportes. Principalmente, se trata de mensajes positivos. Los mecanismos de colaboración con los medios de comunicación de Ceuta están pendientes en la actualidad, es un objetivo del Plan Autonómico sensibilizar y formar a estos profesionales, encontrándose en este momento en la fase de diseño, pendientes de implementar. En relación a Internet, existe una red de informática a la que están conectados todos los servicios de la Asamblea y a la que esperan acceder en breve. En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, todos los indicadores del ámbito de la comunicación se conocen a través del Instituto Ceutí de Prevención de Drogodependencias.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se han realizado campañas sobre una diversidad de temas relacionados con las drogodependencias con la intención de prevenir el SIDA, el consumo de alcohol, tabaco y las pastillas; informar sobre los recursos asistenciales existentes e implicar a toda la población como mediadores en la prevención

de las drogodependencias. Los destinatarios también han sido diversos, preferentemente jóvenes, población general, drogodependientes y familiares (ver Tabla 5).

Tabla 5
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Programas</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	3	2.400 folletos, 700 carteles, 1.000 lazos rojos, 1.000 preservativos, exposición de 230 trabajos manuales, una unidad móvil y 350 carteles	Población en general, drogodependientes y familiares
1997	1	5.000 dípticos, 250 carteles, 2.000 pegatinas, 200 calendarios, 2.000 camisetas	Jóvenes entre 14 y 20 años
1998	4	5.000 dípticos, 250 carteles, 18.000 pegatinas, 2000 calendarios, 2.000 camisetas, 29.500 folletos, 5.800 carteles, 10.000 posavasos, 1.000 panfletos	Población general, jóvenes y comerciantes
1999	2	6.000 pegatinas, 1.000 marcapáginas, 800 carteles, 1.000 carpetas	Población general
2000	2	2.000 pegatinas, 4.000 folletos y 300 carteles	Población general y Usuarios de drogas por vía parenteral

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5. Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. En este sentido, según explican los responsables del Plan, actualmente se está diseñando un nivel de coordinación entre patronales y sindicatos, siendo posiblemente una Comisión Laboral de Prevención. Estos programas promueven como actividades fundamentales informativas, sensibilizadoras y formadoras, actividades que se encuadrarán dentro de los Planes de Seguridad e Higiene en las empresas ya que en la Comisión laboral estarán presentes miembros de estos planes. Por último, no existe ningún tipo de identificación de sectores de alto riesgo. Si se analizan las actividades realizadas en los últimos años en este ámbito, lo más destacado es el diseño de diversos programas destinados a personal laboral de la Ciudad de Ceuta, así como el diseño de una Encuesta de Salud para conocer los hábitos de estos trabajadores en relación con el consumo de drogas. (Ver Tabla 6).

Tabla 6
Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

<i>A.Laboral</i>	<i>Actividades</i>	<i>Destinatarios</i>
1998	Colaboración con el CSIF en la difusión de material de información y sensibilización referente al consumo de tabaco y diseño de un programa de prevención dirigido a pequeñas y medianas empresas	Pequeñas y medianas empresas
1999	Diseño de un programa de prevención dirigido a los trabajadores de la Asamblea de la Ciudad Autónoma	Los trabajadores de la Asamblea de la Ciudad Autónoma
2000	Diseño de programas de prevención. Diseño y realización de una Encuesta de Salud aplicada a una muestra de 700 personas	Personal funcionario y laboral

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

Uno de los aspectos más destacados de la red asistencial es que la atención a los problemas derivados del consumo de drogas se realiza a través del Centro de Atención a las Drogodependencias (C.A.D.), eje que vertebra toda la actividad asistencial. Se trata de un centro de tratamiento de carácter ambulatorio al que tiene acceso cualquier ciudadano y en el que se recibe una atención gratuita. Desde este, también unidad administrativa y centro de referencia, se coordina y gestiona el acceso al resto de los recursos de la red asistencial, los conveniados con la Junta de Andalucía: Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y Comunidad Terapéutica, así como a los programas desarrollados en coordinación con otros organismos e instituciones: Hospital, a través del sistema de Interconsulta, centro penitenciario y comisarías y juzgado para la asistencia a detenidos.

Por otro lado, destaca la existencia del programa de tratamiento del tabaquismo, por dos motivos fundamentales. En primer lugar, el incremento que ha supuesto el número de demandas desde su inicio en 1998 y, en segundo término, su incorporación a la oferta asistencial, conviviendo con los programas de atención a los drogodependientes a drogas no institucionalizadas de forma normalizada. Como consecuencia de ello y la aprobación del Plan Nacional de Prevención y Control de Tabaquismo (13 de febrero de 2003 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud), hacen plantearse a esta Consejería el proyecto de elaborar un Plan de Prevención y Control del Tabaquismo con el objetivo de disminuir la prevalencia tabáquica y mejorar la intervención frente a este fenómeno.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en Ceuta, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se mantiene en los últimos años la labor desarrollada en el Centro Ambulatorio de Asistencia, donde también se encargan de la dispensación y prescripción de opiáceos. Junto a este recurso se trabaja con la U.D.H. de Algeciras y con las CCTT del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía. Otra tendencia observada ha sido el descenso progresivo en el número de pacientes atendidos en los recursos normalizados, con la excepción de los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, donde ha ocurrido lo contrario (ver Tabla 7).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño lo más destacado ha sido la reducción del número de usuarios en los últimos años, desapareciendo las actividades realizadas por la Unidad Móvil de Atención a Drogodependientes y prosiguiendo la actividad de los Programas de vacunación, de información y asesoramiento a seropositivos y los de intercambio de jeringuillas (ver Tabla 8).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, se trabaja desde el Centro Ambulatorio de Asistencia, sin existir ningún recurso específico para el tratamiento de esta sustancia. En los últimos años también se han establecido convenios con algunos centros andaluces para el tratamiento en Unidades Hospitalarias y en Comunidades Terapéuticas. En cuanto a los usuarios, se observa un ligero descenso en el número de atendidos en los últimos años (ver Tabla 9).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Comisarías y Juzgados se han incrementado (2) al igual que el número de usuarios atendidos; los programas en Instituciones Penitenciarias se han mantenido aunque han aumentado considerablemente los usuarios. Por último, se han incorporado alternativas a la privación de libertad mediante la derivación a una Comunidad Terapéutica que en el año 2000 recibió a 32 usuarios de este programa. (ver Tabla 10).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, donde se incluye en 1996 la inauguración de la Unidad Móvil de Atención a las Drogodependencias, dirigido a la promoción de la salud entre aquellos drogodependientes que encuentran dificultades de acceso a los recursos normalizados. Por otra parte, destaca el programa de Atención a poblaciones especiales que realiza en los últimos años numerosas actividades de derivación a otros cen-

Tabla 7

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Recursos Normalizados	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios Asistencia	1	415	1	350	1	352	1	160	1	166
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación*		4		10		11	1	9	1	1
Comunidades Terapéuticas**		7		4		5		2		2
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos***	1	93		160	1	195	3	427	3	376

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

*Se trabaja con la U.D.H. del Hospital Punta Europa (Algeciras)

** Se trabaja con las CCTT del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía

*** Coincide con el Centro Ambulatorio de Asistencia

Tabla 8

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Vacunación Hepatitis B	1	21 160	1	66 256	1	57 230	1	27		18
Programa vacunación antitetánica	1	32	1	68	1	66		63		29
Información y asesoramiento seropositivos VIH	1									
Programa intercambio jeringuillas	1	60	1	33	1	31		65		41
Prevención TBC	1	127	1	86	1	56				
Unidad Móvil Atención Drogodependientes	1	70	1	68 40 14 34 200	1	34 1.500 8 10 180 12				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 9*Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000*

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	1	18	1	16	1	12	1	10	1	13
Unidades Hospitalarias								1*		2
Centros Residenciales (no Hospitalarios)								**		2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

*Se trabaja con la UDH del Hospital Punta de Europa

**Está conveniada con las comunidades terapéuticas de la Junta de Andalucía

Tabla 10*Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)*

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios
En Comisarías y Juzgados			1	6		26	2	37	2	37
En Instituciones Penitenciarias	1 Ambulatorio 1 meta-dona	24 10	1 Amb 1 met	85 55	1 Amb 1 met	96 59	1 Amb 1 TMM	124 117	1 Amb 1 TMM	90 84
Programas Alternativas Privación de Libertad							1 CT	19	1 CT	32

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

tros, determinaciones analíticas, curas, vacunaciones, etc y atienden a un gran número de usuarios que en el año 2000 fueron 970. Finalmente se ha implantado un programa de tabaco que ha contado con 18 usuarios. (ver Tabla 11).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, constituidas por el Equipo Terapéutico (dos psicólogas, dos trabajadoras sociales, un ATS y una monitora ocupacional). En cuanto al organigrama de la red asistencial en Ceuta, éste parte del Centro de Atención a drogodependencias como recurso principal de la red y junto a él intervienen la Unidad Móvil de Atención a las Drogodependencias, la prisión, el hospital, los servicios de Atención Primaria, la Comisaría y Guardia Civil y la Policía Local. En cuanto a los entornos institucionales, administrativos o de organizaciones sociales a los que pertenecen cada uno de los dispositivos mencionados, el U.M.A. pertenece al Centro de Atención a Drogodependencias, la Prisión al Ministerio de Instituciones Penitenciarias, el Hospital y Atención Primaria al INSALUD, y la Policía Local a la Ciudad Autónoma de Ceuta.

Tabla 11

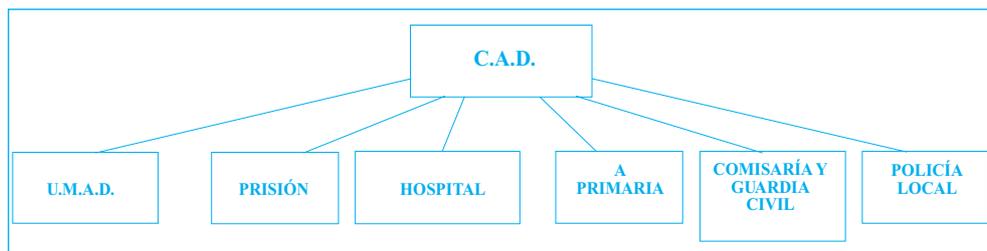
Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Otros Programas	1996		1999		2000	
	Actividades	Usuario	Actividades	Usuarios	Actividades	Usuarios
Unidad Móvil de Atención a las Drogodependencias	Metadona Derivaciones Analíticas	5 15 18				
Programa de Atención a poblaciones especiales (minorías étnicas, drogodependientes que ejercen la prostitución, etc) (2)			Derivaciones 72 Dispensación preservativos 32.000 Informaciones 300 Valoraciones médicas 146 Curas locales 100 Valoraciones enfermería 125 Determinaciones analíticas 26 Vacunaciones hepatitis B 15	560	Dispensación preservativos 22.152 Informaciones 250 Atención sanitaria: 178 Curas 80 Vacunaciones hepatitis B 15 Intercambio de jeringuillas 93	970
Programa de Tabaco (1)			10 programa estructural 8 informaciones	18	10 programa estructural 8 informaciones	18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Gráfico 3

Organigrama de la "red asistencial" en Ceuta



Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario

Conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones, se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, los realizados con poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas o recursos asistenciales mientras que los programas de asistencia a problemas de alcoholismo se consideran poco adecuados. Por otro lado, se considera necesaria la creación de una unidad de tabaquismo y de programas terapéuticos específicos para la población menor.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. En este sentido, los responsables consideran que las comunidades terapéuticas (públicas y privadas) y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, han sido muy adecuados; los centros ambulatorios de asistencia se consideran poco adecuados y las unidades hospitalarias nada adecuadas.

Por otra parte, en opinión de los responsables, las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial han sido la ausencia de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Ceuta y la necesidad de una mayor coordinación entre las instituciones responsables.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Con frecuencia, en opinión del responsable¹¹, *el drogodependiente se enfrenta a dificultades añadidas en comparación con la población en general cuando se trata de acceder a un puesto de trabajo, lo que hace necesario adoptar medidas especiales para superar esos obstáculos y situarles en condiciones reales de igualdad para aprovechar las oportunidades que ofrece el mercado laboral. Ante las características específicas que rodean el fenómeno de las drogodependencias y la especial vulnerabilidad del drogodependiente en su proceso de integración, se observa que el acceder a un puesto de trabajo para este colectivo se convierte en una tarea sino imposible, difícil de conseguir.*

Además, un elevado porcentaje, por su edad de inicio en el consumo de drogas, interrumpen su proceso de socialización y reducen sus posibilidades de acceso al mercado laboral. No poseen en muchos casos los conocimientos básicos de capacitación para el ejercicio de una actividad de empleo que les permitan, por un lado, cubrir sus necesidades mínimas de subsistencia y, por otro, iniciar un proceso de autoafirmación personal que le servirá de potenciador de la abstinencia en el consumo de drogas. La incorporación socio-laboral de drogodependientes supone un punto de inflexión de una nueva etapa en la que se pretende dotar al drogodependiente de nuevas estrategias para afrontar tanto situaciones frustrantes como tentadoras.

Como aspecto más destacado del programa, está el conseguir la integración social y laboral de los drogodependientes en tratamiento a través del desarrollo de una serie de medidas que lograrán, mediante la formación y las prácticas en empresas, que los usuarios normalicen progresivamente sus relaciones sociales, familiares y laborales, hasta conseguir su plena integración social.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, se observa que desde 1999 Ceuta cuenta con un Centro terapéutico perteneciente a la Asamblea de Ceuta y al Plan sobre Drogas, con un Centro de reinserción sin tratamiento de PROCESA y con la Comunidad Terapéutica conveniada con la Junta de Andalucía (ver Tabla 12). Junto a estas actividades y programas, en Ceuta se ha ofrecido un recurso de apoyo residencial para realizar la reinserción, desde 1996 a 1998, contando en el último año mencionado con un solo usuario.

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Hasta 1998 esta Comunidad contaba con un solo programa de preformación laboral, 30 plazas y 15 usuarios. En 1999 surge un nuevo programa financiado por el Fondo Social Europeo. Finalmente, en el año 2000 se han incorporado una escuela taller, la promoción del autoempleo y la reserva de plazas en empresas lo que constituye un avance considerable para la inserción social (ver Tabla 13).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación para los profesionales que trabajan en este ámbito. En términos generales se aprecia una mayor variedad de cursos de formación que alcanzan a un mayor número de usuarios (ver Tabla 14).

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido en la Ciudad Autónoma de Ceuta para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de

¹¹ Datos suministrados en junio de 2003.

Tabla 12*Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000).*

Incorporación Social	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
C. Terapéuticos Actvs. y/o Programas de reinserción *	1		1	
C. Actvs. y/o programas de reinserción (sin tratamiento)**	2		1	
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción***	1*		*	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

* Asamblea de Ceuta y Plan Sobre Drogas

** PROCESA

***Convenida con la Junta de Andalucía

Tabla 13*Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)*

Incorporación Social	1998			1999			2000		
	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Plazas
Programas de Incorporación Laboral									
Preformación Laboral	1	30	15						
- Reserva Plazas Empresas								20	19
Programas especiales empleo - Escuelas Taller - Programas Financiados por el FSE				1		30	1	1	40
Promoción de Autoempleo								4 individual	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de la Comisión Técnica. Esta área cuenta en la actualidad con cuatro convenios, uno establecido con el Gobierno, otro con el Ayuntamiento y dos con entidades privadas, que funcionan bien en opinión de los responsables.

El principal obstáculo encontrado en el desarrollo de las distintas actividades y programas ha sido la insuficiente oferta de programas y recursos. En términos generales, los responsables del Plan, opinan que el funcionamiento de los programas de inserción socio-laboral existentes gestionados por otros organismos de la Administración Autonómica es muy bueno y de aquellos realizados por las entidades privadas (Idalo) y del Programa de Formación del INEM es bueno. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían el número de programas de formación, manteniendo los de Integración laboral (Empleo). El funcionamiento de estos programas es muy bueno. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM. El volumen de

Tabla 14*Evolución de los programas de formación e inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos Reglados	1	28	1	20	1	15	2	15		4
Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo							1	30	1	30
Formación laboral -Cursos Plan FIP -Otros programas							3 1	31 27	2 1	4 22
Otros Programas de Formación	1	25	1							

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

actividades y recursos restantes - actividades ocupacionales, de información, orientación y búsqueda de empleo, talleres de empleo y reserva de plazas en empresas se considera adecuado. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran muy bueno el funcionamiento de todas ellas.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Ciudad, son realizados principalmente por técnicos y personal de la institución aunque en ocasiones se adjudica a alguna empresa de investigación especializada. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de consumos de drogas en la población general, en la población escolar, en la población laboral y en los jóvenes; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales, la situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc; estudios de seguimiento de los usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas; y, por último, evaluación de implementación y resultados de los programas de prevención y de inserción social.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera insuficiente, y la calidad de los resultados regular. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan la ausencia de entidades que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que promover la investigación sobre consumos en menores, nuevas drogas, adolescentes y menores embarazadas. Finalmente, la valoración de la investigación a nivel estatal también la califican como deficiente.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

El papel de las ONG's en Ceuta ha sido fundamental en todas las áreas de intervención. Junto con el importante papel que desempeña el centro de la Cruz Roja como recursos fundamental de

intervención asistencial, existen otros convenios y subvenciones con ONG's, aunque en el último año han descendido quedando exclusivamente dos convenios y desapareciendo las subvenciones (ver Tabla 15). En opinión del responsable¹², se considera básica la coordinación con aquellas ONGs presentes en la Ciudad, con algunas de las cuales existen Programas en Colaboración, como es el caso de la Asamblea Provincial de Cruz Roja, la ONG Mensajeros de la Paz, la Asociación Deporte y Vida y, en breve, Cáritas Diocesana.

Tabla 15
Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	3	
1997	5	1
1998	3	1
1999	1	2
2000		2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En el Plan sobre Drogas de la Ciudad Autónoma de Ceuta, elaborado por el Centro de Atención a Drogodependientes, se muestra la satisfacción por los resultados obtenidos en un periodo tan corto de tiempo y se sigue mencionando los esfuerzos realizados para reforzar las relaciones interinstitucionales. En líneas generales, los responsables consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias, aunque en los últimos cinco años este problema ha mejorado. Las sustancias más problemáticas son, por orden, la heroína, la cocaína y los tranquilizantes y somníferos. Si se compara el consumo de las diversas sustancias en esta Ciudad con la media nacional, es menor la proporción de consumidores de alcohol y tabaco aunque en este último caso se ha producido un incremento. La prevalencia de consumo de cánnabis en los últimos 12 meses ha descendido y sitúa a la Ciudad de Ceuta entre las que tienen menor proporción de consumidores de esta sustancia.

En cuanto a las consecuencias derivadas del consumo de drogas, cuenta con un número importante de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (238,5 por cada 100.000 habitantes) siendo solamente superada por Canarias. En cuanto a la sustancia por la que se solicita tratamiento, se ha producido un descenso de la proporción de admitidos por primera vez por consumo de heroína cuya vía más frecuente de administración es la parenteral y se sitúa entre las menores. La vía predominante de administración de heroína es la pulmonar (58,1% inicios al tratamiento) aunque sigue existiendo la parenteral (35%). Como señalan algunos estudios este aspecto está ligado con la disponibilidad de heroína marrón en el sureste de España y su administración fumada al aumentar la pureza. Por otra parte, han crecido las admisiones a tratamiento por cocaína pasando de 2,5 en 1991-93 a 8,4 por cada 100.000 habitantes en 1997-99.

Desde 1987, el SIDA en Ceuta crece a un ritmo acelerado pasando de una tasa de 15 casos por millón de habitantes a 350,3 en 1996. Desde esta fecha ha descendido sobre todo en el último año, con una tasa de 27,6 tras haber sido la primera entre el resto de autonomías en 1997. Por último, esta ciudad se encuentra con otros problemas que se vinculan con las drogodependencias y es que gran número de menores viven en Ceuta al amparo de la mendicidad, la prostitución y la droga,

¹² Datos suministrados en junio de 2003.

debiendo hacer la administración un mayor esfuerzo que en otras Comunidades. Existe un consumo de pegamento generalizado y además, consumen otras drogas, como las de diseño y el hachís.

La Ciudad Autónoma de Ceuta, realiza una importante labor en materia de drogodependencias a través de su primer Plan sobre Drogas, dependiente del Centro de Atención a Drogodependientes. Se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, empleando fuentes primaria y secundarias y, posteriormente responsables políticos y técnicos se encargan de la programación. Como puntos débiles, el estudio previo y la programación no son editados. Por otra parte, como mecanismo de evaluación se utilizan las Memorias Anuales del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y de evaluación interna, siendo el equipo de asistencia el encargado de esta tarea y contando con una comisión de seguimiento. En la aplicación del Plan, los responsables señalan dificultades con la Administración Central en la definición de competencias, con la Administración Autonómica respecto a los recursos (materiales y humanos) y en general dificultades de tipo financiero que podrían mejorarse dotando al Plan de mayores recursos económicos para la mejora del desarrollo de los distintos programas.

En los últimos cinco años, el personal que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado, aunque se considera insuficiente en todas ellas. El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales (13), seguida por Prevención e Incorporación Social. La principal deficiencia es la falta de personal especializado en algunas tareas y la falta de formación. En el ámbito de prevención se requiere una mayor estabilidad laboral y la necesidad de infraestructura; en la Intervención Asistencial, a la inestabilidad laboral se le suma la falta de coordinación interinstitucional; en incorporación social los principales problemas se refieren a la necesidad de recursos económicos, materiales y humanos. Respecto a la formación del personal se aprecia un incremento del número de cursos y jornadas impartidas en los últimos años.

Comparando los últimos años, los recursos económicos han crecido, pasando de 67.359.784 en 1996 a 90.082.977 en el 2000. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, y en tercer lugar formación, documentación y coordinación institucional. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el año 2000 con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en las áreas de prevención, formación y documentación y coordinación institucional.

En términos generales, en el área de Prevención, el Instituto Ceutí para la Prevención de las Drogodependencias creado en 1998 ha logrado cumplir los objetivos propuestos inicialmente, entre los que merece la pena destacar el impulso de la prevención en el ámbito escolar, por medio de programas escolares con excelentes resultados; la puesta en marcha de primeros contactos en el ámbito laboral; la consolidación del fondo de documentación con la contratación de personal especializado y el aumento del número de programas. Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades aunque no se elabora un mapa ni se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo.

Por ámbitos de actuación, en el escolar se ha implantado el programa Discover como programa piloto tras evaluar otros 7 realizados en otras Comunidades. Las prioridades establecidas son la Educación para la Salud y potenciar el desarrollo de habilidades sociales. Existe de la misma forma una coordinación con la Administración educativa para impulsar la prevención escolar aunque no existe ningún sistema de control de la oferta de prevención escolar. Junto a estas iniciativas, se han realizado evaluaciones homologadas sobre los programas Discover, PIPES y Construyendo Salud y se conocen gran número de indicadores de la Estrategia Nacional. En el ámbito comunitario existe una línea clara de intervención que se desarrolla mediante campañas de prevención y programas de formación.

No tiene identificadas poblaciones de actuación preferente, ni se elaboran mapas de riesgo aunque si se realizan evaluaciones de los programas y se conocen todos los indicadores de la Estrategia Nacional. Sin embargo, no existe ningún nivel de coordinación entre los profesionales y equipos de Atención Primaria para promover su participación en programas de prevención. En el ámbito de comunicación los mensajes de prevención son determinados por los técnicos de pre-

vención del Plan sobre Drogas y los mecanismos de colaboración con los medios de comunicación están pendientes en la actualidad. El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral aunque actualmente se está diseñando un nivel de coordinación entre patronales y sindicatos y no existe ningún tipo de identificación de sectores de alto riesgo.

En el área de intervención asistencial, en lo que respecta a los recursos normalizados, se mantiene en los últimos años la labor desarrollada en el Centro Ambulatorio de Asistencia, encargado de la dispensación y prescripción de opiáceos y de la población con problemas de alcoholismo. Junto a este recurso se trabaja con la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Algeciras y con las Comunidades Terapéuticas de la Junta de Andalucía. También se mantienen los programas en instituciones penitenciarias mientras que aumentan los de alternativas a la privación de libertad y los realizados en comisarías. Así mismo, destacan el programa con minorías especiales, la Unidad Móvil y como novedoso el programa tabaco. El número de usuarios que reciben tratamiento es menor en el Centro Ambulatorio y en la población con problemas de alcoholismo al tiempo que ha aumentado en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, en Comisarías y en Instituciones Penitenciarias.

Conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones, se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, los realizados con poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas o recursos asistenciales, mientras que los programas de asistencia a problemas de alcoholismo se consideran poco adecuados. Por otro lado, se considera necesaria la creación de una unidad de tabaquismo y de programas terapéuticos específicos para la población menor. En cuanto a los recursos califican las comunidades terapéuticas (públicas y privadas) y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, como muy adecuados; los centros ambulatorios de asistencia poco adecuados y las unidades hospitalarias nada adecuadas. Las principales deficiencias encontradas en la red asistencial han sido la ausencia de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Ceuta y la necesidad de una mayor coordinación entre las instituciones responsables.

En el área de incorporación social, si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados, se observa que desde 1999 Ceuta ha contado con el Centro terapéutico, el Centro de reinserción sin tratamiento y la Comunidad Terapéutica conveniada con la Junta de Andalucía. Junto a estas actividades y programas, se ha ofrecido un recurso de apoyo residencial para realizar la reinserción, desde 1996 a 1998, contando en el último año mencionado con un solo usuario. Los programas de inserción laboral y formación han aumentado incorporándose una escuela taller, la promoción del autoempleo y la reserva de plazas en empresas, lo que constituye un avance considerable para la inserción social.

La planificación de las actividades y programas en incorporación social se realiza anualmente por parte de la Comisión Técnica. El funcionamiento de los convenios se considera bueno y el principal obstáculo encontrado en el desarrollo de las distintas actividades y programas ha sido la insuficiente oferta de programas y recursos. El desarrollo de los programas de inserción socio-laboral existentes gestionados por otros organismos de la Administración Autonómica es muy bueno y de aquellos realizados por las entidades privadas (Idalo) y del Programa de Formación del INEM es bueno. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían el número de programas de formación, manteniendo los de Integración laboral (Empleo). Las actividades y recursos también son calificados muy bien y respecto al número estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM, considerando el resto adecuados.

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Ciudad, son realizados principalmente por técnicos y personal de la institución aunque en ocasiones se adjudica a alguna empresa de investigación especializada. En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera insuficiente, y la calidad de los resultados regular. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan la ausencia de entidades que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que promover la investigación sobre consumos en menores, nuevas drogas, adolescentes y menores embarazadas. Finalmente, la valoración de la investigación a nivel estatal también la califican como deficiente.

Por último, el papel de las ONG's en Ceuta ha sido fundamental en todas las áreas de intervención. Junto con el importante papel que desempeña el centro de la Cruz Roja como recursos fundamentales de intervención asistencial, existen otros convenios y subvenciones con ONG's, aunque en el último año han descendido quedando exclusivamente dos convenios y desapareciendo las subvenciones

Como puntos fuertes, señalamos la elaboración del primer Plan sobre Drogas, el menor porcentaje de consumidores de alcohol y tabaco y el descenso de los de cánnabis; el descenso de los usuarios de drogas por vía parenteral y de SIDA en estos usuarios; la planificación; el aumento de personal y de cursos de formación y el aumento de recursos económicos. En prevención consideramos positiva la labor desarrollada por el Instituto Ceuti en cuanto a la planificación de la actuación; el aumento de programas escolares, la coordinación, las evaluaciones y el conocimiento de los indicadores; la línea de intervención en el ámbito comunitario y las evaluaciones. En intervención asistencial, el aumento de programas en Comisarias y de alternativas a la privación de libertad; la adecuación de los programas de reducción del daño, en poblaciones con problemas jurídico-penales y de otro tipo; el excelente funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas y de los Centros de Prescripción y Dispensación de Opiáceos y el buen funcionamiento de los Centros Ambulatorios. Finalmente la planificación de las actuaciones en incorporación social.

Como puntos débiles, consideramos la grave situación del consumo de drogas; el incremento de la proporción de fumadores; la elevada tasa de admitidos a tratamiento; el incremento de los tratamientos por consumo de cocaína; la elevada tasa de SIDA hasta 1996 y el tener otros problemas sociales ligados a la situación de las drogas (menores). Además no editan las pautas que siguen en la planificación y programación; tienen problemas con la Administración Central en el ámbito de competencias, con la Administración Autonómica en el de recursos y problemas financieros. Además, se considera insuficiente la dotación de personal con problemas de formación, inestabilidad laboral y coordinación, entre otros. En prevención no elaboran mapas de riesgo ni definen poblaciones de actuación prioritaria; no existe control de la oferta escolar, ni coordinación con Atención Primaria en prevención comunitaria; la colaboración con los medios de comunicación y en el ámbito laboral se está realizando en este momento.

En intervención asistencial, han descendido los usuarios en los Centros Ambulatorios y con problemas de alcoholismo; se consideran poco adecuados los programas para población con problemas de alcoholismo y es necesario crear una Unidad de Tabaquismo y recursos terapéuticos para población menor; además se considera poco adecuada la ausencia de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y los problemas de coordinación en este campo. En incorporación laboral se considera insuficiente la oferta de programas y recursos y necesario aumentar los de formación y los cursos de FP. Además se considera regular la cantidad y calidad de los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias. Finalmente, han descendido los convenios y subvenciones a ONG's.

EXTREMADURA

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Autónoma Extremeña¹ muestra un gran interés y desarrolla una importante labor intentando minimizar y solucionar el problema de la drogadicción. Desde que la Comunidad tiene competencias en materia de drogodependencias se han elaborado dos planes. El Plan Integral sobre Drogas (PID) fue aprobado en 1992, a través de la Secretaría Técnica de Drogodependencias, encargada de desarrollar los principios y criterios que se desarrollen en la Junta de Extremadura. Este Plan, consolidado en 1998, está formado por un conjunto de líneas de intervención. Lo más destacado ha sido la realización de múltiples actividades, entre las que se encuentran el diseño de nuevas actuaciones de prevención y la estructuración de todos los programas en uno para implantarse en sus trece áreas de prevención. En el ámbito asistencial, se han consolidado los centros ambulatorios, normalizado los programas y renovado las políticas de reducción de riesgos (unidades móviles, kits). También ha mejorado la estabilidad laboral, a través de las ofertas públicas de empleo. Por último, han sido los programas de inserción social los que más han crecido en número, presupuesto y cobertura, con retos futuros como la implementación de estructuras comunitarias en régimen ambulatorio. Los logros alcanzados y la descripción de las drogodependencias en Extremadura no pueden entenderse sin tener en cuenta la participación y colaboración de numerosos organismos, entidades, estructuras de coordinación, la colaboración de las ONG's y la labor desempeñada por las distintas administraciones.

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Regional consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. La sustancia que ocasiona más problemas es el alcohol, seguida por la heroína y por el tabaco. En su opinión, el alcohol y el tabaco tienen un gran impacto sanitario. La heroína es una sustancia que genera gran alarma en la opinión pública.

El primer problema en relación con el consumo de drogas sigue siendo el alcohol², seguido del tabaco, y a gran distancia el resto de las drogas, descendiendo en los últimos años el con-

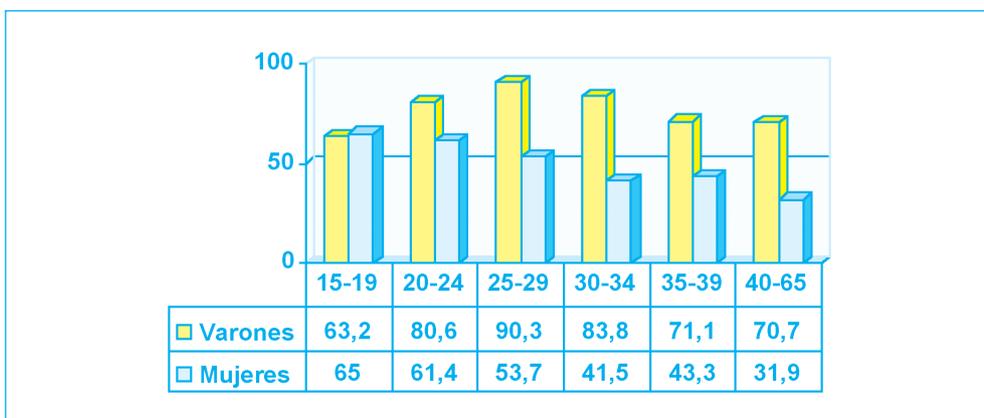
¹ Es una Comunidad Autónoma formada por las dos provincias Cáceres y Badajoz y cuenta con un total de 1.069.419 habitantes.

² El Plan de Salud de Extremadura (2001-2004), considera el consumo de alcohol como uno de los principales problemas de salud de esta Comunidad.

sumo de heroína. En cuanto al alcohol, el Plan de Salud de Extremadura 2001-2004³, muestra que en 1999 el 88,4% de los encuestados había bebido alguna vez, el 73,1% en el último año y el 59,8% en los últimos 30 días, en este último caso con una proporción muy superior de varones (75,2%) que de mujeres (44%). Respecto a los resultados de 1997, se aprecia un aumento del consumo de alcohol en la práctica totalidad de los indicadores. Siguiendo con la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (1999) por grupos de edad y sexo, se aprecia un consumo superior en los jóvenes varones conforme aumenta la edad, con una mayor prevalencia entre 25 y 29 años (90,3%), para posteriormente descender en los más adultos (70,7%). En el caso de las mujeres, al aumentar la edad disminuye el consumo, por lo que la mayor prevalencia se encuentra entre 15 y 19 años (65,0%), superior a los varones de la misma edad (63,2%) (ver Gráfico 1). La incorporación de la mujer al consumo de alcohol y tabaco ya se señalaba a comienzos de los noventa.⁴

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, 2001.

En cuanto a los más jóvenes y comparando Extremadura con el resto de Comunidades, el Informe de la Fundación Santa María (1999) señala que el 95,1% de los jóvenes ha probado alguna vez en la vida el alcohol, ocupando la tercera posición tras el País Vasco y Cantabria. Más del 35% de los jóvenes que consumen alcohol reconoce embriagarse, según informó el secretario del Plan Regional de Drogas de Extremadura, Juan Carlos Escudero. El estudio "Sociedad del ocio juvenil", subvencionado por el Plan Integral sobre Drogas de la Junta de Extremadura, realizado al alumnado de enseñanza secundaria y bachillerato (16-21 años) muestra que un 86,5% de los jóvenes consumieron alcohol en el último año⁵, iniciándose entre los 15 y 17 (49,2%) y entre los 12 y 14 años (36,3%) y con una mayor incidencia a los 19 años. Este estudio señala que el gasto se distribuye semanalmente en un 22,3% para bares, pubs, cafeterías y un 13,1% para comprar tabaco, con un gasto superior en el caso de las mujeres. Las chicas manifiestan en mayor medida como actividad de ocio los fines de semana ir a bares, pubs

3 Utiliza las Encuestas Domiciliares sobre Drogas 1997-1999 realizadas a nivel estatal.

4 Informe sobre de la Dirección General de la Mujer de la Junta de Extremadura, 1992

5 Encuesta aplicada entre los meses de enero-mayo de 2000.

y discotecas, mientras que los chicos añaden otras actividades como el deporte. La mayor parte de los jóvenes dice no haber conducido vehículos a motor bajo los efectos del consumo de sustancias tóxicas. Entre las motivaciones que les llevan al consumo de alcohol se encuentran la influencia del entorno, de las amistades, por experimentar nuevas sensaciones y por curiosidad. Mientras que las chicas están más influenciadas por el entorno, los chicos lo hacen principalmente por los amigos. Respecto al alcohol se está produciendo, al igual que ocurre con el tabaco, un adelanto en la edad de inicio del consumo. Por último, es la tercera Comunidad con mayor proporción de bebedores abusivos el fin de semana (11,7%), superior a los bebedores entre semana (7,3%), aunque éstos últimos han descendido en el caso de los varones y se mantienen en el de las mujeres⁶.

En cuanto al consumo de tabaco, el Plan de Salud de Extremadura ofrece algunos resultados epidemiológicos a partir de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas realizada en todo el territorio nacional. Un 68,8% de los extremeños ha probado el tabaco en alguna ocasión, resultado similar al de la población española. Respecto a 1997, no se ha producido un descenso en el consumo de dicha sustancia, sino más bien lo contrario. Atendiendo al sexo, hay más varones fumadores, con un 81,9% y un 54,2% respectivamente, desde 1997 ha descendido este porcentaje, aumentando el de las mujeres (ver Tabla 1).

Tabla 1
Consumo de tabaco en Extremadura

Media consumo de tabaco	España		Extremadura				
	1997		1997			1999	
	Total	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez	68,3	68,3	81,9	54,2	68,8	80,8	56,4
Ultimo año	44,9	47,9	57,2	37,4	47,4	56,9	37,6
Ultimo mes	40,6	42	50,4	33,4	42,7	50,1	35
Nunca	31,5	31,4	17,8	45,5	31,2	19,1	43,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

*Incluidos los centros de días terapéuticos

La última encuesta domiciliaria (1999) muestra que los fumadores diarios son ligeramente superiores en Extremadura (33,6%) que en España (32,6%) y esta tendencia se ha invertido respecto a 1995, cuando los resultados eran de un 33,3% y un 34,8% respectivamente.⁷ En cuanto a la población escolar, el 18,27% se declaraban fumadores, porcentaje superior al de otros estudio en España⁸. Este resultado coincide con el Estudio de la Fundación Santa María sobre los Jóvenes 1999, donde Extremadura es la Comunidad donde más jóvenes han consumido tabaco (78,4%).

6 Plan de Salud de Extremadura 2001-2004

7 Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas, Marzo 2001. Pp. 21.

8 En el Plan de Salud de Extremadura se ofrece una información detallada de las características sociodemográficas de los fumadores, a partir del estudio de Prieto et al. sobre Consumo de tabaco en escolares de la Comunidad Autónoma de Extremadura (1999)

El hachís es la sustancia ilegal más consumida. Aunque la proporción de consumidores es inferior a la española, este aspecto no es tranquilizador pues como señala el Plan de Salud de Extremadura, el 11,4% de la población en 1997 manifestó haber probado el hachís en alguna ocasión ascendiendo a un 18,3% en 1999. Por sexo, el consumo es muy superior en el caso de los varones y desde 1997 se ha incrementado en ambos casos, con la excepción de las mujeres en el último mes, donde han descendido en el periodo analizado (ver Tabla 2). El incremento de los consumidores es corroborado en el Informe del Observatorio Español, donde se aprecia que si en 1995 Extremadura era la región con menos población consumidora de cánnabis en el último año (1,6%), en 1997 se produjo un incremento espectacular, alcanzando un 5,9% y, aunque en 1999 volvió a descender (5,3%) no ha alcanzado los resultados de 1995.

Tabla 2
Consumo de cánnabis en Extremadura

Media consumo de tabaco	España		Extremadura				
	1997		1997		1999		
	Total	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez	21,7	14,4	18,9	9,7	18,3	25,7	10,8
Ultimo año	3,5	2,0	2,4	1,6	2,3	2,7	1,8
Ultimo mes	4,0	2,8	3,8	1,8	3	4,6	1,3
Nunca	78,1	85,1	80,5	89,8	81,6	74,2	89,2

Fuente: Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Elaboración a partir de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas del PNSD y la Encuesta sobre Drogas 1997-1999 del Plan Integral sobre Drogas (PID)

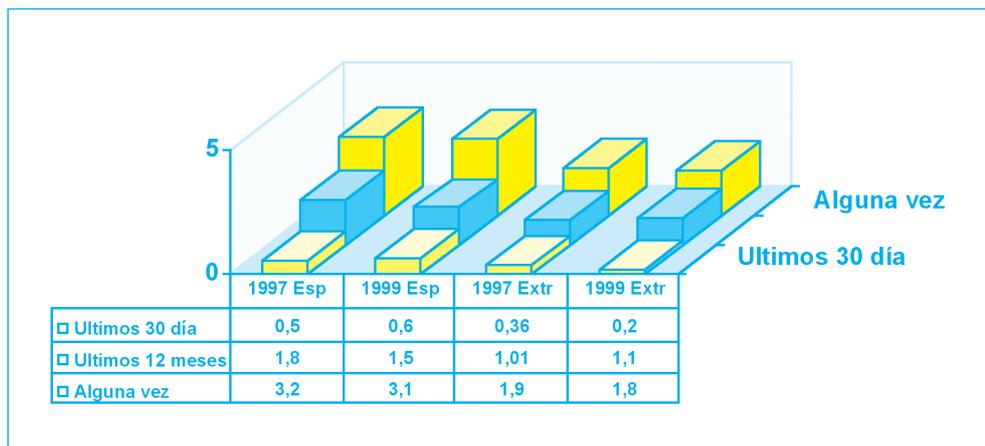
El consumo de cocaína es inferior con un 1,8% de población que la ha probado alguna vez en 1999, mientras que en el caso español esta cifra asciende a un 3,1%. Desde 1997 se ha producido un ligero descenso, aumentando ligeramente los que la han probado en el último año, como puede verse en el gráfico 2. Por sexo, la proporción de varones en 1999 (2,8%) fue superior a la de las mujeres (0,8%) y las diferencias fueron mayores respecto a 1997 (ver Gráfico 2).⁹

El consumo de otras sustancias es inferior a la media nacional. Aunque desde 1997 la evolución ha sido creciente en todas ellas, adquiriendo protagonismo el consumo de tranquilizante y somníferos sin receta médica (ver Tabla 3).

En función del sexo, los patrones de consumo son distintos. Atendiendo a aquellos que han probado alguna vez las diferentes sustancias mencionadas, el consumo de tranquilizantes es superior en las mujeres (2.5 frente a un 1.1) y en ambos casos tiene una tendencia creciente; esto mismo ocurre en el caso de los somníferos (1.5) con un 0,4% de varones que los han probado sin receta médica y aumentando el porcentaje de mujeres en los últimos años. En el resto de sustancias predominan los varones en mayor medida. Tal es el caso de las sustancias inhalables (0,8), las anfetaminas (2,5), los alucinógenos y, por último las drogas de síntesis, cuyo consumo

⁹ Ver Plan de Salud de Extremadura (2001-2004)

Gráfico 2
Consumo de cocaína en Extremadura y España 1997-1999



Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Salud 2001-2004 y del informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas.

Tabla 3
Prevalencia de consumo de otras sustancias en Extremadura y España

Consumo de otras sustancias	Alguna vez				Ultimo año				Ultimo mes			
	España		Extremadura		España		Extremadura		España		Extremadura	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Medicamentos												
Tranquilizantes					2	2	1.2	1.8				
Somníferos					1.2	1.3	0.8	0.9				
Inhalables	0.7	0.6	0.4	0.4	0.2	0.1			0.1	0.1		
Anfetaminas	2.5	2.2	1.4	1.5	0.9	0.7	0.24	0.8	0.2	0.2	-	0.1
Alucinógenos	2.6	1.9	1.5	0.7	0.9	0.6	0.12	0.4	0.2	0.2	-	0.1
Drogas síntesis	2.5	2.4	1.3	1.4	1	0.8	0.4	0.5	0.2	0.2	-	-

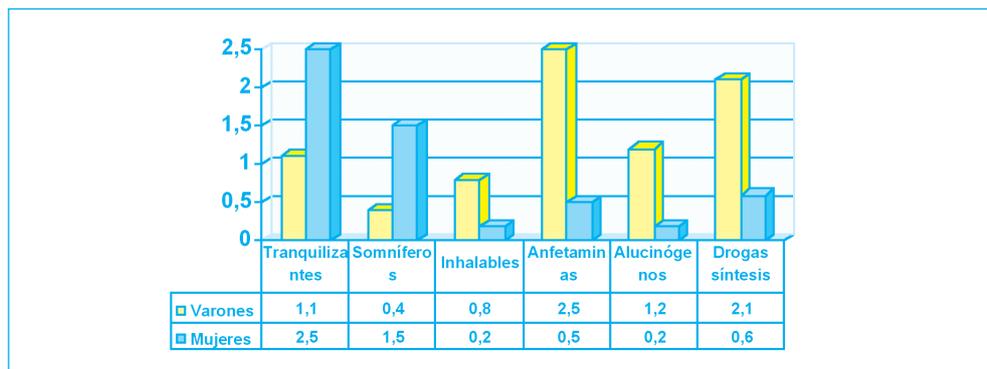
Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Salud 2001-2004 y del Informe 4 del OED.

ha descendido ligeramente en las mujeres (0,6) y se ha incrementado en los varones (2,1) (ver Gráfico 3).

Por último, en el caso de la heroína, la proporción de población en 1997 era ligeramente superior a España, con un 0,5 y un 0,6, respectivamente, especialmente en el caso de las mujeres. En 1999 este resultado ha descendido siendo de 0,3 en Extremadura y de 0,4 en el caso español, como puede apreciarse en la tabla 4.

Gráfico 3

Consumo de otras sustancias en función del sexo en Extremadura 1999.



Fuente: Elaboración propia a partir del Plan de Salud de Extremadura 2001-2004.

Tabla 4

Consumo de heroína en España y Extremadura 1997 - 1999

Media consumo de heroína	España						Extremadura					
	1997			1999			1997			1999		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alguna vez	0.5	0.9	0.2	0.4	0.6	0.3	0.6	0.7	0.3	0.3	0.7	-
No último año	0.4	0.4	0.1		0.1	0.01	0.4	0.75	2.05	0.17	0.34	
No último mes	0.5				0.1	0.01	0.4	0.75	2.05	0.17	0.34	
Nunca	99.1						98.0	96.9	99.2	99.6	99.2	99.0

Fuente: Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Elaboración a partir de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas del PNSD y la Encuesta sobre Drogas 1997-1999 del Plan Integral sobre Drogas (PID)

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

El número de admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas (excepto el tabaco) descendió en España de 1998 a 1999. En Extremadura la tasa de admisiones a tratamiento ha sido elevada (136,1), ocupando la quinta posición entre las Comunidades Autónomas. Si se observa la evolución del número de admisiones por sustancias psicoactivas, en 1995 y 1996 se produjo un incremento como consecuencia de la incorporación de las Unidades Móviles, que posteriormente se ha estabilizado. Las características de los pacientes son similares a España aunque con una menor proporción de mujeres en esta Comunidad.¹⁰ La admisión a tratamiento por heroína, al igual que en el territorio nacional, ha descendido, pasando de un

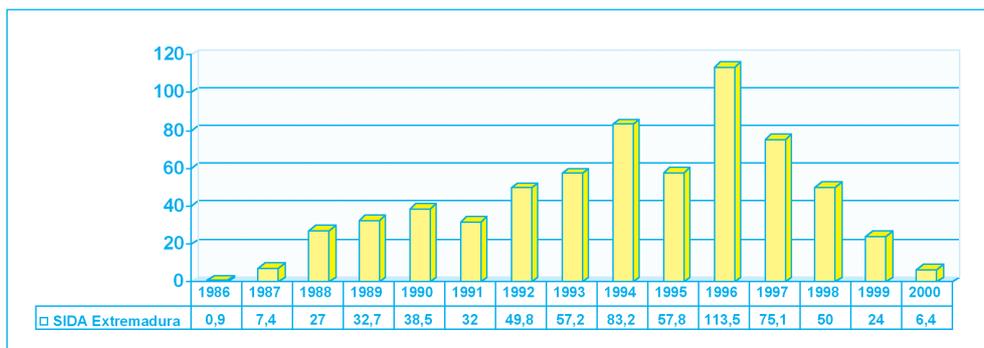
¹⁰ Plan de Salud, a partir del Plan Integral y del Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías (SAIT)

35% de admitidos por primera vez en 1991 a un 7,8% en 1999. En este caso es la segunda Comunidad con menor proporción de admitidos a tratamiento por esta sustancia. La tasa de los admitidos por primera vez por consumo de cocaína se ha incrementado notablemente siguiendo la tendencia nacional y si en 1991-93 fue de 2,6 por cada 100.000 habitantes, en 1997-1999 pasó a 6,9. La vía de administración de la droga en 1998 era mayoritariamente inhalada (40,9%) y fumada (37,8%), con una menor presencia de la vía inyectada (14,1%) lo que muestra claras diferencias respecto a la media nacional, donde la vía inyectada se encuentra en un 23,9% de los casos¹¹.

Como señalaba la Memoria del PNSD (1996), aunque España es el país europeo donde la epidemia de SIDA relacionada con el consumo de drogas ha sido más intensa, las diferencias inter-autonómicas son muy pronunciadas destacando Extremadura, Canarias y Castilla-La Mancha, con las tasas de incidencia más bajas. Si atendemos a los casos de SIDA diagnosticados en Extremadura durante 1999, (Fuente: registro nacional de SIDA, fecha de actualización 31 de diciembre de 2000), Cáceres presentó 11 casos y Badajoz 15, lo que representan aproximadamente una tasa de 26,4 y 22,5 respectivamente por cada millón de habitantes. Estos datos no son muy elevados si se compara con Baleares (144,47) o Madrid (111,85). Al igual que en España, los casos de SIDA por UDVP son los más importantes en cuanto al número (73,9% del total de casos acumulados desde 1981 han sido asociados a UDVP). Del total de diagnosticados desde 1981 asociado a UDVP, un 84,6% son hombres frente a un reducido porcentaje de mujeres. En general, la tendencia seguida ha sido un descenso pronunciado del número de casos, especialmente en el último año. Por último, desde 1981 se han notificado 217 defunciones por esta enfermedad¹² (ver Gráfico 4).

Gráfico 4

SIDA en Extremadura. por millón de habitantes en Extremadura. 1986-2000



Fuente: Registro Nacional de SIDA actualizado a 30 de junio de 2001

En resumen y según el Secretario Técnico para el Plan Integral sobre Drogas, en cuanto a los pacientes atendidos Extremadura ha sido reflejo de España aunque con ciertas peculiaridades. En los últimos 5-6 años lo que realmente ha subido han sido los pacientes alcohólicos, llegando en algunos centros a representar la mitad; la cocaína va subiendo muy poco a poco y la heroína está estable con tendencia a la baja, tratándose de pacientes históricos, algunos con 15-20 años de consumo activo con pocas incorporaciones nuevas de heroína. El tema de drogas de síntesis sabemos que se consume y pero hay una proporción muy baja respecto a otras Comunidades, con tan solo 2 pacientes atendidos en el año 2000. El tabaco está sorprendiendo gratamente con un mayor número de usuarios que deciden participar en estos programas¹³.

11 Plan de Salud, tabla 5.17. comparación en las vías de administración entre Extremadura y España.

12 Informe 4º del Observatorio Español sobre Drogas Pp. 135

13 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Extremadura cuenta con el Plan Integral sobre Drogas (PID) aprobado en 1992, a través de la Secretaría Técnica de Drogodependencias, encargada de desarrollar los principios y criterios en esta materia que se desarrollen en la Junta de Extremadura. La Ley 4/1997 de 10 de abril regula las medidas de prevención y control de la venta y publicidad de bebidas alcohólicas para menores de edad. Posteriormente, con la Ley 1/1999 de 29 de marzo de Prevención Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de Extremadura, se contemplan como competencias de los poderes públicos, fomentar, desarrollar, promover, apoyar, coordinar, controlar y evaluar toda clase de programas y actividades en materia de prevención; promover programas específicos de formación, potenciándose los de promoción de la salud con contenidos específicos de drogodependencias; el fomento de estudios y la ejecución de proyectos de investigación; el cumplimiento de las medidas de control de la promoción y publicidad de tabaco a menores de 18 años; la garantía del tratamiento de las adicciones en el medio comunitario en el marco de una atención integral al drogodependiente, de carácter gratuito y con una oferta terapéutica accesible y diversificada. Finalmente, potenciar la incorporación sociolaboral del drogodependiente como marco indivisible del proceso terapéutico, favoreciéndose desde el medio comunitario propio del drogodependiente y con el uso de los recursos y servicios de la comunidad.¹⁴

Junto estos objetivos, el Plan de Salud 2001-2004 establece para el área de drogodependencias fomentar programas de prevención y reinserción social tratando de acercarlos al medio comunitario; el incremento de la calidad asistencial integral a los drogodependientes; la coordinación entre las distintas entidades públicas integradas en el Plan y la potenciación del movimiento asociativo. Además, contempla la necesidad de tener en cuenta los objetivos de otras áreas como Educación para la Salud, Salud Escolar, Infección VIH/SIDA, Tuberculosis, Investigación, Formación y Servicios Sanitarios. A partir de estos objetivos generales se desarrollan otros más específicos y se dispone de un conjunto de estrategias y mecanismos de evaluación. El objetivo fundamental es que durante el periodo de vigencia del Plan de Salud (2001-2004), se desarrolle el Plan Integral sobre Drogas. Por esta razón, se va a estudiar la situación actual del PID y su adecuación al nuevo marco legislativo, planteando la posibilidad de desarrollar un nuevo Plan. En este periodo la Secretaría continuará desarrollando sus funciones; se fomentarán las acciones de prevención, de formación, evaluación de la calidad asistencial y del movimiento asociativo; se establecerá un marco estable de coordinación entre las distintas entidades que participan en la materia y con el programa de prevención y control del SIDA. Por último, se incorporará un programa de intervenciones en los centros penitenciarios y protocolos de intervención entre los centros y servicios de salud mental y los de atención a los drogodependientes, motivado por la alta incidencia de comorbilidad psiquiátrica en los pacientes consumidores de drogas.

Finalmente, para garantizar la evolución y desarrollo del Plan Integral, se propone que antes del año 2004 se habrá establecido un protocolo regional de atención a los drogodependientes tanto en atención primaria como en especializada, consensuado por todos los profesionales para aplicarse en toda la red sanitaria de Extremadura. Se pretende consolidar la normalización de la atención a los drogodependientes dentro de las redes generales de salud y servicios sociales. Se dispondrá de programas de drogodependencias en el área de salud y se adecuarán de forma permanente los dispositivos hospitalarios y de atención primaria a las necesidades de la población afectados por el problema de las drogodependencias, integrando además la estructura organizativa y los recursos específicos en el Servicio Extremeño de Salud (SES)¹⁵.

¹⁴ Resumen de la 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

¹⁵ Plan de Salud 2001-2004. Capítulo 2.9 Drogodependencias.

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, desde que la Comunidad tiene competencias en materia de drogodependencias se han elaborado dos planes. En palabras del Secretario Técnico, *la evolución de los planes ha sido similar al resto de España. El primer Plan Extremeño de Drogodependencias, surgió motivado por el problema de heroína, un problema muy grave en los pueblos, en las ciudades y entonces las asociaciones de padres y madres presionaron para que se crearan recursos. El Plan, aunque contempla todos los temas de drogas estaba empezando a dar una respuesta asistencial al problema de la heroína. Esta respuesta al tema de la droga al cabo de 14 años ya ha cambiado y ya disponen de una buena red de centros por lo que surgen nuevas prioridades, sin olvidar el tema asistencial pero éste ya está bastante consolidado y se apuesta por la prevención y la reincorporación socio-laboral que quizá es lo más complicado y lo menos posible de inmediato.* El actual Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial -Plan Integral sobre Drogas- elaborado por profesionales del Plan y externos al mismo. El último estudio de necesidades se realizó antes de 1995 y el siguiente está previsto para dentro de dos años. Para ello, se han empleado fuentes primarias procedentes de datos asistenciales de los centros, encuestas de consumo y evolución de tratamientos.

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos y personal de la Oficina del Comisionado que participa de un modo directo, por medio del Consejo de Gobierno. Las pautas generales seguidas en la programación no han sido estrictas. Al plantear a los responsables del Plan cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en su aplicación, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Local, donde el ámbito de las competencias está poco definido, existiendo problemas en los ámbitos de coordinación y de financiación. Además, los recursos materiales y humanos en esta Administración son nulos. En materia de competencias, consideran que a esta Comunidad le faltan en materia de sanidad para hacer frente al problema de las drogas y tampoco están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. También surgen dificultades en el ámbito financiero y por el carácter heterogéneo de los municipios, que podrían mejorarse clarificando las competencias de la Administración Local y dotándola de reconocimiento.

Además, en lo que a la coordinación se refiere, según el Secretario Técnico del Plan Integral, *todavía hay muchos problemas de coordinación en la red asistencial, con Salud Mental, con Atención Primaria y con Especializada. En un principio, la Atención Primaria se basaba en contactos personales y de los técnicos, sin existir protocolos de derivación y en muchas ocasiones sin saber lo que tenían que hacer. Además, se trataba de casi redes paralelas. Para solucionar estos problemas se han creado equipos de trabajo que establezcan protocolos o comisiones de seguimiento en cuanto a la Atención Primaria. Ya no son recursos distintos, los CEDEX están dentro del Servicio Extremeño de Salud, son unidades de apoyo a la atención primaria. Luego, con Salud Mental se está trabajando para tener criterios claros de derivación: cómo se debe derivar, cuándo se debe derivar, cómo debe salud mental atender a nuestros pacientes que son peculiares, si necesitan apoyo, etc.*

Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las Consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Trabajo, Administración Local y Comercio. Además, existen subvenciones con los municipios que participan en comisiones municipales de prevención. Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 5), Extremadura cuenta con el Secretario Técnico de Drogodependencias, cargo adscrito a la Consejería de Sanidad y Consumo, con tres responsables de programas de prevención, asistencia e incorporación social y coordinadores provinciales en los dos primeros casos. El organigrama es completado con la participación de un auxiliar administrativo de la Secretaría Técnica y un auxiliar de administración. En cuanto al perfil profesional, los responsables de la Secretaría son mayoritariamente médicos, tal es el caso del Consejero de Sanidad y Consumo, el Secretario Técnico, el responsable de los programas

asistenciales y los dos coordinadores provinciales de estos programas y el área de prevención tiene como responsable a una psicóloga. Hay órganos consultivos, pendientes de publicación en el BOE. Están compuestos por un 40% de profesionales de la Administración y un 60% de participación social.

Gráfico 5

Organigrama de la Oficina Técnica de Drogodependencias



En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades dentro del Plan, no existe ninguna unidad encargada de realizar esta tarea. Los programas sobre los que se suministra mayor información son los asistenciales. En general, la información se difunde a través de página web, teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, memorias y servicios de información y orientación. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, ONGs, Centros asistenciales, Técnicos Municipales, Consejería de Educación y SSB. En Intervención asistencial, se trata de ONGs, Centros Asistenciales y SSB y en incorporación laboral, estas últimas junto con los Centros de Promoción de Empleo.

3- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver tabla 5), la mayor parte son diplomados (71), concretamente trabajadores sociales (122), y en segundo lugar, licenciados (54) con una proporción menor de personal con estudios de Bachiller o FP. El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales que trabaja en materia de drogodependencias (119), con grandes diferencias respecto a Incorporación Social (17) y Prevención (4). Tal vez esta proporción sea el motivo por el que el área de Prevención es la única donde los responsables del Plan consideran insuficiente la dotación de personal (ver Tabla 5).

En cuanto al perfil de los profesionales que trabajan en las distintas áreas, en prevención se trata principalmente de psicólogos, en intervención asistencial médicos y psicólogos y en incorporación social trabajadores sociales. Los responsables del Plan señalan que el nivel de intervención asistencial (Centros Ambulatorios) tiene encomendadas funciones de prevención e incorporación social; que en prevención, al objeto de adecuar el horario que dedican específicamente los profesionales de 13 centros, cuentan con el apoyo de los técnicos municipales de prevención (controlados por los Ayuntamientos), que en el año 2000 fueron 24 técnicos en 65 programas. Para

la inserción social, cuenta también con recursos normalizados de los Centros de Promoción y Empleo de la Consejería de Trabajo (15) y con el resto de recursos en los que se apoyan (E.T., C.O., Plan F.I.P.).

Tabla 5
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	TOTAL
1.Licenciados	4	50		54
Psicólogos	3	21		24
Pedagogos	1			1
Psicólogos municipales				
Médicos		27		27
Farmacéuticos		2		2
2. Diplomados	*	54	17	71
Trabajadores Sociales	*	17	17	34
Educadores Municipales	*			
Monitores/Educadores		28		28
ATS/DUE		26		26
3. Bachiller/FP		15		15
Total	4	119	17	140

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

En opinión de los responsables, la principal deficiencia que afecta al personal es la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo. Distinguiendo según las áreas, en prevención, el principal problema es la falta de implicación de los educadores y Ayuntamientos; en Intervención Asistencial la necesidad de incentivación y en Incorporación Social, la falta de concienciación social.

Según el Secretario Técnico del Plan Integral sobre Drogas, *en cada centro hay unas cinco personas, de media, aunque hay otros como Mérida, Badajoz, Cáceres y Plasencia, que tienen doble equipo. Todos pertenecían a la Consejería, era personal laboral, casi todo ya fijo, con una interinidad muy baja del 13 o 12% y ahora, con las transferencias han pasado todos a pertenecer al Servicio Extremeño de Salud. La idea es homologarlo con el resto del personal del SES y que sean todos iguales que el resto del personal de Primaria, la idea es homologar para evitar agravios comparativos económicos*¹⁶.

La Escuela de Administración Pública y Escuela de Salud se encarga de la formación del personal en todas las áreas. Junto a ello, la Ley 1/1999 señalaba como uno de sus objetivos la formación del personal con especial atención a la educación para la salud, incluyendo también contenidos formativos en drogodependencias en los diferentes planes de formación continuada de

¹⁶ Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

personal en las instituciones de la Comunidad Autónoma. Los colectivos prioritarios a la hora de realizar estas actividades son los profesionales de Atención Primaria y Servicios Sociales de Base, de la red de asistencia a las drogodependencias, las asociaciones de padres de alumnos, los padres de adolescentes, las asociaciones de ayuda y autoayuda, voluntariado social, asociaciones juveniles y movimiento asociativo relacionado con las drogodependencias, funcionarios de la Administración, representantes de los trabajadores y delegados de prevención, profesionales de instituciones públicas o privadas de atención al menor y profesionales de oficinas de farmacia. También se fomentarán los estudios de postgrado en las diferentes áreas de intervención.¹⁷

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 6), se aprecia un aumento en el número de cursos y congresos realizados, aumentado también el número de destinatarios que reciben esta formación. Otros aspectos destacables son el variado perfil de los destinatarios, conforme a las prioridades señaladas en la Ley y la participación de numerosas ONG's en la formación de los profesionales.¹⁸

Tabla 6

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
- Cursos	45	1.107	29	1.021	58	1.618	34	922	72	1.083
- Seminarios/ Jornadas/Encuentros	22		12	85	15	166	15	167	13	383 mínimo
- Congresos	2		1	86	1	140 ONG's	1	140	3	Profesionales y asociaciones
- Otros	3	235	3	235	4	171	1	77	1	74

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

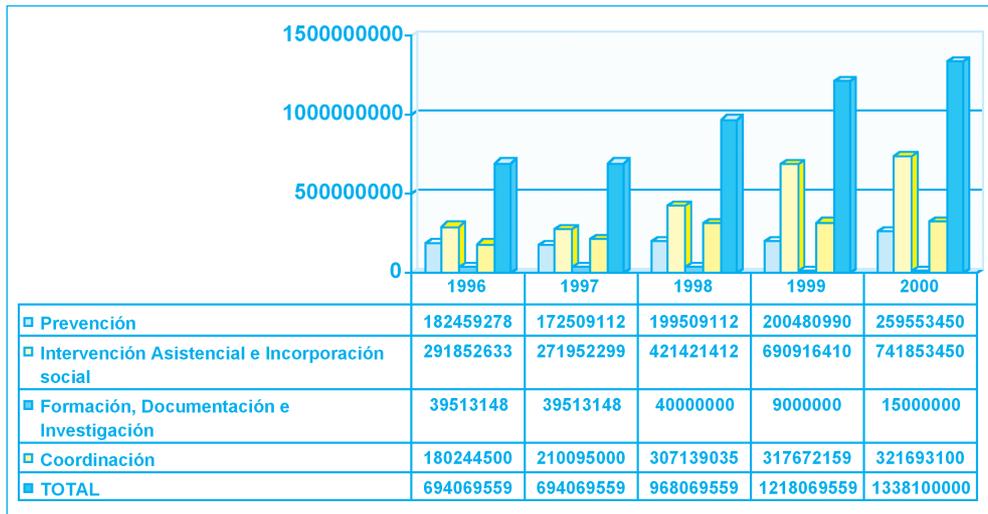
4- RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable, pasando de 415.4 millones de pesetas en 1992 a 1245.4 en el año 2000. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la coordinación con las ONG's, y en tercer lugar prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en 1999, el crecimiento más acusado se ha dado en asistencia y coordinación con ONG's, que ocupa el lugar que tenía la prevención. La Oficina de Coordinación también ha incrementado el presupuesto y el área de formación ha sufrido mayores fluctuaciones en este periodo (ver Gráfico 6).

Junto a estas cantidades, aportadas por la Comunidad Autónoma, en el último año, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, aportó aproximadamente 24 y el Ministerio del Interior 105 millones de ptas. El Plan de Salud 2001-2004 muestra que el presupuesto destinado a acciones en materia de drogodependencias en el año 2001 es de 1.130.855.000 Ptas., lo que significa que aproximadamente de cada 10 ptas invertidas en materia de salud 1 va destinada a esta materia (ver Tabla 7).

¹⁷ Art.7 de la citada Ley.

Gráfico 6
Evolución presupuestaria (en pesetas) 1992-2000



Fuente: PNSD, 1996-2000.

Tabla 7
Presupuesto sanitario (miles de pesetas) de la Consejería de Sanidad y Consumo.

PROGRAMAS PRESUPUESTOS	CAPITULO	AÑO 2000	AÑO 2001
PROGRAMA 411A DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES	CAP. I	489.176.000	558.122.000
	CAP. II	164.353.000	160.831.000
	CAP. IV	500.000	500.000
	CAP. VI	150.000.000	150.000.000
	TOTAL	804.029.000	898.453.000
	PROGRAMA 412 A PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA	CAP. I	4.074.585.000
CAP. II		190.895.000	283.245.000
CAP. IV		198.000.000	230.000.000
CAP. VI		135.431.000	135.000.000
TOTAL		189.040.000	200.000.000
PROGRAMA 412 C ACCIONES EN MATERIA DROGODEPENDENCIA		CAP. I	454.553.000
	CAP. II	149.597.000	160.263.000
	CAP. IV	406.200.000	439.800.000
	CAP. VI	39.500.000	59.000.000
	TOTAL	1.853.879.000	1.130.855.000
	PROGRAMA 413 B ACCIONES EN MATERIA DE SALUD PUBLICA	CAP. I	2.479.179.000
CAP. II		548.753.000	739.253.000
CAP. IV		33.000.000	46.000.000
CAP. VI		49.000.000	68.590.000
TOTAL		3.109.932.000	3.829.400.000
TOTAL		TOTAL	9.751.766.000

Plan de Salud 2001-2004

Según los responsables del Plan, los criterios que sigue la Administración Autonómica de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son la existencia de comisiones, el número de habitantes y la corresponsabilidad financiera.

5.- PREVENCIÓN

La Ley 1/1999 de 29 de marzo, entiende la prevención como *el conjunto de medidas o actuaciones encaminadas a reducir la demanda y la oferta de drogas ilegales como legales, a fin de tener una menor disponibilidad de éstas destinadas al consumo*. Por este motivo, el título I de la citada Ley se refiere a las medidas de prevención de las drogodependencias a partir de la reducción de la demanda y el capítulo II lo hace a partir de la oferta. Las funciones del área de prevención son la coordinación de los Programas en esta materia (prevención escolar, familia, ámbito laboral y prevención comunitaria); la autorización y homologación de materiales de prevención; la autorización y evaluación de los programas; la actualización del Centro de Documentación; la gestión de los convenios, ayudas y subvenciones de esta área y la representación de la Secretaría Técnica de Drogodependencias ante el Plan Nacional en materia de sus competencias¹⁹.

Entre los objetivos generales en materia de drogodependencias del Plan de Salud 2001-2004, se menciona la prevención tratando de acercarlos al medio comunitario. Para conseguirlo se emplean como estrategias *el fomento de todas aquellas acciones tendentes a la prevención de las drogodependencias, dentro del programa marco de educación para la salud, a través de la salud escolar y desde los programas de prevención comunitaria y la coordinación con el programa de prevención y control del sida*.

En palabras del Secretario Técnico del PID, *quizá la prevención sea lo más apasionante, destacando el enorme cambio que se ha producido desde que se trabajaba dando charlas en los colegios hasta este momento, donde se plantean cosas más ambiciosas, trabajando con intervenciones basadas en evidencia; con programas estructurados donde apenas se habla de drogas; desde edades muy tempranas, de herramientas personales para que sean capaces de llegar a la edad adulta, a la edad en las que hay más posibilidades de consumo y decidir que no las consumen o que lo hacen de forma responsable y, por último, retrasando la edad de consumo. Al final, trabajas para prevenir las drogodependencias y por otras muchas cosas, para hacer a los chicos más felices, con mejores herramientas para la vida*²⁰.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades, utilizando fuentes propias de la Junta de Extremadura. En función de este análisis de necesidades, existen prioridades en cuanto a los objetivos y ámbitos de actuación, concretados en un Plan y en programas de actuación. Utilizan recursos humanos (dos psicólogos y un pedagogo), materiales (dotación de programas de prevención propiedad de otras instituciones) y financieros (45 millones). No existe un mapa de necesidades de la Comunidad Autónoma, ni una definición de poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo.

5.1.- Ámbito escolar

Si se analizan las actividades y programas realizados en materia de prevención en el ámbito escolar, desde 1996 se produjo un incremento del número de programas, pasando de uno a 6 en

18 Desde 1999, ..., la Dirección General de Drogodependencias deberá ofertar un Programa de Formación Continuada dirigido a los profesionales de los centros y servicios acreditados de atención y/o prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, ... PAVDTA 1999-2002 Pp161.

19 www.juntaex.es/consejerias/syc/std/prevencion.htm

20 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

1999. En 1996 se realizaban un mayor número de actividades generales (talleres, campamentos, campañas, etc), destinadas a las APAs, los escolares y la población juvenil. En el transcurso de los años se redujeron estas actividades al tiempo que se implantaron nuevos programas específicos de prevención escolar, tal es el caso de Y tú que piensas, el valor de un cuento, Imagina tu ciudad o Pueblos. Estos dos últimos se desarrollan respectivamente en localidades de más de 10.000 y de menos de 10.000 habitantes. En el año 2000 vuelven a desaparecer este tipo de programas. (ver Tabla 8).

Tabla 8

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. escolar y juvenil	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	1	269 intervenciones, 8 concursos, 35 talleres, 4 conciertos, 11 competiciones, cineforum, 3 campañas, 13 cursos y 5 campamentos	Escolares, APAS, población juvenil y monitores
1997	3	295 intervenciones, 8 concursos, 122 talleres, 14 competiciones, 5 campañas, 1 curso, 15 campamentos, 8 seminarios, 1 encuentro, ocio y tiempo libre	Escolares, APAS, jóvenes y participantes en general
1998	7	176 intervenciones, 1 concurso, 136 talleres, 5 campañas, 2 campamentos, 1 encuentro, 2 cineforum y teatro	8.209 jóvenes, 2.518 alumnos, 4.590 niños, APAS, 255 participantes
1999	6	170 intervenciones, 166 talleres, 2 campañas, 6 cursos	4.455 jóvenes, 2.755 participantes, 1.904 alumnos, 2.360 niños, 260 universitarios y APAS
2000		67 intervenciones, 129 talleres, 2 campañas, cursos, página web, actividades extraescolares y Programa Pacto por la Noche	10868 jóvenes, 7.602 alumnos de primaria, APAS, alumnos de secundaria y de escuelas taller.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha tenido como prioridad la incorporación de la prevención en los Programas de Educación para la Salud como materia transversal. Esta línea ha sido seguida por todas las instancias excepto por los profesores. No existía una coordinación con la Administración Educativa para impulsar la prevención escolar y tampoco había ningún sistema de control de la oferta de prevención escolar. No obstante, *en estos momentos la coordinación con el Plan Integral de Drogodependencias se ha modificado radicalmente y sobre todo en lo referente a Educación, existiendo una muy buena coordinación y está en marcha un programa preventivo "Prevenir para Vivir", que se va implantando poco a poco en los colegios e instituto con el objetivo del 2006, se encuentre en el 100% de los centros y de las aulas, siendo los técnicos municipales los que colaboran así mismo en su implantación*²¹. Las intervenciones en los centros las realizan los educadores, los técnicos de la Consejería de Sanidad, de ONG's y técnicos municipales.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes y actividades extraescolares. De estas actividades se encarga la Consejería de Sanidad y Técnicos

²¹ Datos facilitados por el responsable en junio de 2003.

Municipales, a través de la intervención directa. Hay un sistema de control de los centros educativos que participan en los programas de prevención aunque no se conoce el número de los que intervienen en estos programas. La formación del profesorado en prevención se realiza a través de la oferta de los CPRs, de la Consejería de Sanidad y de ONG's. De esta labor se encarga la Consejería de Sanidad y las ONG's. El lugar donde esto se desarrolla son las instalaciones de los CPR y en los centros educativos. En palabras del Secretario Técnico del PID, se trata de programas muy estructurados que son fáciles de llevar a cabo y además ilusionan porque son programas muy bonitos y fáciles porque permiten a los profesores planificarse una parte más de su asignatura o de su currículum²².

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. En este sentido en esta Comunidad no se ha realizado ninguna evaluación de los programas escolares. Por otro lado, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias (recogida directa), la identificación de zonas de actuación preferente; el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia; el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias; y por último, el número de Escuelas de Magisterio y de Cursos de Adaptación Pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias.

5.2.- Ámbito familiar

No existe un ámbito específico de prevención familiar. Sin embargo, se realizan actividades de prevención en el ámbito escolar que están dirigidas a las Asociaciones de Padres y Madres (APAS) y en el ámbito comunitario se vienen desarrollando, desde 1996, 12 jornadas de convivencia destinadas a enfermos y familiares de afectados. En lo que respecta a la gestión de los programas de familia, esta se realiza desde la FEXAD (Federación Extremeña de Ayuda a la Drogadicción), gestión que ha sido cedida a esta Federación de ONG por convenio. Por último, se señala la realización de evaluaciones de los programas de prevención familiar y los padres de alumnos y adolescentes son colectivos prioritarios que recibe formación en drogodependencias²³. En 1999 se ha incorporado un programa destinado a las familias en la categoría de otros ámbitos que persiste un año más tarde.

5.3.- Ámbito comunitario²⁴

El ámbito comunitario constituye un espacio fundamental donde desarrollar las actividades de prevención. Como señalan los responsables, partiendo de una estrategia global, existe una definición de la prevención comunitaria dentro del Plan, así como una línea clara de intervención, derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema. Las prioridades establecidas se enmarcan

22 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

23 Ley 1/1999 de 29 de marzo.

24 Aunque se incluyen en este ámbito los programas de prevención comunitaria y de los medios de comunicación, se han separado para su análisis

en el entorno municipal, creándose comisiones y contratando a técnicos. Estas actuaciones quedan garantizadas a través de las órdenes de subvención.

En el ámbito comunitario intervienen la Consejería de Sanidad y los Ayuntamientos, coordinándose con otras instancias participantes por medio las Comisiones Municipales. Esta Comunidad no tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente ni se elaboran mapas de riesgo. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven son los programas de ocio alternativo, apoyados por la D.G. de la Juventud y el Consejo de la Juventud, interviniendo en su ejecución los Ayuntamientos. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo y los monitores deportivos. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar. Desde 1996 lo más destacado ha sido la realización de un mayor número de intervenciones en la población general mediante charlas-coloquio y entrega de materiales informativos y la presencia constante de jornadas de convivencia entre familiares y afectados. En 1999 se realizaron 22 Comisiones Municipales sobre Prevención (ver Tabla 9).

Tabla 9

Programas de prevención en el ámbito comunitario y de la comunicación (1996-2000)

A.Comunitario	Actividades	Destinatarios
1996	68 intervenciones, 5 mesas redondas, 10 jornadas de convivencia	Población general, enfermos y familiares de afectados.
1997	86 intervenciones, 12 jornadas de convivencia	Población general, enfermos y familiares de afectados.
1998	55 intervenciones, 12 jornadas de convivencia	Población general, enfermos y familiares de afectados.
1999	85 intervenciones, 12 jornadas de convivencia, 22 Comisiones Municipales sobre Prevención de Drogodependencias	Población general, enfermos y familiares de afectados.
2000	84 intervenciones, 12 jornadas de convivencia,	Población general, enfermos y familiares de afectados.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias, el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general. Según el Secretario Técnico del PID, aunque es un área bonita, a la vez resulta costosa porque hay que implicar a mucha gente y hay Ayuntamiento donde la gente está más dispuesta que en otros²⁵.

5.4.- Ámbito de la comunicación.

Según explican los responsables del Plan, los mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, se encuentran incluidos en el Consejo Asesor. Además de realizar

²⁵ Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

campañas dirigidas a la población, tienen como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo de una manera específica. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, el Plan está incluido en las páginas institucionales de la Junta de Extremadura. En cuanto a las actividades realizadas en este ámbito, se refieren a campañas sobre el consumo de sustancias (alcohol, cocaína, drogas de diseño, etc); de difusión de un teléfono de información y desde 1998 la campaña de educación para la salud que se desarrolla en 11 Universidades y está destinada a 3.700 personas. Junto a estas campañas se han celebrado la Semana Europea contra la Droga, el Día Mundial del Sida, la Marcha contra la droga, el Día sin alcohol y las 10 semanas sin alcohol. (Ver Tabla 10).

Tabla 10
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas institucionales</i>	<i>Recursos</i>
1996	7 campañas y 5 celebraciones (día, semana, marcha de solidaridad, etc)
1997	9 campañas y 5 celebraciones (día, semana, marcha solidaridad, etc)
1998	6 campañas, teléfono de información VIH/sida y 5 celebraciones (día, semana, marcha solidaridad, etc)
1999	4 campañas, teléfono de información y 5 celebraciones (día, semana, marcha solidaridad, etc)
2000	2 campañas, teléfono de información y 5 celebraciones (día, semana, marcha solidaridad, etc)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias y los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención.

5.5.- Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. Según explican los responsables, se establece una coordinación con patronales y sindicatos, mediante convenios con los sindicatos e incorporándolos en el Consejo Asesor. Estos programas promueven actividades de sensibilización y de diagnóstico precoz. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas, que, exceptuando 1998, han evolucionado de forma creciente. Tampoco en este ámbito se identifican poblaciones o sectores de alto riesgo. Si se analizan las actividades realizadas en prevención laboral desde 1996, se observa que en los primeros años se han realizado reuniones en el medio laboral y con los sindicatos, hasta la consolidación de un programa de formación e información, destinado a todos los sectores implicados en el mundo laboral. Para ello, se utiliza como soporte material un conjunto de boletines, cuadernos y trípticos, especialmente relacionados con la prevención del alcoholismo (ver Tabla 11).

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información que les permiten conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para

promover la prevención laboral y disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito.

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

A. Laboral	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996		- 61 reuniones de trabajo en el medio laboral - Elaboración con la sección juvenil de UGT de actuaciones frente al consumo de alcohol		
1997		- 48 reuniones de trabajo en el medio laboral - 2 reuniones de trabajo con sindicatos		
1998	1	- Elaboración y distribución de boletín, cuaderno informativo y tríptico	- Alcoholismo y toxicomanías como causa de despido - Prevención del alcoholismo en el medio laboral - Ese riesgo llamado alcohol	- Delegados sindicales, de prevención, trabajadores y empresarios
1999	1	- Elaboración y distribución de boletín, cuaderno informativo y 2 trípticos	- Alcoholismo y toxicomanías como causa de despido - Prevención del alcoholismo en el medio laboral - Ese riesgo llamado alcohol - Drogodependencias, un problema de salud	- Delegados sindicales, de prevención, trabajadores y empresarios
2000	Convenio con 2 sindicatos	- Acciones formativas e informativas, servicio de prevención e inserción laboral para drogodependientes, 2 jornadas, formación en prevención drogodependencias y elaboración de material	- Drogodependencias, un problema de salud. 5.000 carteles, 7.000 trípticos y 2.000 cuadernillos.	- 165 empresas, 166 delegados sindicales, 576 trabajadores y 30 alumnos del Plan FIP

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, esta Comunidad ha ido incorporando cada año un mayor número de municipios con Planes de Drogas, pasando de 19 en 1998 a 26 en 1999 y a un total de 77 en el año 2000. Los mecanismos de colaboración con ellos se establecen por medio de la subvención del 70% de los técnicos y las actividades, además de formación, coordinación institucional y apoyo técnico. Para evaluar esta tarea, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50000 habitantes con Planes Municipales de Drogas.

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen actividades destinadas a colectivos específicos: transeúntes, voluntariado, seropositivos, instituciones penitenciarias, soldados, familias, etc. En los últimos años se ha incluido un nuevo programa aunque en su mayoría se trata de actividades como mesas coloquios, charlas y una campaña de información sobre la metadona. En 1999 se incorporó un programa destinado a las familias. Aunque se ha reducido en algunos casos el número de destinatarios se ha diversificado la oferta de actuaciones incluyendo a un número cada vez mayor de colectivos. (ver Tabla 12).

Tabla 12

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2000)

Otros ámbitos	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	1	- 91 intervenciones - 22 mesas coloquio	- Transeúntes, voluntarios de asociaciones, grupos de seropositivos, instituciones penitenciarias y 7.500 soldados de reemplazo
1997	1	- 60 intervenciones - 22 mesas coloquio - Campaña de información metadona	- Transeúntes, voluntarios de asociaciones, grupos de seropositivos, instituciones penitenciarias, 7.500 soldados de reemplazo y usuarios y familiares de usuarios en tratamiento con metadona
1998	2	- 30 intervenciones - 12 mesas coloquio - Campaña de información metadona - Actividades deportivas en prisión	- Transeúntes, voluntarios de asociaciones, grupos de seropositivos, instituciones penitenciarias, 2.000 soldados de reemplazo, usuarios y familiares de usuarios en tratamiento con metadona y 60 internos en prisión.
1999	2	- 47 intervenciones - 10 mesas coloquio - Campaña de información metadona - 10 módulos de prevención a personas en riesgo de exclusión social - 19 cursos en el ámbito familiar	- Transeúntes, voluntarios de asociaciones, grupos de seropositivos, instituciones penitenciarias, 1.900 soldados de reemplazo, usuarios y familiares de usuarios en tratamiento con metadona, 129 personas en riesgo de exclusión social y 419 padres/madres.
2000		- 45 intervenciones a través de charlas-coloquio - Campaña de información complementaria sobre el tratamiento de metadona	- Transeúntes, voluntariado de asociaciones, grupos de seropositivos, instituciones penitenciarias, usuarios y familiares de usuarios.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Finalmente, respecto a la prevención el problema principal consiste en la dispersión geográfica, llegar a todos los niños (unos 200.000) es muy costoso, al igual que ilusionar a los profesores y a la familia. El resto se encuentra en trabajar con todos los niños desde los 5 años hasta los 15, vender a la sociedad que es algo rentable y tener apoyo económico para que esto sea rentable²⁶.

6.- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 1/1999 trata de marcar los límites de la oferta asistencial, entendiendo que no todo sirve para el tratamiento y que en los últimos años, tras una intensa actividad investigadora se ha demostrado que algunos de los programas no son útiles. Se postula la recuperación de instancias de intervención primaria y generales, una mayor integración entre los diferentes recursos que inciden en el problema y una mayor implicación de las instancias locales.

Siguiendo con el Título III de la citada Ley, se establecen los criterios generales de atención y derechos de las personas drogodependientes, los centros de atención, la asistencia en los servicios de atención primaria, el ámbito judicial y penitenciario y el ámbito laboral. Entre los criterios de actuación se contempla el tratamiento de la drogodependencia como alteración de la salud que es, la garantía del tratamiento de las adicciones en el medio comunitario, la garantía de la asistencia hospitalaria; la atención integral al drogodependiente en igualdad de condiciones al resto

²⁶ Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

de la población, en cualquiera de los niveles de atención sociosanitario. Los centros y servicios de atención al drogodependiente públicos y privados contarán con información y con libro de reclamaciones y dispondrán de locales identificados y profesionales; además, se favorecerá la implantación de servicios específicos de atención a trabajadores drogodependientes.

En cuanto a la oferta terapéutica será accesible y diversificada e incluirá las diferentes tipologías de tratamiento entre las que se incluyen las de prevención de enfermedades y de asesoramiento y apoyo psicológico a personas afectadas y a sus convivientes, de mantenimiento mediante la dispensación de opiáceos sustitutivos y de educación sanitaria a los afectados para evitar la transmisión de enfermedades. Por último, incluye los gastos de tratamiento cuando las necesidades económicas lo demanden, en el marco de la Ley 5/1987 de Servicios Sociales.

El Plan de Salud tiene marcado como uno de los objetivos generales incrementar la calidad asistencial integral prestada a los drogodependientes. En cuanto a los objetivos específicos se propone que antes de este último año se haya establecido un protocolo regional de atención a los drogodependientes, tanto en prevención primaria como especializada, que servirá de marco referencial para la elaboración de programas de atención al drogodependiente y donde se establezcan los cauces adecuados de derivación y coordinación. También para este año se habrá consolidado la normalización de la atención a los drogodependientes dentro de las redes generales de salud y servicios sociales y se habrán elaborado, adaptado y desarrollado los programas de las áreas de salud bajo este protocolo regional.

Además, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se adecuarán de forma permanente los dispositivos hospitalarios y de atención primaria a las necesidades de la población, poniendo en marcha centros de atención a las drogodependencias en todas las áreas de salud, se crearán al menos 30 plazas de media estancia para el tratamiento de patología adictivas con previsión de síndromes de abstinencia no complicados y se integrará la estructura organizativa y los recursos específicos en materia de asistencia sanitaria de las drogodependencias en el Servicio Extremeño de Salud (SES)²⁷.

Dentro de la Secretaría Técnica del PID, el Área de Asistencia y de Reducción de riesgos y daños tiene como funciones coordinar los programas asistenciales, autorizando y acreditando los centros, servicios y programas; coordinar los sistemas de información sobre drogodependencias y relacionarse con otros sistemas de información similares, encargándose también de la centralización del SEIT y del SAIT y gestionar los convenios, ayudas y subvenciones en esta área. Por último, representa a la Secretaría Técnica ante el Plan Nacional en materia de su competencia y dentro de ella, las coordinaciones asistenciales provinciales, realizan el seguimiento de los Protocolos Asistenciales y de la aplicación del Estatuto del Centro²⁸.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un incremento de los Centros Ambulatorios de Asistencia y de las Comunidades Terapéuticas, se mantiene constante la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria y se incrementan los programas de prescripción y dispensación de metadona, que desde el año 1999 se incluyen en los programas de reducción del daño. El número de usuarios atendidos en este periodo ha aumentado considerablemente en casi todos los recursos, con la excepción de los Centros Ambulatorios donde ha ocurrido lo contrario. En opinión de los responsables, el incremento de los centros ambulatorios ha conseguido superar la red de centros inicialmente planteada por el PID (ver Tabla 13).

27 Apartado 2.9 del Plan de Salud de Extremadura 2001-2004 dedicado a las Drogodependencias

28 www.juntaex.es/consejerias/syc/std/riesgos.htm

Tabla 13*Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.*

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999**			2000**		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia*	14		2.417	14		1.821	15		1.411	15		1.311	15		1.306
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	1	8	132	1	8	43	1	8	45	1	8	60	1	8	71
Comunidades Terapéuticas	2 Púb. 3 Priv. Finan.	42 84	137	3 Púb. 4 Priv. Finan.	54 108	243	3 pub.4 priv. Fin	54 108	253	4 pub. 2 priv. Fin.	73 60	255	4 pub. 2 priv. Fin.	73 60	371
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	20 pres- crip. Y dis- pen.		2.565	20 pres- crip. Y dis- pen.		2.932	24 pre- sc y disp	24	1.620	24		1.450	25		1.554
Tratamiento con LAAM										2		16	5		21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* se incluyen los centros de día terapéuticos

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño lo más destacado ha sido el incremento del número de programas de intercambio de jeringuillas (8), que han permitido una mayor dispensación de este material, al igual que han aumentado la distribución de preservativos. (Ver Tabla 14)

En la asistencia a problemas de alcoholismo, a pesar de que se ha producido un incremento de los centros ambulatorios el número de usuarios atendidos no es tan elevado como en 1996. Las Unidades Hospitalarias también han atendido a un menor número de usuarios aunque permanecen constantes los dos dispositivos existentes en este periodo. (Ver Tabla 15).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Los Programas realizados en Comisarías y Juzgados han aumentado, aunque han descendido el número de usuarios atendidos; los programas en Instituciones Penitenciarias se han reducido en el último año y los de alternativas a la privación de libertad han diversificado el número de recursos ofertados como alternativa al cumplimiento de la pena. (Ver Tabla 16).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con un gran número de otros recursos o programas, destinados a menores drogodependientes, centros de emergencia social, casas de acogida, visitas domiciliarias y captación de pacientes entre otros, que en gran parte se realizan en colaboración con ONG's. En el año 2000 estos programas se han visto reducidos destacando exclusivamente el programa de menores y el de Naltrexona. (ver Tabla 17).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Se trata de las Comisiones Técnicas de la Secretaría Técnica de Drogodependencias (S.T.D). En cuanto al organigrama de la red asistencial, el art.22 de la Ley

Tabla 14*Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de intervención Asistencial 1996-2000*

Reducción del Daño	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.
Programa de dispensación de KIT AntiSida)	2	77.000		1	77.000	1	50.000								
Vacunación de Hepatitis B	1		449		341	1		341			330				366
Determinaciones de Hepatitis B, C y VIH	1		2.376		1.916	1		2.067			2.331				2.402
Información a pacientes VIH	1		31	1	15	1		12							
Programa de intercambio de jeringuillas	4			4	12.450	5	19.750		8	21.250		8			20.950
Distribución de preservativos				1	137.300	1	120.900				188.900				188.500 uds

Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

1/1999 de 29 de marzo establece tres niveles de intervención. El primero de ellos está formado por los equipos de atención primaria y sanitarios locales, los Servicios Sociales de Base, las Asociaciones de Apoyo o Ayuda a los drogodependientes, los Programas Municipales de Drogodependencias y los Comités y Delegados de Prevención. El segundo nivel está compuesto por los centros y servicios específicos de atención a las drogodependencias, los Centros de Salud Mental, los Hospitales Generales y los Recursos de rehabilitación de régimen intermedio. Por último, el tercer nivel está constituido por las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, las Comunidades Terapéuticas y los talleres de reinserción laboral. Como señalan los responsables, la puerta de entrada son los centros ambulatorios (CEDEX). Estos centros tienen funciones de información, asesoramiento, formación, incorporación y reducción de riesgos y daños. Están for-

Tabla 15*Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.*

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	16	2.524	23	1.178	23	1.312	23	1.579	24	1.708
Unidades Hospitalarias	2	286	2	241	2	137	2	168	2	168

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 16

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico -Penales	1996			1997			1998		1999		2000		
	Progr.	Act.	Usu.	Progr.	Act.	Usu.	Progr.	Usu.	Progr.	Usu.	Progr.	Usu.	
En Comisarías y Juzgados	2	10 y no cuan- tifica- das	No cuan- tifica- das y 57	2	8	* 72	2	47*		32	8	9	
En Instituciones Penitenciarias	4 Preve- ntivos 1 ambu- latorio 1 modul- ar 2 meta- dona		No cuan- tifica- do 33 230 383	4 Preve- ntivos 1 ambu- latorio 1 modu- lar 2 meta- dona	*	25 214 152	4 Preventi- vos 1 ambu- latorio 2 modu- lar 2 meta- dona	*	16 195 200	2 Preventi- vos 1 Modular 2 TMM	*	18 205	2 prev. 3 mod. 2 meta. - 103 276
Programas Alternativas Privación de Libertad	Orden Consejería Bines tar Social		68	Orden Consejería Bines tar Social		37		44	3 Pisos 6 CT 13 CEDEX	75 deri- vaciones	3 pisos 6CT 13 C. Amb	53 27	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

mados por médicos, ATS/DUE, psicólogos, trabajadores sociales y administrativos. Su cercanía al ciudadano, la atención integral y el acceso directo son algunas de sus características.²⁹ Todos los CEDEX son públicos y dependen de la Consejería de Sanidad (Olivenza está concertado y CEMADDEX es mixto).

La demanda directa se puede realizar desde estos centros o desde los Centros de Emergencia Social. Estos últimos son recursos desarrollados junto con el movimiento asociativo donde se realizan tratamientos con drogodependientes en situación de emergencia social y que, por su situación, no podrían realizar un tratamiento con garantías de éxito. Se realizan desintoxicaciones con síndromes de abstinencia sin complicaciones orgánicas o psiquiátricas³⁰. A ambos centros son derivados los drogodependientes desde los Servicios Sociales de Base (EAP). Los centros ambulatorios derivan a las Comunidades Terapéuticas, a los Centros de Emergencia Social y a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

Los programas asistenciales en régimen de internamiento pretenden conseguir el abandono del consumo en un ambiente libre de drogas. Son las UDH, los centros de emergencia social y las Comunidades Terapéuticas. Las Comunidades Terapéuticas son recursos públicos o desarrollados con el movimiento asociativo que tratan a drogodependientes que precisan de un periodo más o

29 PID, 1999.

30 PID, 1999.

Tabla 17

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de intervención Asistencial 1996-2000

Reducción del Daño	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.
Tratamiento agonistas opiáceos	1		229	1		322	1		269						168
Tratamiento tabaquismo	2	Asistencia clínica e individual	40	2		35									
Menores drogodependientes	1	12	9	1	12	11	1	12	16	1	10	6	1	15	12
Centros emergencia social	3		85	3		87	3		123	3					
Centro acogida	2		82	5		350									
Casa acogida sida				1		10	1		10						
Tratamiento a reclusas CIR	1		11	1		10									
Tratamiento a internos centro social	1		34	1		17	1		10						
Apoyo a la desintoxicación hospitalaria	1		50	1		42	1		45						
Escuela de padres y madres	1	13	1.106	1	13	542	1	18	1297						
Visitas domiciliarias y captación pacientes	1	9	No cuant	1	9	No cuant	1	9							
Grupo Autoayuda a seropositivos							1	4							

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

menos prolongado de tiempo en un ambiente libre de drogas. Su trabajo contempla cualquiera de las facetas que influyen en el consumo o mantenimiento del mismo, abordando actividades que concluyan en la incorporación social y laboral plena. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria son recursos ubicados en Hospitales del INSALUD y Psiquiátricos de las diputaciones donde se realizan desintoxicaciones hospitalarias en síndromes de abstinencia con complicaciones orgánicas o psiquiátricas.³¹

31 PID, 1999.

Según el Secretario Técnico del PID, la red asistencial es muy buena, sin grandes listas de espera. Los últimos cambios en diez años han sido tremendos no sólo en heroína sino en cambio más complicados: patología dual, y la red es muy flexible, sus profesionales se adaptan muy bien a los cambios como por ejemplo el tema del tabaco, se implican, es gente con muchas ganas cuando ha sido una red siempre muy aparte. El hecho de haber entrado en el SES y que seamos Unidades de Apoyo a la Atención Primaria la gente lo ha tomado como algo positivo, aparte de que haya una homologación salarial, se están haciendo muchas cosas, probablemente bien y ahora hay que empezar a medirla, indicadores de calidad (ej: tabaquismo, qué programas hay que utilizar, etc) para luego comparar no en el mal sentido sino saber lo que están haciendo otros³².

Respecto a la evaluación de los programas y actividades en esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño y de implementación, evaluando casos y programas por parte de los profesionales del propio Plan Autonómico. Del resultado de las últimas evaluaciones realizadas, los responsables consideran muy adecuados los programas de reducción del daño y otros programas y recursos asistenciales. Los programas de asistencia a problemas de alcoholismo se consideran poco adecuados y aquellos destinados a poblaciones con problemas jurídico-penales nada adecuados.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. En lo que a los recursos materiales se refiere, se consideran muy adecuados –centros ambulatorios de asistencia, Comunidades Terapéuticas Públicas y Privadas, Centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos y Centros Residenciales no hospitalarios- con la excepción de las Unidades Hospitalarias que se consideran nada adecuadas.

Por otra parte, en opinión de los responsables, las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial han sido el corte de los programas asistenciales, atendiendo a la extensión y dispersión de la Comunidad Autónoma. En un futuro, se prevé la incorporación y distribución de recursos por áreas de salud. En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial, las actuaciones irán encaminadas a su incorporación en la estructura del futuro Servicio Extremeño de Salud, aspecto conseguido en el año 2002. Finalmente, según los objetivos que el Plan marca en el área de asistencia sanitaria, el grado de consecución de los mismos, en opinión de los responsables, es muy adecuado. En opinión del Secretario Técnico del Plan Integral sobre Drogas, en este momento es preciso evitar las posibles resistencias de la integración de las dos redes en una, los problemas en la gestión del personal (bajas laborales, horarios, etc) y solucionar la sobrecarga asistencial que hay en algunas zonas grandes, lo cual resulta complicado por la situación del personal. Los retos están encaminados a conseguir suavizar las posibles resistencias mencionadas en la integración en el Sistema Extremeño de Salud y a montar un centro (aunque se refiera a dos despachos para atender a drogodependencias) en las zonas con poca población. Se trata de potenciar la accesibilidad a los pacientes en lugares más próximos a su domicilio, utilizando los recursos existentes, centros de salud y/o consultorios locales con personal cualificado³³.

7.- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley 1/1999 de 29 de marzo establece la reinserción como una parte más e indivisible y sin solución de continuidad el proceso terapéutico seguido por el drogodependiente, considerándola

32 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

33 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

el objetivo máximo de intervención en este proceso³⁴. Se hace hincapié en la potenciación de la reinserción en el medio comunitario. No obstante, señala la posibilidad de establecer programas individualizados en el caso de no ser efectiva a través de los servicios comunitarios y la participación de la Consejería de Bienestar Social mediante Programas Municipales de Drogodependencias, ONG's y Servicios Sociales de Base.

El Plan Regional actúa como nexo de unión de las iniciativas promovidas en el área de reinserción de los drogodependientes sometidos al proceso terapéutico. Estas actuaciones se organizan en tres niveles. El primer nivel corresponde a los programas comunitarios, en el que se plantean opciones de carácter formativo y cultural, coordinándose con el medio socio-familiar del drogodependiente. El segundo nivel se refiere al proceso terapéutico en el que los centros específicos propugnan la creación de programas de reinserción individualizados dentro del marco de la intervención terapéutica. Finalmente, el tercer nivel, se refiere a estructuras de reinserción, dependientes del nivel secundario, que tienen como objetivo prioritario la reinserción laboral, en coordinación con los anteriores niveles³⁵.

El área de incorporación social del Plan Integral sobre Drogas (PID) se encarga de coordinar el Programa de Becas de Incorporación Laboral y otros programas relacionados, gestionar los convenios y subvenciones y representar a la Secretaría ante el Plan Nacional en lo que se refiere a sus competencias.³⁶ Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa que en 1999 se incluyen actividades de incorporación social en los centros ambulatorios de asistencia y en las comunidades terapéuticas, aunque no aparece el número de usuarios (ver Tabla 18).

Tabla 18

Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1999	
	Nº	Usuarios
Centros		
C. Terapéuticos Actvs. y/o Programas de reinserción	14	
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción (Comunidades Terapéuticas)	6	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción. Los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Lo más destacado hasta 1998 fue el incremento del número de programas de preformación (15), formación (14) e integración laboral (5) acompañado con un mayor número de usuarios que recibían esta formación, especialmente en preformación laboral con 902 usuarios en 1998. En el año 2000 continúan algunos de los programas citados dos años antes y el número de usuarios resulta cada vez mayor (ver Tabla 19).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. La oferta de cursos reglados se ha mantenido constante en los últimos años (1996-2000). Los cursos puente han descendido hasta desaparecer en 1999 y en ese mismo año aparecieron actividades de información,

34 Art. 26.1 y 26.2 de la citada Ley.

35 Título IV De las Medidas de Reinserción del Drogodependiente

36 www.juntaex.es/consejerias/syc/std/incorporacion.htm

Tabla 19
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Reducción del Daño	1996		1997			1998		1999			2000	
	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Plaz.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Plaz.	Nº	Usu.
Programas de Incorporación Laboral												
Preformación Laboral	12	294	13	289		15	902	15	896		15	896
Formación Laboral	4	33	14	73		14	640				15	668
Integración Laboral - Talleres Artesanos - Programas especiales empleo * Escuelas Taller * Fondo Social Europeo - Otros	1 1 1	4 115 12	1 1 1	5 92	10 140	1 4	116 324		13 168 25 168		1 1 4 1	175 326 7
Otros programas de incorporación laboral			1	4	4	1	51				1	76

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

formación y búsqueda de empleo y de formación laboral (probablemente fruto de una nueva clasificación). Destaca, sin embargo la discontinuidad de los programas (ver Tabla 20).

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial a través de pisos tutelados, que se incrementaron hasta un total de 7 en 1997. Los usuarios prácticamente se han duplicado llegando a 415 en el año 2000 (ver Tabla 21).

Tabla 20
Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos Reglados	10	64	4	32	2	28	2	45		25
Cursos Puente			2	28	1	40				
Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo							15	425		
Formación Laboral Cursos Plan FIP Otros Prog. o Cursos de Capacitación Profesional							1 9	243 304		
Otros Programas de Formación	1	20			2	20			1	36

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 21

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas de Apoyo Residencial										
Pisos Tutelados	5	67	7	268	7	242	7	225	7	415

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido en Extremadura para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de los técnicos encargados de realizar esta tarea. Esta área cuenta en la actualidad con 6 convenios, 5 establecidos con entidades privadas y uno con Diputaciones Provinciales, que funcionan muy bien en opinión de los responsables.

Los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las distintas actividades y programas han sido la insuficiente oferta de programas y recursos, de colaboración con la red de servicios sociales y con las agencias de empleo de la Administración Central. Los programas gestionados por la Oficina son los de Comisarías, los de Cumplimiento alternativo y las Becas para la Incorporación. Gestionado por otros organismos de la Administración Autonómica se encuentra el Plan de Empleo de la Junta de Extremadura. Existen otros programas en colaboración con la Consejería que son llevados a cabo por las entidades privadas. El funcionamiento de estos programas se considera muy bueno, salvo los programas en Comisarías que cabría mejorar. Por último, se desconoce si existen programas gestionados por el Gobierno Central o por la administración local. En función de las necesidades estimadas, los responsables aumentarían los programas de formación, integración laboral (empleo) y apoyo residencial. Se considera bueno el funcionamiento de los programas de integración laboral, muy bueno los de apoyo residencial y cabría mejorar los de formación.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, aumentarían los cursos de formación profesional homologados por el INEM; las actividades ocupacionales; las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las escuelas taller; las casas de oficios; los talleres de empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en Programas de empleo municipales; los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas y de tratamiento con sustitutivos y, por último, los pisos de reinserción social. Mantendrían el número de actividades de información, orientación y búsqueda de empleo.

Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran que funcionan muy bien los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas. Así mismo, el funcionamiento de las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo, las escuelas taller, las casas de oficios, los talleres de empleo, los pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos y los pisos de reinserción social es bueno. Los Cursos de Formación profesional, homologados por el INEM, las actividades ocupacionales y la promoción de empresas de inserción tienen un funcionamiento regular. Por último, las actividades de integración en programas de empleo municipales funcionan mal y las reserva de plazas en empresas muy mal, en opinión de los responsables. En opinión del Secretario Técnico del Plan, los retos en incorporación es seguir apostando por los proyectos europeos, encontrar empresarios que les den una oportunidad, e implicar a la sociedad³⁷.

37 Entrevista con Sr. D. Juan Carlos Martín Araujo, realizada el 17/6/2002.

8.- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, en ocasiones, alguna ONG. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Integral, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, laboral y jóvenes; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudio de necesidades de la población drogodependiente; situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente aunque la calidad de los resultados regular. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que promover estudios sobre la evolución en el consumo de drogas, el desarrollo de programas de prevención y la situación de los consumidores. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como escasa.

9- RELACIÓN CON LAS ONG'S

El papel de las ONG's en la Comunidad Extremeña es notorio. Así lo refleja el contenido de la Ley 1/1999 donde muestra que en el trabajo de las drogodependencias no solo deben actuar los poderes públicos sino estas entidades, manifestando que la intervención deberá establecerse en la complementariedad y no en la duplicación de esfuerzos. En el área de formación constituyen un grupo preferente las Asociaciones de Ayuda y Autoayuda, Voluntariado social, Asociaciones Juveniles y movimiento asociativo relacionadas directa o indirectamente con las drogodependencias. Además participan en el primer nivel de intervención las Asociaciones de Apoyo o Ayuda a los drogodependientes. A nivel organizativo, estas organizaciones colaboran junto con las administraciones públicas en el Consejo Regional de Drogodependencias. Además se señala expresamente que las Instituciones Públicas y Privadas fomentarán la participación del voluntariado en materia de drogodependencias, considerándose preferente la actuación del voluntariado en la concienciación social, la prevención en el ámbito comunitario y el apoyo a la reinserción. Finalmente, en cuanto a las subvenciones se pueden celebrar convenios y conciertos para la puesta en marcha y/o mantenimiento de programas de intervención en drogodependencias con entidades y organizaciones sin ánimo de lucro, cumpliendo la normativa vigente y los objetivos del Plan Regional sobre Drogas.

El Secretario Técnico del PID señala que parte del presupuesto en prevención y asistencia lo llevan estas entidades y que su papel es importante, pues la Administración no puede tener todos los recursos. Hay temas que cambian muy rápido y necesitan gente que esté muy cerca de la sociedad donde están interviniendo y una manera rápida de adaptarse a esa realidad. Esos dos aspectos los tienen las ONG's. En Extremadura hay un movimiento asociativo muy importante que algunos de ellos no han partido de la época de solicitud de recursos, ya que muchas asociaciones desaparecieron una vez que consiguieron el recurso que pedían y otras han surgido para intervenir en prevención. Son gente muy formada, voluntarios muy comprometidos con la comunidad y están trabajando en pueblos muy pequeños con apoyo económico. Ejemplos de ello son la uni-

dad móvil, tres comunidades terapéuticas, programas de prevención 2 o 3 bastante serios, etc. A partir de la FEXAD, Federación que pertenece a UNAD, participan en las tres áreas fundamentalmente por convenios y en especial con las asistenciales aunque también se subvencionan programas muy concretos para ONG's no muy específicas en drogodependencias³⁸.

El presupuesto destinado en el Plan Integral a la coordinación con las ONG's se ha incrementado notablemente desde 1992 cuando esta partida era de 46 millones de ptas. En el año 2000, el presupuesto ascendió a 306,7 millones de ptas superando al destinado al área de prevención (Ver gráfico 6). Respecto al número de convenios y subvenciones con ONG's aunque se ha mantenido, con un descenso desde 1999, se ha producido un cambio en la relación con estas organizaciones predominando en los últimos años los conciertos sobre las subvenciones en esta materia (ver Tabla 22).

Tabla 22
Convenios y subvenciones

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio/concierto
1996	26	17
1997	23	18
1998	22	25
1999	19	20
2000	18	19

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.*

CONCLUSIONES

Desde que Extremadura tiene competencia en materia de drogodependencias se han elaborado dos planes sobre drogas: el Plan Integral sobre Drogas (PID) fue aprobado en 1992 posteriormente, en 1998. Como punto fuerte, la situación se considera moderada y en los últimos años, ha mejorado. Básicamente se caracteriza por un mayor consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco) y menor de las ilegales, siendo por orden el alcohol, la heroína y el tabaco las sustancias que generan más problemas. Como puntos débiles se aprecian un mayor consumo de las sustancias legales (tabaco y alcohol) y en además, en los últimos años se percibe un incremento de todas ellas, con la excepción de la cocaína y la heroína donde ha ocurrido lo contrario.

En cuanto a las consecuencias derivadas del consumo, la tasa de admisiones a tratamiento ha sido elevada (136,1), la admisión a tratamiento por primera vez por heroína, ha descendido al tiempo que la tasa de los admitidos por primera vez por consumo de cocaína se ha incrementado. Resulta positiva la vía de administración de la droga mayoritariamente inhalada (40,9%) y fumada (37,8%), con una menor presencia de la vía inyectada (14,1%); las tasas de incidencia de SIDA también han sido más bajas con un descenso pronunciado del número de casos, especialmente en el último año. En cuanto a los pacientes atendidos en los últimos 5-6 años han aumentado los alcohólicos, llegando en algunos centros a representar la mitad; la cocaína va subiendo muy poco a poco y la heroína está estable con tendencia a la baja, tratándose de pacientes históricos, con pocas incorporaciones nuevas de heroína. Las drogas de síntesis se consumen pero hay una proporción muy baja.

Para hacer frente a las consecuencias derivadas de este consumo, esta Comunidad ha contado con un marco legislativo (la Ley 4/1997 de 10 de abril que regula las medidas de prevención y control de la venta y publicidad de bebidas alcohólicas para menores de edad y posteriormente

con la Ley 1/1999 de 29 de marzo de Prevención Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias) y se han marcado nuevos objetivos atendiendo a las necesidades actuales que se encuentran definidos de manera clara y con metas a alcanzar en fechas concretas. En cuanto a la planificación resulta positivo que se realice un estudio previo y un informe oficial, como contrapartida, no se han editado las pautas de programación y no hay ninguna Unidad encargada de difundir la información a la población.

Además, manifiestan dificultades en el ámbito de competencias con la Administración Local (problemas de coordinación, de financiación y falta de recursos materiales y humanos) y la necesidad de mayores competencias sanitarias, algo que se ha solucionado tras la transferencia de las mismas. Otro punto débil se encuentra en la coordinación con la red asistencial, tanto con Atención Primaria, Especializada como con Salud Mental. Sin embargo, consideramos que estas debilidades son conocidas por los responsables y por este motivo se han establecido protocolos de actuación, se han integrado las drogodependencias en el Servicio Extremeño de Salud y se está trabajando con Salud Mental.

En cuanto a los Recursos Humanos, en los últimos años han aumentado al igual que las actividades de formación a los mismos. Además, con las transferencias todo el personal ha pasado a pertenecer al Servicio Extremeño de Salud y la idea es homologarlo con el resto del personal para evitar agravios comparativos económicos. Como puntos débiles, se señala que el personal es insuficiente en el área de prevención y la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en drogodependencias. En prevención, el principal problema era la falta de implicación de los educadores y Ayuntamientos, aunque este problema se ha solventado en la actualidad (2003); en Intervención Asistencial la necesidad de incentivación y en Incorporación Social, la falta de concienciación social. El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable (de 415.4 millones de ptas en 1992 a 1245.4 en el 2000) y el crecimiento más acusado se ha dado en asistencia y coordinación con ONG's mientras que el área de formación ha sufrido mayores fluctuaciones.

En el área de prevención se ha producido un cambio notable en el ámbito escolar desde las charlas a los programas estructurados e incorporados en el ámbito de Educación para la Salud como materia transversal además de crecer en número. Como puntos débiles se mencionan la falta de implicación de la Consejería de Educación, de los municipios y de los profesores; no existe un mapa de necesidades, ni una definición de poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo; no existe una coordinación con la Administración Educativa ni ningún sistema de control de la oferta de prevención; no se conoce el número de los que intervienen en estos programas ni tampoco se ha realizado ninguna evaluación de los programas, aunque se puede obtener información de un gran número de indicadores de la Estrategia Nacional.

No obstante, en el año 2003 el responsable señala que mas que haya existido una falta de implicación de la Consejería de Educación, los educadores y los Ayuntamientos en la prevención, sería mas correcto indicar que estos organismos efectuaban acciones de prevención pero no existía una coordinación con el Plan Integral de Drogodependencias, algo que actualmente se ha modificado radicalmente y sobre todo en lo referente a Educación, existe una muy buena coordinación y está en marcha un programa preventivo "Prevenir para Vivir", que se va implantando poco a poco en los colegios e instituto con el objetivo del 2006, se encuentre en el 100% de los centros y de las aulas, siendo los técnicos municipales los que colaboran así mismo en su implantación.

En el ámbito comunitario aunque si se realizan evaluaciones de los programas, como los de prevención familiar, tampoco hay identificadas poblaciones de actuación preferente ni se elaboran mapas de riesgo. Esta área resulta costosa porque hay que implicar a mucha gente y hay Ayuntamientos donde la gente está más dispuesta que en otros. El ámbito laboral se considera un punto fuerte y hay que destacar la coordinación con patronales y sindicatos, mediante convenios e incorporándolos en el Consejo Asesor; un sistema para garantizar la continuidad de los programas y su evolución forma creciente. Tampoco en este ámbito se identifican poblaciones o sectores de alto riesgo. Por ultimo hay que destacar en el ámbito municipal ha ido incorporando cada

año un mayor número de municipios con Planes de Drogas llegando a un total de 77 en el año 2000. En opinión de los responsables el problema principal de la prevención consiste en la dispersión geográfica, llegar a todos los niños (unos 200.000) es muy costoso, al igual que ilusionar a los profesores y a la familia. El reto se encuentra en trabajar con todos los niños desde los 5 años hasta los 15, vender a la sociedad que es algo rentable y tener apoyo económico.

En el área de intervención asistencial, en los últimos años, se ha demostrado que algunos de los programas no son útiles y se postula la recuperación de instancias de intervención primaria y generales, una mayor integración entre los diferentes recursos y una mayor implicación de las instancias locales. Se considera positivo el incremento en el número de centros, con la excepción del descenso del número de programas en instituciones penitenciarias y otros programas. Los usuarios que acceden a los dispositivos han aumentado con la excepción de los Centros Ambulatorios y los Programas en Comisarías y Juzgados, donde ha ocurrido lo contrario. En general, la red asistencial se considera muy buena, sin grandes listas de espera. En los últimos diez años se han producido grandes cambios (heroína, patología dual) y la red y sus profesionales se han adaptado muy bien así como al hecho de haber entrado en el SES y que sean Unidades de Apoyo a la Atención Primaria. Ahora hay que empezar a medir con indicadores de calidad aunque en esta área se realizan evaluaciones de diseño y de implementación y conforme a ellas se consideran muy adecuados los programas de reducción del daño y otros programas y recursos asistenciales; los de asistencia a problemas de alcoholismo se consideran poco adecuados y aquellos destinados a poblaciones con problemas jurídico-penales nada adecuados.

En lo que a los recursos materiales se refiere, todos son muy adecuados con la excepción de las Unidades Hospitalarias que se consideran nada adecuadas. En resumen, la principal deficiencia en la red asistencial ha sido el coste de los programas asistenciales, atendiendo a la extensión y dispersión de la Comunidad Autónoma. En este momento es preciso evitar las posibles resistencias de la integración de las dos redes en una, los problemas en la gestión del personal (bajas laborales, horarios, etc), solucionar la sobrecarga asistencial que hay en algunas zonas grandes y montar un centro en las zonas con poca población.

Por otro lado, la Ley 1/1999 de 29 de marzo establece la reinserción como una parte más e indivisible y sin solución de continuidad el proceso terapéutico seguido por el drogodependiente, considerándola el objetivo máximo de intervención en este proceso. Como aspectos positivos, anualmente se planifican las actividades y programas por parte de los técnicos; se considera que los convenios funcionan muy bien y ha sido notable el incremento del número de programas de integración laboral y apoyo residencial, así como de los usuarios. Los principales obstáculos han sido la insuficiente oferta de programas y recursos, de colaboración con la red de servicios sociales y con las agencias de empleo de la Administración Central; además, los programas de formación no han seguido una tendencia constante.

El funcionamiento de los programas se considera muy bueno, salvo los realizados en Comisarías que cabría mejorar. En función de las necesidades estimadas, aumentarían los programas de formación, integración laboral (empleo) y apoyo residencial. Se considera bueno el funcionamiento de los programas de integración laboral, muy bueno los de apoyo residencial y cabría mejorar los de formación. Además, aumentarían todas las actividades con la excepción de las de información, orientación y búsqueda de empleo. Consideran que funcionan muy bien los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas y bueno el de las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las escuelas taller; las casas de oficios; los talleres de empleo; los pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos y los pisos de reinserción social. Sin embargo, los Cursos de Formación profesional, homologados por el INEM, las actividades ocupacionales y la promoción de empresas de inserción tienen un funcionamiento regular; las actividades de integración en programas de empleo municipales funcionan mal y las reserva de plazas en empresas muy mal. El reto es seguir apostando por los proyectos europeos, encontrar empresarios que les den una oportunidad, e implicar a la sociedad.

Los estudios e investigaciones son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, en ocasiones, alguna ONG. La cantidad de estudios se considera sufi-

ciente aunque la calidad de los resultados regular. Entre las principales dificultades destacan la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés y habría que promover estudios sobre la evolución en el consumo de drogas, el desarrollo de programas de prevención y la situación de los consumidores. La valoración de la investigación en el ámbito estatal la califican como escasa.

Finalmente, el papel de las ONG's en la Comunidad Extremeña es notorio. En el área de formación constituyen un grupo preferente, participan en el primer nivel de intervención, en el ámbito organizativo, estas organizaciones colaboran junto con las administraciones públicas en el Consejo Regional de Drogodependencias. Parte del presupuesto en prevención y asistencia lo llevan estas entidades y que su papel es importante, pues la Administración no puede tener todos los recursos. Hay temas que cambian muy rápido y necesitan gente que esté muy cerca de la sociedad donde están interviniendo y una manera rápida de adaptarse a esa realidad. El presupuesto destinado en el Plan Integral a la coordinación con las ONG's se ha incrementado notablemente desde 1992 superando al destinado al área de prevención. El número de convenios y subvenciones se ha mantenido aunque se ha producido un cambio en la relación con estas organizaciones predominando en los últimos años los conciertos sobre las subvenciones en esta materia.

En resumen, se consideran puntos fuertes de Extremadura que cuenta una situación caracterizada por un mayor consumo de sustancias legales y menor de ilegales; el marco legislativo; la planificación de los objetivos; el incremento de los recursos humanos, además de su formación y remuneración; las áreas de prevención laboral y municipal; las transferencias en materia sanitaria y la incorporación de las drogodependencias en el Servicio Extremeño de Salud; el incremento de centros, el buen funcionamiento y la realización de evaluaciones; en incorporación social, el buen funcionamiento de los convenios, el incremento de los programas de integración laboral y apoyo residencial; la realización de un buen número de estudios y el crecimiento del presupuesto destinado a ONG's.

Como puntos débiles, el aumento de la proporción de bebedores así como un mayor número de alcohólicos que solicitan tratamiento; los problemas de competencias con la Administración Local y de coordinación con numerosas administraciones (servicios sanitarios, servicios sociales); la evaluación y diseño de mapas de riesgo en prevención escolar; en intervención asistencial los programas dirigidos a población con problemas de alcoholismo y jurídico-penales; en incorporación social, la falta de recursos, de colaboración con servicios sociales y agencias de empleo, los programas en Comisarías, los de Formación Profesional, las actividades ocupacionales, las empresas de inserción, la integración en programas de empleo y la reserva de plazas en empresas. Finalmente, la calidad de los estudios se considera regular, faltan entidades que promuevan estudios de interés y a nivel nacional se considera escasa.

GALICIA

INTRODUCCIÓN

La problemática asociada al fenómeno de las drogas comenzó a ser más fuerte en Galicia a finales de la década de los 70, momento en el que llegó a ser preocupante. De cara a esta situación, empezaron a crearse una serie de servicios de atención promovidos, en un principio, por asociaciones ciudadanas y más tarde por algunos ayuntamientos, comenzándose, por tanto, a recibir la ayuda de la Administración Autonómica y Central. Al ser numerosos los problemas ocasionados por las drogas, la Junta de Galicia creó en 1986 el Plan Autonómico sobre Drogodependencias (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), fecha a partir de la cual comenzó el proceso de organización, planificación, coordinación y gestión de programas y servicios.

Unos años más tarde, en 1992, el Parlamento gallego aprobó el Dictamen de la Comisión no permanente para el estudio de la repercusión socioeconómica y sanitaria del narcotráfico¹, donde se sugería la presentación de un proyecto de ley sobre prevención, asistencia e integración en materia de drogodependencias, además de recomendar la necesidad de dotar al PAD de una estructura sólida que unificase todas las acciones desarrolladas. Así, a través del Decreto 33/1993, de 19 de febrero, se creó el Comisionado del Plan Autonómico, siendo un año más tarde el Decreto 86/1994, de 14 de abril, el que estableció la estructura y funciones de la Oficina del Comisionado. Este mismo año, el Decreto 174/1994, de 2 de junio, creó comisiones de coordinación entre las instituciones que intervienen en el campo de las drogodependencias.

Posteriormente, destacó la ley 2/1996 de 8 de mayo, con el objeto de otorgar un marco normativo extenso a la revisión del PAD (tras ocho años en vigor), de cara a la solución de los diferentes retos. Dicha ley, otorga a la prevención del consumo de drogas una gran importancia, aludiendo a la responsabilidad individual y de toda la sociedad, aunque también trata con profundidad otros temas como la reducción de la oferta y de la demanda, la asistencia, la reinserción, la coordinación, la organización y participación social, la investigación, etc². En 1996, se formalizaron un total de 53 convenios, 29 con asociaciones y 24 con ayuntamientos, para la realización de los programas de Prevención e Incorporación Social³.

1 Boletín Oficial del Parlamento de Galicia, nº 282, de 10 de junio de 1992.

2 Ley de Galicia sobre Drogas, Ley 2/1996 de 8 de mayo.

3 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996.

En el mismo año de la Ley de Galicia sobre Drogas (1996), se elaboró el borrador del segundo PAD 1997-2000, aprobado por el Consejo de la Junta de Galicia el 23 de enero de 1997 y por la Comisión 5ª de Sanidad, Política Social y Empleo del Parlamento de Galicia (doc. nº 13.604, BOPG nº 602 del 24 de febrero de 1997)⁴. Un año más tarde, dentro del programa de desarrollo de esta Ley, se publicó el Decreto 34/1998, de 12 de noviembre, por el que se regulaba la composición y funcionamiento de los órganos colegiados en el ámbito de las drogodependencias, además de un Informe de Situación (1986-96) del Observatorio de Galicia sobre Drogas y de la formalización de 83 convenios de colaboración o cooperación con ONGs y ayuntamientos⁵. En 1999, se establecieron 32 con ONGs y 48 con ayuntamientos⁶ y durante el año 2000 fueron 33 y 46, respectivamente⁷.

Finalmente, el tercer Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, persigue como metas globales el establecimiento de criterios que permitan una adecuada coordinación de las entidades e instituciones que actúan ante la problemática de las drogodependencias; la planificación, programación, coordinación y regulación del conjunto de acciones dirigidas a la prevención, tratamiento e incorporación social de los afectados por las drogodependencias y la formación, investigación y evaluación en este campo. Además, la normalización de la percepción del fenómeno de la droga, la mejora de la imagen social del drogodependiente y la implicación de la sociedad gallega de forma que ésta conciba la tarea como colectiva, participativa e integradora⁸.

En opinión del responsable del Plan Autonómico, *lo más destacado en la evolución del Plan ha sido la institucionalización. Esto se expresa en dos sentidos, en primer lugar, en la producción legislativa específica sobre drogas y también en otras leyes y, en segundo, en la presupuestación. En la coordinación tiene un papel fundamental la Comisión Interconsellerías, que se reúne, como mínimo, una vez al año; las reuniones bilaterales; la Consellería de Asuntos Sociales y la de Empleo. Anteriormente, el área de actuación prioritaria era la prevención, pero en la actualidad es la inserción social, concretamente los programas de inserción personalizados.*

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. El alcohol es considerado la sustancia más problemática, seguido por la heroína y, en tercer lugar, el tabaco. En su opinión, las tres tienen un alto impacto sanitario y afectan a un gran número de personas, en el caso del alcohol y del tabaco. Por último, la heroína genera una gran alarma en la opinión pública, los recursos son más costosos y desencadena otros problemas.

Haciendo un breve y general recorrido por las diferentes sustancias, el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol), sobre todo en jóvenes, es preocupante (en 1998 el 32,2% de los gallegos se declaraban fumadores diarios frente al 28,9% de 1996). Sin embargo, el uso de drogas no institucionalizadas (heroína, cocaína y cánnabis) ha experimentado un retroceso, aunque los derivados del cánnabis se encuentran entre los más consumidos. En cuanto a los modelos de policonsumo, el primer puesto lo ocupan los psicoestimulantes liderado por las drogas de síntesis y desplazando a un segundo lugar a los narcóticos (heroína); seguidamente, los psicofármacos y, por último, la asociación entre el consumo de tabaco, alcohol y cánnabis⁹.

4 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1997.

5 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999.

6 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1999.

7 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp.185.

8 Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

9 Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

En la Ley de Galicia sobre drogas 2/1996 de 8 de mayo, se pone de manifiesto que *los gallegos sufren doblemente el llamado <<problema de las drogas>>*, ya que a los graves efectos del consumo, se les unen los del tráfico de drogas que favorecen su uso y perjudican a Galicia en su economía y en su imagen exterior. Por otro lado, se apunta que en esta Comunidad los únicos estudios exclusivos de cierta entidad realizados son los de Pérez Vilaño y Veira Veira (1986), con la población urbana entre 15 y 34 años, y los del EDIS (Equipos de Investigaciones Sociológicas) de 1988, 1992, 1994, 1996 y 1998, basados en la población general mayor de 12 años. Ambos estudios son patrocinados por la Junta de Galicia.

Según la encuesta EDIS (1988), el tabaco era la sustancia más consumida en esta Comunidad con un 33,7% (en torno a los 676.000 gallegos), seguida por el alcohol (10,7%), los analgésicos comunes (2%) y tranquilizantes (1,8%), el cánnabis y derivados (1,2%), los hipnóticos (0,8%), las anfetaminas y la heroína (0,2%), los analgésicos morfínicos y la cocaína (0,1%). Si se estableciera una comparación con los datos estatales, Galicia estaría por debajo de la media del Estado. El perfil de los consumidores de las distintas sustancias era, en su mayoría, hombres, con una proporción de 4 a 1 en el consumo de cánnabis, heroína y cocaína; mientras que en el consumo de psicofármacos, la mujer superaba a los varones. La edad característica en el consumo de drogas ilegales giraba entre los 19 y 24 años y entre los 25 y 29, mientras que el consumo de los psicofármacos era mayor a partir de los 35 años.

El estudio realizado por A. Luengo, X.M. Otero y L. Mirón (de 1988 a 1989) sobre los jóvenes estudiantes de B.U.P., puso de manifiesto el estancamiento y declive ligero del consumo de heroína, paralelo al incremento del consumo de cocaína, al nuevo tipo de consumo del "crack español", la difusión incierta de las drogas de diseño y las demandas a tratamiento con un importante desplazamiento del consumo hacia la cocaína (en 1986 del 0,6% y en 1990 del 5,7%).

Entrando más detalladamente en el consumo de las diferentes sustancias, respecto a las drogas legales, el último estudio del EDIS (1998) señala que el consumo de alcohol muestra una situación paradójica, ya que mientras se aprecia una tendencia decreciente en los consumos de riesgo (de un 10,7% en 1988 a un 6,9% en 1998), se consolida un patrón de consumo abusivo en el sector juvenil, especialmente los fines de semana en las grandes ciudades y núcleos urbanos medios.

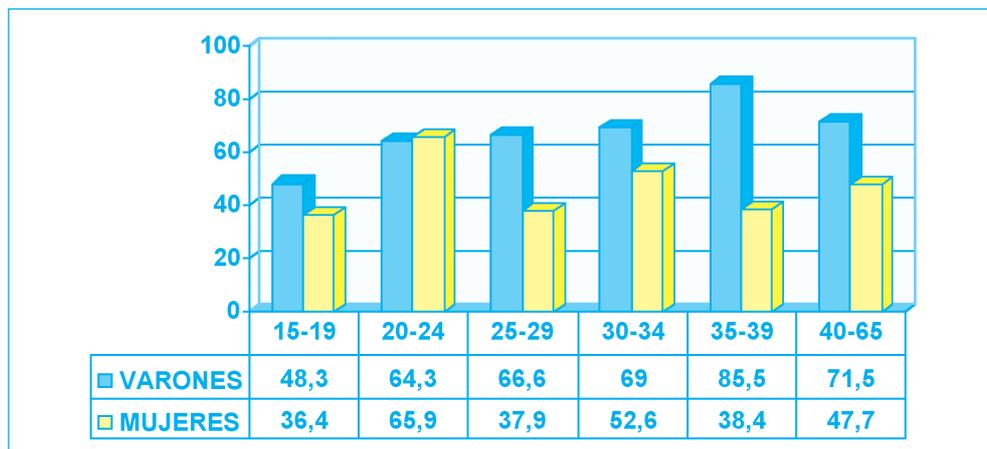
Según los datos ofrecidos por el último Informe del Observatorio Español de Drogas, la prevalencia de consumo de alcohol, durante 1999 en los últimos 30 días, por sexo y edad, fue de un 58% (69% de hombres frente a un 47,2% de mujeres), cifra no muy alta respecto al resto de las Comunidades y Ciudades Autónomas. La mayor prevalencia de consumo de esta sustancia se da entre los varones, especialmente de 35 a 39 años (85,5%), siempre superando el porcentaje de mujeres bebedoras, excepto en el intervalo de 20 a 24 años, donde se invierte esta tendencia (ver Gráfico 1).

En lo referente al tabaco, otra de las sustancias más consumidas en Galicia, se aprecia, en términos generales, el predominio de no fumadores y un descenso continuado de los fumadores diarios (ver Gráfico 2). Sin embargo, el estudio EDIS (1998) apuntó un aumento del hábito de fumar debido al comportamiento del sector más juvenil de la población (de 12 a 18 años), donde destacaron especialmente las mujeres. La media de cigarros fumados pasó de 16,6 cigarros al día en 1996 a 17,4 dos años más tarde. Respecto al perfil general del fumador, se trata principalmente de varones entre los 20 y 40 años.

Respecto a las drogas ilegales (ver Gráfico 3), según el estudio EDIS (1998), el cánnabis es la sustancia más frecuentemente consumida y aunque con posterioridad a 1988 (5,6) ha ido mostrando porcentajes más bajos, a partir de 1994 comienza a sufrir una tendencia a la recuperación (2,4 en 1992; 2,7 en 1994; 3,7 en 1996 y 4 en 1998). En números absolutos, se estima que cerca de 95.000 gallegos consumieron cánnabis en los últimos 6 meses, tratándose principalmente de un tipo de consumo donde predomina el perfil masculino y juvenil. La cocaína se caracteriza por un decrecimiento, aunque los consumidores habituales parecen estabilizados; se estiman cerca de 30.000 consumidores ocasionales y unas 10.000-12.000 personas que hacen un uso más intenso de dicha sustancia. En su consumo, también predominan los varones jóvenes, principalmente entre los 19 y 24 años.

Gráfico 1

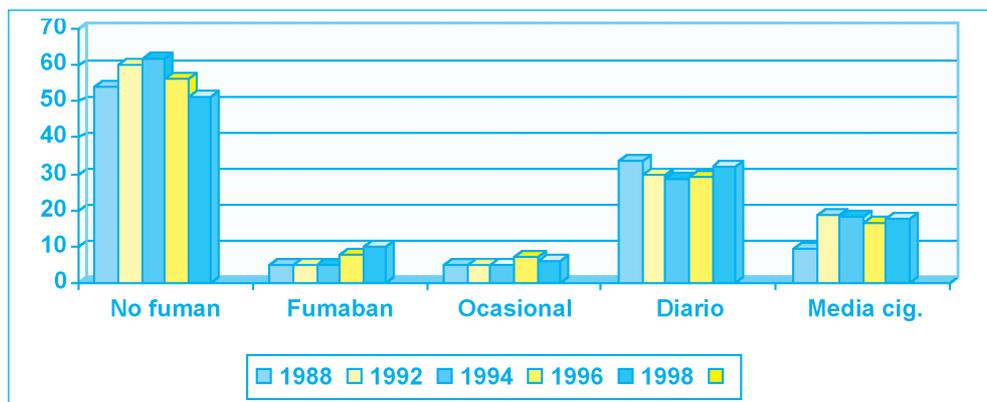
Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupos de edad, 1999



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Informe nº 4 del Observatorio Español de Drogas

Gráfico 2

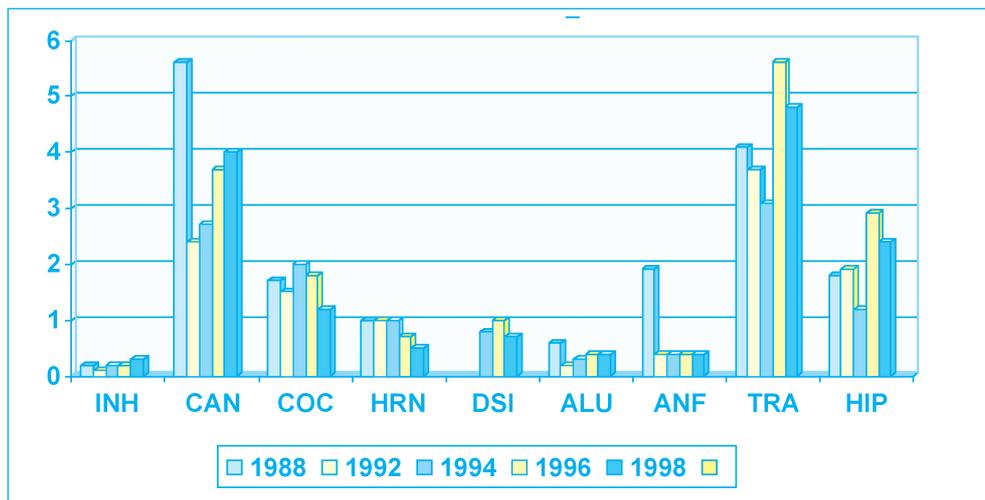
Evolución del consumo de tabaco, 1988-1998



Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 (EDIS 1988, 92, 94, 96, 98).

Las drogas de síntesis, siguiendo con el mismo estudio, además de mostrar una tendencia decreciente, no evidencian pautas de consumo habitual, tratándose más bien de una práctica ocasional. El uso de este tipo de drogas a menudo viene asociado al consumo de anfetaminas, tampoco detectándose aquí un consumo habitual. En ambas sustancias, vuelve a predominar el perfil masculino y juvenil. En el caso de los alucinógenos, su uso está asociado a la cocaína, anfetaminas y drogas de síntesis, con una tendencia similar a la de las dos últimas drogas señaladas. El consumo de tranquilizantes e hipnóticos supone un 4,8 y un 2,4% de la población, respectivamente, apreciándose un descenso en relación con 1996, una tendencia a la estabilización en el uso habitual y un decrecimiento en el ocasional. Este tipo de sustancias son consumidas principalmente por mujeres. Finalmente, la heroína continúa en su fase de descenso, estimándose unas

Gráfico 3
Evolución del consumo de drogas, 1988-1998 (Últimos 6 meses)



Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004 (EDIS 1988, 92, 94, 96, 98)

6.000 u 8.000 personas que hacen un uso habitual de esta sustancia. Se trata principalmente de varones, aunque esta vez con edades comprendidas entre los 25 y 39 años.

Por último, destacar el consumo de otras drogas como el crack y los inhalables, caracterizados por usos bastante bajos, concretamente en 1998 el consumo de crack fue de un 0,2% entre los que lo hicieron “alguna vez” y un 0,1% en los últimos 6 meses. Los inhalables no reflejan pautas de consumo habitual¹⁰.

En opinión del responsable, en estos momentos, *respecto a las drogas legales, se ha producido un aumento del consumo diario de tabaco, sobre todo en mujeres más jóvenes y en lo relativo al alcohol, se ha dado un incremento del consumo, al aumentar el de tipo moderado y abusivo, aunque a partir del 2000 se aprecia, en general, un descenso. Comentando las drogas ilegales, ha bajado el consumo de heroína y el de psicofármacos, ha aumentado el de cánnabis y se ha estabilizado el de las drogas de síntesis.*

Tomando como referencia el conjunto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, señala que Galicia se encuentra entre las regiones menos consumidoras de anfetaminas (0,9%) y de drogas de síntesis (1,3%). Es de destacar que en 1999, según los datos ofrecidos por el Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, se encontraba en la última posición respecto al resto de las Comunidades y Ciudades Autónomas en la proporción de bebedores abusivos en días laborales (2,4) y durante el fin de semana (1,9). En conclusión, esta Comunidad se sitúa por debajo de la media del Estado respecto al consumo de las diferentes sustancias.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Una de las consecuencias asociadas al consumo de drogas es la admisión a tratamiento por abuso de estas sustancias. En este sentido la fase de descenso que caracteriza al consumo de

¹⁰ EDIS, 1996, 1998.

heroína tiene un claro impacto en el área asistencial, donde el Indicador de Tratamiento del SEIT (Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías) o del SEA (Sistema de Evaluación Asistencial) del Plan de Galicia sobre Drogas, evidencian un descenso en el número de nuevas admisiones a tratamiento por consumo de esta sustancia¹¹.

Por otro lado, el Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda o Consumo de Drogas, recoge anualmente el número de fallecidos por este motivo, siendo Galicia la única Comunidad Autónoma que tiene implantado este Indicador en todo su territorio. Desde su implantación hasta 1999 se dieron 525 casos de muerte por reacción aguda o consumo de drogas, de los que un 89,7% estuvieron asociados a las toxicomanías¹² (ver Tabla 1).

Tabla 1
Evolución por sexo del indicador de mortalidad

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
HOMBRES	30	46	65	44	63	60	67	58
MUJERES	5	5	8	5	1	5	1	8
Total	41* 35**	61* 51**	82* 73**	52* 49**	73* 64**	71* 65**	73* 68**	72* 66**

(*) Incluye los fallecidos con/sin confirmación toxicológica

(**) Sólo incluye los fallecidos con confirmación toxicológica

Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

En el periodo 1994-1999 se registró una cierta estabilización en el número interanual de fallecidos (ver Gráfico 4). La sobredosis suele ser la causa principal de muerte, asociada a la heroína en los usuarios de drogas, principalmente por vía parenteral, aunque esta forma de administración comenzó a descender a partir de 1997. Entre estos sujetos predomina el sexo masculino con una tendencia al envejecimiento de la población afectada. A pesar de que las muertes asociadas al consumo de heroína son las más numerosas (25 en 1999), las relacionadas con la cocaína muestran una tendencia creciente (18 en este mismo año), al igual que las ocasionadas por consumo de ambas sustancias (23). Se puede constatar el policonsumo en la mayoría de los fallecidos, entre el 60 y el 70%, donde lo más frecuente es la mezcla de heroína con alcohol y/o benzodiazepinas¹³.

Finalmente, los datos acumulados desde 1981¹⁴, muestran que en el 2001 se registraron en esta Comunidad 2.840 casos de Sida, de los que 1.932 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. En lo que respecta a la tasa de Sida registrada por millón de habitantes, en el 2000 fue de 32.9, lo que evidenció un descenso respecto a años anteriores (51.5 en 1998 y 50.9 en 1999). La mortalidad es otro factor a tener en cuenta al hablar del Sida, en este sentido, las defunciones notificadas por este motivo entre los usuarios de drogas por vía parenteral fueron en el 2000 de 1.107 fallecimientos¹⁵.

11 Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

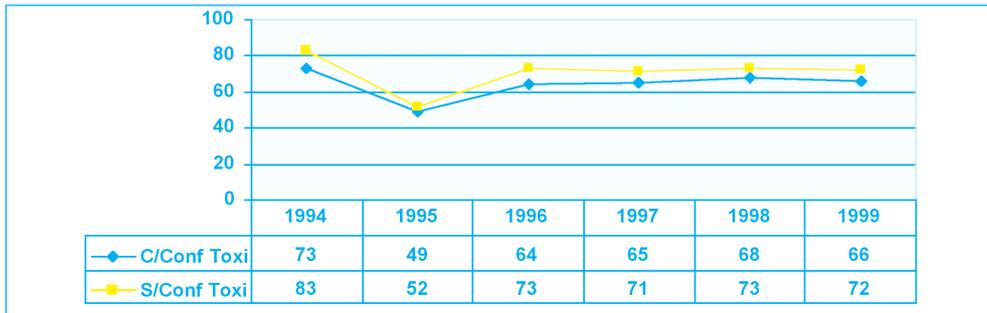
12 Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

13 Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

14 Registro Nacional de SIDA, 30 de junio de 2001.

15 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

Gráfico 4
Indicador de Mortalidad en Galicia



Fuente: Plan de Galicia sobre drogas 2001-2004 (OGD. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales)

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Desde que Galicia tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado tres Planes sobre Drogas (1986-96, 1997-2000, 2001-2004) para hacer frente a todos los problemas relacionados con este fenómeno. Según el último Plan, los principios básicos de planificación que se promueven son los de integración sanitaria, zonificación y territorialidad; integralidad; interdisciplinariedad; continuidad terapéutica y participación comunitaria. Entre sus directrices se encuentran la descentralización de acciones y centralización de la planificación y dirección operativa, la distribución equitativa de los recursos, la especialización, la docencia, la formación e investigación y la evaluación.

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, el Plan no se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, ya que se toma como referencia los estudios bianuales de consumo de drogas, aunque sí se ha elaborado un informe oficial realizado por profesionales externos a él. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente está previsto para dentro de tres o más años. Partiendo de los objetivos del Plan Autonómico se realiza la programación. La encargada de esta planificación es la Oficina del Comisionado, que ha participado, además, en la elaboración de los objetivos. Posteriormente, las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan son editadas.

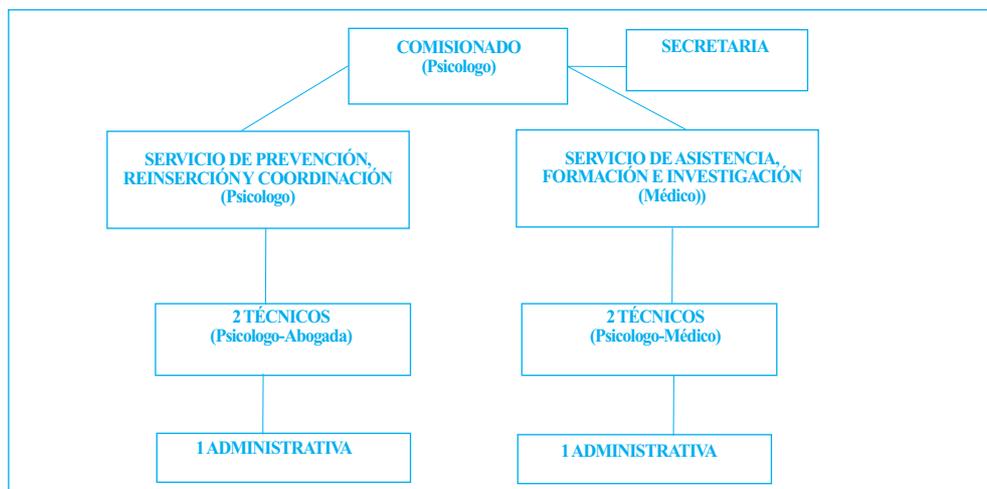
Por otra parte, a través de diversas fuentes internas y externas se realiza la evaluación del Plan, contando como soporte con el Sistema de Indicadores del Observatorio de Galicia sobre Drogas. Además, existe una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, concretamente, la Comisión de Coordinación Interconsejerías en materia de drogodependencias, que se reúne como mínimo una vez al año con el objetivo de revisar las acciones realizadas por las Consejerías, según las encomendadas en el documento del Plan. Dicha Comisión está compuesta por diversas Direcciones Generales de Consejerías de Sanidad e Servicios Sociales, de Educación y Ordenación Universitaria, de Cultura, Comunicación Social y Turismo, de Familia y Promoción de Empleo, Mujer y Juventud, de Justicia, Interior y Relaciones Laborales, de Presidencia y Administración Pública y de Industria y Comercio.

Al plantear a los responsables cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades en el ámbito de financiación con las tres administraciones y de recursos con la Autonómica y Local. En materia de competencias (considerando las asumidas por la Comunidad Autónoma), se considera que el Plan tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Siguiendo con

los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las consejerías y/o departamentos de Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Trabajo y los integrantes de la Comisión de Coordinación Interconsejerías. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios, concretamente 13 convenios de financiación para el área asistencial y 37 de cofinanciación que cubren 114 ayuntamientos, para las áreas de prevención e incorporación.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver Gráfico 5), esta Comunidad cuenta con el Comisionado -con un psicólogo a su cargo- y con una Secretaria. De este primero dependen un Servicio de Prevención, Reinserción y Coordinación (psicólogo) y un Servicio de Asistencia, Formación e Investigación (médico), ambos con dos técnicos, concretamente una pedagoga y una abogada, en el caso del primero y un psicólogo y un médico, en el caso del segundo. Por último, dos administrativas completan este organigrama.

Gráfico 5
Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario

Además del organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan, tienen como órganos consultivos la Comisión Tripartita en el ámbito laboral y Grupos de Trabajo, constituidos en 1995 y en fechas posteriores y que se reúnen trimestralmente, en el caso de la Comisión e irregularmente, según cargas de trabajo, en el caso de los Grupos. Están compuestos por representantes de agentes sociales laborales, técnicos de recursos del Plan y otros representantes de instituciones implicadas.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, en esta Comunidad no existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea, aunque sí se realizan actividades de difusión/divulgación. En general, la información se difunde a través de revistas, páginas Web, teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, Memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, población escolar, familias, jóvenes y mediadores sociales (profesores, atención primaria, AAVV). En intervención asistencial, población consumidora o dependiente de sustancias y su familia, otros agentes intervinientes (atención primaria y especializada) y Asociaciones interesadas. Por

último, en incorporación laboral, la información se dirige preferentemente a la población que haya realizado o esté realizando tratamiento, a la Confederación de Empresarios y a los Sindicatos.

3. RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver Tabla 2), según datos del 2000, la mayor parte son licenciados y diplomados (153, respectivamente), sobre todo psicólogos (87), médicos (20), trabajadores sociales (49), educadores (38) y monitores (31). En segundo lugar, personal con estudios de Bachiller o FP (77) y finalmente sin estudios (6). El área de intervención asistencial es la que cuenta con más profesionales (249), seguida del área de prevención (92) e incorporación social (48). En opinión del responsable, *en estos momentos el personal ha crecido, se puede hablar en la actualidad de 297 profesionales en asistencia y de 134 en prevención. La opinión sobre este tema es buena, hay un mayor nivel de eficiencia comparado con el personal que trabaja en el Servicio General de Salud.*

Tabla 2
Perfil de personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	I. ASISTENCIAL	I. SOCIAL	TOTAL
1. Licenciados	53	86	14	153
Psicólogos/as	37	46	4	87
Pedagogos/as	11		1	12
Médicos	3	37 (7 Psiquiatras)		40
Psicopedagogo	1			1
Biólogo	1			1
Economistas		3		3
Abogados/as			9	9
2. Diplomados	29	104	20	153
Trabajadores Sociales	16	27	6	49
Educadores Sociales	4	26	8	38
Maestros/as	8		2	10
ATS-DUE	1	17		18
Técnicos Informáticos		3		3
Monitores		31		31
Educadores de calle			1	1
Animadores socioculturales			2	2
C. Empresariales			1	1
3. Bachiller/FP	10	53	14	77
4. Sin estudios		6		6
TOTAL	92	249	48	389

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario

En opinión de los responsables, el personal que trabaja en las distintas áreas se considera insuficiente. Entre las principales deficiencias, señalan, además, la falta de formación y de una implicación más efectiva de instituciones gestoras, fundamentalmente de los ayuntamientos. Los problemas que afectan al área de prevención en este ámbito son la continuidad y la estabilidad, la dependencia de distintas instituciones que no conceden la misma prioridad a esta temática y la necesidad de colaboración de diversas instituciones; y en intervención asistencial e incorporación social la dependencia orgánica de diferentes instituciones.

En el ámbito de formación, existen unidades específicamente encargadas de esta tarea (aunque no exclusivamente), el Servicio de Prevención, Reinserción y Coordinación, para los ámbitos de prevención e incorporación social y el Servicio de Asistencia, Formación e Investigación, para la intervención asistencial. Según el Plan sobre Drogas 2001-2004, en este ámbito se promueven una serie de principios de actuación, entre ellos, impulsar y promocionar la disponibilidad de recursos que favorezcan la organización, coordinación y sistematización de actuaciones para la formación y reciclaje de los agentes que trabajan en el campo de las drogodependencias. A la hora de fomentar la formación, se tienen en cuenta conceptos como la interdisciplinariedad, flexibilidad, adecuación a la realidad, trayectorias de formación, etc. La formación es entendida como un proceso continuo donde se distinguen los niveles de Pregrado, Postgrado, Continuada y de Medidores Sociales.

Son muy diversas las actividades de formación puestas en práctica, entre ellas un gran número de cursos, seminarios, jornadas, reuniones, congresos y prácticas en UADs (Unidad Asistencial de Drogodependencias), dirigidos a profesionales, asociaciones, voluntarios, alumnos, etc. Por ejemplo, si se analizan más detenidamente las actividades de formación impartidas en los últimos años (1996-2000) en esta Comunidad (ver Tabla 3), se aprecia esta variedad de actividades y destinatarios. En el caso de los cursos ofertados, aunque han descendido respecto al primer año analizado (de 41 en

Tabla 3

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatar.	Nº	Destinatar.	Nº	Destinatar.	Nº	Destinatar.	Nº	Destinatar.
Cursos	41	Alumnos pedagogía, médicos, voluntarios, profesionales, etc.	32	1.148 voluntarios, policías, profesores, profesionales, etc.	8	171 profesionales, educadores, jóvenes, etc.	17	1.188 profesionales, asociaciones, voluntarios, etc.	25	Profesores, profesionales, universitarios, personal salud, etc.
Seminarios/ Jornadas/Encuentros	27	Profesionales	10 Jor	890 profesionales, ONGs, población gral, etc.	3 Sem 13 Jor	630 voluntarios, alumnos, profesionales, etc.	17	610 profesionales y sanitarios	6 Jor 1 Enc	253 profesionales drogodependency sanitarios
Reunión SEISIDA Congreso SET	2	Médicos, psicólogos, ATS-DUE, asistentes sociales			1 Cong	130 profesionales sanitari y servicios sociales				
Alumnos rotatorios y prácticas * Prácticas en UADs				58 alumnos, MIR, PIR, Trab.Soc., Magisterio		* 15 alumnos Trab.Soc., Psicolog, ED.Soc 8 objetores		* Alumnos Psicolog, T.Soc., Enferm, profesion, etc.		* Alumnos Psicolog, T.Soc., Enferm, profesion, etc

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

1996 a 25 en el 2000), comienzan a ascender en los últimos años y los destinatarios son cada vez más numerosos. En el resto de actividades, se aprecian ciertas variaciones a lo largo del tiempo, destacando, a partir de 1997, los alumnos rotatorios y prácticas y, desde 1998, el desempeño de éstas en UADs, destinadas a alumnos de trabajo social, psicología, enfermería, profesionales, etc.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. El artículo 33 de la Ley 2/1996 “compromisos presupuestarios”, establece el presupuesto de las acciones contempladas en dicha norma, en la que se hace referencia a las diferentes Consejerías de la Junta de Galicia y a sus organismos autónomos que trabajen en el ámbito de las drogodependencias, a las distintas administraciones locales y a los organismos de coordinación que se establezcan. El decreto 341/1998, de 12 de noviembre, por el que se regula la composición de los órganos colegiados en materia de drogodependencias, crea en su artículo 1.1 la Comisión de Coordinación Interconsejerías y en el artículo 3 le atribuye a ésta funciones relacionadas con la concesión de ayudas y subvenciones y se le encarga proponer a los departamentos representados las dotaciones económicas que estime convenientes. De esta manera, se financian las diferentes áreas de intervención (prevención, asistencia, etc.) según el presupuesto adjudicado anualmente por cada Consejería para lograr los objetivos propuestos¹⁶.

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 4), los recursos económicos han crecido notablemente. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención e incorporación social. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en 1999, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial (cerca de 207 millones de ptas más), seguido por el área de prevención e incorporación social (en torno a los 62 millones). Por último, resaltar el descenso del presupuesto con el paso de los años en las áreas de formación e investigación y en la coordinación institucional, aunque a partir del 2000 vuelve a contar con mayor dotación presupuestaria. En opinión del responsable, *el presupuesto es razonable, en general, pero todavía hay necesidades pendientes que hay que cubrir.*

Tabla 4
Presupuesto por áreas de actuación (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención e Incorporación Social</i>	203.926.966	207.133.670	239.950.672	261.068.363	266.082.467
<i>Intervención Asistencial</i>	994.829.000	1.115.833.03	1.129.611.422	1.156.922.747	1.201.741.202
<i>Formación, Investigación</i>	29.558.224	22.644.549	36.682.676	18.226.938	23.871.683
<i>Coordinación Institucional</i>	13.824.810	14.659.751	8.655.230	4.436.943	19.352.648
TOTAL	1.242.139.000	1.360.271.000	1.414.900.000	1.440.654.991	1.511.048.000
<i>FCA (Fondos CC.AA.)</i>	<i>1.034.397.000</i>	<i>1.156.271.000</i>	<i>1.220.900.000</i>	<i>1.195.332.891</i>	<i>1.266.926.000</i>
<i>PGE (Presup Grales Estado)</i>	<i>207.742.000</i>	<i>204.000.000</i>	<i>194.000.000</i>	<i>245.322.100</i>	<i>244.122.000</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Respecto al presupuesto del año 2000, el Gobierno Central aportó un total de 319.259.898 Ptas., de las que 244.122.000 Ptas. procedían del Ministerio del Interior (PNSD), incluyendo las par-

¹⁶ Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

tidas con cargo al Fondo y Programas Especiales (36.500.000 Ptas. en el 2000) y 75.137.898 Ptas. del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (vía 0,5 del IRPF), respecto al Convenio de éste con la UNAD, no con el Plan de Galicia sobre Drogas. La Comunidad Autónoma ha destinado un total de 1.266.926.000 Ptas. en materia de drogodependencias (ver Tabla 5).

Tabla 5
Presupuesto del Plan Regional sobre Drogodependencias (en pesetas) (2000)

Procedencia del Presupuesto			
Aportación del Gobierno Central			Aportación de la Comunidad
M. del Interior (PNSD)	M. de Trabajo y Asuntos Sociales	TOTAL	
244.122.000*	75.137.898**	319.259.898	1.266.926.000

* Incluye partidas con cargo al Fondo y Programas Especiales (36.500.000 en el 2000)

** Convenio del MTAS con la UNAD, no con el Plan de Galicia sobre Drogas

Transferencias finalistas: 207.622.000

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario

Un año más tarde (2001), según los responsables, el presupuesto que gestionó la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico ascendió a un total de 1.474.548.000 Ptas. (8.862.211,96 eur), con una estructura compuesta por 62 equipos de prevención y reinserción social que desarrollan 242 programas, 19 Unidades Asistenciales, 10 Unidades de Día, 3 Comunidades Terapéuticas, 6 Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y con Proyecto Hombre, 4 Centros de Acogida, 4 Comunidades de Reinserción y 1 Comunidad terapéutica. Respecto a los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son los estipulados en las Ordenes y documentos técnicos.

Por último, el Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, muestra la evolución de los presupuestos específicos aplicados para dicho periodo (ver Tabla 6), donde el área de intervención asistencial es la que tiene mayor dotación presupuestaria en estos 4 años (7.170.620.631 Ptas.), seguida por la prevención (1.774.092.151 Ptas.), la incorporación social (1.049.913.048 Ptas.), la investigación y evaluación (143.005.000 Ptas.), la coordinación (76.648.813 Ptas.) y la formación (12.000.000 Ptas.). El presupuesto total para este periodo de vigencia del Plan asciende a 10.226.279.643 Ptas.

Tabla 6
Evaluación anual de los presupuestos específicos adjudicados por el PGD para el periodo 2001-2004

	PREVENC	ASISTENC	INCORPORA	FORMACIÓN	INVESTIGAC Y EVALUACIÓN	COORDINAC	TOTAL
2001	404.629.508	1.674.601.407	232.281.759	1.500.000	34.005.000	16.363.334	2.363.381.008
2002	430.188.777	1.771.496.909	253.006.365	3.000.000	39.000.000	19.181.500	2.515.873.551
2003	450.562.626	1.831.140.697	271.286.887	3.500.000	30.000.000	20.080.575	2.606.570.785
2004	488.711.240	1.893.381.618	293.338.037	4.000.000	40.000.000	21.023.404	2.740.454.299
TOTAL	1.774.092.151	7.170.620.631	1.049.913.048	12.000.000	143.005.000	76.648.813	10.226.279.643

Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004

5. PREVENCIÓN

La prevención de las drogodependencias está contemplada de los artículos 3 al 14 de la Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre Drogas. Entre las medidas principales se señala la labor de la Administración Autonómica y de las demás administraciones públicas de desarrollar actuaciones de prevención, encaminadas a eliminar o reducir la promoción y consumo de sustancias y considerar la prevención dentro de una acción planificada y global que incida sobre los factores que predispongan al consumo. En última instancia, que las actividades y programas cuenten con objetivos y metodología de acuerdo con la realidad social en la que se pretende actuar y disponer de un sistema de evaluación de las intervenciones y resultados obtenidos.

Siguiendo con la citada ley, en este ámbito se pretende promover la salud y el bienestar social, articulando programas de información, consejo y divulgación destinados a los ciudadanos sobre las drogodependencias y sus consecuencias; la elaboración de programas de prevención de drogas con actividades informativas, de asesoramiento y actuaciones de este tipo, principalmente en los ámbitos educativo, laboral, sanitario y comunitarios, buscando la colaboración de las entidades locales y, finalmente, la promoción de la formación en drogodependencias de los profesionales implicados y facilitar el asesoramiento y orientación de los usuarios. Por último, otros aspectos contemplados en la Ley son la salud laboral, la educación para la salud, los programas comunitarios, las medidas sobre factores sociales condicionantes, las medidas de apoyo, el control y la inspección y todo lo relativo a la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco. Los objetivos del PGD marcados para el periodo 2001-2004 están en consonancia con los establecidos en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales persigue la coordinación con los Departamentos para la puesta en marcha de las acciones, entre ellos la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria; de Cultura, Comunicación Social y Turismo; de Justicia, Interior y Relaciones Laborales; de Familia y Promoción de Empleo, Mujer y Juventud y otros Departamentos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales¹⁷.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de prevención, se realiza, en primer lugar, un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son los estudios bianuales de consumo de drogas, que incluyen un mapa de riesgo epidemiológico, opiniones y actitudes y factores de riesgo. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a los nuevos patrones de consumo de los jóvenes y a la colaboración con otros departamentos con implicación en el tema. Los factores más destacados causantes o mantenedores de estos problemas son de tipo individual y social.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Lo más destacado del primer tipo es su interdisciplinariedad, de los materiales, su carácter didáctico e informático, y de los económicos los presupuestos del Plan de Galicia sobre Drogas, los ayuntamientos y las entidades privadas. En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se les incluye en el Plan cuatrienal, con objetivos concretos y a través de Comisiones de Coordinación y Grupos de trabajo.

Finalmente, dentro de la planificación de la prevención, se elabora un mapa de necesidades (Mapa de Riesgo Epidemiológico) y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, concretamente los menores institucionalizados, los hijos de drogodependientes y adolescentes y jóvenes con problemática escolar. A continuación, se presenta la labor desarrollada por esta Comunidad en el área de prevención en los diferentes ámbitos de actuación (escolar, familiar, comunitarios, laboral, municipal y de comunicación), la cual contó en el año 2000 con un total de 194 programas de prevención.

17 Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004.

Según expresa el responsable del Plan, *del total de programas que se ponen en marcha en materia de drogas (265), un 87% son de prevención (230). Por ámbitos de actuación, la prevención en el ámbito escolar ocupa una posición central. Cuentan desde 1994-95 con un programa para enseñanza no universitaria que supuso un cambio cualitativo muy importante, ya que cubrió más del 70% de la población gallega: en torno a los 100.000 alumnos, 5.000 profesores y 600 colegios, llegando a ser el programa más extenso de la Unión Europea. Tras el ámbito escolar, ocupan una posición importante los programas de información y formación, la prevención familiar (más de 5.500 padres en las Escuelas de padres) y el ámbito juvenil. El principal problema con el que se enfrenta este área es que cada vez es más difícil que los padres y madres acudan a las Escuelas de padres. Finalmente, como perspectivas de futuro está la necesidad de más prevención escolar (mayor número de programas), el refuerzo de la educación en valores en etapas de riesgo (adolescencia), información escrita para padres e incidir en la labor con las familias (materiales con Escuelas de padres).*

5.1. Ámbito escolar

Tomando como referencia el último Plan sobre Drogas (2001-2004), la prevención en la educación ha de iniciarse en la infancia con continuidad en la educación primaria y secundaria; centrarse en el tabaco, en el alcohol y en los medicamentos; abordar la prevención del uso de cánnabis, alucinógenos y drogas de síntesis en la ESO; implantar programas preventivos a través de los profesionales de los equipos de prevención, con la colaboración de orientadores y educadores. Por último, en las situaciones relacionadas con el consumo de drogodependencias la actuación será individualizada, específica y ajustada. Por ello, las actividades dirigidas a los alumnos se centrarán en el incremento de la competencia personal, tolerancia a la frustración y autocontrol; el desarrollo de habilidades de relación interpersonal y la capacitación para la toma de decisiones y solución de problemas.

Las actividades puestas en marcha y analizadas en el periodo 1996-2000, son cada vez más diversas, así como también más numerosos los centros implicados (de 374 en 1996 a 629 en el 2000) y la participación de padres/madres, profesores y alumnos (niños y jóvenes). Destaca el “Programa de prevención de consumo de drogas en el ámbito educativo” (PPCDE), iniciado en el curso 1994-1995 en el currículo obligatorio y postobligatorio (Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria y Secundaria Postobligatoria) promovido por la LOGSE¹⁸. Con este programa y sus actividades (talleres, concursos, juegos, etc.) se pretende informar, formar y favorecer un conjunto de actitudes y formas de actuar dentro de un estilo de vida saludable y está destinado fundamentalmente a la comunidad educativa (profesores y padres/madres) y a la población escolar; en el año 2000, se amplió a 629 centros escolares los materiales didácticos de prevención en base a la educación para la salud, contando con un total de 5.182 profesores y 103.889 alumnos¹⁹. Además, a partir de 1997, el “Programa de educación en valores: cine y salud”, donde cada vez hay un mayor número de alumnos, niños y jóvenes implicados, concretamente, 20.617 alumnos y 2.0104 profesores de Enseñanza Primaria y Secundaria en el año 2000 (ver Tabla 7).

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha tenido como prioridad extender la aplicación de un programa curricular transversal en toda la enseñanza no universitaria. Para garantizar el seguimiento de esta línea, se procede a la formación del profesorado, al seguimiento y apoyo externo de técnicos de prevención y a la aplicación de un material didáctico propio. Es un programa ampliamente extendido, con gran aceptación en Infantil y Primaria, y menor incidencia en E.S.O y Bachiller. Existe una coordinación con la Administración educativa, la cual se

¹⁸ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996.

¹⁹ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp.185.

Tabla 7

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	"P. de prevenc. del consumo de drogas en ámb. educat"	20 talleres, 40 sesiones cineforum, 25 actuaciones lúdicas, concursos, juegos, etc.	Material didáctico	4.161 profesores 87.241 alumnos distribuidos en 374 centros
1997	"P. de prevenc. del consumo de drogas en ámb. educat" "P. de educación en valores: cine y salud"	Talleres, sesiones cineforum, actuaciones lúdicas, concursos, juegos, concursos, etc.	Material didáctico	4.271 profesores 90.081 alumnos distribuidos en 486 centros 9.854 alumnos y 5.371 niños y jóvenes realizaron el programa bajo vídeo-forum
1998	"P. de prevenc. del consumo de drogas en ámb. educat" "P. de educación en valores: cine y salud"	Talleres, sesiones cineforum, actuaciones lúdicas, concursos, juegos, concursos, etc.	Material didáctico	4.922 profesores 101.137 alumnos distribuidos en 565 centros 9.000 alumnos y 11.993 niños y jóvenes realizaron el programa bajo vídeo-forum
1999	"P. de prevenc. del consumo de drogas en ámb. educat" "P. de educación en valores: cine y salud"	8 cursos formación drogodependencias (182 profesores), 38 talleres, sesiones cineforum, actuaciones lúdicas, concursos, juegos, concursos, etc.	Material didáctico	5.182 profesores 103.889 alumnos distribuidos en 577 centros 12.174 alumnos y 9.684 niños y jóvenes realizaron el programa bajo vídeo-forum
2000	"P. de prevenc. del consumo de drogas en ámb. educat" "P. de educación en valores: cine y salud"	5 cursos formación drogodependencias (87 profesores), 48 talleres, sesiones cineforum, actuaciones lúdicas, concursos, juegos, concursos, etc.	Material didáctico	4.912 profesores 1011.952 alumnos distribuidos en 629 centros 12.595 alumnos y 8.022 niños y jóvenes y 489 profesores realizaron el programa bajo vídeo-forum

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

encarga del apoyo económico en la edición de material didáctico y de la formación del profesorado.

Los profesores y maestros, con el apoyo de los técnicos de prevención de la zona, son los que realizan las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de la oferta de prevención escolar (el Sistema para la Evaluación de Programas de Prevención e Incorporación: SEPI) y de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (629 en el Programa de prevención del consumo de drogas en la escuela de la Junta de Galicia) y además, los programas escolares son evaluados a través de evaluaciones del proceso y de resultados en E.S.O (realizándose en Primaria), concretamente sobre el programa anteriormente mencionado (PPCDE).

A los centros educativos se les oferta formación, materiales y apoyo a los docentes. Los encargados de esta tarea son los profesores y los técnicos de prevención a través de cursos oficiales, sesiones de presentación a nivel local y seguimiento. La formación del profesorado en prevención

está regulada por normativa general de formación de la Consejería de Educación y Ordenación Universitaria. De esta labor se encargan los Técnicos de Prevención y profesores con experiencia en la aplicación del programa, desarrollándose en los Centros de Formación y Recursos y en los centros educativos.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Como sistema de evaluación (monitoreización), esta Comunidad dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias y aquellos que han abordado el tema en el aula (SEPI, Informes del Servicio de formación del Profesorado); el porcentaje de programas que están acreditados (se prioriza el PPCDE); la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información y formación sobre drogas en el aula (Estudio de Evaluación de proceso y resultados, 2000); identificación de zonas o centros de actuación preferente (Mapas de Riesgo Epidemiológico de los estudios bianuales) y las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo (en los Planes Comunitarios).

También se conoce el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia (SEPI); el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias (Consejería de Educación y Ordenación Universitaria). Está previsto tener conocimiento durante el curso 2001-2002 en el Campus de Vigo sobre el número de Escuelas de Magisterio y de cursos de adaptación pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias. Por último, frente a la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas, indican que se prioriza el PPCDE.

5.2.- **Ámbito familiar**

El ámbito familiar ha ido cobrando importancia en el área de prevención con el paso de los años (en un principio contemplado como ámbito sociofamiliar), ya que se considera la familia, según el Plan sobre Drogas 2001-2004, como la protagonista en el papel de educación de los hijos teniendo por ello una serie de responsabilidades que no pueden ser relegadas. En éstas se intenta fomentar la autoestima, el sentido de la responsabilidad y las habilidades educativas de sus miembros; la creación de canales intergeneracionales adecuados que faciliten la comunicación y la toma de decisiones; la participación conjunta en actividades de ocio y tiempo libre y de promoción de la salud, que favorezcan la adquisición e interiorización de valores y la participación activa de sus miembros en actividades sociales y de grupo.

Por otro lado, el último Plan sobre drogas pone de manifiesto que todos los programas que se desarrollen en este ámbito tendrán el objetivo de prevenir el consumo de drogas y adaptarse a las necesidades y rasgos característicos de los participantes. Estos programas estarán coordinados con las ANPAS, servicios sociales, educadores familiares, centros de menores, asociaciones, etc., y seguirán como criterios la continuidad temporal, la programación participativa de los contenidos y la accesibilidad a todas las familias que quieran implicarse, priorizando las actuaciones con las familias multiproblemáticas o en situación de riesgo de algunos de sus miembros. Por tanto, como objetivo general se persigue la implicación de la familia en la educación para la salud y prevención de las drogodependencias y como específicos, el fomento de habilidades educativas y de comunicación, el incremento del sentido de la competencia y capacidad para enfrentarse al problema, la concienciación, la mayor implicación y el respeto de sus necesidades e inquietudes.

Entre las principales actividades desarrolladas, un papel principal tienen las Escuelas de Padres/Madres con un gran número de participantes, especialmente en 1998 que se contabiliza-

ron un total de 127 Escuelas con 4.655 padres/madres, descendiendo en años posteriores. También tienen una gran importancia las actividades informativas-formativas, especialmente los debates, grupos de discusión, análisis de casos y situaciones e intercambio de ideas, más numerosas cada año (de 51 en 1998 a 82 en el 2000) (ver Tabla 8). Con ellas, se persigue abrir el debate y reflexión sobre el papel de la familia en la educación y socialización de los hijos; transmitir información sobre la salud, especialmente sobre las drogodependencias y mejorar, entre otros aspectos, las capacidades comunicativas, de organización del tiempo libre y del análisis de la publicidad²⁰.

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito familiar (1996-2000)

A. Familiar	Programas	Actividades	Destinatarios
1996 (A. Sociofamiliar)	27 programas: "P. de Prevención consumo drogas en la familia"	"Escuelas de Padres/Madres", debates, grupos de discusión, intercambio de ideas y análisis de casos y situaciones	Padres y madres
1997		95 "Escuelas de Padres/Madres", dinámica de grupos (discusión, presentación, intercambio de ideas y análisis de casos y situaciones), actividades informativas-formativas (talleres, debates, etc.)	1.965 padres/madres en las "Escuelas padres/madres" 2.434 padres y madres en las actividades informativas-formativas
1998		127 "Escuelas de Padres/Madres", dinámica de grupos (discusión, presentación, intercambio de ideas y análisis de casos y situaciones), 51 actividades informativas-formativas (talleres, debates, etc.)	4.655 padres/madres en las "Escuelas padres/madres" 2.672 padres y madres en las actividades informativas-formativas
1999		95 "Escuelas de Padres/Madres", dinámica de grupos (discusión, presentación, intercambio de ideas y análisis de casos y situaciones), 63 actividades informativas-formativas (talleres, debates, etc.)	2.809 padres/madres en las "Escuelas padres/madres" 1.714 padres y madres en las actividades informativas-formativas
2000		86 "Escuelas de Padres/Madres", dinámica de grupos (discusión, presentación, intercambio de ideas y análisis de casos y situaciones), 82 actividades informativas-formativas (talleres, debates, etc.)	2.507 padres/madres en las "Escuelas padres/madres" 3.051 padres y madres en las actividades informativas-formativas

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3. Ámbito comunitario

Este ámbito parte de una estructura de trabajo basada en la innovación y coordinación, es decir, los programas y actividades deberán adaptarse a la realidad y a las necesidades concretas de la población, ofreciendo un conjunto de recursos comunitarios con el apoyo técnico de los expertos en prevención (Equipos de prevención). Tienen una gran importancia los programas comunitarios desarrollados, el papel de los medios de comunicación y las actividades de información y/o sensibilización realizadas. Entre los principios generales de planificación, se encuentran el territorio o comunidad sobre la que se interviene, la participación y motivación permanente de la

²⁰ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999.

comunidad, la valoración de los factores estructurales y la intersectorialidad y optimización de los recursos²¹.

Como señalan los responsables, la intervención comunitaria parte de una estrategia global, integrando actuaciones de información y sensibilización, de formación, de coordinación intersectorial, sectoriales según priorización a nivel local (jóvenes, empleo, familia) y de ocio y tiempo libre. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, donde mejorar la coordinación intersectorial, fomentar la corresponsabilidad social e implantar actuaciones priorizadas según programación local, son las prioridades establecidas por el Plan, comprobando su éxito a través de la supervisión externa y de las Comisiones de Coordinación. En este ámbito intervienen Técnicos de Prevención y de Servicios Sociales y de Salud de Atención Primaria, además de AAVV, de juventud y deportivas. La coordinación con otras instancias participantes se realiza por medio de comisiones técnicas, reuniones sectoriales y coordinadoras de barrio.

Esta Comunidad tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente, utilizando como criterio los estudios bianuales de consumo de drogas. Además, se elaboran mapas de riesgo, donde las poblaciones con las que se interviene principalmente son los menores en riesgo y con fracaso escolar, los hijos/as de drogodependientes en tratamiento y la comunidad gitana. En el caso de los programas para jóvenes, se promueven políticas de prevención universal y selectiva, apoyadas por la Administración Autonómica, Local y ONGs. En su ejecución intervienen Técnicos de prevención y otros que trabajan con jóvenes.

Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, profesores, policías, profesionales de atención primaria de salud y servicios sociales y monitores de AAVV. En este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, en el caso de los de prevención familiar, a través del SEPI, sobre diseño y proceso. Por último, existe un nivel de coordinación con los profesionales y equipos de atención primaria, a través de las Comisiones de Planes Comunitarios, para promover su participación en programas de prevención, aunque no está muy extendida.

Los programas, actividades y destinatarios en este ámbito han ido aumentando con el paso de los años. Entre los principales objetivos se persigue la unidad operativa como comunidad local, la participación de la comunidad (prioritario), la valoración de los factores estructurales, potenciar el voluntariado social (a partir de 1997) y la intersectorialidad y optimización de recursos comunitarios para la ejecución de planes de actuación²². Las diferentes actividades se encuentran enmarcadas dentro de los 8 Planes Comunitarios existentes, donde se han promovido actividades lúdicas y deportivas, culturales de ocio y tiempo libre, de información/formación, etc., dirigidas a colectivos diversos como jóvenes y adolescentes (también en situación de riesgo), escolares y adultos. Ha sido considerable el aumento con el paso de los años de los jóvenes y adolescentes en situación de riesgo en los cursos formativos y talleres, pasando de 95 en 1997 a 500 un año más tarde (ver Tabla 9).

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre (SEPI), el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias (SEPI y datos de la Dirección General de Juventud), el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo (SEPI), el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general (SEPI) y el número de equipos de atención primaria que ofrecen entre sus servicios programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas y el número total de EAP (Subdirección General de Atención Primaria).

21 Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004.

22 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999.

Tabla 9
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A.Comunitario	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	8 Planes Comunitarios	27 lúdicas y deportivas, 52 culturales de ocio y tiempo libre, 51 ocupacionales y formativas, 89 de dinamización social e intervención educativa, cursos formativos y talleres de prevención	De los cursos formativos y talleres: jóvenes y adolescentes generalmente no escolarizados o no integrados en el sector laboral.
1997	8 Planes Comunitarios	32 lúdicas y deportivas, 55 culturales de ocio y tiempo libre, 60 ocupacionales y formativas, 63 de dinamización social e intervención educativa, cursos preformación laboral y talleres de prevención	De los cursos preformación laboral y talleres: 95 jóvenes y adolescentes en situación de riesgo, generalmente no escolarizados o no integrados en el sector laboral.
1998	8 Planes Comunitarios	35 lúdicas y deportivas, 48 culturales de ocio y tiempo libre, 30 ocupacionales y formativas, 10 de dinamización social e intervención educativa, cursos preformación laboral y talleres de prevención	De los cursos preformación laboral y talleres: 500 jóvenes y adolescentes en situación de riesgo, generalmente no escolarizados o no integrados en el sector laboral.
1999	8 Planes Comunitarios	Actividades de información/formación, de animación sociocultural, de salud, ocupacionales.	Jóvenes, escolares, adultos, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo
2000	8 Planes Comunitarios	Actividades de información/formación, de animación sociocultural, de salud, ocupacionales.	Jóvenes, escolares, adultos, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4. Ámbito de la comunicación

La comunicación -medios de comunicación social- está contemplada en Galicia dentro del ámbito comunitario, donde se persigue como objetivo fundamental, además de fortalecer las relaciones con los medios, la difusión y acercamiento a la sociedad de las campañas de información y sensibilización sobre el consumo de drogas y de las acciones y resultados de otros ámbitos de la prevención, así como lograr una opinión en la sociedad sobre el consumo de drogas más acorde con la realidad. Se intenta que dichos medios de comunicación social sean el vehículo transmisor de una información clara y objetiva que refuercen las diferentes acciones y programas preventivos²³.

Según explican los responsables del Plan, los mensajes que se ofertan se determinan según objetivos, metodología y estrategias establecidos en el Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004. Los mensajes prioritarios son aquellos con una información clara y rigurosa, que enfatizan las consecuencias positivas del no consumo y que potencian alternativas al consumo. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través del Gabinete de Prensa de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y de la Comisión de Coordinación Interconsejerías en materia de drogodependencias.

Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo, básicamente,

²³ Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004.

camente, a través del Gabinete de Prensa de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, se están utilizando para la formación del profesorado, así como en el diseño de una web sobre prevención para los centros educativos.

Si atendemos a las actividades puestas en prácticas en este ámbito (1996-2000), destaca la emisión de trípticos y carteles sobre el alcohol y éxtasis, sucesivas ediciones de los “Premios Junta de Galicia de Jornalismo sobre Drogodependencias”, sesiones informativas, artículos en prensa, actividades de formación, jornadas o conferencias, exposiciones, carteles, sesiones de radio y TV, proyecciones audio-visuales y de cineforum, etc.²⁴. Respecto a las campañas institucionales, están principalmente relacionadas con el alcohol, el éxtasis y el Sida, donde se emplean una multitud de recursos como carteles, trípticos, folletos, etc., destinadas a jóvenes, adolescentes, alumnos, fumadores y población en general (ver Tabla 10).

Tabla 10
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Nº</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1997	5	<i>Carteles, trípticos, pegatinas, calendarios, folletos, etc.</i>	<i>Jóvenes, alumnos, población adulta, hosteleros, población general</i>
1998	4	<i>Carteles, trípticos, pegatinas, calendarios, folletos, etc.</i>	<i>Jóvenes y adolescentes, fumadores</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias; el número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas y los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención. La fuente de recogida de información sobre estos indicadores es el SEPI.

5.5. Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral, donde se persigue como objetivo general el impulso y apoyo de las actuaciones de prevención del consumo de drogas de forma coordinada entre todos los agentes implicados. Entre los objetivos específicos, se busca la realización de estudios descriptivos concretos sobre la situación del uso de drogas en el ámbito laboral, es el conocimiento de las prioridades y necesidades -en esta materia- en el entorno laboral y el fomento de espacios favorables para la prevención del consumo en las empresas, en el marco de la prevención de riesgos y promoción de la salud²⁵.

Según explican los responsables, los programas promueven actividades de información, sensibilización y formación para la puesta en marcha de programas en empresas (ver Tabla 11), actividades que se desconoce, en general, si se encuadran en los Planes de Seguridad e Higiene en las empresas, además de existir una escasa preocupación por este tema. Es importante destacar el Acuerdo Marco de colaboración entre la Junta de Galicia, organizaciones sindicales y la confederación de empresarios para la puesta en marcha de programas en este ámbito. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas y aunque no se

²⁴ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999..

identifican los sectores de alto riesgo, se extrae información de los estudios de consumo de drogas en el ámbito laboral.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información, concretamente los Informes del Observatorio de Galicia sobre Drogas (OGD), que les permiten conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral.

Tabla 11

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

<i>A.Laboral</i>	<i>Programas Actividades</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1997	<i>Pretalleres, 5 cursos de orientación, reuniones, escuela taller</i>	<i>Recursos normalizados</i>	<i>Jóvenes de las escuelas taller y trabajadores en situación de riesgo, empresarios, drogodependientes en tratamiento</i>
1998	<i>Pretalleres, 5 cursos de orientación y prevención, reuniones</i>	<i>Recursos normalizados</i>	<i>400 jóvenes de las escuelas taller, trabajadores en situación de riesgo, 750 trabajadores, empresarios, sindicatos</i>
1999	<i>Pretalleres, talleres, escuela taller, Campaña prevención Sida y tuberculosis</i>	<i>Recursos normalizados</i>	<i>93 jóvenes drogodependientes de las escuelas taller y trabajadores en general y en situación de riesgo</i>
2000	<i>Pretalleres, talleres, escuela taller, Campaña prevención Sida y tuberculosis, sesiones informativas</i>	<i>Recursos normalizados, carteles, manuales, trípticos, etc.</i>	<i>189 jóvenes drogodependientes de las escuelas taller y trabajadores en general y en situación de riesgo</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, en esta Comunidad hay 127 Planes Locales o programaciones anuales estables en prevención por parte de ayuntamientos y mancomunidades. Su evolución en el tiempo ha sido notable, pasando de 1 en 1988 a los 127 actuales. La financiación se realiza a través de Convenios de Cofinanciación, en cuanto a la coordinación, se establece por medio de reuniones con responsables políticos y con técnicos municipales de prevención. Los mecanismos de actuación y colaboración con los municipios que no disponen de Planes de Drogas, se realiza a través del apoyo técnico (de profesionales de la red del PGD) y de materiales de programas preventivos (campañas, material didáctico). Por último, para evaluar estas tareas, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (SEPI).

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos. En el caso de Galicia, en el último Plan sobre Drogas, además de los ámbitos ya señalados, se contemplan el de salud y el de prevención de consumo en la población juvenil. En el primero de ellos, según pone de manifiesto el Plan, se pretende disminuir la mortalidad y morbilidad causada por las patologías asociadas o el

tabaco, así como evitar el inicio en el consumo de dicha sustancia y retrasar la edad del primer contacto. En lo que respecta al segundo, se busca articular el espacio de ocio y tiempo libre para prevenir el consumo de drogas en la población juvenil, además de mejorar la información sobre drogas (favoreciendo la toma de conciencia sobre los problemas asociados), implicar a dicha población en actividades saludables, promocionar la figura de los mediadores/as y desarrollar cauces de colaboración y asesoramiento con los que trabajen en el ocio y tiempo libre con este grupo.

En esta Comunidad bajo el apelativo de “otros ámbitos”, tienen en cuenta una serie de instituciones que configuran comunidades de convivencia con diferentes grupos que necesitan intervenciones específicas de prevención. Entre ellos, centros que reúnen población joven, centros penitenciarios donde poder realizar intervenciones de prevención, a través de la promoción de la salud y centros de reeducación y de día para el tratamiento de menores²⁶.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

A través de las redes asistenciales generales, sanitaria y social, se desarrolla la atención de los drogodependientes, promoviendo la integración de los recursos de la red del PGD en el Sistema General de Salud. Se pretende ofrecer a los pacientes todas las prestaciones necesarias, integrando en el circuito asistencial del PGD los recursos de otras Administraciones Públicas o los gestionados por ONGs. Se busca una oferta terapéutica plural y diversificada, la accesibilidad de los programas (mayor proximidad física, información y vías de acceso), continuadas estrategias de captación activa, la motivación y derivación de casos, la flexibilidad de los programas, evitar la desconexión de la realidad (familiar, social y comunitaria), potenciar estrategias de prevención de riesgos y disminución del daño y la evaluación, como pilar básico en la planificación y gestión de los servicios²⁷.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados (asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas), hay que resaltar como dato más relevante el descenso de los usuarios en los diferentes recursos en el año 2000. Contemplando cada uno de ellos, en los Centros Ambulatorios de Asistencia ha permanecido relativamente constante el número de usuarios atendidos (en torno a los 12.000) hasta 1998, fecha a partir de la cual comienzan a descender, especialmente en el 2000 (3.564). Las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación han ido aumentando con el paso de los años (de 3 en 1996 a 6 a partir de 1999), así como también los usuarios y las plazas ofertadas, con la excepción del 2000 que se han visto reducidos. Las Unidades de Día permanecieron constantes (9), al igual que las Comunidades Terapéuticas (3 privadas concertadas y 1 del Proyecto Hombre), aunque entre estas últimas aparece una nueva de carácter privado concertado en 1999. Respecto a los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos, han crecido notablemente en número y en usuarios atendidos (de 17 prescriptores y dispensadores en 1996 a 38 dispensadores en 1999). Este último tipo de centros/programas son contemplados a partir de 1999 en los programas de reducción del daño (ver Tabla 12).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, destaca una gran variedad de programas, subprogramas y dispositivos. Entre ellos, resaltar los de reducción del daño y seguimiento del VIH/SIDA, los de Hepatitis B, Tuberculosis, las Escuelas de Salud, los de prevención del tabaco, etc. Es sorprendente el aumento con el paso de los años de las vacunaciones (Hepatitis B, Tuberculosis) y de los kits y jeringuillas dispensadas, aunque en el 2000 fueron menos con respecto a año anterior (de 263.500 en 1999 a 207.750 en el 2000). En 1999 aparecen 2 programas

26 Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004.

27 Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004.

Tabla 12
Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*	Nº	Plz.	Us.*
Centros Ambulatorios Asistencia	29		11.047	37		12.343	37		12.286	28		11.605	28		3.564
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	3	14	371	4	15	472	6	19	460	6	19	663	6	16	426
Comunidades Terapéuticas	3 PF 1 PH	74 47 Co	191 47	3 PF 1 PH	74 PF 47 Co	202 47	3 PF 1 PH	74 PF 47 Co	221 218	4 PF	123	392	4 PF	123	264
Unidades de día				9			9			9			9		519
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos** - Colab atenc 1ª - P:Tratam LAAM	17 P y D		4.190	17 PyD		5.666	22 PyD		7.192	38 D		7.883	17 UAD 5 CP		6.973 1.027
				7 CAP						2		60	2		60

*No alcohólicos

** En 1999 contemplados dentro de los programas de reducción del daño

*** Considerados dentro de los programas libres de drogas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

de tratamiento con LAAM y los programas de tratamiento con metadona contaron con 38 dispensadores, 17 UADs y 5 Centros Penitenciarios. La ubicación de estos programas fue principalmente en las oficinas de farmacia, en los centros de salud o ambulatorios y en los centros de tratamientos específicos (ver Tabla 13).

Tabla 13

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Reducción del Daño	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Usua.	Nº	Usua.
Reduc daño y seguim VIH/Sida - Pdistrib. paquetes en farmacias	3	Asesor am terapia, asis-tencia, etc.	700				1	3705 14 kits					
P. Hepatitis B	4	Vacu nac	295	19	Vacu nac		26	2.234	1.027				
P. Tuberculosis	4	Admi nist	140	19	Diag y tra- tam		1	1.041	1.041				
Escuela de Salud	3		48										
P. int. Minorías étnicas Planificación familiar	1 1	12 16	20 13										
Supervisión postnatal Mendicidad	1 1	60 15	5 26										
"Mis queridos T4"		28 Sesio nes	6										
P. Prevención tabaco	2		21										
P. Vacunación tétanos	2	Vacu nac	30										
P. reduc daño en VIH/SIDA e intercambio jeringuillas	4	Kits e interc b jer	Drog	5	Kits e interc b jer	72	1	1457 50 kits		14 Ofic farm 1 CP 13 ONG 5 UAD	263. 500 jer disp	16 OF 5 CP 17ONG 11UAD	207.750
Grupo de auto-ayuda				1	54 reu- nion	42							

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
Tratamiento con agonistas opiáceos (P. de tratamiento con metadona) - P. Tratam LAAM							38 D 17 UADs 5 Cent Penit 2	7.883 60	17 UAD 5 CP 2	6.973 1.027 60
* Ubicación P.Dispensadores metadona: - Unidades móviles - Oficinas de farmacia - Centros salud o ambulatorios - Centros tratam.Específicos - Centros penitenciarios	17	41.563 intervenc	4.218	17		273		550 1 1.125 27 6.630 17 5	1 1.112 20 17 5	560 86 6.983 1.027

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En la asistencia a problemas de alcoholismo, los Centros Ambulatorios han ido creciendo a lo largo del tiempo (de 16 en 1996 a 22 en 1999), aunque contaron con dos menos en el año 2000. Las Unidades Hospitalarias han permanecido constantes en el periodo analizado, aunque cada vez han sido más las revisiones realizadas y las primeras asistencias en este tipo de dispositivo (ver Tabla 14).

Tabla 14

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	16	3.732	17	1.912	21	1.612	22	2.620	15 UADs 5 Cent Especif	3.165
Unidades Hospitalarias	1	2.472 revisiones 263 1ª asis-tencia	1	2.670 revisiones 272 1ª asis-tencia	1	3.247 revisiones 380 1ª asis-tencia	1	473	1	774

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Destacan los Programas realizados en Comisarías y Juzgados, los desarrollados en Instituciones Penitenciarias y los de alternativas a la privación de la libertad. En lo que respecta al primer tipo, aunque aumentaron a partir de 1999, los usuarios atendidos han ido decreciendo, aunque a partir del 2000 vuelven a subir. Situación contraria a lo que ocurre en los desarrollados en Instituciones Penitenciarias y en los de alternativas a la priva-

ción de libertad, donde han aumentado los programas (dispositivos) y los usuarios, aunque el 2000 destaca por un cierto descenso en los datos en usuarios y en los programas desarrollados en Instituciones Penitenciarias. En 1999 se introdujeron actividades de formación, como un curso de 20 horas destinado a policía, que continúa en años posteriores (ver Tabla 15).

Tabla 15

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Activ.	Usua.	Nº	Usua.	Nº	Usua.
En Comisarías y Juzgados	8	5.285	2.034	8	1.177	1.793	8	2.130	1.455	16	652	16	1.620
En Instituciones Penitenciarias	8		279	2		57	7		1.126 y 8 intern med/m es CD	14	1.497	10	1.393
Programas Alternativas Privación de Libertad	4		223	4		93	5		280	6 17 UADs 8 UD	556	9 17 UADs 8 UD	142

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas como los de prevención de recaídas, el Taller de Sexo Seguro, los de mantenimiento con naltrexona, los de tratamiento del tabaco, los libres de drogas, los subprogramas de urinoanálisis, de asistencia domiciliaria, etc. El número de usuarios en todos ellos es cada vez mayor (ver Tabla 16). En años posteriores, concretamente el 2000, se registraron 6 programas de atención a la patología dual (244 usuarios), uno de psicoestimulantes (27 usuarios) y 2 destinados a menores, específicos para mujeres, etc. (117 usuarios).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables, este área tiene comisiones específicas de coordinación, constituidas por profesionales de la red asistencial y del propio PGD, encargadas de realizar esta tarea. En cuanto al organigrama de la red asistencial²⁸, está constituida actualmente por centros ambulatorios, semiresidenciales y residenciales; los equipos sanitarios de los cinco centros penitenciarios radicados en Galicia; dispositivos dependientes del Proyecto Hombre y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria. Además, la integran dispositivos como las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UADs), es decir centros o servicios de tratamiento ambulatorio que desarrollan diferentes tipos de actividades terapéuticas, siendo el recurso central y vertebrador de la planificación asistencial; las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH); las Unidades de Día (UD); las Comunidades Terapéuticas (CT); los Centros Penitenciarios y los centros del Proyecto Hombre (PH).

En las UADs existentes, se desarrollan conjuntamente programas y subprogramas que se describen en un catálogo de "Programas Asistenciales do PGD", que define la cartera de servicios básica de los centros asistenciales del PGD, entre ellos el programa de información, orientación y acogida; los programas de tratamiento libre de drogas, de tratamiento con antagonistas opiáceos

²⁸ Texto extraído del documento del PGD 2001-04, referido a la organización de la asistencia a la población drogodependiente.

Tabla 16

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996			1997			1998		
	Nº	Actividades	Usuar.	Nº	Actividades	Usuar.	Nº	Activid	Usuar
P. de prevenc de recaídas	9	103 sesiones grupos	140	9	10 gr 12-14 ses (media)	106	17 UADs 30 Gr	366 sesio 576 interv	393
Taller Sexo Seguro	3	10 sesiones	43	10	75 sesiones	158	6 UADs 17 Gr	111 sesio- nes	214
P. Mantenim naltrexona	19	34.966 inter- venciones	2.020	19	37.637 inter- vención	2.757			
P. Tratamiento tabaco - P.promoc vida sin tabaco	2	Sesiones y terapias	22	3	Sesiones y terapias	50	4 UADs 704 cent	256 inter 56 ses gr	43 859
P. libre de drogas	21	15.402 interv	1.415	23	16.749 interv	1.891	17 UADs	30.018 intrev	2.031
Subprograma Urinoanálisis	17	73.998 con- troles orina	10.387	17	87.701 ana- líticas	10.347	17 UADs	104.044	10.934
Subp asistencia domiciliaria	2	54 visitas	42	17	863 visitas	53	17 UADs	2.995 interv	79
Grupo padres	2	32	10						
P. terapia famil sistémica	2	Intervencion es indiv y famil	43						
P. interv psicológ patient VIH/SIDA	3	10 interven- ciones	172						
P. escuela salud				10	101 ses 10- 12 ses (media)	133			

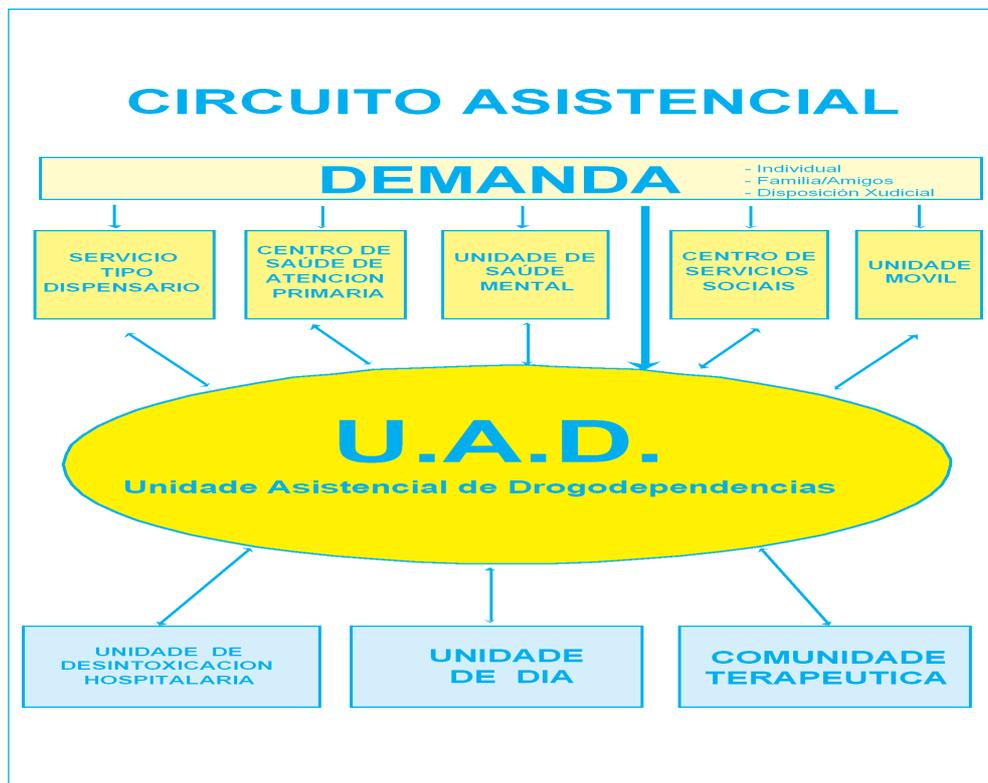
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

y con derivados opiáceos; programa de tratamiento con interdictores de alcohol; para dependencia a psicoestimulantes. Por otra parte, los subprogramas de tratamiento de desintoxicación, de asistencia domiciliaria; prevención de recaídas y de disminución del daño.

El circuito asistencial (ver Gráfico 6), según especifica el PGD 2001-2004, está organizado en tres niveles de intervención, según su grado de especialización. Un primer nivel constituido por los recursos que sirven de entrada a la red, donde la demanda se realiza directamente a las UADs o a través de los servicios sociales de base, de los centros de atención primaria o de salud mental, unidades móviles y ONGs. Se desarrollan actividades de información y asesoramiento sobre los recursos asistenciales, detección precoz de casos, motivación para inicio de tratamientos y derivación a recursos del siguiente nivel (UADs). El segundo nivel está formado por las UADs que integran la red. Se trata de recursos que pueden servir de entrada al circuito y donde se articula el diseño y coordinación del plan terapéutico individualizado y cuyo fin último es facilitar su re/inserción social. Por último, el tercer nivel lo constituyen los recursos con un elevado grado de especialización

(UDHs, UDy y CTs). A ellos se accede desde las UADs mediante derivación programada para lograr unos determinados objetivos del plan individualizado de tratamiento y una vez logrados, se remite de nuevo al paciente a la UAD de referencia.

Gráfico 6
Organigrama de la red asistencial



Fuente: Plan de Galicia sobre Drogas, 2001-2004

Del organigrama anteriormente descrito, por último, indicar que en lo referente a las UADs, las UDy y las CTs el PGD establece convenios de colaboración/cooperación con ayuntamientos y ONGs para el desarrollo de servicios asistenciales para población drogodependiente e integrándolos funcionalmente en la red sanitaria pública de Galicia (SERGAS). A su vez, a esta red pertenecen las UDH, las USM, los CAP y otras unidades especializadas, aunque no se puede concluir sin mencionar toda la red conjunta de servicios sociales comunitarios. La participación de la iniciativa privada en los programas asistenciales se hace, como se ha mencionado anteriormente, por medio de convenios de colaboración que establece el PGD con ONGs, en concreto un total de 5, que gestionan 4 UADs, 3 CTs y 4 Uds. Dependientes del convenio con el Proyecto Hombre-Galicia, está sujeta la gestión asistencial de 4 centros de acogida, 4 comunidades de reinserción y una Comunidad Terapéutica.

Por otro lado, en esta Comunidad se realizan evaluaciones de implementación de los programas y actividades, realizadas por profesionales del Plan y externos a él. Éstas se llevan a cabo por medio del análisis de resultados de la labor asistencial a través del Sistema de Evaluación

Asistencial (SEA) del PGD y de protocolos internos de actividad-financiación de periodicidad anual. Del resultado de las últimas evaluaciones, los responsables consideran muy adecuados los distintos programas y recursos conforme a la planificación inicial.

Frente a las deficiencias encontradas en este área de actuación, consideran necesario -aunque ya se desarrollaron y se estima que no en grado suficiente- las intervenciones sobre población reclusa drogodependiente. En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial en un futuro, la previsión es la estabilización, en cuanto al número de centros asistenciales de la red, pero desarrollando nuevos programas para adaptarse a la demanda existente (por ejemplo, los programas de tratamiento para consumidores de psicoestimulantes). Además, dada la dispersión geográfica de la población gallega, la previsión de apertura de centros tipo dispensario dependientes de las UADs ya existentes, facilitando el acercamiento de los usuarios a la red asistencial.

Finalmente, en función de los objetivos planteados inicialmente en la programación, respecto al grado de consecución de los mismos, en el nuevo documento del "Plan de Galicia sobre Drogas: 2001-2004", en el apartado correspondiente a la evaluación del grado de consecución de los objetivos del área asistencial, planteados en el anterior documento del "PGD: 1997-2000", se justifica la cumplimentación de todos ellos en un grado superior al 90%.

En opinión del responsable del Plan, *en este ámbito es importante la existencia de un catálogo de programas ambulatorios y residenciales, donde se recogen los 54 centros especializados y 58 de salud existentes, aproximadamente. Respecto a la dispensación de metadona, que se encuentra ya consolidada, se realiza en los centros mencionados anteriormente (especializados y de salud), en 22 oficinas de farmacia y en un Hospital. Los principales problemas encontrados en el área asistencial son de coordinación con Salud Mental. En conclusión, en el 2002 se crearon nuevos centros, bajaron las admisiones a tratamiento y el suministro de metadona, por lo que se puede decir que el volumen asistencial goza actualmente de una cierta estabilización. Como perspectivas de futuro está el hecho de cómo tratar los casos de drogodependencias a psicoestimulantes (que no es diaria, sino ocasional) y no hay en la sociedad conciencia de psicodependencia (representa un 0,5%).*

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

El Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004, define la incorporación social como *un proceso de vinculación efectivo y activo en la realidad cultural, económica y social que una persona realiza después de un periodo de aislamiento o crisis consigo misma*. Este proceso comienza cuando la persona inicia el tratamiento y sirve para prepararlo e incorporarlo en la sociedad a través de una variedad de servicios. Es fundamental, al tratarse de un ámbito de actuación comunitario, el papel desempeñado por las administraciones locales, ONGs y otras instituciones públicas y privadas coordinadas entre sí. Además, el proceso de inserción se realiza de forma individualizada y personalizada, en función de las necesidades específicas de cada persona; se promueve la puesta en marcha de programas de formación, orientación e incorporación laboral; se dispensan las prestaciones sociales básicas; se trata de evitar la exclusión social; promover acciones de las diferentes entidades implicadas; la colaboración y coordinación con el sistema judicial (para los drogodependientes en cumplimiento de condena o con problemas con la justicia) y la publicación de un directorio de los recursos y programas existentes.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados (1996-2000), se observa que esta Comunidad contaba hasta 1998 con 9 Unidades de Día y 2 centros de reinserción social, cuyos usuarios van aumentando con el paso de los años. A partir de 1999 se contabilizaron 11 centros terapéuticos de actividades y/o programas de reinserción y 4 centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción (Comunidades Terapéuticas) (ver Tabla 17).

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas existentes acompañan al drogodependiente en las fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. En 1998 contaban con 11 programas de preformación

Tabla 17
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1997		1998		1999	2000
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Nº
Centros						
Unidades de Día	9	534	9	549		
Centros de reinserción social	2	114	2	301		
C. Terapéuticos Actividades. y/o Programas de reinserción					11	11
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción (CT)					4	4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

laboral y 500 usuarios, por lo que se constata un gran crecimiento de esta modalidad de programas respecto a años anteriores; al igual que ocurre, hasta este mismo año, con los de formación laboral (8 programas con 160 usuarios). Respecto a la última fase, integración laboral, se aprecia un crecimiento notable de los programas y recursos empleados hasta 1999, especialmente de los talleres artesanos (de 3 en 1996 a 13 en 1999), de los programas especiales de empleo (5 escuelas taller en 1999), así como el mayor número de usuarios en la reserva de plazas en empresas. En el año 2000, aunque los recursos o programas han descendido, los usuarios han aumentado considerablemente (ver Tabla 18).

Tabla 18
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Laboral	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuar.	Nº	Usuar.	Nº	Usuar.	Nº	Usuar.	Nº	Usuarios
Preformación Laboral	8	114	5	59	11	500				
Formación Laboral	5	26	3	20	8	160				
Integración Laboral										
- Talleres artesanos	3	16	6	46	6	30	13	78	6	114
- Programas especiales empleo	4	18	2	13	5	49	5	93	4	134
- Reserva Plazas Empresas	3	5				12		88	1	10
- Empresas sin reservas especiales		3	1	4						
- Promoción de cooperativas de autoayuda	2		1	4	1	9				
Otros programas de incorporación laboral			2	3						

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. Se aprecia con el paso de los años una disminución de la oferta de los cursos puentes y reglados, así como en el número de usuarios, aunque en el 2000 aumentan respecto al año anterior. Sin embargo, en el caso de otros programas de formación, destacan a partir de 1999 las acciones formativas (idiomas,

informática, etc.), las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y la formación laboral como los cursos del Plan FIP, todos ellos con un gran número de usuarios. Estas últimas actividades mencionadas, destacan por aumentar considerablemente en número y usuarios atendidos en el último año analizado (2000) (ver Tabla 19).

Tabla 19

Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas								
Cursos puente	61	67	1	1				
Cursos Reglados	15	191	4	51		47	11	67
Otros Programas de Formación			2	20				
- Otras acciones formativas (idiomas...)					15	276	29	585
- Actividades informac, orientac y búsqued empleo					5	93	27	779
- Formación laboral (Cursos Plan FIP)					8	33	8	35

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), han sido principalmente los pisos tutelados (3), donde el número de plazas y los usuarios atendidos han ido aumentando con el paso de los años, excepto en 1999 (ver Tabla 20).

Tabla 20

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Usuar.	Plazas	Nº	Usuar.	Plazas	Nº	Usuar.	Plazas	Nº	Usuar.	Nº	Usuar.
Programas de Apoyo Residencial													
Pisos Tutelados	3	51	23	5	64	28	5	78	37	3	37	3	68

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de la Oficina de Coordinación, mientras que son las ONGs y los ayuntamientos los que gestionan los programas. Esta área cuenta en la actualidad con 29 convenios, 19 con entidades privadas, 2 con el Gobierno Central y 8 establecidos con ayuntamientos. Estos últimos son calificados con un buen funcionamiento, en opinión de los responsables, y muy bueno en el caso de los establecidos con el Gobierno Central y con entidades privadas.

En el desarrollo de las distintas actividades y programas, los principales problemas se refieren a la insuficiente colaboración con las agencias de empleo de la Administración Central y Local,

además de la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. De todas formas, en términos generales, los responsables opinan que el funcionamiento de los programas desarrollados, en los que la Oficina promueve la coordinación y la ejecución, en los gestionados por el Gobierno Central (del Fondo de Bienes Incautados y con cargo al IRPF, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Convenio de éste con UNAD), por la Administración Autonómica (Escuelas Taller, Talleres de Empleo y Formación Ocupacional), por la Local (reserva de plazas) y por las entidades privadas (formación ocupacional y académica, orientación para búsqueda de empleo y pisos de reinserción) es bueno, excepto en el caso de los gestionados por el Gobierno Central, concretamente los del Fondo de Bienes Incautados, cuyo funcionamiento se considera muy bueno. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían los programas de integración laboral (Empleo) y los de formación, manteniendo los de apoyo residencial. El funcionamiento de todos ellos es calificado como bueno.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de formación profesional, homologados por el INEM; las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y la Ayudas de Servicios Sociales. El volumen de actividades y recursos restantes como los cursos de titulación académica, las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica, etc.), las Escuelas Taller y los pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento), se considera adecuado. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran bueno el funcionamiento de todos ellos y muy bueno el de las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo.

En términos generales, el responsable considera que *la incorporación social es el área prioritaria en estos momentos en Galicia. En general, hay un gran número de programas concretos (Escuelas Taller, Talleres de Empleo, empleo protegido, et.) muy estructurados y una buena coordinación entre trabajadores sociales y recursos municipales. Además, el funcionamiento y el éxito de los programas es muy bueno, hay un plan de inserción personalizado, grandes empresas que colaboran y buenos resultados en los programas de autoempleo.*

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por medio de un acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación, por técnicos y personal de la propia institución o por adjudicación a alguna empresa de investigación especializada. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, laboral y jóvenes; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudio de necesidades de la población drogodependiente; situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas y evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención e inserción social.

La cantidad de estudios realizados en la Comunidad se considera suficiente y la calidad de los resultados buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Las líneas básicas de los estudios e investigaciones a promover serían la investigación epidemiológica sobre patrones de consumo, factores de riesgo/protección, necesidades etc., de cara a permitir una monitorización del fenómeno de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma y adaptar los recursos a esta evolución. Además, son necesarios sistemas de evaluación de los recursos, tanto de prevención como en el área asisten-

cial y de incorporación social, facilitando su optimización y aumento de eficiencia. Al valorar la investigación a nivel estatal la califican como insuficiente, aunque en los últimos años se está potenciando. Habría que profundizar en la investigación epidemiológica sobre patrones de consumo y sistemas de evaluación de los recursos en las diferentes áreas de actuación (prevención, intervención asistencial e incorporación social).

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

Por último, en el ámbito de la coordinación el PGD establece una serie de acuerdos y convenios con la Administración Central y Local, con otras entidades sociales y con ONGS. En lo que a éstas últimas respecta, tomando como referencia la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, se considera que tienen un papel decisivo. Concretamente, según el PGD 2001-2004, el papel de las ONGs se articula a través de la cooperación con las Administraciones Públicas en los ámbitos de intervención sin crear redes o sistemas paralelos, la autorización o acreditación por parte de la Administración de sus programas, la participación en los órganos ciudadanos y consultivos y el desarrollo de actuaciones concretas próximas a la comunidad.

Según el PGD se apoya en la actualidad a 32 asociaciones (ver Tabla 21), 5 de ellas con servicio de asistencia. En general, se encargan de impulsar programas y actividades en las áreas de prevención y/o incorporación, participar en las estructuras y órganos que se establezcan para la coordinación de programas y actuaciones y participar en el modelo de intervención y evaluación que el Plan (órgano coordinador) tiene establecido para los programas. En opinión del responsable, las ONGs *siempre han estado presentes, desde principios de los años 80. En el área de intervención asistencial trabajan 5 ONGs con Proyecto Hombre y en prevención e inserción social, aproximadamente unas 24 Asociaciones colaboran. El tipo de relación que se establece con estas entidades es a través de convenios, que se renuevan anualmente.*

Tabla 21
Convenios y conciertos con ONGs

Relación con las ONGs	Convenio/concierto
1997	34
1998	33
1999	32
2000	32

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

Los problemas asociados a las drogas en Galicia se acentuaron especialmente a finales de la década de los 70, momento en el que la situación llegó a ser preocupante. Frente a este contexto, la Junta creó en 1986 el primer Plan Autonómico sobre Drogodependencias (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), fecha a partir de la cual comenzó el proceso de organización, planificación, coordinación y gestión de programas y servicios. Posteriormente, destacó la ley 2/1996 de 8 de mayo, con el objeto de otorgar un marco normativo extenso a la revisión del PAD, de cara a la solución de los diferentes retos. Ese mismo año, se elaboró el borrador del segundo Plan

Autonómico (1997-2000) y, finalmente, en estos momentos se encuentra en vigor el tercer Plan (2001-2004), el cual intenta adaptarse y acercarse más a la situación actual y conseguir nuevos retos en esta materia. En opinión del responsable, lo más destacado en la evolución del Plan ha sido la institucionalización, que se expresa en dos sentidos, en primer lugar en la producción legislativa específica sobre drogas y en otras leyes y, en segundo, en la presupuestación.

En líneas generales, los responsables consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias, aunque, a grandes rasgos, la evolución de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. El alcohol es considerado la sustancia más problemática, seguido por la heroína y, en tercer lugar, el tabaco. Respecto a las diferentes sustancias, en estos momentos se aprecia un incremento del consumo diario de tabaco, sobre todo en mujeres más jóvenes y en lo relativo al alcohol, se ha producido un incremento del consumo, al aumentar el de tipo moderado y abusivo, aunque a partir del 2000 se aprecia, en general, un descenso. En cuanto a las drogas ilegales, ha disminuido el consumo de heroína y el de psicofármacos, ha aumentado el de cánnabis y se ha estabilizado el de las drogas de síntesis.

Hay que destacar la situación particular de esta Comunidad, ya que como se indica en la Ley de Galicia sobre drogas 2/1996 de 8 de mayo, los gallegos sufren doblemente el llamado <<problema de las drogas>>, al unirse a los graves efectos del consumo, los del tráfico de drogas que favorecen su uso. Sin embargo, respecto al resto del Estado, en 1999 Galicia se encontraba entre las regiones menos consumidoras de anfetaminas (0,9%) y de drogas de síntesis (1,3%)²⁹ y en la última posición en la proporción de bebedores abusivos en días laborales (2,4) y durante el fin de semana (1,9)³⁰.

Respecto a las consecuencias derivadas del consumo, se aprecia, en general, un descenso en el número de nuevas admisiones a tratamiento por heroína, resultado de la disminución del consumo de esta sustancia. Por otro lado, Galicia es la única Comunidad que tiene implantado en todo su territorio el Indicador de Mortalidad por Reacción Aguda o Consumo de Drogas, que recoge anualmente el número de fallecidos por este motivo, donde desde su implantación hasta 1999, un 89,7% de las muertes estuvieron asociados a las toxicomanías. En el periodo 1994-1999, se registró una cierta estabilización en el número interanual de fallecidos.

Atendiendo a la estructura y funcionamiento del Plan, éste no se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y, aunque se toma como referencia los estudios bianuales de consumo de drogas, sería aconsejable realizar este tipo de estudio previo para completar la información disponible de cara a la programación y planificación del mismo. Sin embargo, a través de diversas fuentes internas y externas, se realiza una evaluación del Plan -contando como soporte con el Sistema de Indicadores del Observatorio de Galicia sobre Drogas-, algo imprescindible y útil de cara a futuras actuaciones. Respecto a los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, se encuentran dificultades en el ámbito de financiación con las tres administraciones y de recursos con la Autonómica y Local.

Describiendo en términos generales el organigrama, esta Comunidad cuenta con el Comisionado y con una Secretaría. De este primero dependen un Servicio de Prevención, Reinserción y Coordinación y un Servicio de Asistencia, Formación e Investigación. A la hora de difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, no existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea y, aunque sí se realizan actividades de difusión/divulgación, sería conveniente contar con un dispositivo o entidad al respecto.

En lo relativo a los recursos empleados, en lo referente a los humanos, el personal que trabaja en las diferentes áreas ha aumentado en los últimos años. El área de intervención asistencial es la que cuenta con más profesionales, seguida por la prevención e incorporación social. En opinión

29 Estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999, publicado por la Fundación Santa María.

30 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4.

de los responsables, el personal se considera insuficiente, además, otras deficiencias que señalan son la falta de formación y de una implicación más efectiva de instituciones gestoras, fundamentalmente de los ayuntamientos; la continuidad y la estabilidad, la dependencia de distintas instituciones que no conceden la misma prioridad a esta temática y la necesidad de colaboración de diversas instituciones, en el área de prevención y en intervención asistencial e incorporación social, la dependencia orgánica de diferentes instituciones. No obstante, en estos momentos, *el responsable considera que el personal ha crecido y hay un mayor nivel de eficiencia comparado con el personal que trabaja en el Servicio General de Salud*³¹.

Los recursos económicos, se han caracterizado por un crecimiento notable en los últimos años. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, además de ser la que ha experimentado el crecimiento más acusado con el paso de los años, seguida por la prevención y la incorporación social. Habría que resaltar, como un posible aspecto negativo, el descenso del presupuesto en las áreas de formación e investigación y en la coordinación institucional hasta el año 2000, aunque a partir de esta fecha vuelven a contar con mayor dotación presupuestaria. En opinión del responsable, el presupuesto es razonable, en general, pero todavía hay necesidades pendientes que hay que cubrir.

Respecto a las áreas de actuación que se contemplan en el Plan, anteriormente la prevención era prioritaria, aunque en la actualidad es la inserción social, concretamente los programas de inserción personalizados. Si se considera, en primer lugar y más detalladamente, el área de prevención, se comienza a trabajar realizando un análisis de necesidades, fase necesaria para la planificación de las estrategias, aunque se encuentran problemas relacionados con los nuevos patrones de consumo de los jóvenes y de colaboración con otros departamentos con implicación en el tema. Por otro lado, dentro de la planificación de la prevención, se elabora un mapa de necesidades (Mapa de Riesgo Epidemiológico) y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, también fundamental para el desarrollo de futuras actuaciones.

Hay que destacar, en opinión del responsable, que del total de programas que se ponen en marcha, un 87% son de prevención. Por ámbitos de actuación, la prevención en el ámbito escolar ocupa una posición central, donde cuentan con un programa para enseñanza no universitaria que llega a ser el más extenso de la Unión Europea. Tras el ámbito escolar, ocupan una posición importante los programas de información y formación, la prevención familiar y el ámbito juvenil. En conclusión, se considera necesario eliminar la dificultad de que los padres y madres acudan a las Escuelas de Padres, que se desarrolle más prevención escolar, el refuerzo de la educación en valores en etapas de riesgo, la información escrita para padres e incidir en la labor con las familias.

En el área de intervención asistencial, en lo que respecta a los diferentes recursos y programas, hay que resaltar un dato relevante el descenso de los usuarios en algunos recursos durante el año 2000, concretamente en los Centros Ambulatorios de Asistencia, en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación, en los programas desarrollados en Instituciones Penitenciarias y en los de alternativas a la privación de libertad. Situación contraria a lo que se aprecia en el resto de recursos y programas. Por otro lado, se realizan evaluaciones de implementación de los programas y actividades desarrolladas, aunque sería necesario completarlas con evaluaciones de diseño previas. Del resultado de las últimas, consideran muy adecuados los distintos programas y recursos conforme a la planificación inicial, aunque se considera necesario incidir en las intervenciones sobre población reclusa drogodependiente.

En opinión del responsable, valorando el conjunto de la red asistencial, es importante la existencia de un catálogo de programas ambulatorios y residenciales, que recoge los centros especializados y los de salud existentes y la dispensación de metadona se encuentra ya consolidada (en los centros mencionados anteriormente, en 22 oficinas de farmacia y en un Hospital). En conclusión, aunque hay problemas de coordinación con Salud Mental, este año se han creado nuevos centros, han bajado las admisiones a tratamiento y el suministro de metadona, por lo que se puede

31 Entrevista, mayo 2002.

decir, en definitiva, que el volumen asistencial goza de una cierta estabilización. Como perspectivas de futuro, se encuentra el hecho de cómo tratar los casos de drogodependencias a psicoestimulantes (que no es diaria, sino ocasional) y concienciar a la sociedad de la psicodependencia.

En el área de incorporación social, la planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de la Oficina de Coordinación, siendo las ONGs y los ayuntamientos los que gestionan los programas. En el desarrollo de las distintas actividades y programas, los principales problemas se refieren a la insuficiente colaboración con las agencias de empleo de la Administración Central y Local, además de la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. En términos generales, los responsables opinan que el funcionamiento de los programas es bueno y, tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían los de integración laboral (Empleo) y los de formación. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de formación profesional, homologados por el INEM; las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y la Ayudas de Servicios Sociales.

En estos momentos, la incorporación social es el área prioritaria en Galicia. En opinión del responsable, *hay un gran número de programas concretos, muy estructurados y una buena coordinación entre trabajadores sociales y recursos municipales. Además, el funcionamiento y el éxito de los programas es muy bueno, hay un plan de inserción personalizado, grandes empresas que colaboran y buenos resultados en los programas de autoempleo*³².

En el área de estudios e investigaciones realizados, la cantidad se considera suficiente y la calidad de los resultados buena, aunque señalan deficiencias para desarrollarlos como las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Las líneas básicas a promover serían la investigación epidemiológica sobre patrones de consumo, factores de riesgo/protección, necesidades, etc., de cara a permitir una monitorización del fenómeno de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma y adaptar los recursos a esta evolución. Además, son necesarios sistemas de evaluación de los recursos, tanto de prevención como en el área asistencial y de incorporación social, facilitando su optimización y aumento de eficiencia.

En lo relativo al papel de las ONGs, según el último Plan, éste se articula a través de la cooperación con las Administraciones Públicas en los ámbitos de intervención sin crear redes o sistemas paralelos, la autorización o acreditación por parte de la Administración de sus programas, la participación en los órganos ciudadanos y consultivos y el desarrollo de actuaciones concretas próximas a la comunidad. Respecto a las áreas de actuación en las que intervienen, las ONGs siempre han estado presentes en intervención asistencial, en prevención y en inserción social, donde el tipo de relación que se establece con ellas es a través de convenios, que se renuevan anualmente.

Por último, haciendo una valoración general del funcionamiento del Plan, en opinión del responsable, *el punto fuerte sería el nivel muy alto de institucionalización, por la producción legislativa y la estabilidad presupuestaria, además, hay una Oficina institucionalizada. Como puntos débiles, estarían la formación continua de los profesionales, porque requiere esfuerzo de estos sujetos hacia la formación; el hecho de que el Plan se considere un Plan del Gobierno y no de una Consellería y que disminuya la percepción social del riesgo de la sociedad en general, no sólo de los jóvenes. Frente a esto, los retos futuros que se plantean son la formación continua de profesionales, que siga habiendo presupuesto, cómo abordar los nuevos cambios del consumo (usos ocasionales de las drogas, espacios de ocio y tiempo libre, etc.) y acabar con la publicidad del tabaco, alcohol y con el patrocinio de estas sustancias*³³.

32 Entrevista realizada en mayo de 2002.

33 Entrevista realizada en mayo de 2002.

LA RIOJA

INTRODUCCIÓN

Al igual que en otras Comunidades, el problema de la droga es uno de los que más preocupa a la sociedad riojana. En 1985, atendiendo a la demanda asistencial existente, se creó la Comisión Regional de Coordinación para la Prevención y Asistencia en Drogodependencias que desarrolló el Plan Regional sobre Drogas un año más tarde. Este Plan, es el instrumento de gestión básico, naciendo del consenso entre otras instituciones y asociaciones. Una de sus características es la participación y la flexibilidad, tanto en su estructura como en su funcionamiento, trabajando por medio de objetivos, evaluación de los mismos y el consenso. Además, la Administración Autonómica ha asumido la responsabilidad en el terreno de las drogas ilegales. La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Salud y Consumo, era la encargada de las actuaciones sobre las drogas tanto preventivas como asistenciales.

En el segundo Plan (1997), la línea fundamental de trabajo es la prevención de las drogodependencias entre los jóvenes. En él, ocupan un primer plano aspectos como la repercusión psicosocial del fenómeno, el deterioro familiar, los valores juveniles, el problema del tabaco, el alcohol y las nuevas formas de drogas. Además, se han generalizado los programas de dispensación de sustitutivos, lo que ha llevado a una disminución del número de drogodependientes y la reducción de riesgos sanitarios en los pacientes. Un problema que se planteado para el futuro ha sido el consumo de drogas ilegales en los medios no marginales¹. En los últimos años, se ha logrado una progresiva desaparición de situaciones de marginalidad y estigma social del drogodependiente, pasando a ser un problema más centrado en el ámbito de la salud. Esta situación lleva hacia nuevos retos, entre ellos, lograr la máxima implicación de las familias.

Por último, en el año 2000 se trabajó en el Anteproyecto de Ley sobre Drogodependencias y Otras Adicciones de La Rioja, siendo el primer documento con rango de Ley en esta materia, aprobada finalmente el 17 de octubre de 2001. En lo que respecta a las diferentes áreas de actuación, en prevención se puso en funcionamiento una Oficina de Atención al Ciudadano para el Alcohol, el Tabaco y Otras Drogas y un aumento de las subvenciones a corporaciones locales, aprobándose, además dos nuevos Planes Municipales sobre Drogas. En el área de inserción socio-laboral, se llegó a una tasa de empleo de cerca del 75% de drogodependientes usuarios de los dispositivos de asistencia, se consolidó el programa de metadona en la prisión de Logroño y mejoró la adhesión a tratamientos contra el VIH de seropositivos drogodependientes en el ámbito de reducción del daño. Se consiguieron buenos resultados en el programa de atención en comisarías gestionado por la Oficina de Atención al Ciudadano y se subvencionó a ONG's y otras entida-

¹ Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones

des (Colegios Profesionales, Universidad), produciéndose una mayor integración de la Atención a las Drogodependencias, donde destaca la prevención como estrategia general marco de actuación.²

En opinión del responsable, con la aprobación de la Ley sobre drogodependencias se llevaron a cabo una serie de cambios en la estructura del Plan... Respecto a las áreas prioritarias de actuación, en estos momentos son la prevención, a través de la información y la integración de los drogodependientes en la red sanitaria normalizada... También es importante destacar el Observatorio Riojano de Drogodependencias...

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En términos generales, según los responsables del Plan Regional, la situación del consumo de drogas en La Rioja y las consecuencias derivadas del mismo se considera moderada. Tomando como referencia los últimos cinco años, la situación ha mejorado. Las tres sustancias que más problemas generan, por orden de importancia, son el alcohol, la cocaína y, en tercer lugar, el tabaco. El alcohol ocasiona un fuerte impacto sanitario, la cocaína genera alarma en la opinión pública y en lo referente al tabaco, afecta a un gran número de personas.

Según la Encuesta Domiciliaria del PNSD (1994), un 2,52% de la población mayor de 15 años (5.796 personas) se declaraban consumidores de drogas ilegales, concretamente un 1,51% de consumidores de cánnabis, un 0,63% de cocaína, un 0,25% de heroína y un 0,13% de drogas de síntesis. Por otro lado, los últimos datos publicados por la Ministerio de Sanidad del Gobierno³, pone de manifiesto una ligera reducción en el consumo de tabaco, alcohol, cánnabis y heroína y alerta de un notable aumento en el consumo de cocaína y anfetaminas, con más de 1.000 consumidores de drogas sintéticas⁴.

En lo referente a las drogas legales, el consumo de alcohol (droga más consumida) está bastante extendido por todo el territorio, especialmente en las zonas rurales. En 1993, el consumo de alcohol a diario fue del 60%. Según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la población escolar (1996), el consumo de bebidas alcohólicas se estaba generalizando cada vez más entre los jóvenes y adolescentes, donde un 41% de los estudiantes entre 14 y 18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y un 22,4% había experimentado alguna vez problemas a causa del consumo de bebidas⁵.

En el año 2001, el consumo de alcohol diario descendió a un 27,6%⁶. Por su parte, los últimos datos ofrecidos por el Observatorio Español sobre Drogas (2001), muestran que la prevalencia de consumo de alcohol en los últimos treinta días es de un 68,5%, con una clara primacía de los varones (80,5%) sobre las mujeres (56,1%). Esta tendencia se mantiene en los diferentes grupos de edad analizados, a diferencia de otras Comunidades, donde el porcentaje de mujeres bebedoras supera a los varones en las edades más jóvenes. Por grupos de edad, esta práctica es más habitual entre los varones de 30 a 34 años (94,1%) y entre las mujeres de 20 a 24 años (cerca de un 80%) (ver Gráfico 1). Respecto a los bebedores abusivos, en 1997 representaban un 5%, cifra que dos años más tarde se sitúa en un 4,4% los días laborales y un 8,7% los fines de semana.⁷

2 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2000, Pp.239.

3 Estudio a través de la encuesta realizada por la empresa Sigma Dos.

4 Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

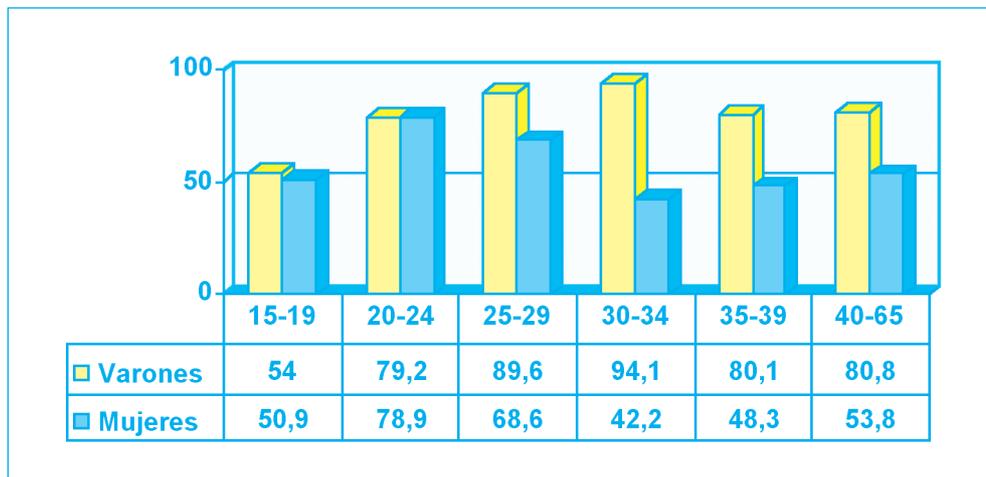
5 Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones.

6 Según Cristina Nuez, Técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Datos facilitados en junio de 2003.

7 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4 2001, Pp.41.

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos treinta días por sexo y edad.



Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº4, 2001. Pp. 24.

En cuanto al tabaco, otra de las sustancias más consumidas, en 1997 el consumo se situaba en torno al 35,5%, con notables diferencias en función del sexo. Así, mientras que los varones dejan esta práctica en mayor medida, las mujeres tienden a incorporarse a este hábito, llegando a igualarse en las edades más tempranas⁸. En términos generales, el consumo general de tabaco es descendente. Situación contraria se aprecia en el caso del cánnabis, pues la prevalencia de consumo en los últimos doce meses ha pasado de un 7,2% en 1995 a un 9,7% en 1999⁹.

Por último, según el estudio sobre los jóvenes españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, La Rioja es la cuarta Comunidad (93,9%) con mayor proporción de jóvenes que han probado el alcohol al menos una vez en la vida. Sin embargo, en el consumo de cocaína (2%), se encuentra entre las Comunidades, junto con Cantabria (2%) y Navarra (2,1%), con niveles más bajos.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

En líneas generales, La Rioja se encuentra entre las Comunidades con una menor tasa global de admisiones a tratamiento (60,3 casos por 100.000 habitantes)¹⁰. La tasa general de demandas a tratamiento por opiáceos en 1997 fue de 1,55 por cada 1.000 habitantes; se registraron 3.945 consultas ambulatorias; 28 episodios hospitalarios y 34 de urgencias en psiquiatría¹¹. Desde 1991 se observa un notable descenso en la proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína por vía parenteral, concretamente se ha pasado de un 74,4%

8 Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones

9 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4, Pp. 51.

10 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4, Pp. 88.

11 Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones.

a un 28,9% en 1999. Las primeras admisiones a tratamiento por consumo de cocaína, aunque han aumentado a partir de 1997 (de 0,9 en 1991-93 a un 1,6 en 1997-99), es la Comunidad con la menor tasa anual por consumo de esta sustancia por 100.000 habitantes¹².

En lo referente al consumo de alcohol, según el Plan Riojano, el número de personas atendidas en la Red de Salud Mental fue de 170, es decir, una tasa de 0,63 sujetos por 1.000 habitantes. También debido a esta sustancia, se dieron 748 consultas ambulatorias en la Red de Salud Mental, 33 ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, 52 episodios de Urgencia Psiquiátrica y 246 (sobre un total de 702) de accidentes de tráfico. El perfil del sujeto de las demandas a tratamiento se caracteriza por una edad cada vez mayor, más alejados de la marginalidad y con problemas derivados del policonsumo de drogas, especialmente cocaína, anfetaminas y alcohol. En cuanto a la vía de administración de la sustancia, en La Rioja la vía inyectada sigue siendo mayor.

Por último, hasta finales de septiembre de 1996, se registraron 267 casos de Sida, convirtiéndose en la sexta Comunidad Autónoma con mayores tasas por millón de habitantes. En relación al conjunto nacional, tuvieron un mayor peso los casos debidos a transmisión por el uso compartido de jeringuillas (66'3% frente al 64'6% en España), los debidos a prácticas heterosexuales (18'4% frente al 10'4%) y los de transmisión perinatal (3'0% frente al 1'6%).¹³ En 1999 fue la tercera Comunidad con mayor número de casos de SIDA asociados al uso de drogas por vía intravenosa. Finalmente en el año 2001, los casos de SIDA por UDVP siguen representando un mayor porcentaje en esta Comunidad (70,1% frente al 65% de España). En términos absolutos, de los 384 casos de SIDA diagnosticados, 269 estuvieron relacionados con este tipo de práctica¹⁴. Por último, las defunciones notificadas hasta el año 2000 en enfermos de SIDA UDVP fueron de 139, representando menos del 1% del total de muertes por esta causa en España.¹⁵

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Desde que La Rioja tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado dos Planes sobre Drogas (1986 y 1997) para hacer frente a todos los problemas relacionados con este fenómeno. El Plan es un instrumento de gestión básico fruto del consenso de instituciones y asociaciones donde el papel desempeñado por la Comisión Técnica y de Seguimiento es fundamental. Los principios de la flexibilidad y participación sustentan su estructura y funcionamiento, trabajándose con objetivos, evaluación y consenso para adaptarse a todo tipo de problemas y situaciones¹⁶.

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, el Plan no se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, aunque sí se ha elaborado un informe oficial realizado por profesionales del propio Plan. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 1997, y el siguiente estaba previsto para el 2001. Las fuentes empleadas han sido Memorias propias, informes de asociaciones y entidades, vigilancia epidemiológica e Informes de grupos de trabajo del Plan, como fuentes primarias y Memorias de entidades y asociaciones, de trabajo y estadísticas externas, como fuentes secundarias.

12 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4.

13 Doctor Ernesto Bozalongo, Responsable del Programa de SIDA (Dirección General de Salud, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social).

14 Registro Nacional de Sida, 30 de junio de 2001.

15 Ministerio de Sanidad y Consumo, Registro Nacional de SIDA, datos acumulados desde 1981 a 31 de diciembre de 2000.

16 Plan Riojano de Drogodependencias y Otras Adicciones

Partiendo de los objetivos del Plan Autonómico se realiza la programación. La encargada de esta planificación es la Oficina del Comisionado, que ha participado, en la elaboración de los objetivos y en la recogida de información de todos los ámbitos para elaborarlos. Las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan no son editadas.

El Consejo de Dirección, es el encargado de la evaluación del Plan. El Comisionado lo valora con el Director General y se lo expone al Consejero. Existe una comisión a nivel interno del propio Plan encargada de realizar el seguimiento del mismo, compuesta por el Consejero de Salud y Servicios Sociales; Directores Generales de Salud, Servicios Sociales, Educación, Juventud, Deportes y Empleo; el Gerente del Servicio Riojano de Salud; Consejo de la Juventud; Federación Riojana de Municipios; Ayuntamientos de Logroño, Calahorra y Haro; Delegación del Gobierno; Guardia Civil; Policía Nacional; Centro Penitenciario de Logroño; por último, un representante de cada una de las Subcomisiones del Plan: prevención, atención, reinserción y control de la oferta. Esta Comisión se convoca a propuesta del presidente o por mayoría de miembros y los objetivos se determinan en el propio Plan.

Al plantear a los responsables del Plan cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, señalan dificultades con la Administración Autonómica en el ámbito de definición de competencias, debido al solapamiento de funciones; de escasez de recursos y otros problemas referidos al rango administrativo del responsable del Plan. Por último, con la Administración Local, aunque no se señalan dificultades, se apunta la falta de recursos.

En materia de competencias (considerando las asumidas por la Comunidad Autónoma), se considera que al Plan le faltan para enfrentarse al problema de las drogas, al carecer de suficiente rango administrativo para hacer eficaz el cumplimiento de objetivos. No obstante, están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las consejerías de Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Trabajo, Juventud y Deportes. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios, concretamente hay una línea de subvención anual para programas de prevención. Algún Ayuntamiento tiene convenio de cofinanciación de un técnico en prevención de drogodependencias.

Describiendo en términos generales el organigrama esta Comunidad cuenta con un responsable, concretamente el Comisionado Regional de Drogas (psicólogo), con rango mínimo de Jefe de Servicio, designado a propuesta del Consejero de Salud y dependiendo de la Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario. Por otro lado, un técnico superior (psicólogo) y un auxiliar administrativo completan el organigrama. Además, tienen como órgano consultivo la Comisión Técnica y de Seguimiento, constituida en 1997 y cuya constitución y periodicidad con la que se reúnen ha sido mencionada anteriormente.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, en esta Comunidad existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea, el Gabinete de Prensa de la Consejería de Salud. En general, la información se difunde a través de páginas Web como la propia del Comisionado (www.larioja.org/infodrogas), teléfono de información (900 714 110), guía actualizada sobre recursos y programas, Memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, y servicios de información y orientación. Esta Comunidad cuenta con tres fondos de información. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención -ámbito sobre el que se suministra mayor información- jóvenes en general, en intervención asistencial, menores y adultos con problemas de drogodependencias y, por último, en incorporación laboral, la información se dirige preferentemente a adultos drogodependientes.

3- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales, respecto a prevención e intervención (ver Tabla 1), se trata de licenciados, especialmente psicólogos y diplomados, concretamente con el título de enfermería y trabajo social. Por otro lado, también colaboran personas con el Graduado Escolar y con estudios de Bachiller/FP.

En opinión de los responsables, el personal que trabaja en las áreas de prevención e incorporación social se considera insuficiente y en intervención asistencial adecuado. Entre las principales deficiencias, señalan, la falta de formación y de equipos multidisciplinares. Los problemas que afectan al área de prevención son la falta de personal y la insuficiente formación; en intervención asistencial la necesidad de motivación para atender a las drogodependencias y en incorporación social la insuficiente especialización en drogodependencias.

Tabla 1
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	TOTAL
1. Licenciados	2	3	5
Psicólogos/as	2	2	4
Psiquiatra		1	1
2. Diplomados	2	2	4
Trabajadores Sociales	1	1	2
ATS-DUE	1	1	2
3. Bachiller/FP	1		1
4. Graduado Escolar	2	1	3
TOTAL	7	6	13

**En incorporación social el personal no está vinculado directamente al Plan de Drogas*

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario

En el ámbito de formación, no existe una unidad específicamente encargada de esta tarea. Entre las actividades de formación puestas en práctica, se incluyen cursos, jornadas, talleres, entre otros, dirigidos a profesionales, alumnos y mediadores sociales. Los temas tratados han abordado una variedad de sustancias, como el tabaco, el alcohol y las drogas de síntesis. Además, el abordaje se ha realizado desde el ámbito de la prevención y de la intervención asistencial, contemplando otros problemas asociados al consumo como la patología dual y actuaciones en el medio laboral. (Ver tabla 2).

Tabla 2
Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.	Nº	Dest.
Curso tratamiento tabaquismo	1	28 profesionales sanitarios Atención Primaria	1							
Grupo deshabitación tabáquica	1	Profesionales sanitarios	1							
Taller de Consejo	1	20 alumnos	1	22 alumnos						
Curso formación mediadores drogas de síntesis (Prevención)					1	Educadores de calle, Asistentes Sociales y Otros profesionales				
Cursos drogas síntesis (Prevención)					1	23 mediadores				
Jornadas de Patología Dual							Profesionales			
Censo sobre Consejo Psicológico aplicado al consumo de alcohol y tabaco (intervención)							Médicos, enfermeras y Trabajadores Sociales			
Jornadas Técnicas sobre alcohol, tabaco y drogas en el medio laboral									2	Delegados de Prevención y Técnicos en Salud Laboral

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4- RECURSOS ECONÓMICOS

El Plan Riojano tiene la necesidad de recursos financieros para su ejecución. Por ello, los Departamentos implicados y otras Administraciones tienen la función de proponer la dotación de partidas concretas de sus presupuestos al Plan de Drogodependencias. El Comisionado Regional de Drogas de la misma manera debe disponer de los recursos materiales y humanos necesarios para su puesta en práctica¹⁷.

Atendiendo a la evolución del presupuesto, desde 1996 se ha producido un incremento de la dotación económica total, salvo en el último año. Por áreas de actuación, en el año 2000, intervención asistencial e incorporación social seguían siendo las que contaban con mayor dotación

¹⁷ Plan Riojano de Drogodependencias y Otras Adicciones, 1997, Pp. 22.

económica, seguida por la prevención, que creció considerablemente, coordinación institucional y, por último, formación, documentación e investigación que en este último año ha recibido menos presupuesto (ver Tabla 3).

Tabla 3
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

Ptas	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	15.530.563	14.912.413	16.476.586	26.606.527	41.350.045
Intervención Asistencial e Incorporación Social	85.917.960	95.946.637	97.673.676	86.905.996	128.922.712
Formación, Documentación e Investigación	3.024.271	1.806.021	1.824.333	4.374.333	3.000.000
Coordinación Institucional	7.685.000	7.846.000	14.011.159	80.801.348*	18.011.159
Total	112.157.794	120.511.071	129.985.754	198.688.204	191.283.916

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Con respecto al presupuesto del actual Plan, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales aportó 10.000.000 de Ptas., 50.000.000 Ptas. el Ministerio del Interior (PNSD) y 14.000.000 el Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida). Finalmente, la Comunidad Autónoma destinó 30.000.000 de Ptas. (Ver tabla 4).

Tabla 4
Presupuesto del Plan Regional sobre Drogodependencia (en pesetas) (2000)

Procedencia del Presupuesto				
Aportación del Gobierno Central				Aportación de la Comunidad
M. del Interior (PNSD)	M. de Trabajo y Asuntos Sociales	M. de Sanidad y Consumo (SIDA)	Total	
50.000.000	10.000.000	14.000.000	74.000.000	30.000.000

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos suministrados en el cuestionario

Según los responsables, la Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario ha sido la encargada de gestionar directamente el presupuesto hasta el año 2003, fecha en la que el Comisionado Regional de Drogas tiene asignada dotación presupuestaria propia. Por otro lado, el volumen económico directo, en el año 2000, en subvenciones, convenios y campañas fue del orden de 80.000.000 de ptas (en torno a los 93 millones en el 2001), el volumen indirecto no está ponderado y el de personal fue de 8.500.000 ptas. Por último, los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son la adecuación a los objetivos del Plan

Regional, la calidad científico-técnica y las consideraciones socio-demográficas de la zona, así como problemas emergentes.

5- PREVENCIÓN

La prevención, según apunta el Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones, es un área de actuación preferente dentro del Plan, donde desarrollar una política preventiva adecuada es uno de sus principales retos. Se estima necesario intensificar los esfuerzos no sólo contra las sustancias sino también frente a la oferta y minimizar los efectos de las drogas. Hay que controlar la oferta y reducir la demanda de forma complementaria. En definitiva, se trata de contemplar la prevención desde una perspectiva amplia y global de promoción y educación para la salud

El objetivo general que se persigue, según el Plan, es el de impulsar actividades preventivas que favorezcan cambios de actitudes para modificar las conductas de uso/abuso de drogas y otros comportamientos adictivos, además de reforzar los comportamientos contrarios e informar sobre todo lo relacionado con el fenómeno de la drogadicción. Para ello, se ponen en marcha una serie de Subprogramas entre los que destacan el Policial, el Judicial, el de Información y prevención comunitaria y los subprogramas de prevención en el medio escolar, en el medio laboral, en grupos de riesgo y de intervención social y, finalmente, el de ocio y tiempo libre.

Las actividades realizadas en este ámbito se han desarrollado principalmente desde la Educación para la Salud de la Consejería de Salud y desde los ayuntamientos. Éstas se han basado sobre todo en drogas como el alcohol y el tabaco. Entre los destinatarios se encuentra la población escolar, las familias y los jóvenes y se desarrollan actividades informativas, de sensibilización y de ocio y tiempo libre como charlas, grupos de discusión, campañas, etc. Entre los retos pendientes se hace referencia a la coordinación de acciones, la continuidad en el tiempo y la planificación, así como la actuación sobre grupos de riesgo y el área laboral¹⁸.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son el propio Plan y el Plan Nacional, como fuente externa. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a la falta de integración de la prevención sobre drogodependencias en los currículos escolares, en la empresa y en la familia. Los principales factores causantes o mantenedores de estos problemas son la industria de venta de bebidas y tabaco y la hostelería que tiene impunidad y patrimonio exclusivo sobre el ocio y tiempo libre en jóvenes, la pobreza y la marginalidad.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. En lo que respecta al primer tipo, se trata de personal de la administración y de empresas de servicios, así como de los Planes Municipales. En lo referente a los recursos materiales, son de una gran variedad, audiovisual, escrito, etc., por último, los económicos son los propios de la administración regional y municipal. En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se logra a través de un gran esfuerzo de reunión y coordinación. Finalmente, dentro de la planificación de la prevención, se elabora un mapa de necesidades y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, concretamente las familias y menores marginados.

En opinión del responsable, en esta área de actuación hay retos pendientes como incidir en el ámbito laboral, a través de las empresas, materiales y un proyecto de intervención (MANO A MANO); en educación, haciendo llegar los materiales a los centros; en la familia, financiando las Escuelas de Padres e incidiendo en los grupos de riesgo y en los menores; en los espacios de ocio y tiempo libre

¹⁸ Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones.

(programa de alcohol en jóvenes) y, finalmente, desarrollar toda la información a través de Internet y las nuevas tecnologías (portal de drogas: www.larioja.org/infodrogas) y aumentar las subvenciones.

5.1.- Ámbito escolar

Tomando como referencia el Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones, destaca el Subprograma de prevención en el medio escolar, con objetivos que persiguen impulsar actividades dentro del diseño curricular para la reforma educativa, en materia de Educación para la Salud; ofrecer apoyo técnico a la Dirección General de Educación para el desarrollo de programas preventivos; retrasar el inicio en el consumo de alcohol y tabaco en la población escolar; asegurar la formación del personal docente, APAS, etc.; identificar a los alumnos con problemas en este sentido; canalizar a estos alumnos hacia la red asistencial en el caso de que no se pueda resolver en el centro escolar y, por último, aumentar a través de programas el potencial de salud de los adolescentes desarrollando sus propios recursos y habilidades personales¹⁹. En el año 2000, la prevención desde el medio escolar ha tenido un gran impulso con la constitución de la Comisión Mixta de Programas y Actividades de Promoción y Educación para la Salud y Drogodependencias, entre los Departamentos de Salud y Educación²⁰.

Las actividades puestas en marcha y analizadas en el periodo 1996-2000, son diversas, así como también cada vez más numerosos los centros implicados (en 1998 se habla de un 100% en casi todos los centros y sujetos implicados) y la participación de padres/madres, profesores y alumnos (niños y jóvenes). Destacan los programas de prevención del consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales (a través del cine), del Sida y el subprograma de información y sensibilización dirigido a los padres de los alumnos. En 1999, destaca un programa de formación para AMPAS dirigido por el Ayuntamiento de Logroño y el establecimiento de un Plan de formación del profesorado en drogodependencias. En el año 2000 se continuó con el programa Construyendo Salud, impulsado por el Convenio entre los Ministerios de Educación, Sanidad e Interior (ver Tabla 5).

En opinión de los responsables, existe una línea clara de intervención en la prevención escolar derivada del análisis de la situación. En este último año, el Plan ha tenido como prioridad la integración en el currículum escolar, la transversalidad y la acreditación de programas. Para garantizar el seguimiento de esta línea, se cuenta con una Comisión Mixta Sanidad-Educación y Subcomisiones de prevención del Plan Regional. Existe una coordinación con la Administración Educativa, la cual se encarga de impulsar, apoyar y poner los medios para controlar y acreditar los programas.

La Administración, empresas y ONGs, son los que realizan las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de la oferta de prevención escolar. En este sentido, se conoce el número de centros que participan en los distintos programas o actividades, variable cada año y además, los programas escolares son sometidos a evaluación de la calidad, adecuación e idoneidad de los mismos, concretamente de los programas de prevención inespecífica y específica que se desarrollan en las aulas.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes y actividades extraescolares. Esto se hace a través de la Comisión Mixta de los Centros de Formación de Profesorado y del Comisionado de Drogas mediante ofertas docentes y de materiales. La formación del profesorado en prevención se realiza dentro de programas estructurados y como de formación del profesorado. De esta labor se encarga personal de educación y agentes externos, desarrollándose en los Centros de Formación del profesorado.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Como sistema de evaluación (monito-

¹⁹ Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones

²⁰ Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, 2000. Pp. 239.

Tabla 5

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	- P.Preven consumo tabaco y alcohol (3 Subprogramas) - P.Educac para la Salud prevenc drogo-dep a través del cine - P.Prevencción Sida en medio educativ - Actividades con Asociaciones APAS	Actividades diversas, char-las, taller	Folleto, películas	Alumnos, profesores, padres
1997	- P.Preven consumo tabaco y alcohol (3 Subprogr: tabaco, alcoh y padres) - P.Educac para la Salud prevenc drogo-dep a través del cine - P.Prevencción Sida en medio educativ	Actividades diversas, char-las, taller	Folleto, películas	Alumnos, profesores, padres
1998	- P.Preven consumo tabaco y alcohol (3 Subprogr: tabaco, alcoh y padres) - P.Educac para la Salud prevenc drogo-dep a través del cine - P.Prevencción Sida en medio educativ	Actividades diversas, char-las, taller	Folleto, películas	Alumnos, profesores, padres
1999	- Programas tabaco, alcohol, drogas ilegales y de síntesis. - P. de formación para APAS - Plan formación del profesorado			Alumnos, padres, profesores
2000	- Programa Construyendo Salud			

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

rización), esta Comunidad dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el porcentaje o número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias; el porcentaje de programas aplicados en el aula que están acreditados; la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula y la identificación de zonas o centros de actuación preferente.

También se conocen las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo; el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas específicamente a la familia; el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias; el de Escuelas de Magisterio y de cursos de adaptación pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias; la existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado elaborados en colaboración con la Administración educativa y, por último, la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas.

5.2.- Ámbito familiar

La familia es un ámbito de actuación preferente según el punto f del artículo 7 de la Ley 5/2001 sobre Drogodependencias y otras adicciones. Con anterioridad a esta fecha, se hacía referencia a ella en diferentes ámbitos de prevención como el comunitario, el escolar y el de la comunicación.

Concretamente, en el escolar con el Subprograma de información y sensibilización dirigido a los padres/madres de los alumnos de 2º de la ESO, dentro del programa de prevención del consumo de alcohol y la puesta en marcha en 1999 de un programa de formación para las AMPAs dirigido por el Ayuntamiento de Logroño. Por otro lado, la familia ha sido contemplada en el ámbito de la comunicación a través del desarrollo de campañas de sensibilización (la campaña Tener un hijo te cambia la vida... perderlo aún más.... desarrollada en 1998).

5.3.- Ámbito comunitario

Entre los objetivos específicos que se persiguen -como señala el Plan Riojano- dentro del Subprograma de Información y prevención comunitaria, se encuentran conocer los riesgos del “uso social” de las drogas y otras adicciones, las sustancias o comportamientos que pueden llevar a problemas de adicción, desarrollar actividades coordinadas con los Departamentos de la Administración para evitar que sus actividades (producción y venta de bebidas, etc.) puedan dañar los intereses de los programas, evitar la marginación y estigmatización de los afectados por problemas de drogodependencias y reforzar actitudes favorables a la no adicción, fomentar la puesta en marcha de programas de prevención en Ayuntamientos, organizaciones, asociaciones y otras entidades y, finalmente, dotar de apoyo técnico y económico a las entidades que lo soliciten.

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria parte de una estrategia global, integrando actuaciones que engloban acciones conjuntas de agentes preventivos como el medio escolar, empresa, asociaciones y familia e incluyendo, además, acciones de sensibilización comunitaria. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, donde las prioridades establecidas son las propias de garantizar, mediante los órganos del Plan, la acción coordinada en el tiempo y en el espacio, comprobando su éxito a través de los órganos de participación del Plan. En este ámbito intervienen centros educativos, AMPAS, ONGs y la Administración Local especialmente. La coordinación con otras instancias participantes se realiza mediante el Comisionado y los órganos del Plan.

Esta Comunidad tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente, aunque no se elaboran mapas de riesgo, utilizando como criterio los resultados de encuestas, estudios y lo que se determina en los órganos de participación del Plan. Las poblaciones con las que se interviene principalmente son los menores en riesgo y con fracaso escolar, los drogodependientes con VIH y la población reclusa. En el caso de los programas para jóvenes, se promueven políticas de actuación conjunta sobre jóvenes en riesgo, acciones preventivas en la familia y escuelas y de fomento del ocio y tiempo libre. Estas políticas son apoyadas por la Administración educativa, de Salud y Juventud Regional y por la Administración Local y en su ejecución intervienen AMPAS, ONGs y la propia Administración.

Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo y los Educadores de Calle. En este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar. Por último, no existe un nivel de coordinación con los profesionales y equipos de atención primaria para promover su participación en programas de prevención.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan con indicadores como el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre (los propios de educación y juventud), el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo (por el Comisionado para la Droga) y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general (a través de los Ayuntamientos).

5.4.- Ámbito de la comunicación

Según explican los responsables del Plan, los mensajes que se ofertan se determinan mediante concursos de elaboración de campañas o que se elaboran en la misma Oficina del

Comisionado. Los mensajes prioritarios son los que apelan a la reflexión o al cuestionamiento de creencias e ideas sobre las drogas. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través del Gabinete de Prensa de la Consejería de Salud. El Plan no tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, se ha creado un portal sobre información y prevención comunitaria de drogas (www.larioja.org/infodrogas) en el que se recogen distintos campos, entre ellos la prevención.

Si atendemos a las actividades puestas en prácticas en este ámbito (1996-2002), destaca la celebración del Día Mundial sin Tabaco, Día Internacional Contra el Tráfico Ilícito de Drogas, campañas de información y sensibilización y actuaciones de información y difusión en general. Para ello, se emplean ruedas de prensa, publicidad, exposiciones y páginas webs, destinados a jóvenes, padres/madres y población escolar y general (ver Tabla 6).

Tabla 6

Actividades y programas en el ámbito de la comunicación (1996-2000)

A.Comunicación	Nº	Actividades y recursos	Destinatarios
1996	- Día Mundial sin Tabaco - Campaña "Si buscas el punto llegarás al coma"	Ruedas de prensa, publicidad, distribución camisetas	
1997	- Día Mundial sin Tabaco - Guía de prevención del Sida	-Ruedas de prensa y publicidad 3.000 folletos	Población escolar
1998	Campaña sensibilización: tener un hijo te cambia la vida...perderlo aún más...	Publicidad, 3.000 carteles, 3.000 trípticos, página web	Padres y madres
1999	Actuaciones de información y difusión	Exposición, pegatinas, postales, dípticos	Jóvenes escolares y población general
2000	Actuaciones de información y difusión	Materiales de difusión: 10.000 imanes y dípticos, 2 páginas webs	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias (a través de la Oficina del Comisionado) y el número de los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención (a través del Gabinete de Prensa de la Consejería de Salud).

5.5.- Ámbito laboral

El Plan Regional también promueve la prevención en el ámbito laboral, donde se persiguen objetivos como controlar la disponibilidad y oferta de drogas, eliminando los factores sociales y personales que incitan al abuso; diagnosticar y tratar precozmente las consecuencias de consumo y los indicios que pueden ser causa; sensibilizar e informar a la población trabajadora sobre las drogodependencias; desmitificar creencias sobre los efectos beneficiosos de algunas sustancias; disminuir la oferta de drogas en la empresa; desplazar la oferta de bebidas alcohólicas hacia bebidas no alcohólicas; favorecer la comunicación en todas las direcciones donde los trabajadores puedan exponer sus inquietudes en temas de salud; ofrecer recursos asistenciales a empleados con problemas de drogodependencias; ofertar el programa a las empresas que lo soliciten;

modificar las variables ambientales que puedan influir sobre el consumo de drogas; identificar a los individuos con sintomatología y controlar “in situ” el consumo de drogas²¹.

Según explican los responsables, existe una línea de trabajo establecida desde el Plan para promover la prevención en este ámbito, además cuentan con un sistema para garantizar la continuidad de los programas. Respecto al nivel de coordinación con patronales y sindicatos, hay consenso en la realización de campañas informativas y de tratamiento a afectados. Los programas y actividades puestos en práctica promueven la elaboración de materiales, el asesoramiento a empresas y dirigir la atención a los trastornos con uso de drogas. Estas actividades están plenamente encuadradas dentro de los planes de seguridad e higiene en las empresas. Por último, existe una identificación de sectores de alto riesgo y se priorizan las intervenciones con estos colectivos.

Entre las actividades desarrolladas, en 1999 se dieron importantes pasos en el impulso de actuaciones, ya que se constituyó -a partir de las Subcomisiones de Prevención y Atención a las drogodependencias-, un grupo permanente de coordinación de actuaciones con representación de sindicatos, patronal y Colegios Profesionales. En el año 2000, tal y como estaba previsto, se puso en marcha un programa de formación en materia de alcohol, tabaco y drogas, destinado a delegados de prevención, además de realizar propuestas para iniciar campañas de prevención en las empresas. También destacan visitas para valorar la puesta en funcionamiento de un Servicio de Información y Recepción de las Demandas de Tratamiento por el Servicio Médico de Empresa²².

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información que les permiten conocer los mecanismos de diagnóstico de sectores de riesgo (a través de los Servicios Médicos de Empresa) y los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral (existen a nivel estatal y puntualmente en empresas).

5.6.- Ámbito municipal

Según los responsables del Plan, en esta Comunidad hay 8 Municipios con Planes de Drogas. Concretamente, el Plan de Calahorra (1995), el de Haro (1998), el de Alfaro (1999), el de Nájera (2000), los de Logroño y Santo Domingo de la Calzada (2001) y, finalmente, los de Arnedo y Rincón de Soto (2002). La financiación se realiza a través de subvenciones para programas de prevención y convenios específicos sobre el tema, en cuanto a la coordinación, se establecen reuniones a través del Plan Regional. Los mecanismos de actuación y colaboración con los municipios que no disponen de Planes de Drogas, consisten en reuniones para establecer objetivos y programas y para financiar la prevención mediante subvención. Por último, para evaluar estas tareas, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (por el Comisionado para la Droga).

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos. En el caso de La Rioja, en el Plan sobre Drogas, en la prevención se contemplan, además de los ámbitos ya señalados, el Subprograma Policial, el Judicial y el de prevención en grupos de riesgo y de intervención social. En el primero de ellos, según pone de manifiesto el Plan, se pretende establecer prioridades de actuación, proponer los cauces de coordinación de las acciones policiales y de los distintos Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la represión del tráfico de drogas y del juego, facilitar al ciudadano la denuncia de actividades relacionadas con el tráfico de drogas y dotar de recursos necesarios a los diferentes cuerpos de intervención en lo relacionado con el tráfico de drogas.

21 Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones

22 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1999-2000.

En lo que respecta al segundo, se busca coordinar las acciones judiciales y policiales en el tráfico de drogas, agilizar las intervenciones judiciales en actividades de blanqueo de dinero del narcotráfico, crear un servicio de especialización judicial, sustituir las penas por la integración en programas de rehabilitación y reinserción, propiciar la acusación particular por los Ayuntamientos y favorecer las intervenciones de “entrega vigilada” de drogas a través de la policía de fronteras. Por último, en lo que respecta a la prevención en grupos de riesgo y de intervención social, se busca detectar estos grupos, valorar su situación (infraestructura y recursos), buscar en la comunidad a las personas que puedan convertirse en agentes de salud, ofrecer apoyo técnico y material para la puesta en marcha de programas, establecer criterios para identificar a estos grupos, formar a los líderes naturales y poner en marcha los proyectos²³.

Durante los años 1999 y 2000, destacaron actuaciones de impulso de actividades de ocio y tiempo libre como prevención de las drogodependencias destinadas a jóvenes, para lo que se creó un grupo permanente de coordinación de actuaciones en esta materia. El resultado ha sido la implicación de departamentos y asociaciones apoyando iniciativas de ocio y tiempo libre (tal es el caso del Ayuntamiento de Logroño) y a través de subvenciones, concretamente la Dirección General de Juventud y Deportes. Por otro lado, también destacaron actuaciones en el ámbito de prevención por el control de la oferta, donde se continuó con la coordinación con policías, Guardia Civil y órganos de justicia, por medio de reuniones de la Comisión Provincial de Seguridad Ciudadana y el grupo de drogas de la Delegación del Gobierno en La Rioja²⁴.

6- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

El Plan Riojano sobre Drogodependencias establece que, junto a la necesidad de abarcar aspectos preventivos, el plan debe de tratar de solucionar los problemas de las personas que ya están padeciendo los efectos de las drogas directa o indirectamente. Para ello, debe ofrecer alternativas terapéuticas adecuadas, contrastadas, científicas y perfectamente coordinadas. Las estructuras asistenciales han de coordinarse para evitar duplicar esfuerzos y aproximar los recursos a los usuarios. La asistencia gira en torno a los Equipos de Salud Mental. Junto a ello, el Plan pondrá en marcha actuaciones para que el personal de Atención Primaria asuma las responsabilidades que le correspondan, posibilitando la normalización de la asistencia del drogodependiente y sujetos con trastornos adictivos.²⁵

Los objetivos generales consisten en garantizar la asistencia de las personas que presentan estos problemas en una red de servicios ágil, completa y coordinada; realizar un abordaje global del problema, implicando a las estructuras que tengan competencia en la materia; finalmente, fomentar y favorecer la formación e investigación sobre el fenómeno de las dependencias entre el personal implicado²⁶.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados, los Centros Ambulatorios de Asistencia y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria han permanecido constantes, aunque no ha ocurrido lo mismo con los usuarios atendidos. Se ha pasado de 2 Comunidades Terapéuticas a una, en ambos casos privadas financiadas, mientras que cada vez se atiende a un mayor número de usuarios. En cuanto a los programas de reducción del daño, se ha dado un notable crecimiento de los de Prescripción/Dispensación de Metadona, siendo en el año 2000 los que más usuarios atienden (ver Tabla 7).

23 Plan Riojano sobre Drogodependencias y otras Adicciones.

24 Memorias del Plan del Plan Nacional sobre Drogas, 1999-2000.

25 Plan Riojano sobre Drogodependencias y Otras Adicciones, Pp.21.

26 Plan Riojano sobre Drogodependencias y Otras Adicciones, Pp.23.

Tabla 7

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996		1997		1998		1999***		2000***	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Centros Ambulatorios Asistencia	6	421	6	356	6	354	6	71	6**	459
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	1	30	1	28	1	16	1	24	1	18
Comunidades Terapéuticas	2 Priv. Fin.		2 Priv. Fin.	29	2 Priv. Fin.	23	1 Priv. Fin.	35	1 Priv. Fin.	46
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	1 pres 3 disp	294 casos prevalentes	1 pres y dis 3 disp	286	1 pres y dis 3 disp	320	2 pres 5 dis 2 pres y dis	315	2 pres 5 dis 2 pres y dis	519

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* No alcohólicos.

** Se incluyen los centros de día terapéuticos

Los programas de reducción del daño, contemplan todas aquellas medidas dirigidas a la reducción de las enfermedades asociadas al consumo de drogas. Por este motivo, contemplan un programa de reducción de prácticas de riesgo, la comercialización de Kit Anti-Sida, gracias a un convenio con el Colegio de Farmacéuticos y la dispensación de jeringuillas y Sanikits. No obstante, el número de unidades dispensadas ha descendido en los últimos años (ver Tabla 8).

Estos programas se repartían en 1999 en el Centro de Salud Mental (2), en un centro de tratamiento específico de las drogodependencias (1), en el Hospital General (2), en el Centro Penitenciario (1) y en las Oficinas de Farmacia (3)²⁷. Por último, había 2 programas de intercambio de jeringuillas, uno de los cuales se ubica en las Oficinas de Farmacia. En la Memoria del Plan se señala que, la accesibilidad por distancias a los centros dispensadores y la ausencia de listas de espera, hacen que el programa en las Oficinas de Farmacia suponga la mejora de la calidad en la atención de algunos pacientes, pero no es de gran extensión. De hecho, aunque hay 33 Oficinas de Farmacia acreditadas, sólo 17 han dispensado metadona en el 2003 (ver Tabla 9)²⁸.

En la asistencia a problemas de alcoholismo, los dispositivos han permanecido constantes a lo largo del tiempo, concretamente se sigue atendiendo a este tipo de pacientes en los 6 Centros Ambulatorios y en la Unidad Hospitalaria. El número de usuarios atendidos ha aumentado en los dos centros a lo largo de este periodo, salvo en 1999, donde es menor en los Centros Ambulatorios y en el año 2000 en las Unidades Hospitalarias (ver Tabla 10). Merece la pena destacar, el convenio de colaboración con la Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados, por el cual se mantiene el Centro de Prevención y Asistencia al Alcoholismo²⁹.

27 Aunque hay 18 Oficinas de Farmacia acreditadas, solo 3 han dispensado metadona en 1999.

28 Datos facilitados por Cristina Nuez, técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Julio de 2003.

29 Datos facilitados por Cristina Nuez, técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Julio de 2003.

Tabla 8
Programas de reducción del daño, 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996		1997		1998		1999***			2000***		
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Uds.	Nº	Usu	Uds.
Reducción prácticas de riesgo	1	294	1	286	1	286						
Comercialización Kit Anti-Sida					15.056 sanikits		1*		15.000	1*		10.000
Dispensación Jeringuillas y Sanikits	33.790 unidades		1	50.601 unidades	1	42.340 unidades	1**	390	32.415	1**	280	15.305

* Se refiere a los programas de Oficinas de Farmacia

** Se refiere a otros programas

Fuente: Memoria del PNSD, 1996-2000.

Tabla 9
Programas de Reducción del daño, 1999-2000

Ubicación de los Programas Metadona	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centro de Salud Mental	2	118	2	163
Centro tratamiento específico	1	279	1	317
Hospital General	2			
Centro Penitenciario	1	76	1	79
Oficinas de Farmacia	3	4	1	6
Total	9	477	5	565

Fuente: Memoria del PNSD, 1999-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Hasta 1998, se venía desarrollando un programa de alternativa a la privación de libertad, que atendía a un número constante de usuarios. En 1999, se han incorporado nuevos programas en Instituciones Penitenciarias, concretamente un programa preventivo, otro modular y un tercero de metadona. El programa preventivo es el que ha tenido un mayor número de usuarios, seguido del modular y del programa metadona, que como se veía en el apartado de reducción de daños ha incorporado a 77 usuarios. Como alternativa al cumplimiento de la pena, en este mismo año, se derivaron 13 usuarios para someterse a tratamiento, de los cuales 7 los realizaron en 4 Comunidades Terapéuticas de Proyecto Hombre y AMAT, y los restantes se sometieron a un tratamiento en Centro Ambulatorio. En el año 2000, la oferta de recursos como alternativa a la privación de libertad ha descendido, al igual que el número de usuarios,

Tabla 10

Evolución de la asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999***		2000***	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Centros Ambulatorios	6	148	6	168	6	178	6	156	6	183
Unidades Hospitalarias	1	29	1	33	1	40	1	44	1	34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

aunque ha surgido un programa de atención al detenido drogodependiente, con 43 usuarios (ver Tabla 11).

Tabla 11

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000.

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999***		2000***	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Programa de Atención al Detenido Drogodependiente									1	43
En Instituciones Penitenciarias							-1 preventivo -1 ambulatorio -1 PMM	-281 -124 -77	-1 preventivo -1 ambulatorio -1 PMM	-120 -52 -79
Programas Alternativas Privación de Libertad	1	24	1	20	1	22	-4 Comunidades Terapéuticas -1 Tratamiento Ambulatorio	-7 -6	-3 Comunidades Terapéuticas	6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

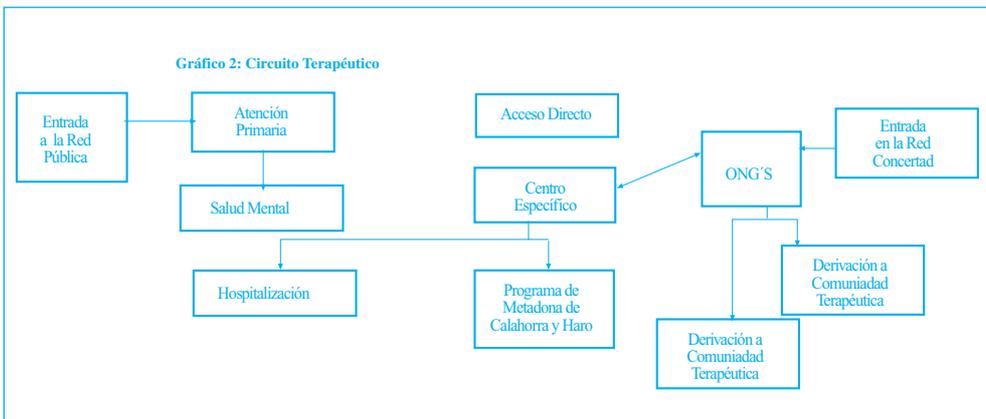
En el año 2000 surgen otros programas o recursos asistenciales como los de atención a poblaciones especiales (3), a la patología dual (1), los de psicoestimulantes (1) y otros programas destinados a menores, específicos con mujeres (1), etc.

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables, esta área tiene comisiones específicas de coordinación, constituidas a través del Plan Regional sobre Drogas. En cuanto al organigrama de la red asistencial, los recursos se ordenan atendiendo

a tres niveles de intervención y un conjunto de recursos específicos. En el primer nivel se encuentran los Recursos pertenecientes a los Servicios Sociales y a la Red de Atención Primaria de Salud; en el secundario, los de Atención Salud Mental, en el terciario, las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, los Hospitales Generales y el Hospital de Día. Finalmente, como recursos específicos, se localizan los Centros de Día, las Comunidades Terapéuticas y los Pisos de acogida/reinserción³⁰.

Como señalan los responsables, la entrada a la Red Pública se realiza a través de los servicios de Atención Primaria, que derivan a los de Salud Mental y a los Centros Específicos. A estos últimos se puede acceder directamente e incluso hay una tercera entrada por medio de la red concertada (ONG's). Desde el Centro Especifico se puede recomendar la Hospitalización o el ingreso en los Programas de Metadona de Calahorra y Haro. A partir de las ONG's se puede derivar a la Comunidad Terapéutica o a los Tratamientos Ambulatorios. Estos dispositivos pertenecen al Servicio Riojano de Salud, a la Comunidad Autónoma y a ONG's. Concretamente, la participación de la iniciativa privada tiene lugar por medio de ONG's encargadas de desviar a la Comunidad Terapéutica y a tratamientos específicos ambulatorios complementarios a la red pública (ver Gráfico 2).

Gráfico 2
Circuito Terapéutico



Fuente: Elaboración propia a partir de datos cuestionario

Según los responsables, en esta Comunidad no se realizan evaluaciones de diseño ni de implementación de los programas y actividades de intervención asistencial. No obstante, resulta interesante conocer, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios. Los responsables consideran que los recursos materiales han sido muy adecuados en el caso de las Comunidades Terapéuticas (Privadas Financiadas) y de los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos; poco adecuados en los centros ambulatorios de asistencia y las Unidades Hospitalarias y nada adecuados en los centros residenciales no hospitalarios y en las unidades de desintoxicación rápida.

Por otra parte, como deficiencias encontradas en esta área de actuación, señalan la insuficiente integración en la red normalizada de salud, la falta de protocolización de actuaciones y la excesiva utilización de programas de sustitutivos de baja exigencia. Finalmente, estiman oportu-

30 Plan Riojano sobre Drogodependencias y Otras Adicciones, Pp.45.

no mejorar la formación profesional. En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial, la previsión la integración plena de atención en Salud Mental y un dispositivo de segundo nivel de ayuda. Por último, en función de los objetivos planteados inicialmente, la consecución de los mismos ha sido limitada, por tener el Insalud competencias en Salud Mental, con poca posibilidad de mejora. No obstante, en la actualidad, por la transferencia de las competencias, esto ya no es un problema³¹.

Por último, haciendo una valoración general de esta área de intervención, en opinión del responsable, los programas asistenciales se realizan principalmente por tres vías: convenio con asociaciones, contrato de servicios con empresas o subvenciones municipales... En general, hay un gran éxito de los programas, especialmente los de mantenimiento con metadona donde, en estos momentos, no hay listas de espera. Se ha potenciado la dispensación a través de las farmacias y conseguir descentralizarla para que el paciente no tenga que acudir al centro, acercando aún más el servicio al usuario y a su entorno... Los principales problemas en la red hacen referencia a la inseguridad; a que el Centro de Drogas se ha dedicado tradicionalmente a la heroína y no a otras drogas, por lo que sólo se trabaja con metadona (antes también naltrexona); es necesario crear programas para los usuarios de cocaína y mejorar, aunque no es mala, la coordinación o relación entre el Servicio de Drogas y el Centro de Salud... En cuanto a las perspectivas de futuro, se pretende atender a los drogodependientes en la red normalizada de Salud Mental. En estos momentos (2003), como señala Cristina Nuez, técnico del Comisionado, estas perspectivas ya se han cumplido.

7- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

El Plan Riojano sobre Drogodependencias considera que, la Administración tiene la obligación de proteger y apoyar a los colectivos más desfavorecidos, por cualquier motivo. Entre ellos se encuentran las personas drogodependientes que precisan de protección para conseguir la protección social y laboral.³² Los objetivos generales pasan por un conocimiento de sus necesidades sociales y laborales, apoyar y orientar a los afectados y a sus familias a programas generales de ocio, socialización y empleo y conocer la problemática de la inserción educativa de los jóvenes con este problema y de aquellos en situación de riesgo³³.

Según la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, en 1999 se crearon las Subcomisiones y comenzaron a reunirse los grupos de trabajo al amparo de las mismas. Concretamente, la Subcomisión de Inserción Socio-Laboral de Drogodependientes comenzó a trabajar en el ámbito de sus competencias y se reunió dos veces durante este año. Lo más destacado de su actuación fue la necesidad de establecer itinerarios formativos y de empleo unificados. Por esta razón, se apoyó la inclusión del proyecto europeo integra en La Rioja, bajo la denominación de PILEX. Este proyecto valora los perfiles profesionales y gestiona su itinerario de empleo. También se firmó un convenio con la Asociación de Promoción Gitana para la inserción laboral³⁴. Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados, se observa que desde 1999 esta Comunidad cuenta con un Centro terapéutico de actividades y/o programas de reinserción, un Centro del mismo tipo pero sin ofertar tratamiento, un Centro residencial de tratamiento con programas de reinserción (Comunidades Terapéuticas) y 2 pisos no tutelados. En total participaron 217 usuarios en 1999 y 232 en el 2000 (ver Tabla 12).

31 Datos facilitados por Cristina Nuez, técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Julio de 2003.

32 Pp.21.

33 Pp.24.

34 PNSD, Memoria 1999, Pp. 245-247.

Tabla 12
Recursos para la incorporación social (1996-2000)

Incorporación Social	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros terapéuticos con actividades y/o programas de reinserción	1	12	1	16
Centros de actividades y/o programas de reinserción (sin tto.)	1	69	1	87
Centros residenciales de tratamiento con prog. De reinserción (C. Terapéuticas)	1	48	1	46
Recursos de apoyo residencial (vivienda) - Pisos no tutelados	2	88	2	83

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción en el mercado laboral. Hasta 1998 funcionaban exclusivamente como recurso los talleres artesanos. En 1999 surgen programas especiales de empleo, concretamente 4 escuelas taller y el programa europeo mencionado anteriormente dentro de la iniciativa Integra; reserva de plazas en empresas y se promueve la promoción del autoempleo, tanto individual como a través de cooperativas. En el año 2000, se han incorporado dos nuevos programas con un gran número de usuarios, aunque han desaparecido otros (ver Tabla 13).

Por último, los programas de formación y capacitación profesional para acceder al mercado de trabajo, han sido relevantes en el año 2000. Un total de 7 cursos se han dirigido a tal finalidad, incluyendo Cursos de Formación Laboral (2), Cursos Reglados (2), Actividades de Información, Orientación y Búsqueda de empleo (2) y otras acciones formativas. La cobertura de estos cursos ha incluido a 82 usuarios (ver Tabla 14). Además, durante ya varios años y gracias al convenio de

Tabla 13
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Laboral	1996		1997		1998		1999***		2000***	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Integración Laboral										
- Talleres Artesanos							2	27	3	22
- Programas especiales empleo							4	96	4	96
• Escuelas Taller				20			1	10		
• Pr. Financiados Fondo Social Europeo	1	24	1		2	13			1	24
• Programa de Ayuntamiento										
- Reserva de plazas en empresas										
- Promoción de autoempleo (ind. o coop.)							2	9		
- Otros Programas							1	15	2	257

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

colaboración con la Asociación Riojana de Ayuda al Drogodependiente se han impartido actividades como culturización, carpintería y cerámica dirigidas, principalmente, a usuarios que están cumpliendo penas o tienen pendientes procesos judiciales³⁵.

Tabla 14
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Laboral	1998		1999		2000	
	Nº	Usu	Nº	Usu	Nº	Usu
Programas						
Formación Laboral						
- Curso Plan FIP			1	8	1	19
- Otro Programa o Curso de Capacitación Profesional			1	12	1	11
Cursos Reglados			2	20	2	21
Otros Programas de Formación						
- Alfabetización						
- Actividades información, orientación y búsqueda de empleo	*	*			2	29
- Acciones formativas (informática, fotografía, mecanografía, idiomas)			2	22	1	2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de la Oficina de Coordinación y la Comisión Técnica. Esta área no se regula por medio de convenios.

En el desarrollo de las distintas actividades y programas, quizás el principal problema sea la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. Junto a ellos, la insuficiente incorporación de programas de inserción social en los programas de tratamiento. En líneas generales, en función de las necesidades estimadas aumentarían los programas de formación y de apoyo residencial, manteniendo los de Integración laboral (empleo). Se considera que estos últimos funcionan muy bien, a diferencia de los anteriores que lo hacen regularmente en su opinión. Entrando más detalladamente en los programas, la Oficina del Plan se encarga de gestionar el Proyecto "Emplea" de Servicios Sociales, en el que participan entidades privadas y la Agencia de Desarrollo Económico (programas de fomento de empleo) con otros organismos de la Administración Autonómica. El funcionamiento de ambos programas es considerado muy bueno. También se encarga de gestionar los Talleres de Empleo con el INEM (Gobierno Central) cuyo funcionamiento cabría mejorar. Además, la Administración Autonómica lleva a cabo el Programa de Garantía Social: Educación, con un funcionamiento muy bueno y la Administración Local desarrolla los Programas de inserción laboral para colectivos en riesgo de exclusión con un buen funcionamiento.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar las actividades ocupacionales, y de información, orientación y búsqueda de empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de

³⁵ Datos facilitados por Cristina Nuez, técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Julio de 2003.

empleo municipales y los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas, con sustitutos, los pisos de reinserción social (para usuarios dados de alta en tratamiento) y las familias de acogida. El volumen de actividades y recursos restantes como los cursos de titulación académica; las Escuelas Taller, las Casas de Oficios; los Talleres de Empleo, los talleres artesanos y las residencias, se considera adecuado.

Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran muy bueno el funcionamiento de la reserva de plazas en empresas, la promoción de empresas de inserción y la integración en Programas de empleo municipales; es bueno el de los cursos de titulación académica, de las actividades ocupacionales, de información, orientación y búsqueda de empleo, las escuelas taller, casas de oficios, talleres de empleo e integración en talleres artesanos. Esto no ocurre con los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas, con sustitutos, pisos de reinserción social y residencias que califican regularmente, ni las familias de acogida cuyo funcionamiento es malo en su opinión.

Como conclusión, en opinión del responsable, hay que partir de la situación particular de esta Comunidad donde apenas hay paro (en torno al 6%). En este sentido, no son necesarios tantos programas como en otras Comunidades... En general, se encuentran integrados en la red normalizada, concretamente las Escuelas Taller y las iniciativas municipales. Otro ejemplo fue el Proyecto Emplea del FSE, aunque es más específico para drogodependencias... El principal reto que se persigue en esta área de actuación es mejorar la colaboración más activa de las empresas privadas en la contratación.

8- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por medio de un acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación o por acuerdo con el Plan Nacional para la ampliación de muestras para la Comunidad Autónoma. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general y escolar; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudios de seguimiento de los usuarios de los servicios asistenciales y evaluación de la implementación de los programas de prevención.

La cantidad de estudios realizados en la Comunidad se considera insuficiente, y la calidad de los resultados muy buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Las líneas básicas de los estudios e investigaciones deberían ser sobre el consumo en las empresas, los factores de protección en colectivos de riesgo y sobre actitudes de la población. No obstante, en el año 2002 se realizó una colaboración en la Encuesta sobre Condiciones de Trabajo en La Rioja, en la que se incluyeron ítems acerca del consumo de sustancias en el ámbito laboral³⁶. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como dispersa y sin líneas definidas, aunque afirman no conocerla con detalle. Habría que dar prioridad a la investigación básica, neurofisiológica, toxicológica y en psicología social y antropología; la investigación sobre terapéuticos-farmacológicos y psicológicos y sobre programas preventivos.

9- RELACIÓN CON LAS ONGs

En relación con las entidades, instituciones y asociaciones, el Plan destaca en el área de inserción social, la importancia de los talleres ocupacionales desde las ONG's, ya que sienta las bases de algo casi inexistente hasta el momento. Es tarea de las ONG's, el INEM, de la Federación de

³⁶ Datos facilitados por Cristina Nuez, técnico del Comisionado Regional de Drogas de La Rioja. Julio de 2003.

Empresarios y de los Ayuntamientos, fomentar acciones para la normalización laboral y social desde los centros de formación y desde las empresas, así como trabajar sobre colectivos de riesgo. Es notable el trabajo desempeñado por las ONG's en relación a la asistencia, donde desarrollan una labor de atención a familias y afectados sobre Comunidades Terapéuticas fundamentalmente, donde se persigue como objetivo la coordinación entre niveles y dispositivos, incluidas las ONG's apoyándolas técnica y económicamente en los diferentes campos³⁷. Desde 1996, los convenios con estas entidades han aumentado notablemente, pasando de 2 a 11 en el último año. Las subvenciones, sin embargo han descendido hasta 1998, llegando a desaparecer un año más tarde (ver Tabla 15). En opinión del responsable, el movimiento asociativo colabora fundamentalmente en el área de intervención asistencial... La relación con ellos se establece principalmente a través de convenios... Además, desempeñan un papel muy importante en los talleres ocupacionales y en el apoyo a las familias de los afectados.

Tabla 15
Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	3	2
1997	2	4
1998	2	4
1999	-	11
2000	-	9
2001		10
2002		10
2003		11

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En La Rioja, en 1985, atendiendo a la demanda asistencial existente, se creó la Comisión Regional de Coordinación para la Prevención y Asistencia en Drogodependencias, que desarrolló el Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones un año más tarde, por lo que se puede posicionar entre las primeras Comunidades que elaboraron Planes de Drogas. En ella, se tienen en cuenta criterios como la participación y la flexibilidad, trabajando por medio de objetivos, evaluación y consenso. La Consejería de Salud y Servicios Sociales es la encargada de las actuaciones en materia de drogas (prevención e intervención asistencial). En el segundo Plan Regional (1997), la línea fundamental de trabajo es la prevención entre los jóvenes y se han generalizado los programas de dispensación de sustitutivos, lo que ha llevado a una disminución del número de drogodependientes y la reducción de riesgos sanitarios en los pacientes, lográndose, en los últimos años, una progresiva desaparición de situaciones de marginalidad y estigma social del drogodependiente y pasando a ser un problema más centrado en el ámbito de la salud. Por otro lado, hay que resaltar que en el año 2000 se trabajó en el Anteproyecto de Ley sobre Drogodependencias y Otras Adicciones de La Rioja, siendo el primer documento con rango de Ley en esta materia, aprobada finalmente el 17 de octubre de 2001.

³⁷ Plan Riojano de Drogodependencias y Otras Adicciones, 1997. Pp. 14

En términos generales, según los responsables, la situación actual del consumo de drogas y de sus consecuencias se considera moderada, aunque en los últimos años el contexto ha mejorado. Las tres sustancias que más problemas generan, por orden de importancia, son el alcohol, la cocaína y el tabaco. En lo que al primer tipo respecta, es la droga más consumida y está bastante extendida por todo el territorio, con una clara primacía en el consumo de los varones sobre las mujeres en los diferentes grupos de edad, a diferencia de gran parte de las Comunidades donde las mujeres superan a los varones en las edades más jóvenes. En los últimos años, se aprecia, en general, una ligera reducción del consumo de tabaco, alcohol y heroína y un aumento en el de cánnabis, cocaína, anfetaminas y drogas sintéticas. Si la comparamos con el resto del Estado, La Rioja es la cuarta Comunidad con mayor proporción de jóvenes que han probado el alcohol al menos una vez en la vida (93,9%), aunque en el consumo de cocaína, se encuentra entre las Comunidades con niveles más bajos (2%)³⁸.

Respecto a las consecuencias derivadas del consumo, se encuentra entre las Comunidades con una menor tasa global de admisiones a tratamiento (60,3 casos por 100.000 habitantes). Desde 1991 se observa un notable descenso en la proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína por vía parenteral, mientras que por consumo de cocaína, aunque han aumentado a partir de 1997, es la Comunidad con menor tasa anual por consumo de esta sustancia por 100.000 habitantes³⁹, aspecto positivo a tener en cuenta. Sin embargo, respecto al Sida, hasta finales de septiembre de 1996, era la sexta Comunidad con mayores tasas por millón de habitantes; en 1999 fue la tercera con mayor número de casos asociados al uso de drogas por vía intravenosa y, finalmente, en el año 2001, los casos de Sida por UDVP siguen representando un mayor porcentaje en esta Comunidad (70,1% frente al 65% de España)⁴⁰. Por último, las defunciones notificadas hasta el año 2000 en enfermos de Sida UDVP fueron de 139, representando menos del 1% del total de muertes por esta causa en España⁴¹.

Atendiendo a la estructura y funcionamiento del Plan, éste no se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, aspecto importante que se debería contemplar. Por su parte, la Oficina del Comisionado es la encargada de la planificación y el Consejo de Dirección de la evaluación. En la aplicación del Plan, al plantear los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local), aparecen dificultades con la Administración Autonómica en el ámbito de definición de competencias, debido al solapamiento de funciones; de escasez de recursos y otros problemas referidos al rango administrativo del responsable del Plan. Con la Administración Local, aunque no se señalan dificultades, hay falta de recursos. Por otro lado, es destacable que, en materia de competencias, a diferencia de la mayoría de Comunidades, se considera que al Plan le faltan para enfrentarse al problema de las drogas, al carecer de suficiente rango administrativo para hacer eficaz el cumplimiento de objetivos, situación en la que habría que incidir de cara a futuras actuaciones.

Describiendo en términos generales el organigrama, se encuentra el responsable, concretamente el Comisionado Regional de Drogas, que depende de la Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario y cuenta con un técnico superior y un auxiliar administrativo. Además, tienen como órgano consultivo la Comisión Técnica y de Seguimiento. Para difundir a la población las labores, programas o actividades que desarrolla el Plan, es positiva la existencia de una unidad específicamente dedicada a esta tarea, el Gabinete de Prensa de la Consejería de Salud.

En materia de recursos -necesarios para la puesta en funcionamiento del Plan-, en lo referente a los humanos, el personal que trabaja en las diferentes áreas de actuación ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, todavía se considera insuficiente en las áreas de prevención e

38 Estudio sobre los jóvenes españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María.

39 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº4.

40 Registro Nacional de Sida, 30 de junio de 2001.

41 Ministerio de Sanidad y Consumo, Registro Nacional de SIDA, datos acumulados desde 1981 a 31 de diciembre de 2000.

incorporación social. En líneas generales, respecto a prevención e intervención asistencial, se trata de licenciados y diplomados, aunque también colaboran personas con el Graduado Escolar y con estudios de Bachiller/FP. Entre las principales deficiencias, en general, se encuentran la falta de formación y de equipos multidisciplinares y, en concreto, en el área de prevención, la falta de personal y la insuficiente formación; en intervención asistencial la necesidad de motivación para atender a las drogodependencias y en incorporación social la insuficiente especialización en drogodependencias. Si se consideran los recursos económicos, la Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario ha sido la encargada hasta el 2003 de gestionar directamente el presupuesto, ya que el Plan no tenía uno propio, pero, desde esta fecha, el Comisionado Regional de Drogas cuenta con una asignación presupuestaria. En los últimos años se ha producido un incremento de éste, aunque en el año 2000 se observó un cierto descenso. Por áreas de actuación, la intervención asistencial e incorporación social son las que cuentan con mayor dotación económica, seguidas por la prevención (que ha crecido considerablemente), la coordinación institucional y, por último, formación, documentación e investigación.

Respecto a las áreas de actuación que se contemplan en el Plan, en estos momentos la prevención (a través de la información) y la integración de los drogodependientes en la red sanitaria normalizada, se consideran prioritarias. La prevención destaca como estrategia general marco de actuación, en la que, durante el año 2000, se puso en funcionamiento una Oficina de Atención al Ciudadano y un aumento de las subvenciones a corporaciones locales, aprobándose, además dos nuevos Planes Municipales sobre Drogas. De cara a la planificación de las estrategias de prevención, se realiza, en primer lugar, un análisis de necesidades, donde los principales problemas encontrados se refieren a la falta de integración de la prevención en los currículos escolares, en la empresa y en la familia. En este área de actuación, hay retos pendientes, entre ellos, incidir en el ámbito laboral, a través de las empresas, materiales y un proyecto de intervención; en educación, haciendo llegar los materiales a los centros; en la familia, financiando las Escuelas de Padres e incidiendo en los grupos de riesgo y en los menores; en los espacios de ocio y tiempo libre y, finalmente, desarrollar toda la información a través de Internet y las nuevas tecnologías y aumentar las subvenciones.

En lo relativo a la asistencia, ésta gira en torno a los Equipos de Salud Mental. La entrada a la red pública se realiza a través de los servicios de Atención Primaria, que derivan a los de Salud Mental y a los Centros Específicos. A estos últimos se puede acceder directamente e incluso hay una tercera entrada por medio de la red concertada (ONG's). Según los responsables, en esta área no se realizan evaluaciones de diseño ni de implementación de los programas y actividades puestas en marcha, cuestión que debería replantearse, al ser un aspecto necesario y útil para posteriores planificaciones. En general, hay un gran éxito de los programas, especialmente los de mantenimiento con metadona en los que no hay listas de espera.

Si se atiende a los recursos materiales empleados, se consideran poco adecuados en los centros ambulatorios de asistencia y en las unidades hospitalarias y nada adecuados en los centros residenciales no hospitalarios y en las unidades de desintoxicación rápida. Otras deficiencias encontradas han sido la insuficiente integración en la red normalizada de salud -problema que se está solventando en la actualidad (2003)-, la falta de protocolización de actuaciones, la excesiva utilización de programas de sustitutivos de baja exigencia y mejorar la formación profesional. En función de los objetivos planteados inicialmente, la consecución de los mismos fue limitada, por tener el Insalud competencias en Salud Mental, con poca posibilidad de mejora. Finalmente, de cara a un futuro, se busca la integración plena de atención en Salud Mental y un dispositivo de segundo nivel de ayuda, la creación de programas para los usuarios de cocaína y mejorar la coordinación o relación entre el Servicio de Drogas y el Centro de Salud. Estos aspectos ya han sido mejorados a partir del 2002, cuando la Comunidad Autónoma ya posee competencias en salud y crea el Servicio Riojano de Salud.

En el área de inserción socio-laboral, en el año 2000, se registraron aspectos muy positivos, como una tasa de empleo de cerca del 75% de drogodependientes usuarios de los dispositivos de asistencia, la consolidación del programa de metadona en la prisión de Logroño, la mejora de

la adhesión a tratamientos contra el VIH de seropositivos drogodependientes en el ámbito de reducción del daño, buenos resultados en el programa de atención en comisarías gestionado por la Oficina de Atención al Ciudadano y se subvencionó a ONG's y otras entidades (Colegios Profesionales, Universidad), produciéndose una mayor integración de la Atención a las Drogodependencias⁴². Sin embargo, también se encuentran problemas como la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento y la insuficiente incorporación de programas de inserción social en los programas de tratamiento. En función de las necesidades, sería necesario aumentar los programas de formación y de apoyo residencial y mejorar el funcionamiento de ambos y de los talleres de empleo con el INEM.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar las actividades ocupacionales y de información, orientación y búsqueda de empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas, con sustitutivos, los pisos de reinserción social (para usuarios dados de alta en tratamiento) y las familias de acogida. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, habría que mejorar el funcionamiento de los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas, con sustitutivos; los pisos de reinserción social, las residencias y las familias de acogida. En cualquier caso, en definitiva, en esta Comunidad apenas hay paro (en torno al 6%), por lo que no son necesarios tantos programas como en otras Comunidades y, en general, se encuentran integrados en la red normalizada. El principal reto que se persigue, en opinión del responsable, es mejorar la colaboración más activa de las empresas privadas en la contratación.

En materia de estudios e investigaciones, éstos son realizados por medio de un acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación o por acuerdo con el Plan Nacional para la ampliación de muestras para la Comunidad Autónoma. La cantidad de estudios realizados se considera insuficiente, aunque la calidad de los resultados es muy buena. Las principales dificultades para desarrollarlos son las limitaciones de tipo financiero y la ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés. Habría que priorizar la investigación básica, neurofisiológica, toxicológica y en psicología social y antropología; la investigación sobre terapéuticos-farmacológicos y psicológicos y sobre programas preventivos.

En relación con el movimiento asociativo, destaca, en el área de inserción social, la importancia de los talleres ocupacionales desde las ONG's; además, se encargan, junto a otras entidades, de fomentar acciones para la normalización laboral y social desde los centros de formación y desde las empresas, así como trabajar con colectivos de riesgo. También es notable su trabajo en asistencia, con la atención a familias y afectados en Comunidades Terapéuticas, fundamentalmente. Finalmente, la relación con ellas se establece principalmente a través de convenios.

Para acabar, hay que resaltar, entre los aspectos más positivos, que La Rioja se encuentra entre las primeras Comunidades con Planes de Drogas; registra uno de los niveles más bajos en el consumo de cocaína y una menor tasa global de admisiones a tratamiento por consumo de esta sustancia; se ha logrado una progresiva desaparición de situaciones de marginalidad y estigma social del drogodependiente; se han generalizado los programas de dispensación de sustitutivos; hay un gran éxito de los programas, especialmente los de mantenimiento con metadona en los que no hay listas de espera; se ha logrado una alta tasa de empleo; la integración, en general, de los programas de incorporación social en la red normalizada, etc.

Por otro lado, también se registran aspectos que cabría mejorar como una considerable proporción de consumidores de alcohol; los elevados casos de Sida por UDVP; la falta de competencias del Plan para enfrentarse al problema de las drogas; de formación y de equipos multidisciplinarios; de evaluaciones de algunos programas y actividades, etc. Por tanto, se plantean retos futuros como mejorar la colaboración más activa de las empresas privadas en la contratación;

42 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2000, Pp.239.

lograr la máxima implicación de las familias; la creación de un Departamento de Adicción; tratar el consumo de drogas ilegales en los medios no marginales; la integración plena de atención en Salud Mental y un dispositivo de segundo nivel de ayuda; la creación de programas para los usuarios de cocaína; mejorar la coordinación o relación entre el Servicio de Drogas y el Centro de Salud, entre otros factores.

MADRID

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Autónoma de Madrid¹, existe una clara voluntad de compromiso con la sociedad para intentar minimizar o solucionar el problema de la drogadicción. La respuesta al problema en un principio surgió, por una parte, de acciones tanto institucionales como sociales, en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción. La Administración Regional, consciente de la evolución y dimensión del problema, aprobó en 1985, en concordancia con el Plan Nacional sobre Drogas, el Plan Regional sobre Drogas, buscando un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción². En esta lucha, juega un papel importante la Agencia Antidroga que desde que inició en 1997 su andadura como organismo autónomo con todas las competencias en la lucha contra las drogodependencias, salvo la reducción de la oferta, trata de atender a los drogodependientes intentando aunar los esfuerzos públicos con la iniciativa social.

En el ámbito de la prevención han tenido mucha importancia el desarrollo de la Red de Planes de Prevención Municipales, donde se ha logrado la implantación de programas de evaluación conjunta y ha aumentado la oferta de programas en materia de prevención de tipo educativo, de formación en valores, deportivos, familiares, laborales, de formación, destinados a jóvenes, militares, etc. En el año 2000 destacó la incorporación de dos nuevos ayuntamientos a la red preventiva; la ampliación del número de destinatarios de los programas, incorporando otros nuevos al objeto de alcanzar todas las edades posibles y, finalmente se ha realizado un importante esfuerzo metodológico buscando el incremento de la calidad de estos programas, con diversas publicaciones sobre evaluación. En el ámbito de la intervención asistencial, en lo que respecta a la reducción del daño, han aumentado los programas de intercambio de jeringuillas así como el número de sujetos en Programas de dispensación de opiáceos. Junto a ello, se observa una convergencia cada vez mayor de la Red de la Agencia Antidroga con los Servicios de Salud Pública y con INSALUD. Por otro lado, este mismo año se produjo la apertura del Dispositivo Asistencial de Venopunción, al objeto de preservar y mejorar la salud de la población. En definitiva, como señala el Consejero de Sanidad, la red sanitaria se encuentra lista para abordar los nuevos retos del siglo XXI.³

En el ámbito de reinserción social, tiene gran importancia el Programa de Promoción de Alternativas Laborales que tiene como objetivo la creación de empresas, cooperativas y autoempleo; se han ampliado las plazas en los pisos de cumplimiento de pena y, por último, se ha

1 5.091.336 habitantes

2 Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

3 Memoria 2000 de la Agencia Antidroga.

acogido a mujeres drogodependientes en Programas de Mantenimiento con Metadona y en Programa Libre de Drogas. En el año 2000, existen 40 recursos distintos para la incorporación social que han contado con más de 6.000 usuarios en programas de capacitación profesional, promoción de alternativas laborales o búsqueda de empleo⁴.

Finalmente, habría que destacar la reciente publicación⁵ de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Dicha Ley, según pone de manifiesto, se aproxima a las drogodependencias desde una perspectiva global, en la que se considera de una forma integral el conjunto de actuaciones de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes y en la que se presta atención a todas las drogas. Se persigue, además, trasladar un mensaje de solidaridad y apoyo social hacia las personas drogodependientes; articular una serie de instrumentos de coordinación, planificación, participación y financiación de las actuaciones en materia de drogas que se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma y ordenar las actuaciones que se realizan en el campo de las drogodependencias, en los aspectos preventivos, asistenciales y de integración social, dándole el carácter de enfermedad común y consolidando un modelo de intervención que, desde el ámbito sanitario, asegure en el futuro la coordinación e integración de todos los recursos especializados de la red sanitaria.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En los últimos años, lo más destacado en la Comunidad de Madrid ha sido la reducción del consumo de heroína y del abuso de alcohol entre la población adulta, sin embargo, se ha producido un incremento del consumo de esta última sustancia en mujeres y adolescentes. El consumo de pastillas se ha estabilizado, aumentando de modo importante el de cánnabis y cocaína. La pauta dominante es el policonsumo⁶. Atendiendo a las diferentes sustancias, se aprecia en el caso del alcohol que la prevalencia de consumidores en los últimos 30 días era de un 68,1%, muy superior en el caso de los varones, que la sitúa como la tercera Comunidad con mayor porcentaje de bebedores (80,7%). Las mujeres muestran un menor uso de esta sustancia, aunque más de la mitad se confiesa consumidoras en el período analizado. En función de la edad, a diferencia de la tendencia nacional, se observa que existen unas mayores diferencias en el consumo en los adolescentes, de los que un 79,4% son bebedores varones frente a un 54,6% de mujeres. El mayor porcentaje de varones bebedores se encuentra entre 20 y 24 y entre 35 y 39 años. En el caso de las mujeres, al aumentar la edad aumenta el número de consumidoras hasta llegar a los 25 y 29 años, aunque en el grupo de edad de 35 a 39 coinciden con los varones y existe una importante proporción de bebedoras en el último mes (ver Gráfico 1). La proporción de bebedores abusivos es algo superior el fin de semana (7,3) que entre semana (6,4).

Siguiendo con los indicadores del Observatorio Español sobre Drogas, el porcentaje de fumadores diarios ha sufrido un importante descenso pasando de un 41,7% en 1995 a un 34,4% en 1999. En el consumo de cánnabis en los últimos 12 meses ha ocurrido algo similar, desde 1995 (10,6) a 1999 (7), dejando de ser Madrid la Comunidad con más alta proporción de consumidores de esta sustancia. El consumo de drogas clásicas se reduce, especialmente la heroína por vía intravenosa, que se sustituye por la fumada.

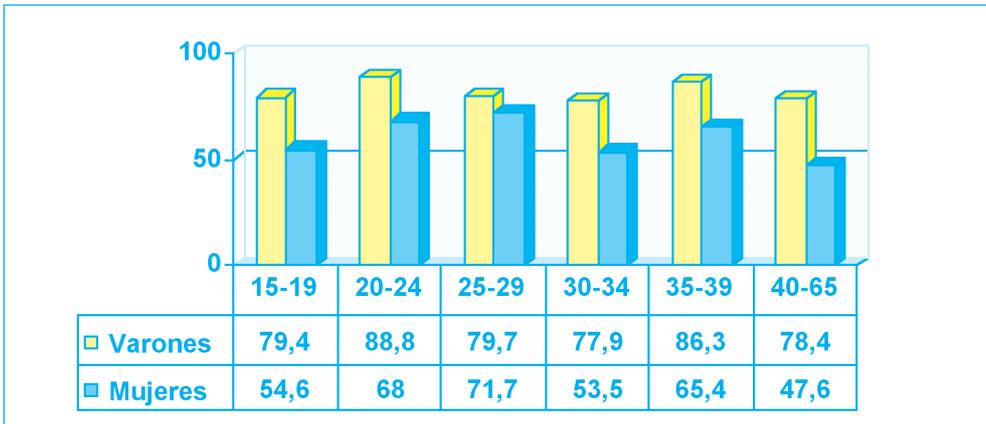
Por último, siguiendo el Estudio sobre los Jóvenes españoles de la Fundación Santa María (1999), los jóvenes que viven en la Comunidad de Madrid, consumen más drogas legales e ilegales (excepto anfetaminas) que la media nacional. El 93% ha consumido alcohol, al menos una vez

4 Memoria 2000 del Plan Nacional sobre Drogas, Pp.197.

5 B.O.C.M. Núm. 160. Lunes 8 de julio de 2002.

6 Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid 1997, realizado por encargo del Ayuntamiento de Madrid para el Plan Municipal contra las Drogas.

Gráfico 1
Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes



Fuente: Informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas

en la vida (la media se sitúa en 86,6%). El 74,6% ha probado el tabaco, situándose como la cuarta de las regiones con más jóvenes fumadores, después de Extremadura (78,4%), Navarra (76,3%) y País Vasco (76,1%). El 37,9% de los jóvenes madrileños dice ser consumidor de cánnabis (33,5% la media), en contraste con Castilla-La Mancha (17,2%). Las anfetaminas (5,6%) son consumidas por debajo de la media nacional (6,1%) y el consumo de cocaína (7,6%) supera esta media (7,2%). Los jóvenes madrileños también consumen más drogas de síntesis (5,6%) que el porcentaje medio español (5,1%).

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Según los indicadores de tratamiento, las admisiones por consumo de sustancias psicoactivas fueron de 118,6 casos por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la vía de administración, se ha producido un descenso en la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por consumo de heroína por vía parenteral, aunque en 1991, en comparación con otras Comunidades, está proporción no era muy elevada, situándose en un 51,8 y en 1999 descendió al 15,4%. Además, siguiendo la tendencia nacional, se ha incrementado la proporción de admisiones a tratamiento por cocaína, siendo en el periodo 1991-93 de un 1,7% y pasando a un 10,8 en el periodo 1997-99. En cuanto a los casos diagnosticados de SIDA asociados al consumo de drogas por vía intravenosa, Madrid tenía en 1999 las tasas más elevadas siendo de 67,6 casos por cada millón de habitantes. Hasta el año 2000 se notificaron 5.972 defunciones en enfermos de SIDA en UDVP, un 28,8% del total nacional⁷. Respecto al contagio por otras vías, los casos de SIDA relacionados con los UDVP representaron un 68,1% hasta el año 2001⁸.

Los informes de la Agencia Antidroga (1997 y 2000) proporcionan información sobre las características de los sujetos atendidos. En este sentido, en 1997 los sujetos nuevos eran principalmente varones (81,1%), solteros (66,6%) y sin hijos (52,4%), con una edad media de 30,6 años

⁷ Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas, 2001.

⁸ Registro Nacional de SIDA. Datos acumulados desde 1981 hasta 30 de junio de 2001.

en el caso de los hombres y 29, 6 en el de las mujeres. Era importante la proporción los que se encontraban en paro sin trabajo previo (29,9%). La droga principal de consumo era la heroína (35,2%), seguida de la cocaína (11,5%). En el año 2000 el perfil de los sujetos atendidos era principalmente el de sujetos de 31 a 36 años, varones y solteros con consumo de heroína-cocaína-otras drogas (39%). Desde 1999 ha descendido la proporción de personas que solicitan tratamiento y consumen heroína y otras sustancias diferentes a la cocaína, mientras que aumentan aquellos que consumen cocaína con otras sustancias diferentes a la heroína.

El número de fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de opiáceos o cocaína desde 1992 hasta 1997 seguía una tendencia decreciente, aunque desde esta fecha hasta el año 2000 ha sufrido un cierto aumento. Siguen siendo en su mayoría varones entre 26-35 años. Por último, en el año 2000 las urgencias atendidas fueron de 7 varones por cada 3 mujeres, en su mayoría por cocaína (44,4%) y heroína (37,2%); además las dos terceras partes de los atendidos tienen como vía de administración de la droga la inyectada (32%) o fumada (30%)⁹.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Como se ha indicado anteriormente, la Administración Regional, consciente de la evolución y dimensión del problema, aprobó en 1985 el Plan Regional sobre Drogas, buscando un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción¹⁰. Hay que destacar, además, que a finales de 1996 se publicó la Ley de Creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, Organismo Autónomo con función centralizadora de todas las actuaciones, que se emprendan en materia de drogodependencias, exceptuando el control de la oferta. La Agencia cuenta con el Consejo de Administración, del que dependen un Director Gerente y de éste uno Técnico que tiene a su cargo el Servicio de Prevención, el de Comunicaciones y Documentación, el de Evaluación e Investigación, el de Asistencia y Reinserción y el de Administración y Servicios Generales (ver Gráfico 2).

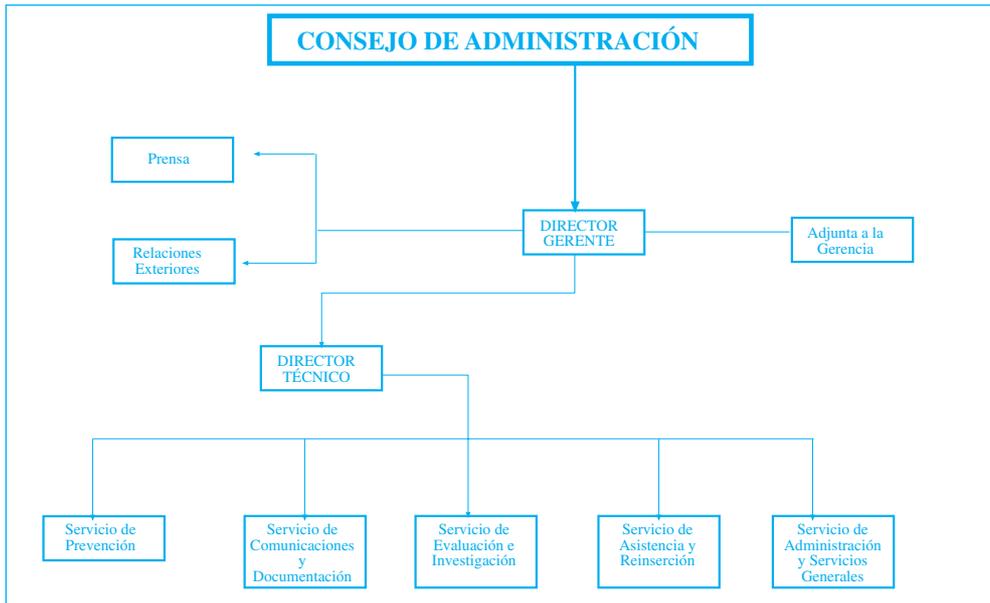
Por último, los mecanismos de coordinación con otras instancias participantes tienen un papel central, resaltando 1995, fecha en la que se inició una línea de coordinación con el Ayuntamiento de Madrid, plasmada un año más tarde en un Convenio de Colaboración¹¹.

9 Memorias 1997 y 2000 de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

10 Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

11 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996, pp.249

Gráfico 2
Estructura de la Agencia Antidroga



Fuente: Agencia Antidroga, Memoria 2000

3. RECURSOS HUMANOS

La formación de los profesionales que trabajan en temas de drogodependencias es constante y cada vez más variada. Entre las actividades de formación puestas en práctica, se ofertan un gran número de cursos, seminarios, jornadas y encuentros, dirigidos a profesionales, mediadores, voluntarios, técnicos, policías municipales, asociaciones, etc., que trabajan en las áreas de prevención, asistencia y reinserción (ver Tabla 1). A partir de 1999, según los datos ofrecidos por las Memorias del PNSD, se aprecia una distinción entre la formación de los profesionales de la Red de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga y la de los que no están integrados en dicho Organismo, pero que tienen contacto con los consumidores de sustancias. En lo que al segundo tipo respecta, se ofertaron en ese año un total de 33 cursos de formación básica y avanzada en drogodependencias en colaboración con Carpe Diem. Además, también se llevó a cabo una campaña de información preventiva dirigida a usuarios de drogas por vía parenteral, la formación de profesionales de los centros y servicios de la Red de la Agencia Antidroga en educación sanitaria para la prevención de patologías asociadas al consumo y un convenio de colaboración con la Subdirección Provincial del INSALUD de Madrid (Atención Primaria).

Respecto a los recursos humanos de la red asistencial de la Agencia Antidroga, en el año 2000, se contabilizaron un total de 974, concretamente 182 psicólogos, 103 médicos, 103 diplomados en Enfermería, 72 otro personal sanitario, 283 trabajadores sociales y educadores y 231 personal de gestión, administrativo y servicios auxiliares¹². Finalmente, hay que señalar que la Agencia Antidroga pone en marcha cursos de drogodependencias destinados a profesionales del área sociosanitaria y a población general, fomentando, además, la actividad docente en los Centros de la Red Asistencial¹³.

¹² Agencia Antidroga, Memoria 2000, pp.217.

¹³ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000.

Tabla 1*Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-1998)*

FORMACIÓN	1996		1997		1998	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
Cursos	92	Colegios profesionales, mediadores, profesionales, policías, técnicos, monitores, voluntarios y mediadores	90	Colegios profesionales, mediadores, asociaciones, entidades públicas, profesorado, voluntarios, policías, profesionales	44	Profesionales, policías, mediadores, voluntarios, asociaciones
Seminarios/Jornadas/Encuentros	7	Profesionales, universitarios, familias, asociaciones	12	Técnicos, profesionales y representantes asociaciones	12	Técnicos, profesionales, público general

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-1998.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Los recursos económicos de la Agencia Antidroga se presupuestan cada año a través del Servicio de Planificación, Gestión Administrativa y Servicios Generales, junto con el resto de Servicios. Para ello, se tienen en cuenta los objetivos, los recursos existentes y los nuevos programas que se van a poner en funcionamiento. Es importante tener en cuenta, además, los ingresos procedentes del Ministerio del Interior y de la Comunidad Económica Europea¹⁴.

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 2), los recursos económicos han crecido notablemente, especialmente a partir de 1999. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y, en tercer lugar, por la prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en el 2000, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial (cerca de 1.800 millones de Ptas.), seguido por el área de incorporación social (en torno a los 375 millones) y prevención (cerca de 234

Tabla 2*Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)*

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	285.174.000	220.445.000	276.726.000	352.977.000	518.960.512
Intervención Asistencial	1.305.723.000	1.546.505.000	1.964.875.000	2.772.278.000	3.101.071.463
Incorporación Social	406.921.000	438.981.000	443.275.000	578.217.000	772.302.382
Formación, Documentación e Investigación	81.992.000	46.732.000	67.997.000	52.887.000	64.929.673
Coordinación Institucional	74.257.000	86.681.000	189.184.000	241.018.000	292.982.970
TOTAL	2.154.067.000	2.339.344.000	2.942.057.000	3.997.377.000	4.750.247.000
Ayuntamiento de Madrid	1.424.035.000	1.532.146.000	1.918.253.525	2.314.827.428	

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹⁴ Agencia Antidroga, Memoria 2000, pp. 311.

millones de Ptas). Por último, resaltar el descenso del presupuesto, respecto al primer año analizado, en el área de formación, documentación e investigación en el año 2000 y un incremento en la coordinación institucional. Por otro lado, hay que señalar, que el Ayuntamiento de Madrid invirtió un presupuesto de 1.424.035.000 Ptas. en 1996 para el Plan Municipal contra las Drogas, cantidad que ascendió a 2.314.827.428 de Ptas. tres años más tarde, de las que 323.291.428 Ptas. correspondían a transferencias económicas de la Agencia Antidroga.

Entrando más detalladamente en el presupuesto, al cierre del ejercicio en el año 2000, del total gastado (4.750.247.000 Ptas.), 307.538.000 Ptas. se destinaron a gastos de personal, 4.080.786.000 Ptas. a gastos de bienes corrientes y servicios, 165.350.000 Ptas. a transferencias corrientes y 196.573.000 Ptas. a inversiones¹⁵.

5. PREVENCIÓN

La prevención ocupa una posición muy importante en esta Comunidad, prueba de ello es el gran número de actuaciones puestas en práctica y el incremento de éstas a lo largo de los años. Haciendo un recorrido en el tiempo, en términos generales, destacaron, en 1996, la Campaña de Prevención de las drogas de síntesis (Hay colores que matan), el Programa de Prevención en 18 Ayuntamientos (ámbito comunitario), el Convenio con la F.A.D. y la creación de 53 Escuelas Deportivas. Un año más tarde, se mantuvo la red de programas por medio de los Convenios con 19 Ayuntamientos y se reforzaron el programa Prevenir en colección y las Escuelas Deportivas (32), que llegaron a los diferentes grupos sociales¹⁶.

Gracias a la red de planes de prevención municipales, en 1998, se consiguió la implantación de programas de conjunta realización y evaluación y se aumentó y diversificó la oferta de programas educativos (51 Ayuntamientos), de formación en valores, el programa Prevenir en colección, deportivos, familiares, laborales, de formación de mediadores, destinados a jóvenes en situación de alto riesgo, militares y de ocio y tiempo libre. Posteriormente, este área ha experimentado un desarrollo cuantitativo y cualitativo, incorporándose, dos nuevos Ayuntamientos a la red, aumentando el número de destinatarios y de programas, desarrollándose el programa de prevención de drogodependencias en centros educativos (70 centros, 52 Ayuntamientos, 22 Juntas de Distrito y 28 Centros de profesores en 1999 y 65 centros, 54 Ayuntamientos y 22 Centros de profesores en el 2000), fomentándose estilos de vida saludable (programa URBAN en el ámbito familiar y en escuelas deportivas) y realizándose un gran esfuerzo en el aumento de la calidad y rigor metodológico¹⁷.

La prevención desarrollada por la Agencia Antidroga en el año 2000, se ha caracterizado principalmente por un modelo organizativo eficaz, una Red de Prevención en dos niveles: mediante Convenios con 22 Ayuntamientos (los de mayor número de población) y mediante Convocatoria de Subvenciones (Ayuntamientos pequeños), logrando la atención del 80,4% de la población de la Comunidad, excepto la del Ayuntamiento de Madrid; un banco de programas, contrastados científicamente, específicos para cada una de las etapas evolutivas y adaptados a los diferentes ámbitos y sectores y, por último, una prevención de calidad, con un manual de programación y evaluación, otro de planificación preventiva y productos y proyectos en marcha como los Catálogos de Programas, el Mapa de Riesgos y el Premio de Investigación en Prevención de Drogodependencias¹⁸.

5.1. Ámbito escolar

Los programas y actividades en el ámbito escolar van creciendo con el paso de los años. La oferta de programas es muy variada y se trabaja principalmente con alumnos de Educación

¹⁵ Agencia Antidroga, Memoria 2000, pp. 318 y 319.

¹⁶ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996 y 1997.

¹⁷ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1998-2000.

¹⁸ Agencia Antidroga, Memoria 2000, pp. 27 y 28.

Primaria y Secundaria, profesores, padres y madres, mediadores, Ayuntamientos, jóvenes, formadores y técnicos, a través de actividades de formación, sensibilización e información como cursos, jornadas, talleres, Escuelas de padres, concursos, proyecciones, etc. En estos momentos, los programas con los que se trabaja son “En la huerta con mis amigos”, “Prevenir en Colección”, “Cine y educación en valores”, programa de prevención de las drogodependencias en centros educativos de la Comunidad de Madrid y programa de prevención de las drogodependencias dirigida a jóvenes en situación de riesgo (ver Tabla 3).

Tabla 3

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996		- Sensibilización, 126 cursos formación y jornadas. - Programas del Ayuntamiento de Madrid: cursos, escuela padres, encuentros, jornadas, actividades formación y semana escolar de cine.	Boletines, folletos, carteles, guías informativas	Colegios, profesores, padres/madres, mediadores, coordinadores y técnicos
1997	- P. de prevención de DD en centros educativos de la CAM-PPD - PIPES: programa de tutorías y programas escolares - P. del Ayuntamiento de Madrid	- Información, sensibilización, formación, apoyo y coordinación - Información, formación, sensibilización, seguimiento y evaluación - Cursos, escuela padres, concursos, intervenciones, etc.	Carteles, folletos, publicaciones, guías, etc.	- Ayuntamientos, CPR, centros, profesores, familias, mediadores - Centros, profesores, profesionales (formad) - Profesores, padres, alumnos, jóvenes, escolares
1998	- El cine en la enseñanza-educación para la salud - P. prevención drogodependencias centros educativos CAM-PPD - Plan integral prevención escolar consumo drogas (PIPES) - Programa intervención preventiva familiar y escolar consumo drogas adolescentes - P. Ayuntamiento Madrid	- Proyección películas y trabajo de temas - Información, sensibilización, formación, apoyo y coordinación - Información, formación, seguimiento, evaluación, educación - Investigación evaluativa, seminario - Cursos formación, escuela padres, concurso, intervenciones, semana escolar	Unidades didácticas, carteles, folletos, boletines, material apoyo, etc.	- Alumnos, centros escolares, profesores - Ayuntamientos, CPR, centros, profesores, familias, mediadores - Familias, centros escolares, participantes - Formadores - Profesores, padres, alumnos, jóvenes
1999	- Plan integral prevención escolar consumo drogas (PIPES) - Programa integrado escolar y familiar para prevenir consumo alcohol y drogas	- Información formación, elaboración programas, seguimiento, evaluación, tutorías - Seminarios formación	Material de apoyo	- Profesores - Profesores, padres y madres
2000	- P. En la huerta con mis amigos - P. Prevenir en colección: Cosas de la vida de Esperanza y Felipe - P. de prevención Cine y educación en valores - P. prevención drogodependencias en Centros Educativos Comunidad Madrid	- Proyecciones - Formación y otras actividades de prevención	Material para profesores, alumnos y padres, material didáctico y de apoyo	- 12.758 niños 5-10 años, 557 profesores de centros - 7.733 escolares 8-11 años, 326 profesores de 139 centros - 11.094 adolescentes y jóvenes, 444 profesores de 98 centros - 22 centros profesores y recursos, 168 profesores, 145 padres y madres y 152 mediadores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.2. Ámbito familiar

Este ámbito de actuación es contemplado, a través de numerosas actuaciones dirigidas a este colectivo, en los ámbitos escolar y comunitario. Se trata principalmente de actividades de formación, sensibilización e información, por medio de Escuelas de padres, cursos, etc. Destaca el programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar URBAN y el programa de formación en prevención de las drogodependencias dirigido a familias. En lo que al primero respecta, en 1999, se desarrollaron 9 programas con 180 padres y madres (170 en el 2000), con el apoyo de la FAD y de la Agencia Antidroga. En lo relativo al segundo tipo de programa, 281 padres y madres de 12 municipios de la Comunidad recibieron 40 cursos de formación, con la colaboración de ALMA-ATA, aumentando un año más tarde el número de destinatarios (752) y de municipios (18)¹⁹.

5.3. Ámbito comunitario

En este ámbito, las actuaciones y programas van dirigidos a diversos sectores de población como jóvenes, niños, mediadores, asociaciones, familias, profesores, jóvenes en situación de alto riesgo, etc. Se trata de programas municipales (a través de convenios con Ayuntamientos), de prevención familiar, a través de Escuelas Deportivas, de formación en prevención y tratamiento de drogodependencias, etc. Las actividades que se promueven son de información, apoyo, formación y de ocio y tiempo libre, utilizando como recursos guías, folletos, carteles y materiales propios y específicos de cada programa. Finalmente, en lo que respecta a la prevención primaria comunitaria, se encuentra el programa de formación sobre prevención de las drogodependencias dirigida a la iniciativa social y el programa de formación sobre prevención de las drogodependencias para mediadores sociales (ver Tabla 4).

¹⁹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1999 y 2000.

Tabla 4
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A.Comu-nitario	Programas	Actividades	Recursos	Destinatarios
1996	-21 P. municipales -P. de prevención familiar -P. PIPES -P. prevención a través Escuelas Deportivas en ámbito local -P. "Prevenir en colección" (ámbito local) -P. Ayuntamiento Madrid	Información, apoyo, formación, cursos, actividades ocio y tiempo libre, talleres, etc.	Revistas, guías, folletos, materiales de los programas, etc.	Población general y de riesgo, familias, profesores, padres y madres, adolescentes, jóvenes, niños, asociaciones, mediadores
1997	-P.municipales (Convenios con 19 Ayuntamientos) -P. de prevención familiar -P. prevención a través Escuelas Deportivas en ámbito local -P. "Prevenir en colección" (ámbito local) -P. prevención drogas con jóvenes situación alto riesgo - P. formación en prevención drogodependencias -P. Ayuntamiento Madrid	Información, apoyo, formación, cursos, actividades ocio y tiempo libre, talleres, etc.	Revistas, guías, folletos, materiales de los programas, etc.	Población general y de riesgo, familias, profesores, padres y madres, adolescentes, jóvenes, niños, asociaciones, mediadores, profesionales, centros escolares
1998	-P. municipales (Convenios con 19 Ayuntamientos) -P. de prevención familiar -P. prevención a través Escuelas Deportivas en ámbito local -P. "Prevenir en colección" (ámbito local) -P. prevención drogas con jóvenes situación alto riesgo -P. formación en prevención y tratamiento drogodependencias -P. adolescentes y jóvenes "El polidivertido" -P. Ayuntamiento Madrid	Información, apoyo, formación, cursos, actividades ocio y tiempo libre, talleres, campañas, actividades deportivas, etc.	Revistas, guías, folletos, materiales de los programas, manuales de apoyo, vídeos, etc.	Población general y de riesgo, familias, profesores, padres y madres, adolescentes, jóvenes, niños, asociaciones, mediadores, profesionales, centros escolares
1999	-P.municipales (Convenios con 21 Ayuntamientos) -P. escuelas deportivas "Discóbolo" y URBAN -P. prevención y formación drogas con jóvenes situación alto riesgo -P. mediadores juveniles URBAN -P. formación mediadores e iniciativa social en prevención drogodependencias	Información, apoyo, formación, cursos, actividades ocio y tiempo libre, talleres, campañas, actividades deportivas, etc.	Revistas, guías, folletos, materiales de los programas, manuales de apoyo, vídeos, etc.	Población general y de riesgo, familias, profesores, padres y madres, adolescentes, jóvenes, niños, asociaciones, mediadores, profesionales, centros escolares
2000	-P.municipales (Convenios con 22 Ayuntamientos) -P. escuelas deportivas "Discóbolo" y URBAN -P. prevención y formación drogas con jóvenes situación alto riesgo -P. mediadores juveniles URBAN -P. formación mediadores e iniciativa social en prevención drogodependencias	Información, apoyo, formación, cursos, actividades ocio y tiempo libre, talleres, campañas, actividades deportivas, escuelas, etc.	Revistas, guías, folletos, materiales de los programas, manuales de apoyo, vídeos, etc.	Población general y de riesgo, familias, profesores, padres y madres, adolescentes, jóvenes, niños, asociaciones, mediadores, profesionales, centros escolares

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4. Ámbito de la comunicación

Si atendemos a las actividades realizadas en este ámbito (1996-2000), concretamente de las campañas institucionales, en el primer año analizado destacó la puesta en marcha de la campaña “Hay colores que matan”, de prevención del consumo de drogas, especialmente de las de síntesis, dirigida a población general, principalmente jóvenes. En 1997 y 1998 fue la denominada “Beber no es vivir”, destinada a sensibilizar a la población sobre el consumo de alcohol, especialmente a adolescentes y jóvenes. Los materiales empleados han sido spots publicitarios, carteles, folletos y materiales diversos (ver Tabla 5).

Tabla 5
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-1998)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Nº</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	1	<i>Prensa, radio, exterior, carteles y folletos</i>	<i>Población general, especialmente jóvenes</i>
1997	1	<i>Spots TV, radio, prensa, cine, publicidad, etc.</i>	<i>Población general, adolescentes y jóvenes</i>
1998	1	<i>Anuncios prensa, cine y materiales diversos</i>	<i>Población general, adolescentes y jóvenes</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5.- Ámbito laboral

En el ámbito laboral, en 1998²⁰, se dio un convenio-marco de colaboración con CEIM, UGT y CCOO, ofreciendo un servicio de información y asesoramiento a un total de 65 cuadros sindicales, empresas y trabajadores; un servicio de integración del drogodependiente, con 625 usuarios; un programa de formación de mediadores sociales de empresas y otro de información y formación a empresarios.

5.6. Ámbito municipal

El papel de los Ayuntamientos en la prevención es muy importante, como se apuntó anteriormente, la *Red de Prevención* se dividía en dos niveles: uno mediante Convenios con Ayuntamientos de gran tamaño y otro mediante Convocatoria de Subvenciones para los más pequeños. En lo que al primer tipo respecta, en el año 2000, se dieron Convenios con 22 Ayuntamientos (total de 1.684.016 habitantes), por medio de una estructura de coordinación técnica estable, con un equipo técnico encargado de la misma. En lo relativo a la Convocatoria de Subvenciones, ésta se realiza para los Ayuntamientos pequeños (total de 92.908 habitantes), para impulsar un tipo de prevención que se adecúe a las necesidades.

5.7. Otros ámbitos

Se va a hacer referencia a otros colectivos específicos o actuaciones contempladas en el área de prevención en esta Comunidad. En primer lugar, el ámbito militar, con el Plan PYCODE y ALFA-3, con objetivos de asesoramiento y seguimiento de programas y con la realización de 9 programas de pre-

²⁰ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1998, pp.206 y 207 (únicos datos disponibles del ámbito laboral).

vección en distintas bases de la Región y actividades como conferencias, talleres ocupacionales, concursos, estudios, etc., destinadas, en 1999, a 20.000 soldados. En este Plan, han colaborado la Capitanía General de la Región Militar Centro y la Agencia Antidroga²¹. Por otro lado, también son contemplados los programas de reducción de daño y riesgo, tal es el caso del programa “Energy control” (intervención en espacios de ocio nocturno juvenil), la Convocatoria de Subvenciones de entes locales de la Comunidad de Madrid y de asociaciones y ONGs²².

Otro ámbito de interés es el de ocio y tiempo libre, en parte comentado en el ámbito comunitario, con una Escuela de monitores de ocio y tiempo libre especializados en prevención de las drogodependencias, el programa de alternativas saludables URBAN, el Proyecto “calabaza” realizado en Aranjuez, el programa “Discóbolo. Escuelas Deportivas”, el programa de escuelas deportivas URBAN, “No te pierdas las fiestas: ve y vuelve”, “Otra forma de moverte”, “Ante todo buen rollo”, programa de mediadores juveniles URBAN, “Muévete con nosotros” y programa del uso alternativo del ocio y tiempo libre²³.

Por otro lado, otras actividades han sido la realización de Convenios de colaboración, en materia de prevención, entre la Agencia Antidroga y diversas instituciones o entidades (Universidad Complutense de Madrid, Ministerio de Educación, Ayuntamientos, Dirección General de Juventud, etc.); la convocatoria de subvenciones destinadas a la iniciativa social (23 instituciones subvencionadas en 1999); la formación y apoyo a técnicos en prevención, a través de seminarios, encuentros y jornadas; el proyecto de creación de un sistema de información de necesidades de prevención del abuso de drogas, mapa de riesgos en la Comunidad de Madrid y el primer premio de investigación en prevención del abuso de drogas²⁴.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, dedica su capítulo XI a la «Actuación en materia de Drogodependencias» como un aspecto sustantivo de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, referida a la reducción de la demanda o tratamiento del drogodependiente como un enfermo, más allá de otros aspectos que corresponden a la competencia del Estado. Según la misma ley esta Comunidad presenta una situación diferenciada del resto de las Comunidades Autónomas, al contar con un Organismo Autónomo, la Agencia Antidroga, adscrita a la Consejería de Sanidad, con competencias específicas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, a cuya regulación se remite, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos en la presente Ley.²⁵

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un incremento de los dispositivos, con la excepción de las Unidades de Desintoxicación que se mantienen constantes en el periodo de tiempo analizado. Es notable el incremento de los usuarios atendidos en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos y en las Unidades Hospitalarias, mientras que en las Comunidades Terapéuticas se han mantenido constantes en el periodo analizado. (Ver tabla 6).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, lo más destacado ha sido el incremento del número de programas de intercambio de jeringuillas que han permitido un espectacular aumento en el número de jeringuillas dispensadas (2.146.850 en el 2000). (Ver tabla 7).

21 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1998-2000.

22 Agencia Antidroga, Memoria 2000.

23 Agencia Antidroga, Memoria 2000.

24 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1999 y 2000.

25 Base de datos de legislación de la FAD

Tabla 6
Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Plazas	Usuarios	Nº	Plazas	Usuarios	Nº	Plazas	Usuarios	Nº	Plazas	Usuarios	Nº	Plazas	Usuarios
Centros Ambulatorios Asistencia	29*		16.808	30		10.657	30		15.672	30		15.870	30		15.933
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	3	16	346	3	14	285	3	16	407	3	16	373	3	16	427
Comunidades Terapéuticas	2 pub**	78 pub 170 priv***	696	2 pub	82 pub 120 priv	690	2 pub, 82 pub	120 priv	631	3 pub, 7 priv, Fin.	103 pub 110 priv. Fin	674	3 pub, 7 priv, Fin.	103 pub 110 priv. Fin	674
Prog. Tratamiento con LAAM										1		35			
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	9 pres 1 disp 6 pres y disp		4.074	10 pres 2 disp 11 pres y disp		4.036	10 pres 7 disp moviles 100 far- macias dispn. 22 pres y disp		7.133	8 pres 7 disp moviles 110 far- macias dispn. 25 pres y disp		7.202 y 389 en farma- cias	7 pres 7 disp moviles 134 far- macias 26 pres y disp		8.152 y 515 en farma- cias

* Se incluyen 4 Centros de Días Terapéuticos de la Comunidad y 7 CAD's del Ayuntamiento de Madrid.

** Incluida 1 del Ayuntamiento de Madrid.

*** Plazas concertadas con la iniciativa privada.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 7

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actvs.	Nº	Usuar.	Nº	Actvs.	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	
ISIDROBUS: interv. Social drogod	256.896 jer.	240.000 jer	23.654 inter.							
Progs intercambio jeringuillas	214.865 jer.			27	1.428.366 kits	35	2.207.085 jer.	35	2.146.850 jer	
Prog. VIH – SIDA metadona	2.001 plazas									
Prog. Mantenimiento metadona*	250 plazas									
METABUS: dispensación metadona	826 usuarios									
RADAR		46.000 Kits	10.600 inter.							
NIDO- atención domiciliaria enf. de SIDA			7		57 usuarios					
Centro de contacto y atención social- sanitaria			699	1	672 usuarios					
Centros de emergencia				4						

*Financiado 50% Comunidad Madrid.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

En la asistencia a problemas de alcoholismo, comparando el periodo 1996-2000, se aprecia un aumento de los Centros Ambulatorios y de los casos atendidos desde 1997 (Ver tabla 8).

Tabla 8

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios			1	115 casos nuevos 4.699 consultas	7	497 usuarios	7	552	7	552

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Comisarías y Juzgados se han mantenido constantes y los programas en Instituciones Penitenciarias se han reducido desde 1999, en una proporción similar al número de usuarios. Como contrapartida han aumentado los programas de alternativas a la privación de libertad y se realizan un gran número de seguimientos judiciales. (Ver tabla 9).

Tabla 9

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Programas	Actividad.	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios	Programas	Usuarios
En Comisarías y Juzgados		1 servicio intervención	1	1.849 dro 3.017 fam	1	1.849 dro 3.017 fam		1.377		1.377
En Instituciones Penitenciarias	4 amb. 1 modular		2 centros día 6 meta-dona	816	2 centros día 7 meta-dona	1.221	6 TMM	1.022	6 TMM	1.022
Programas Alternativas Privación de Libertad	1 piso 6 plazas	2 pisos		2 pisos	18 plazas	2 pisos 2 CT	22	2		
Seguimiento judicial						30	858			
Formación						2				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, destacando en los últimos años el incremento de los programas de intervención con menores, los de asistencia psiquiátrica a la Patología Dual y los de mujeres gestantes. El número de usuarios es cada vez mayor en los programas de Patología Dual mientras que desciende el número de menores atendidos. (Ver tabla 10).

En cuanto al organigrama de la red asistencial, existen dos niveles de intervención que giran en torno a los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), como base de la red asistencial de la Agencia Antidroga. En el nivel I, además de los CAID se encuentran los Centros de contacto y emergencia socio-sanitaria, el Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) y los recursos móviles de intercambio y de material estéril y educación para la salud. El segundo nivel incluye otros recursos específicos como los recursos móviles de segundo nivel (Metabus, NIDO), las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UDH), los Pisos de Ayuda a la Desintoxicación (PAD), las Comunidades Terapéuticas, los Pisos de Apoyo al tratamiento y la reinserción, los pisos de autogestión, el Centro de Orientación Sociolaboral, los Talleres de Capacitación Profesional, los Talleres Educativos, de Ocio y Tiempo Libre, el Servicio de Promoción de Alternativas Laborales, los Centros Especiales y, finalmente, las Oficinas de Farmacia.

La Memoria del 2000 de la Agencia Antidroga ofrece una descripción detallada de cada uno de los dispositivos. En este sentido, los CAID tienen como objetivo proporcionar un tratamiento integral a través de un diseño del Programa de Intervención Individualizada (PI I) y abarcan desde la acogida hasta la reinserción social, incluyendo las fases de Diagnóstico Bio-Psico-Social, adjudicación a programa, desintoxicación y rehabilitación. Los Centros de contacto y emergencia socio-sanitaria tienen como objetivos cubrir necesidades básicas, asesorar y facilitar material estéril de venopunción, ofrecer atención sanitaria, informar y derivar recursos sociosanitarios de la red y asesorar en materia jurídica. El Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) oferta intervenciones preventivo-educativas, materiales estériles de venopunción, atención en emergencias y derivación eficaz, con especial atención a los más vulnerables, consumidores de drogas por vía endovenosa alejados de los circuitos asistenciales. Además, para minimizar el riesgo que conlleva el

Tabla 10

Evolución de los otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996		1997			1998		1999			2000
	P	Actvs.	P.	Actvs.	Usuar	P	Usu.	P	Usu.	P	
Pisos apoyo a desintoxicación	2										
Convenio Asistencia Proyecto Hombre	1	50 plazas	1		51	2	260				
Servicio Atención telefónica	3	2.630 llamadas	1	1.896 llamadas		1	4.684				
Servicio de información	1	292									
Centro de contacto y atención sociosanitaria drogodependientes	1	500-600 usuarios/año									
Programas intervención con menores			1	1.831		8	2.480	32	669	32	224
Asistencia psiquiátrica Patología Dual			2		50	2	50	4	312	4	363
Programas de psicoestimulantes								-		-	
Programa mujeres gestantes								1	54	1	54

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

consumo de drogas, los recursos móviles de intercambio de material estéril y educación para la salud (Isidrobus, Radar, Universida y médicos del mundo), facilitan material estéril y papel de aluminio, proporcionan preservativos para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, así como información sobre los riesgos, trabajando en la motivación para el cambio e interviniendo en crisis (sobredosis, crisis convulsivas, etc).

Por otra parte, en el nivel II de la red, las Comunidades Terapéuticas son centros específicos de tratamiento a los que se puede derivar desde los centros de tratamiento para trabajar en régimen de internamiento voluntario, adquiriendo habilidades personales para llevar a cabo la rehabilitación posterior de forma ambulatoria. Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) con igual modo de acceso, persiguen la desintoxicación física de los pacientes, en régimen de ingreso hospitalario. Además, para aquellos drogodependientes que carecen de apoyo sociofamiliar adecuado, los dos Pisos de Apoyo a la Desintoxicación (PAD) ofrecen la posibilidad de realizar una intervención social y psicológica en las mejores condiciones terapéuticas posibles. Para aquellos pacientes que se encuentran en programas de tratamiento con metadona, 134 farmacias pueden dispensar metadona diaria, acercando el recurso y permitiendo un mayor nivel de normalización. Igualmente, al objeto de posibilitar este tratamiento, los recursos móviles de dispensación de sustitutivos opiáceos (metadona), acceden a los lugares alejados de los centros o con carencia de dispositivos específicos y otros recursos móviles (NIDO) de atención domiciliaria a pacientes con patologías graves y/o imposibilitados y en tratamiento con Metadona o con indicación de inclusión. Finalmente en lo que asistencia se refiere se encuentran en esta Comunidad los centros específicos para poblaciones especiales, siendo Los Almendros, el Centro Experimental de Conductas Adictivas y el Centro Específico de Sustitutivos Opiáceos²⁶.

26 Memoria 2000 de la Agencia Antidroga, Pp. 75-96. No se comentan los dispositivos de reinserción porque se incluirán en el apartado correspondiente a esta materia.

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La reinserción social de drogodependientes es el objetivo último de la Agencia Antidroga, formando parte de un plan global de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del problema, interviniendo sobre el individuo, su entorno y la comunidad; además debe apoyarse en recursos personales y sociales del sujeto, teniendo en cuenta que los agentes, recursos y servicios comunitarios y la participación activa ciudadana es indispensable en este proceso. Los objetivos prioritarios de estos programas son la normalización de la situación personal y social de los drogodependientes, la sensibilización de la sociedad, la potenciación de redes comunitarias y de apoyo social y la dotación de dispositivos y recursos específicos, entendidos como recursos complementarios y transitorios a los recursos normalizados.

Para lograr estos objetivos se trabaja a través de seis áreas fundamentales, que persiguen la reinserción personal y social del drogodependiente, intentando que éste adquiera normas de convivencia fomentando actitudes positivas hacia personas no consumidoras e intentando promover la utilización de recursos comunitarios; la formación laboral, por la que se fomentan conocimientos, hábitos y técnicas profesionales; la búsqueda y consecución de un trabajo remunerado; la consecución de un nivel educativo cultural y lúdico suficiente para comprender y participar en la vida social; la regulación jurídico-penal y jurídico-civil y la intervención comunitaria, ésta última se logra con la coordinación, el apoyo técnico y la colaboración con las entidades públicas y la iniciativa social y mediante la potenciación de los servicios sociales comunitarios²⁷.

Estas seis áreas se persiguen en los diferentes recursos de los que dispone la Comunidad de Madrid. Como señala la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas (2000: 197), existen 40 recursos distintos para la incorporación social que han desarrollado 7 programas de incorporación laboral, con 987 sujetos y formado a 5.510 usuarios. La Agencia Antidroga detalla los objetivos de cada uno de los recursos. De este modo, los pisos de tratamiento y reinserción persiguen ofrecer al sujeto de un núcleo de vivienda y convivencia que apoye al programa terapéutico de rehabilitación-reinserción. Los pisos de autogestión son dispositivos de apoyo a la reinserción de drogodependientes procedentes de pisos de estancia o de comunidades terapéuticas, para la consecución de una vida autónoma. Para la orientación y consecución de empleo de drogodependientes en situación de tratamiento, se encuentra el Centro de Orientación Sociolaboral, los Talleres de Capacitación Profesional, los Talleres Educativos de Ocio y Tiempo Libre y el Servicio de Promoción de Alternativas Laborales. Junto a estos recursos se ofrecen otros programas como el de habilidades sociales y los referentes a los pisos de cumplimiento de pena.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa que desde 1999 se han incrementado el número de Centros Terapéuticos con actividades o programas de reinserción (de 23 a 28 en el último año) y cuentan con dos Comunidades Terapéuticas para realizar esta labor. (Ver tabla 11).

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas al respecto acompañan al drogodependiente en las fases de preformación, formación e integración en el mercado laboral. Hasta 1998 esta Comunidad contaba con 3 programas de preformación laboral y 140 usuarios; y hasta este mismo año 12 talleres artesanos, 10 programas especiales de empleo y 3 programas de promoción de alternativas laborales. A partir de 1999 destacan los Programas financiados por el Fondo Social Europeo, que en el año 2000 han formado a 987 usuarios. Entre estos proyectos cofinanciados en el marco de la iniciativa comunitaria Empleo-Integra, destacan el proyecto Dinamo, el Programa Teseo (constitución de 7 cooperativas con 25 empleos), el Itinerario de Inserción siglo XXI para reclusos, el programa Trabájatelo, con un 66% de usuarios que han conseguido empleo y el programa de mediación social mediante la venta de un periódico en la calle, con 444 beneficiarios en 1999²⁸. (Ver tabla 12).

27 Memoria 2000 de la Agencia Antidroga, Pp. 174-177.

28 Memoria del PNSD, Pp.197.

Tabla 11
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1999-2000)

Incorporación Social	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
C. Terapéuticos Actividades. y/o Programas de reinserción	23		28	
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción (CT)	2		2	200

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 12
Evolución de los programas de incorporación social (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998		1999		2000	
	Nº	Usua	Plaz	Nº	Usua	Plaz	Nº	Usua rios	Nº	Usua	Nº	Usua rio
Programas de Incorporación Laboral												
Preformación Laboral	1	47		1	38		3	140				
Formación Laboral	8	160		2	82							
Integración Laboral - Talleres Artesanos - Programas especiales empleo - Otros - Reserva Plazas Empresas Prog. Fondo Social Europeo	2	77	50	12	95	15	12			50 cont y 7 coo- perat ivas	7	987
Promoción alternativas laborales							3	205				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación, concretamente orientados a la obtención del Graduado Escolar para los residentes en la Comunidad Terapéutica. En este sentido, la oferta de cursos reglados se ha mantenido constante en los últimos años (1996-1999), apareciendo uno nuevo en el 2000. En el caso de otros programas de formación, se han incorporado 2 más en 1999. En términos generales, el número de usuarios de los cursos reglados han aumentado y en los programas de formación, sin embargo, se han reducido. (Ver tabla 13).

Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), se han reducido en términos absolutos, especialmente los pisos tutelados, pese a que el número de usuarios ha sido cada vez mayor. Sin embargo, es destacable la aparición de los programas de cumplimiento alternativo de la pena, que cuentan con dos recursos en la Comunidad de Madrid. (Ver tabla 14).

Tabla 13*Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos Reglados										
Cursos puente*	2		2	115	2	120				
Curso de recuperación de los hábitos intelectuales		25% usuarios CAD's municipales	18	20% atendidos en CAD's	18	20% atendidos en CAD's				
Actv. Información, orientación y búsqueda empleo							60	715 más 20% CAID	98	4.779
Otros progs. o cursos capacitación profesional							43	592	53	731

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

* Se realiza en Comunidad Terapéutica

Tabla 14*Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997			1998			1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas de Apoyo Residencial												
Pisos Tutelados	47	97	11	180	87	14	443	112	8	146	8	142
Residencias			1	91	50							
Otros (Cumplimiento de pena)									2	18	2	17

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

8- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por la Agencia Antidroga hasta la fecha, han sido las siguientes: consumo de drogas en población laboral y jóvenes; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; evaluación de la formación en los programas preventivos y evaluación de centros de día. Entre otras líneas de investigación, destacan la agresividad y violencia juvenil. Por otro lado, las publicaciones realizadas desde 1996 han ido creciendo, con la excepción del año 2000 donde ha ocurrido lo contrario. Los temas son cada vez más diversos e incluyen desde Memorias y publicaciones a cerca de las actividades realizadas por la Agencia, hasta Manuales informativos para profesores y otros temas relacionados con situación del consumo de alcohol, como problemas planteados más recientemente (patología dual, Juego patológico, reducción de daños, etc).

9. RELACIÓN CON LAS ONG's

La Memoria de la Agencia Antidroga (2000) muestra la relación de convenios suscritos con ONG's para la realización de actividades de prevención (Deporte y Vida, con la FAD, etc), asistencia (Cruz Roja, Proyecto Hombre, Asociación Apoyo, Horizontes Abiertos, Nuestra Señora de la Caridad del Buen Pastor, etc) y reinserción (Cáritas), entre otras²⁹. Desde 1996, la participación de las ONGs ha sido notable, estableciéndose exclusivamente convenios y conciertos con ellas. (Ver Tabla 15).

Tabla 15
Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Convenio/concierto</i>
1996	20
1997	14
1998	14
1999	21
2000	21

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En esta Comunidad, en la lucha contra el problema de la drogadicción, se aprobó en 1985 el Plan Regional sobre Drogas, buscando un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción³⁰. En esta lucha, juega un papel importante la Agencia Antidroga, que inició en 1997 su andadura como organismo autónomo con todas las competencias en la lucha contra las drogodependencias (excepto en la reducción de la oferta), tratando de atender a los drogodependientes e intentando hermanar los esfuerzos públicos con la iniciativa social. Por otro lado, recientemente se ha publicado la Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid, que busca aproximarse a las drogodependencias desde una perspectiva global y considerar de una forma integral el conjunto de actuaciones desarrolladas.

Respecto al consumo de las diferentes sustancias, en los últimos años se ha dado una reducción en el uso de heroína y en el abuso de alcohol entre la población adulta, aunque se ha producido un incremento del consumo de esta última sustancia en mujeres y adolescentes. Además, el consumo de pastillas se ha estabilizado, ha descendido el porcentaje de fumadores diarios y ha aumentando considerablemente el consumo de cánnabis y el de cocaína. En estos momentos, la pauta dominante en esta Comunidad es el policonsumo. Si la comparamos con el resto del Estado, los jóvenes, en general, consumen más drogas legales e ilegales (excepto anfetaminas). Concretamente, se sitúan por encima de la media en el consumo de alcohol, tabaco, cánnabis, cocaína y drogas de síntesis³¹.

En lo referente a las consecuencias derivadas del consumo de sustancias, según pone de manifiesto la Ley 5/2002 de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, en

29 Memoria 2000 de la Agencia Antidroga, Pp.244-245. Convenios suscritos en el Ayuntamiento de Madrid.

30 Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

31 Estudio sobre los Jóvenes españoles de la Fundación Santa María (1999).

esta Comunidad se produce un número importante de muertes por sobredosis, de casos de SIDA y otras patologías transmisibles, así como de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas. Según el Informe de la Agencia Antidroga (2000), en las admisiones a tratamiento, el perfil de los sujetos atendidos era principalmente de individuos de 31 a 36 años, varones, solteros y con consumo de heroína-cocaína-otras drogas. En general, ha descendido la proporción de personas que solicitan tratamiento y consumen heroína y otras sustancias diferentes a la cocaína, mientras que aumentan aquellos que consumen cocaína con otras sustancias distintas a la heroína. En el número de fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de opiáceos o cocaína, se ha dado un cierto aumento a partir de 1997 y en el año 2000 las urgencias atendidas fueron, en su mayoría, por cocaína (44,4%) y heroína (37,2%). En cuanto a los casos diagnosticados de SIDA asociados al consumo de drogas por vía intravenosa, Madrid tenía en 1999 las tasas más elevadas, siendo de 67,6 casos por cada millón de habitantes.

Si atendemos a algunos aspectos destacados de la estructura y funcionamiento, en lo que respecta a la Agencia Antidroga, este Organismo cuenta con el Consejo de Administración, del que dependen un Director Gerente y de éste uno Técnico que tiene a su cargo el Servicio de Prevención, el de Comunicaciones y Documentación, el de Evaluación e Investigación, el de Asistencia y Reinserción y el de Administración y Servicios Generales.

Para la puesta en marcha del Plan, son necesarios una serie de recursos, por ejemplo, los humanos, donde se hace especial hincapié en la formación de los profesionales que trabajan en las diferentes áreas de actuación a través de cursos, seminarios, jornadas y encuentros. A partir de 1999, se aprecia una distinción entre la formación de los profesionales de la Red de Asistencia y Reinserción de la Agencia Antidroga y la de los que no están integrados en dicho Organismo, pero que tienen contacto con los consumidores de sustancias. Si se tienen en cuenta los recursos económicos, el presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años, especialmente a partir de 1999. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y, en tercer lugar, por la prevención. Hay que resaltar el descenso del presupuesto en el área de formación, documentación e investigación en el año 2000 y el incremento en la coordinación institucional.

Por áreas de actuación, la prevención ocupa una posición muy importante en esta Comunidad. Las actuaciones se incrementan a lo largo de los años, destacando las campañas, el Programa de Prevención en Ayuntamientos, el Convenio con la F.A.D., la creación de Escuelas Deportivas, la red de planes de prevención municipales, la implantación de programas de conjunta realización y evaluación y el incremento y diversificación de programas en los diferentes ámbitos. La prevención desarrollada por la Agencia Antidroga, se ha caracterizado principalmente por un modelo organizativo eficaz, una Red de Prevención en dos niveles (convenios con los ayuntamientos de mayor población y convocatoria de subvenciones con los más pequeños), programas contrastados científicamente y específicos para cada una de las etapas, un manual de programación y evaluación, otro de planificación preventiva y otros productos y proyectos.

El área de intervención asistencial, la Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, la contempla como un aspecto sustantivo de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, además, esta Comunidad presenta una situación diferenciada del resto de las Comunidades y Ciudades Autónomas, al contar con la Agencia Antidroga (Organismo Autónomo), adscrita a la Consejería de Sanidad, con competencias específicas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos. En cuanto al organigrama de la red, existen dos niveles de intervención que giran en torno a los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID), como base de la red asistencial de la Agencia Antidroga. Respecto a los programas y recursos empleados, en general, se han mantenido los Programas realizados en Comisarías y Juzgados y se han incrementado el resto de dispositivos y programas, con la excepción de las Unidades de Desintoxicación y los programas en Instituciones Penitenciarias.

La reinserción social de drogodependientes es el objetivo último de la Agencia Antidroga. Para lograrlo, se trabaja fundamentalmente a través de seis áreas (formación, educación, etc.), que se

persiguen en recursos como los pisos de tratamiento y reinserción, los de autogestión, el Centro de Orientación Sociolaboral, los Talleres de Capacitación Profesional, los Educativos de Ocio y Tiempo Libre, el Servicio de Promoción de Alternativas Laborales, programas como el de habilidades sociales y los referentes a los pisos de cumplimiento de pena, etc. En el año 2000, se registraron 40 recursos distintos para la incorporación social que desarrollaron 7 programas de incorporación laboral, con 987 sujetos y formado a 5.510 usuarios³². En términos generales, los programas y recursos han ido aumentando con el paso de los años, con la excepción de los de apoyo residencial, especialmente los pisos tutelados.

En cuanto a los estudios e investigaciones realizados en materia de drogodependencias, éstos son cada vez más diversos y las publicaciones han ido creciendo a lo largo de los años, con la excepción del 2000. No se puede concluir sin destacar el importante papel del movimiento asociativo en las diferentes áreas de actuación del Plan, principalmente a través de conciertos y convenios para la realización de actividades de prevención, asistencia y reinserción, entre otras.

³² Plan Nacional sobre Drogas, memoria 2000, pp.197.

MELILLA

INTRODUCCIÓN

En la Ciudad Autónoma de Melilla, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad es la encargada de los diferentes aspectos relacionados con las drogodependencias. Se han centrado principalmente en la prevención, con la difusión de campañas de sensibilización y concienciación y a través de programas en el ámbito escolar y comunitario, especialmente. En el área de intervención asistencial, mantiene dos convenios de colaboración con el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) de Cruz Roja y Proyecto Hombre. En el primero, junto con el centro penitenciario, es donde se realiza el programa de metadona. Este programa y, en general, los programas de reducción del daño, al igual que el programa de intercambio de jeringuillas implantado en todas las oficinas de farmacia, se han consolidado con sólo un año de funcionamiento. Todos los programas puestos en práctica han contado con el apoyo de instituciones, entidades públicas y ONGs¹.

Según los datos ofrecidos por la última Memoria del PNSD, el año 2000 supuso la consolidación de la mayor parte de los programas en las áreas de prevención, asistencia y reinserción. Además, este mismo año comenzaron las gestiones para el diseño y elaboración del I Plan Autonómico de Lucha contra la Droga para su puesta en vigor un año más tarde. Es importante destacar el estudio realizado -evaluación externa- con el fin de conocer la situación real de las drogodependencias y la percepción social del problema.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan consideran muy grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, se mantiene igual. La heroína es considerada la sustancia más problemática, seguida por el alcohol y, en tercer lugar, el cánnabis. En su opinión, las tres desencadenan otros problemas, el alcohol y la heroína tienen un alto impacto sanitario y afectan a un gran número de personas, en el caso del alcohol y del cánnabis. Por último, la heroína, además, genera una gran alarma en la opinión pública y el cánnabis tiene difícil solución.

Haciendo un breve y general recorrido por las diferentes sustancias, en lo que respecta a las drogas legales (alcohol y tabaco), según las conclusiones generales de la Encuesta sobre

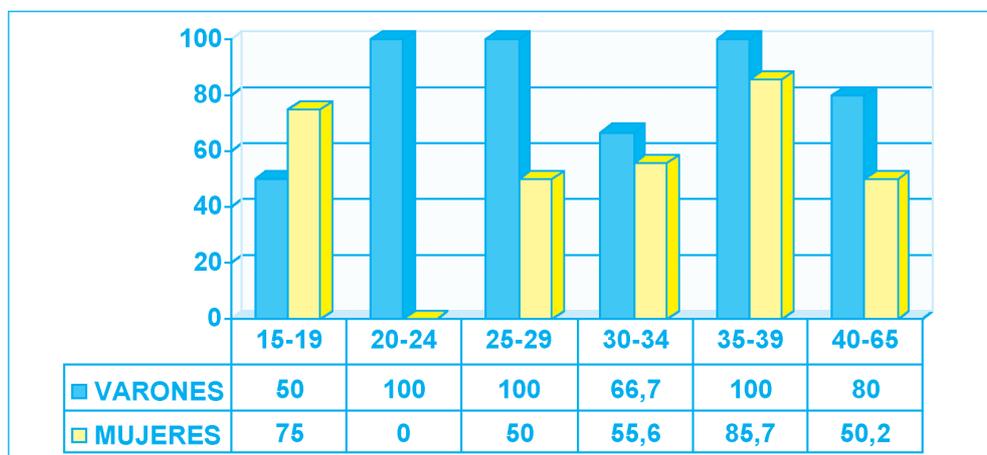
¹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1999.

Tendencias Juventud Melillense (de 15 a 30 años), destaca que entre los hábitos relacionados con el consumo de alcohol, frente al 34,8% de los jóvenes que dicen no beber nada, casi un tercio reconoce beber cantidades elevadas, especialmente entre los 15 y 18 años, y el 63,9% dice consumir alcohol en alguna medida. En cuanto a la edad, el hombre joven consume más alcohol entre los 23 y 26 años, mientras que la mujer joven entre los 19 y 22 y entre los 27 y 30 años. Frente a esta situación, para evitar el alcoholismo juvenil, a casi la totalidad de los jóvenes (81,8%) les parece adecuado un programa de ocio alternativo para las noches de los fines de semana, como actividades deportivas y culturales.

Según los datos ofrecidos por el último Informe del Observatorio Español de Drogas, la prevalencia de consumo de alcohol, durante 1999 en los últimos 30 días, por sexo y edad, fue de un 69,9% (83,8% de hombres frente a un 54% de mujeres), cifra bastante alta respecto al resto de las Comunidades y Ciudad Autónoma de Ceuta. La mayor prevalencia de consumo de esta sustancia se da entre los varones, especialmente entre los 20 y 29 años y entre los 35 y 39 (100%), siempre superando el porcentaje de mujeres bebedoras, excepto en el intervalo de edad más joven (de 15 a 19 años), donde se invierte esta tendencia (ver Gráfico 1). En lo relativo a la proporción de bebe-

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupos de edad, 1999



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Informe nº 4 del Observatorio Español de Drogas

dores abusivos, en 1999 Melilla tuvo el porcentaje más alto respecto al resto de las Comunidades, representando un 12,4%.

Según los datos de la Encuesta Nacional Domiciliaria del consumo de drogas², algo más de la mitad de la población declara haber fumado alguna vez todos los días durante un cierto periodo de tiempo, aunque frente al elevado consumo de tabaco, desciende el porcentaje de consumidores de alcohol y otras drogas. En comparación con Ceuta, Melilla supera todos los porcentajes de consumo drogas legales e ilegales. Respecto al resto de España, hay más consumidores de hachís y marihuana en Melilla que en Andalucía; tan sólo un 1,33% los diferencia de La Rioja, que aparece como la máxima consumidora de cocaína en todo el territorio nacional y en cuanto a heroína, las

² Realizada por la empresa Sigma 2 en 1998 por encargo del Plan Nacional sobre Drogas.

provincias más consumidoras son Asturias y Canarias que sólo presentan un 2,48% más de población que consume esta droga que en Melilla.

Siguiendo con este estudio, casi un 98% de los melillenses consideran que el consumo de drogas duras supone un problema serio para la salud, sin embargo, respecto al consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana, en edades comprendidas entre 15 y 44 años, el porcentaje se sitúa entre el 13 y el 25%. Entre las conclusiones generales derivadas del presente estudio, destaca la incorporación de adolescentes y mujeres al consumo de tabaco y alcohol y el hecho de que no existe una tendencia uniforme en el consumo de las diferentes sustancias. El alcohol, las anfetaminas y las drogas de síntesis muestran reducidos sus niveles de prevalencia, mientras que el tabaco se ha estabilizado y la cocaína y derivados del cánnabis, registran tendencias expansivas. Por otro lado, continúa descendiendo el porcentaje de consumidores de heroína, aunque levemente continúa creciendo el consumo de cocaína y, sobre todo, aumenta entre los adolescentes el del hachís³.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Una de las consecuencias asociadas al consumo de drogas es la admisión a tratamiento por consumo de heroína. En este sentido, según los datos del Informe nº4 del Observatorio Español de Drogas, la proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de esta sustancia, cuya vía de administración más frecuente es la parenteral, descendió de forma acusada, pasando de un 50% en 1992 a tan sólo un 4,2% en 1999. Por el contrario, en lo que respecta a la tasa anual de las primeras admisiones a tratamiento por cocaína por 100.000 habitantes, Melilla pasó de un 2,4 entre 1991 y 1993 a un 11,2 en el periodo 1997-1999, ocupando una quinta posición respecto al resto del Estado.

Por otro lado, los datos acumulados desde 1981⁴, muestran que en el 2001 se registraron en esta Comunidad 63 casos de Sida, de los que 43 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. En lo que respecta a la tasa de Sida registrada por millón de habitantes, en el 2000 fue de 61.1, lo que evidenció un descenso respecto a años anteriores (con la excepción de 1999 que fue de 46.5). La mortalidad es otro factor a tener en cuenta al hablar del Sida, en este sentido, las defunciones notificadas por este motivo entre los usuarios de drogas por vía parenteral fueron en el 2000 de 13 fallecimientos⁵.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Como se comentó en la introducción, en el año 2000 comenzaron las gestiones para el diseño y elaboración del I Plan Autonómico de Lucha contra la Droga para su puesta en vigor un año más tarde. La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del mismo (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, en esta Ciudad Autónoma se realiza un estudio previo de necesidades y se está elaborando un informe oficial realizado por profesionales del propio Plan y por una empresa contratada para un estudio previo. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente se está elaborando en estos momentos. Para estos estudios, se emplean fuentes primarias y secundarias.

La planificación del Plan es llevada a cabo por técnicos y las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración de éste están en trámite para ser editadas. Por otra parte,

3 Según Mehame (consejero de Bienestar Social y Sanidad).

4 Registro Nacional de SIDA, 30 de junio de 2001.

5 Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

en la elaboración del Plan se incluye un mecanismo para realizar la evaluación del mismo, que será llevada a cabo por una Comisión de Seguimiento. Además, existe una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, cuya composición está en fase de estudio. En lo relativo a la Administración Autonómica, han participado en la elaboración del Plan las consejerías y/o departamentos de Sanidad, Asuntos Sociales, Educación, Trabajo y las Viceconsejerías de Deporte y Juventud. Respecto a la estructura del Plan, el organigrama de la Oficina de Coordinación se encuentra en estudio y los órganos consultivos en elaboración.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, en esta Comunidad existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea, que está en estudio en estos momentos. En general, los programas sobre los que se suministra mayor información son los de prevención y asistencia. La información se difunde a través de un teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, Memorias, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, toda la población y en intervención asistencial y en incorporación laboral, los usuarios de drogas en proceso de rehabilitación.

3. RECURSOS HUMANOS

En relación con el personal dedicado al ámbito de las drogodependencias, según los responsables del Plan, existen dos técnicos que dependen de la Ciudad Autónoma que se ocupan de todo lo relacionado con la problemática de drogodependencias en sus tres ámbitos. Uno de estos técnicos es el actual Comisionado Autonómico para el Plan sobre Drogas (cabe indicar que no existe una oficina específica para el Comisionado, sino que éste forma parte de la propia plantilla del Servicio de Drogodependencias).

También resaltar cuatro técnicos y un equipo multidisciplinar completo (médico, ATS, trabajador social y psicólogo) que presta sus servicios en el Centro de Atención al Drogodependiente (CAD), equipo contratado por Cruz Roja gracias al Convenio de colaboración de duración anual para cubrir el área asistencial firmado entre la ONG y la Ciudad Autónoma.

Entre las actividades de formación de profesionales y mediadores puestas en práctica, destaca un curso en 1996 dirigido principalmente a funcionarios de prisiones y personal militar, cuya entidad corresponsable fue las FF.AA.⁶.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 1), los recursos económicos han crecido notablemente, especialmente en el último año. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el 2000, con el que tenía en 1996, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de prevención (en torno a los 21 millones de Ptas). Por último, resaltar en el 2000 la separación presupuestaria entre las áreas de intervención asistencial e incorporación social y la inclusión de nuevas partidas destinadas a la formación y documentación y a la coordinación institucional.

Con respecto al presupuesto del año 2000, el Gobierno Central aportó un total de 27.497.099 ptas, de las que 16.471.000 ptas procedían del Ministerio del Interior (PNSD) y 11.026.099 ptas del Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida). La Comunidad Autónoma destinó un

⁶ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996, pp.262.

Tabla 1
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	1.168.880	9.000.000	8.200.000	5.751.110	22.601.999
Intervención Asistencial e Incorporación Social	11.014.000	11.014.000	15.073.000	23.248.890	12.733.333 I.A 2.214.000 I.S
Formación, Documentación					1.995.000
Coordinación Institucional					814.500
Total	12.182.880	20.014.000	23.273.000	29.000.000	40.358.832

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 2
Presupuesto del Plan Regional sobre Drogodependencias (en pesetas) (2000)

Procedencia del Presupuesto			
Aportación del Gobierno Central			Aportación de la Comunidad Autónoma
M. del Interior (PNSD)	Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida)	TOTAL	
16.471.000	11.026.099 ptas.	27.497.099 ptas.	10.733.333 ptas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del cuestionario.

total de 10.733.333 ptas en materia de drogodependencias y también se contó con el apoyo del INEM (Plan FIP) (ver Tabla 2).

Según los responsables, en la Ciudad existe una Fundación (Fundación de Asistencia al Drogodependiente, FAD) que gestiona el presupuesto con una partida específica y cuya cuantía para el 2001 ascendió a 30.000.000 ptas.

5. PREVENCIÓN

Como se indicó en un principio, esta Ciudad Autónoma se ha centrado principalmente en la prevención a lo largo de los años, con la difusión de campañas de sensibilización y concienciación y a través de programas en el ámbito escolar y comunitario, especialmente. Además, conviene destacar la existencia de un teléfono gratuito de información sobre drogas, la puesta en práctica en el año 2000 de un programa de prevención al consumo destinado a menores magrebíes ingresados en centros de protección de la Ciudad, la celebración de campañas de información y sensibilización dirigidas a jóvenes y a establecimientos expendedores de tabaco y la distribución de material informativo, didáctico y el desarrollo de otras actividades divulgativas⁷.

⁷ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp.205.

Tabla 3*Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)*

	Actividades	Destinatarios
1996	Cláusulas Informativas	Población escolar
1997	1 spot, 3 emisiones/semana TV local, 6 charlas	Población escolar
1998	6 charlas centros educativos	Población escolar

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.1. Ámbito escolar

Las actividades puestas en marcha y analizadas en el periodo 1996-2000, en este ámbito, se dirigen a población escolar a través del suministro de información, spots, emisiones de televisión y charlas en los centros educativos (ver Tabla 3).

5.2. Ámbito comunitario

En este ámbito se han desarrollado actividades diversas dirigidas a la población en general como charlas informativas, mesas redondas, conferencias, intervenciones en la televisión local, etc., en asociaciones de vecinos, colegios, escuelas de adultos y centro penitenciario, utilizando como recursos la difusión de folletos, carteles y vídeos, donde han colaborado Proyecto Hombre, Cruz Roja y Centro Penitenciario⁸ (ver Tabla 4).

Tabla 4*Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)*

A.Comunitario	Actividades	Recursos	Destinatarios
1996	2 intervenciones en TV Local		Población general
1997	2 mesas redondas, 6 charlas		Población general
1998	Mesas redondas, vídeo conferencia	Vídeo, carteles, folletos, TV local	Población general

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.3. Ámbito de la comunicación

Si atendemos a las actividades puestas en prácticas en este ámbito (1996-2000), destaca la emisión en los medios de comunicación (prensa y televisiones locales) de un anuncio sobre los programas y centros de desintoxicación, rehabilitación y reinserción de toxicómanos⁹, un programa de Mediadores y Disuasión de Drogodependencias (en 1996), las Jornadas de Salud Juvenil en el año 2000 y diversas campañas institucionales, a lo largo de los años, principalmente relacionadas con el Sida y las drogas en general, especialmente el tabaco, dirigidas a población general, jóvenes y fumadores (ver Tabla 5).

⁸ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

⁹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1997.

Tabla 5
 Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

Campañas Institucionales	Nº	Recursos	Destinatarios
1996	- Programa de Mediadores y Disuasión de Drogodependencias - Campaña sensibilización SIDA/VIH	- Folletos, carteles, etc.	- 140 personal militar, civil - Población general
1997	- Campaña información prevención Sida (Día Mundial Sida) - Día Mundial Droga	Spots publicitarios, artículos, etc.	Población general
1998	- Campaña información prevención Sida (Día Mundial Sida) - 2ª Carrera Popular contra la Droga	Carteles, folletos, camisetas, etc.	Población general
1999	Día Mundial sin tabaco	50 carteles, 2.000 camisetas, 1.000 trípticos y 3.000 pegatinas	Población general, jóvenes y fumadores
2000	- Día Mundial sin tabaco. No te enrolles con el tabaco - Jornadas de Salud Juvenil	Carteles, folletos, pegatinas, etc.	- Población general, jóvenes y fumadores - Jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4.- Ámbito laboral

En este ámbito se promueven actividades de información, a través de entidades corresponsables como Proyecto Hombre, utilizando para ello recursos como diarios, la televisión local y la prensa (ver Tabla 6).

Tabla 6
 Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

A.Laboral	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	Cláusulas informativas		Ámbito laboral
1997	Cláusulas informativas	Diarios, televisión y prensa	Ámbito laboral
1998	Cláusulas informativas	Diarios, televisión y prensa	Ámbito laboral

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5. Otros ámbitos

Dentro de este apartado, habría que mencionar aquellos programas destinados a otros colectivos específicos. En este sentido, en esta Ciudad Autónoma se encuentra el programa básico de prevención del consumo de drogas en las Fuerzas Armadas (FF.AA.), con actividades como charlas-coloquio en el Centro Penitenciario, en el cual se registraron en 1996 un total de 6.000 usuarios. Este programa contó con el apoyo de Cruz Roja, FFAA, Proyecto Hombre y el Centro Penitenciario¹⁰.

¹⁰ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996 y 1997.

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial, atendiendo a los recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados (asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas), hay que resaltar el descenso de los usuarios en el año 2000 en los Centros Ambulatorios de Asistencia (de 151 en 1996 a 41 en el 2000). Sin embargo, en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos (contemplados a partir de 1999 en los programas de reducción del daño), han crecido notablemente el número de usuarios y de prescriptores y dispensadores (ver Tabla 7).

Tabla 7

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Recursos Normalizados	1996		1997		1998		1999***		2000***	
	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios*	Nº	Usuarios*
Centros Ambulatorios Asistencia	2	151	1 CAD		1	201	1	84	1 (CDT)	41
Centros de Día Terapéuticos			1	17	1	21				
Comunidades terapéuticas										2
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos**			1 PyD	48	2 PyD	120				

*No alcohólicos

** En 1999 contemplados dentro de los programas de reducción del daño

*** Considerados dentro de los programas libres de drogas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, destaca una gran variedad de programas y dispositivos. Entre ellos, resaltar los programas residuales del CAD, los de prevención de la Hepatitis B VIH/SIDA, los de intercambio de jeringuillas y -a partir de 1999- los de tratamiento con agonistas opiáceos. Es sorprendente el aumento con el paso de los años de los usuarios de los programas de tratamiento con agonistas opiáceos y de los de prevención de la Hepatitis B VIH/SIDA, con un gran número de jeringuillas dispensadas (5.000). Los programas de tratamiento con metadona contaron con 21 oficinas de farmacia, un centro de tratamiento específico y un centro penitenciario (ver Tabla 8).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, un Centro Ambulatorio ha sido el encargado de esta tarea. El número de usuarios atendidos en dicho dispositivo ha sufrido fluctuaciones a lo largo de los años (ver Tabla 9).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Destacan los Programas desarrollados en Instituciones Penitenciarias y los de alternativas a la privación de la libertad (en 1999). En lo que respecta al primer tipo, se han desarrollado actividades de información y sensibilización y programas ambulatorios, modulares y preventivos. En 1999 se registró, además, un programa de alternativas a la privación de libertad que contó con 9 usuarios (ver Tabla 10).

Tabla 8

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Reducción del Daño	1996		1997		1998			1999		2000	
	Actividad	Usua	Actividad	Usua	Nº	Activid	Usua	Nº	Usua	Nº	Usua
Programas residuales del CAD	Atención médica, psicológica y social	52	Atención médica, psicológica y social	63		Atención médica, psicológica y social	51				
P. Prevención Hepatitis B VIH/SIDA Prevención TBC (1998)	Información, asesoramiento, despistaje	247	Información, asesoramiento, despistaje	264		Información, asesoramiento, despistaje	387				
P. Intercambio jeringuillas					1	5.000			5.000 jer		5.000 jer
Tratamiento con agonistas opiáceos (P. de tratamiento con metadona)								2 PyD	156	2 PyD	195
* Ubicación P. Dispensadores metadona:								21		21	
- Oficinas de farmacia								1	131	1	170
- Centros tratam. Específicos											
- Centros penitenciarios								1	25	1	25

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 9

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	1	15	1	6	1	11	1	19	1	13

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 10

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales (1996-2000)

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Usuarios	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuario	Nº	Usuar	
En Instituciones Penitenciarias	1.752 campañas informativas/sensibilización 170 P.Ambulatorios 4 P.Modulares	2 Preventivos 2 Ambulatorios	50 5	1 CD 1 metadona	10 17	1 Prevent 1 TMM	20 25	1 Preve 1 TMM	20 25	
Cumplimientos alternativos						1	9			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas como los de asistencia a familiares directos y pacientes, con un número cada vez mayor de usuarios (de 132 en 1996 a 236 en 1999) y actividades de orientación familiar y terapias. También resaltan los de educación para la salud, de voluntariado (en 1996), de apoyo farmacológico en desintoxicación y deshabituación, de intervención familiar (a partir de 1997) y, en el año 2000, uno de atención a poblaciones especiales y un grupo de padres con 15 usuarios (ver Tabla 11).

Tabla 11

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996			1997			1998			2000	
	Nº	Actividades	Usuar.	Nº	Actividades	Usuar.	Nº	Actividades	Usuar.	Nº	Usuario
Asistencia familiares directos y pacientes	1	Terapia y orientación familiar	132	1	Terapia y orientación familiar	165	1	Terapia y orientación familiar	236		
Educación para la salud	1	Charlas	266	1	Sesiones o charlas	65					
Voluntariado		Formación	30								
Apoyo Farmacológico en Desintoxicación y Deshabituación			153	1		177	1	158			
Intervención familiar					Grupos terapéuticos y seminarios	51		Grupos terapéuticos y seminarios	32		
P. Atención poblaciones especiales (minorías étnicas, drogodependientes prostitutas, etc.)										1	198
Grupo padres										1	15

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

7- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Si atendemos a la evolución experimentada por los centros de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa que esta Comunidad contaba en 1999 con un centro terapéutico de actividades y/o programas de reinserción y 2 alojamientos alternativos con 3 usuarios, en el 2000 (ver Tabla 12).

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. En 1996 contaba con 2 programas de preformación laboral con 15 usuarios y a partir de esa fecha, se incluyeron programas de formación laboral, que disminuyeron en número (de 4 a 3) y en usuarios (de 80 a 60) de 1997 a 1998, y de integración laboral con 3 talleres artesanos (ver Tabla 13).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. En 1996 se dieron 6 cursos puente y a partir de 1997 se amplió la oferta por medio de otras actividades como las de ani-

Tabla 12
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
C. Terapéuticos Actividades. y/o Programas de reinserción	1			
Otros (alojamientos alternativos)			2	3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 13
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Laboral	1996		1997		1998	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Preformación Laboral	2	15				
Formación Laboral			4	80	3	60
Integración Laboral - Talleres artesanos			3	50	3	45

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

mación socio-cultural, español para extranjeros y guitarra. En 1999 aparecieron otras acciones formativas (idiomas, informática, etc.) y actividades de información, orientación y búsqueda de empleo y un año más tarde, actividades de formación laboral como los cursos del Plan FIP (ver Tabla 14).

Tabla 14
Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996		1997	1998	1999	2000	
	Nº	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas	5	85					
Cursos puente							
Otros Programas de Formación							
- Animación sociocultural			15				
- Español para extranjeros			15	15			
- Guitarra			5	15			
- Otras acciones formativas (idiomas...)							
- Actividades informac, orientac y búsqueda empleo					1 15		
- Formación laboral (Cursos Plan FIP)						1	15

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), han sido principalmente los pisos no tutelados (en 1996 y 1997), donde se añadió uno más en 1997, manteniéndose las plazas

y, sien embargo, descendiendo el número de usuarios (de 80 en 1996 a 10 en 1997). En 1998 se añadieron los pisos tutelados, que ofertaron 6 plazas y contaron con 12 usuarios (ver Tabla 15).

Tabla 15
Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998	
	Nº	Usuarios	Plazas	Nº	Usuarios	Plazas	Usuarios	Plazas
Programas de Apoyo Residencial								
Pisos no tutelados	1	80	7	2	10	7		
Pisos tutelados							12	6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

A lo largo de los años se han realizado diversas actuaciones en este ámbito. Entre ellas, premios o concursos como el de christmas en el ámbito escolar en 1996, 1997 y 1998 (Ciudad Autónoma y Ministerio de Educación y Cultura) y el de carteles del Día Mundial del Sida. Por otro lado, se realizó en 1998 la Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en Melilla, el IV concurso de felicitaciones A tope sin drogas en 1999 y un año más tarde el concurso No te enrolles sin drogas y el Informe sobre drogas y Sida en la Ciudad Autónoma de Melilla¹¹.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

Entre los agentes y entidades implicadas en la lucha contra el fenómeno de la drogadicción, resalta el papel desempeñado por las ONGs. En cuanto a la relación establecida con ellas, en 1996 era por medio de convenio/concierto, pasándose un año más tarde, además, a la subvención. Los convenios/conciertos establecidos con las ONGs (2) disminuyeron a partir de 1999 (1), al igual que el número de las que recibieron subvención (ver Tabla 16).

Tabla 16
Convenios y conciertos con ONGs

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio/concierto
1996	2	
1997	2	2
1998	2	2
1999	1	1
2000	1	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹¹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

CONCLUSIONES

En la Ciudad Autónoma de Melilla, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad es la encargada de los diferentes aspectos relacionados con el fenómeno de la drogadicción. El año 2000, supuso la consolidación de la mayor parte de los programas en las diferentes áreas de actuación (prevención, asistencia y reinserción) y comenzaron las gestiones para el diseño y elaboración del I Plan Autonómico de Lucha contra la Droga, para su puesta en vigor un año más tarde.

En lo relativo al consumo de las diferentes sustancias, es de destacar que Melilla es la única, respecto al resto del Estado, cuyos responsables consideran “muy grave” la situación del consumo de drogas y sus consecuencias, además de ser una de las pocas que, a grandes rasgos, indica que la evolución de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, se mantiene igual. Por ello, es una situación que debe ser remarcada y ante la que habría que incidir, tomando las medidas oportunas, en años venideros. Por sustancias, la heroína es considerada la más problemática, seguida por el alcohol y, en tercer lugar, el cánnabis.

En general, en opinión del Consejero de Bienestar Social y Sanidad, destaca la incorporación de adolescentes y mujeres al consumo de tabaco y alcohol y el hecho de que no existe una tendencia uniforme en el consumo de las diferentes sustancias. En el alcohol, las anfetaminas y las drogas de síntesis se han reducido los niveles de prevalencia, mientras que el tabaco se ha estabilizado y la cocaína y derivados del cánnabis, registran tendencias expansivas. Por otro lado, continúa descendiendo el porcentaje de consumidores de heroína, aunque sigue siendo elevado, si lo comparamos con el resto de España.

Entre las consecuencias asociadas al consumo de drogas, lo más destacado ha sido una disminución en la proporción de los admitidos a tratamiento por primera vez en la vida por consumo de heroína, un aumento de la tasa anual de las primeras admisiones a tratamiento por cocaína -por 100.000 habitantes-, ocupando una quinta posición respecto al resto de España y, finalmente, un descenso en la tasa de Sida registrada por millón de habitantes.

En el diseño y elaboración del I Plan Autonómico de Lucha contra la Droga, se partió de un estudio previo de necesidades y se ha elaborado un informe oficial realizado por profesionales del propio Plan y por una empresa contratada para un anterior estudio, aspectos positivos y necesarios de cara a la programación y planificación posterior. Además, en la elaboración del Plan se incluye un mecanismo para realizar la evaluación del mismo, que será llevada a cabo por una Comisión de Seguimiento.

En materia de recursos, respecto a los humanos, dentro del personal dedicado al ámbito de las drogodependencias se encuentran dos técnicos que dependen de la Ciudad Autónoma y se ocupan de los ámbitos de prevención, asistencia y reinserción, donde uno de ellos es el actual Comisionado Autonómico para el Plan sobre Drogas. Además, hay cuatro técnicos y un equipo multidisciplinar completo que presta sus servicios en el Centro de Atención al Drogodependiente (CAD). Por su parte, los recursos económicos han crecido notablemente en los últimos años. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención, aunque ésta última, en términos relativos, es la que ha experimentado un crecimiento mayor en los últimos años. Finalmente, en el año 2000 se produjo la separación presupuestaria entre las áreas de intervención asistencial e incorporación social y la inclusión de nuevas partidas destinadas a la formación y documentación y a la coordinación institucional.

Por áreas de actuación, se han centrado principalmente en la prevención, con la difusión de campañas de sensibilización y concienciación y a través de programas en el ámbito escolar y comunitario, especialmente. No obstante, sería conveniente trabajar en este aspecto e incrementar el número de programas y actividades, dada la magnitud del problema en esta Ciudad Autónoma. En el área de intervención asistencial, cuentan con dos convenios de colaboración, concretamente con el Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) de Cruz Roja y con Proyecto Hombre. Respecto a los programas, el de metadona y, en general, los de reducción del daño y el de intercambio de jeringuillas, se han consolidado con sólo un año de funcionamiento. También

han aumentado considerablemente con el paso de los años los usuarios de los programas de tratamiento con agonistas opiáceos y de los de prevención de la Hepatitis B VIH/SIDA.

En el área de incorporación social, en términos generales, se aprecian escasos centros de inserción/reinserción, concretamente, uno terapéutico y dos alojamientos alternativos. Respecto a los programas ofertados, se han ido incluyendo, a los de preformación laboral, los de formación, integración laboral y de apoyo residencial. Por otro lado, es importante destacar, en el área de estudios e investigaciones, el estudio que se realizó con el fin de conocer la situación real de las drogodependencias y la percepción social del problema de las drogas en Melilla y el Informe sobre drogas y Sida. Finalmente, en la lucha contra el fenómeno de la drogadicción, resalta el papel desempeñado por las ONGs, con las que se establece una relación por medio de convenio/concierto y subvención, que se han visto reducidos a partir de 1999.

REGIÓN DE MURCIA

INTRODUCCIÓN

La Región de Murcia¹, al igual que el resto de las Comunidades, ha intentado hacer frente al problema de la drogadicción a través de diversas actuaciones. El Plan Regional sobre Drogas para el trienio 1998-2000, se elaboró desde el marco de referencia de la Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social. Este segundo plan muestra el compromiso de la sociedad y de los distintos niveles de la administración, para que de esta manera se pueda llevar a cabo una labor más eficaz en materia de drogodependencias.

En el área de la prevención, se está dando un fuerte impulso a los programas y actuaciones en materia de educación para la salud en los centros educativos, en formación del profesorado, actividades de apoyo, elaboración de materiales didácticos. La base de la prevención continúa siendo el trabajo comunitario, llegando a alcanzar la participación casi del total de los municipios, con actividades como las Jornadas Regionales de Prevención de Drogodependencias, Primer encuentro de técnicos municipales, con mesas de trabajo entre los técnicos responsables de la prevención de los municipios y mancomunidades para unificar líneas de trabajo y comentar las experiencias. En el ámbito de la integración social, hay que destacar la celebración en 1998 del I Congreso internacional sobre programas de inserción socio-laboral de drogodependientes, se ha dado especial atención a la formación, búsqueda de empleo y seguimiento en el trabajo, se ha incluido un programa de contratación de drogodependientes en la Orden de Fomento del Empleo de la Consejería de Industria, Trabajo y Turismo, se han desarrollado talleres prelaborales dentro de la iniciativa de empleo para la creación de empresas en la que trabajen ex -drogodependientes.

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Regional consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. La sustancia que ocasiona más problemas es el alcohol, seguida por la heroína y por la cocaína. En su opinión, el alcohol tiene un gran impacto sanitario, afecta a un gran número de personas y desencadena otros

¹ 1.115.068 habitantes

problemas; la heroína es una sustancia que genera gran alarma en la opinión pública y, junto a la cocaína, tienen gran impacto sanitario, difícil solución, recursos costosos de tratamiento y desencadena otros problemas de difícil solución.

En primer lugar, atendiendo a los resultados ofrecidos por el Plan Autonómico sobre Drogas (1993-1996), en el año 1987, un 40% de la población mayor de 16 años manifestaba ser fumadora, cifra ligeramente superior a la media nacional, aunque es menor el número de grandes fumadores (más de 20 cigarrillos al día). En cuanto al sexo, existía una mayor proporción de varones fumadores. Respecto a los adolescentes, según Ordaña y Gutiérrez (1991), al menos tres cuartas partes (77,8%) de éstos habían fumado alguna vez y un 49% había consumido tabaco en el último mes, con una mayor proporción de mujeres (54,5%). La edad de inicio era antes de los 10 años para un 6,4% y seis de cada diez ya lo habían hecho con 14 años. Estos mismos resultados se extraen del «Estudio sobre Conductas de Salud en la Población Escolarizada». Aunque las mujeres comienzan a fumar más tarde terminan fumando más que los hombres y con más frecuencia (ver Tabla 1).

Tabla 1

Consumo de tabaco por sexo. Población de 16 y más años. Región de Murcia y España 1987.

CONSUMO TABACO	%		%HOMBRES		%MUJERES	
	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA	ESPAÑA	MURCIA
No fumadores	49,1	49,1	26	24	70,4	71,1
Ex-fumadores	12	10,3	18,5	16,4	6	4,9
Fumadores	38,1	40	54,7	58,6	22,9	23,7
1-9 cig/día	8,5	10,7	8,3	7,9	8,7	13,2
10-19 cig/día	10,8	14,3	14,3	22,5	7,5	7,1
>=20 cig/día	17	12,4	29	22,8	6	3,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

Los resultados del Informe del Observatorio Español sobre Drogas (2001), muestran que desde 1995 no se ha seguido una tendencia constante, pasando de un 37,1% de fumadores diarios a un 35,7% en 1997 y aumentando en 1999 hasta un 36,5%. Este último resultado situaba a Murcia como la tercera región con mayor proporción de fumadores². Según el estudio de María Angeles Freixinós (2001), la mitad de los adolescentes murcianos (12 y 17 años) han probado alcohol y tabaco.

Si nos detenemos en el consumo de alcohol, en la Región de Murcia, según la Encuesta Nacional de Salud de 1987 la mitad de los murcianos mayores de 16 años consumían alcohol al menos una vez a la semana, en mayor número los hombres (64,2%) que las mujeres (39%). El consumo alto y excesivo era de 7,7% en los hombres y 0,4% en las mujeres, resultados muy por debajo de la media nacional (9,7% y 2%) (ver Tabla 2).

El informe del Observatorio Español sobre Drogas revela que Murcia es la región con una mayor prevalencia de bebedores en los últimos treinta días (71,8%), cifras que se elevan por el alto porcentaje de bebedoras que tiene la región (65%), superior al resto de España. No obstante, el

² Observatorio Español sobre Drogas, 2001, Pp. 21.

Tabla 2
Consumo de alcohol en la Región de Murcia

CONSUMO DE ALCOHOL					
	NO BEBEDOR	EXCEPCIONAL	MODERADO	ALTO	EXCESIVO
<i>HOMBRES</i>					
MURCIA	20,5	4,9	64,2	4,1	3,6
ESPAÑA	30,1	10,3	47,8	5,9	3,8
<i>MUJERES</i>					
MURCIA	50,3	10,7	38,5	0,4	
ESPAÑA	41,3	14,8	39,3	1,4	0,6

Fuente: Plan Regional sobre Drogas, 1993-96.

consumo de alcohol es mayor en los varones en todas las edades, aunque la tendencia es hacia la equiparación entre los adolescentes. En ambos casos, el mayor porcentaje de bebedores se encuentra en el grupo de edad de 30 a 34 años, donde 9 de cada diez varones y cerca de 8 de cada diez mujeres bebieron el último mes, tal y como se aprecia en el Gráfico 1. Además, según esta misma fuente, el porcentaje de bebedores abusivos en 1999 fue de un 6,9% en días laborales y un 7,5% en fin de semana, inferior al de otras Comunidades Autónomas.

En cuanto al consumo de alcohol en los adolescentes murcianos, la mitad de éstos murcianos (12 a 17 años) ha probado el alcohol, contacto que se produce en el “botelleo”. Según el estudio de María Angeles Freixinós (2001) este consumo ha aumentado bastante en los últimos años. Para Manuel Espín, no se ha producido tanto un aumento del consumo como un inicio en edades cada vez más tempranas. Las mujeres se incorporan más tarde a este consumo, aunque al aumentar la edad es mayor el número de mujeres que lo ha probado alguna vez.³

En cuanto al consumo de psicofármacos se trata fundamentalmente las benzodiacepinas. Existe mayor porcentaje de uso y abuso en mujeres (18,8% y 2,34% respectivamente) que en varones (10,1% y 0,94%), que aumenta al hacerlo la edad, en población urbana, menor nivel de estudios y mayor índice de desempleo. Los adictos a drogas por vía parenteral son 8 hombres de cada 2 mujeres, entre los 15 y 35 años. En esta Región ocupa el primer lugar en el uso de tranquilizantes (36,8%). El porcentaje de población mayor de 15 años con problemas de dependencia es de 1,71% equivalente a unas 14.000 personas. El 36% de los pacientes que han demandado tratamiento por heroína consumen Benzodiacepinas con un patrón abusivo (SITCAM, 1991), suponen alrededor de mil personas. Cuatro de cada diez usuarios no siguen indicación terapéutica y hasta un 75% de los intentos de suicidio se realiza con psicofármacos.

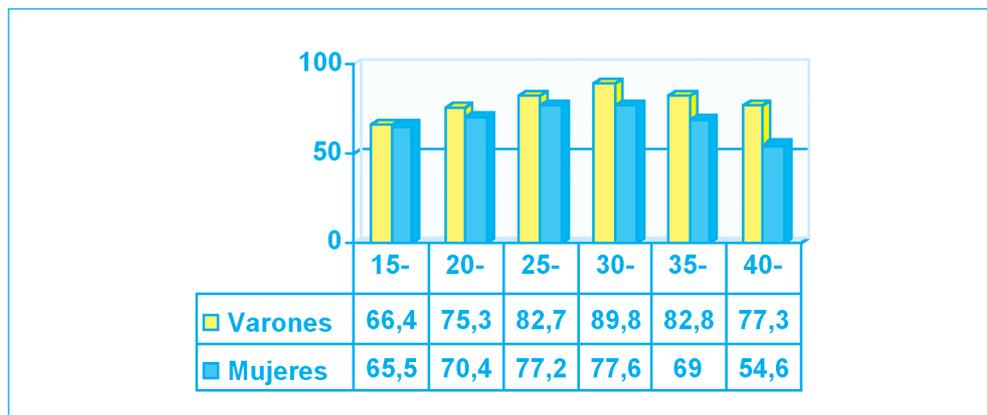
La sustancia más consumida por los jóvenes después del tabaco y el alcohol, era el hachís, tanto en aquellos que dicen haberlo probado alguna vez (18,5%) como en el último año (13,5%) y en el último mes (7%), seguido por los tranquilizantes y los inhalables. Aunque el porcentaje de consumidores de cánnabis es menor en los últimos años, se observa un aumento desde 1995, donde la prevalencia de consumidores en los últimos doce meses era de un 4,6% y se ha elevado a un 7,6% en 1999.⁴

³ Universidad de Murcia

⁴ Observatorio Español sobre Drogas, 2001, Pp.51.

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir del Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, 2001.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

El número de admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas (excepto el tabaco) descendió en España de 1998 a 1999. En Murcia la tasa de admisiones a tratamiento en 1999 no ha sido elevada (104 por cada 100.000 habitantes), ocupando la décima posición entre las Comunidades Autónomas. La admisión a tratamiento por heroína por vía parenteral, al igual que en el territorio nacional, ha descendido notablemente, pasando de un 84,6% de admitidos por primera vez en 1991 a un 22,3% en 1999. En este caso era en 1991 la primera Comunidad con mayor proporción de admitidos a tratamiento por esta sustancia y en 1999 se sitúa en la décima posición. La tasa de los admitidos por primera vez por consumo de cocaína se ha incrementado notablemente siguiendo la tendencia nacional y si en 1991-93 fue de 3,9 por cada 100.000 habitantes, en 1997-1999 pasó a 16,4. Como señala el Informe del SEIT (1998), aunque el número de pacientes admitidos ha sido igual a 1997 ha cambiado el tipo de droga, aumentando los demandantes de tratamiento por cocaína y descendiendo los de heroína. La vía de administración parenteral también ha descendido (33,5%), aumentando los pacientes que están trabajando (38,1%) y descendiendo los que tienen serología positiva de VIH. Los episodios de urgencias son menores desde 1995, aunque han aumentado el número de fallecidos desde 1993. Las demandas por consumo de alcohol permanecen estables y un 77,6% de las mismas se refieren a consumidores de anfetaminas. Del mismo modo ha disminuido la demanda de metadona en la Unidad Móvil los pacientes en programas de Comisarías.

Como señalaba la Memoria del PNSD (1996), aunque España es el país europeo donde la epidemia de SIDA relacionada con el consumo de drogas ha sido más intensa, las diferencias interautonómicas son muy pronunciadas. Si atendemos a los casos de SIDA diagnosticados en Murcia durante 1999, el número de defunciones en enfermos de SIDA UDVP fue de 309 en Murcia, lo que supone un 1,49% del total nacional⁵.

⁵ Fuente: Registro Nacional de SIDA, fecha de actualización 31 de diciembre de 2000

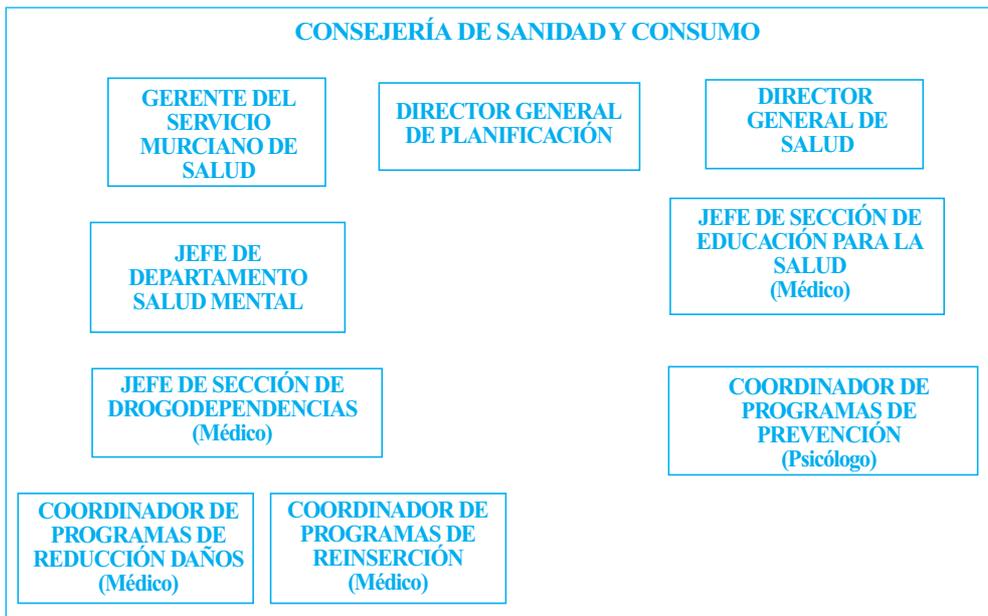
2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Desde que Murcia tiene competencias en materia de drogodependencias, se han elaborado dos Planes sobre Drogas para hacer frente a todos los problemas relacionados con este fenómeno. La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). En este sentido, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y se ha elaborado un informe oficial realizado por profesionales del mismo. El último estudio de necesidades se realizó en 1998 y el siguiente estaba previsto para dentro de dos años. Para elaborar estos estudios se han empleado principalmente fuentes primarias. Partiendo de los objetivos del Plan Autonómico se realiza la programación, siendo los técnicos los encargados de esta planificación. Posteriormente, las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan son editadas en el mismo.

Por otra parte, a través de técnicos del Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Sanidad se realiza la evaluación del Plan, concretamente una evaluación de objetivos y actividades al término del mismo para ver el grado de cumplimiento. No existe una comisión a nivel interno encargada de realizar el seguimiento del mismo. Al plantear a los responsables cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con el INSALUD en el ámbito de coordinación (nula implicación), de financiación (escasa aportación) y en el de recursos (escasa aportación). En materia de competencias, se considera que al Plan Autonómico le faltan para hacer frente al problema de las drogas, sobre todo en temas de Atención Primaria, que corresponden al INSALUD y no las ejercen, y en materia de seguridad ciudadana. Sin embargo, consideran buena la distribución de competencias entre la Administración Autonómica y la Local. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la

Gráfico 2

Organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico



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

Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las consejerías y/o departamentos de Sanidad, Asuntos Sociales y Trabajo. Por otro lado, existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios.

Describiendo en términos generales el organigrama (Consejería de Sanidad y Consumo) (ver Gráfico 2), esta Comunidad cuenta con el Gerente del Servicio Murciano de Salud, el Director General de Planificación y el de Salud. Del Gerente dependen un jefe del Departamento de Salud Mental (psiquiatra) y de éste uno de Sección de Drogodependencias (médico), que tiene a su cargo al coordinador de programas de reducción de daños y al de programas de reinserción (ambos médicos). Por su parte, el Director General de Salud cuenta con un Jefe de Sección de Educación para la Salud (médico) y un Coordinador de Programas de Prevención.

Además del organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan, tienen como órganos consultivos el Consejo Asesor de Drogodependencias y la Comisión Regional de Opiáceos, constituidos en 1998 y 1990, respectivamente. En el caso del Consejo, se reúnen anualmente y está compuesto por Consejerías, Municipios, Colegios profesionales, Universidad, Agentes Sociales y ONGs y la Comisión Regional se reúne semestralmente.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, en esta Comunidad no existe una unidad específicamente dedicada a esta tarea, aunque sí se realizan actividades de difusión/divulgación. En general, la información se difunde a través de un teléfono de información, Memorias, otras publicaciones institucionales, campañas y centros de documentación. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, escolares, profesorado y técnicos municipales. En intervención asistencial, profesionales del ámbito sanitario, usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y miembros de ONGs y en incorporación laboral, la información se dirige fundamentalmente a empresarios. Por último, los programas sobre los que se suministra mayor información son los de prevención en el ámbito escolar y los de incorporación laboral.

3.- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver Tabla 3), la mayor parte son licenciados (45), especialmente médicos (24) y psicólogos (19). En segundo lugar, diplomados (25) y personal con estudios de Bachiller o FP (21). El área de intervención asistencial es la que cuenta con más profesionales (56), seguida del área de incorporación social (31) y, finalmente, la prevención (8).

En opinión de los responsables, el personal que trabaja en las distintas áreas se considera suficiente en intervención asistencial e incorporación social e insuficiente en el área de prevención. Entre las principales deficiencias, señalan la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo. Además, en el área de intervención asistencial algunos profesionales llevan muchos años desarrollando las mismas funciones y están “quemados” y en incorporación social hay dificultad para encontrar profesionales con formación y actitudes adecuadas.

En el ámbito de formación, existen unidades específicamente encargadas de esta tarea, concretamente, la de Educación para la Salud, en el ámbito de prevención y la de Formación de los Equipos de Salud Mental y Drogas, en intervención asistencial. Entre las actividades de formación puestas en práctica, se encuentran las jornadas regionales de prevención de drogodependencias, los encuentros de técnicos municipales, un curso de formación de mediadores en prevención de drogodependencias y un programa de formación para la prevención de los problemas asociados al consumo de drogas. Los principales destinatarios son técnicos municipales, mediadores, docentes, médicos, psicólogos, etc. (ver Tabla 4).

Tabla 3
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	I. ASISTENCIAL	I. SOCIAL	TOTAL
1.Licenciados	4	33	8	45
Psicólogos	2	13	4	19
Médicos	2	20	2	24
Economistas			2	2
2.Diplomados	3	13	9	25
Graduado Social		3	2	5
Enfermería	3	10		13
Profesores EGB			4	4
Ingeniería Técnica Agrícola			2	2
C. Empresariales			1	1
3.Bachiller/FP	1	10	10	21
4. Graduado Escolar			4	4
Total	8	56	31	95

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

Tabla 4
Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
Cursos			1	19 técnicos municipales y mediadores de asociaciones	1	20 mediadores asociaciones y técnicos municipales
Jornadas/Encuentros	1	41 técnicos municipales de prevención	2	37 técnicos municipales y 164 docentes, técnicos sociosanitarios y centros Salud	1	54 técnicos municipales
Congreso	1	115 profesionales drogodependencias				
Programa formación formadores prevención problemas asociados consumo drogas			2	36 técnicos, médicos, psicólogos, enfermos		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

4. RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 5), los recursos económicos han crecido notablemente. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención hasta 1998 y, a partir de esta fecha, por la incorporación social. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en el 2000, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial (algo más de 270 millones de ptas más), seguido por el área de incorporación social (en torno a los 74 millones) y prevención (cerca de 37 millones de ptas). Por último, resaltar el descenso del presupuesto con el paso de los años en el área de formación, documentación e investigación y un ligero incremento en la coordinación institucional.

Tabla 5
Presupuesto por áreas de actuación (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención</i>	56.500.000	68.200.000	68.200.000	93.068.000	93.162.421
<i>Intervención Asistencial</i>	241.000.000	419.800.000	438.500.000	499.930.000	511.250.000
<i>Incorporación Social</i>	40.500.000	52.900.000	61.000.000	108.900.000	114.100.000
<i>Formación, Documentación e Investigación</i>	14.000.000	17.500.000	18.200.000	18.570.000	18.700.000
<i>Coordinación Institucional</i>	20.000.000	22.600.000	17.900.000	18.100.000	18.500.000
<i>Total</i>	372.000.000	581.000.000	603.800.000	738.568.000	755.712.421

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.*

Respecto al presupuesto que gestiona la Oficina de Coordinación del Plan, según los responsables, ascendió en 1998 a un total de 598 millones de ptas, en 1999 a 697 millones y un año más tarde a 732 millones. En lo relativo al presupuesto del año 2000, el Gobierno Central aportó un total de 142 millones de ptas, de los que 117 procedían del Ministerio del Interior (PNSD) y 25 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (vía 0,5 del IRPF). La Comunidad Autónoma ha destinado un total de 675 millones y la Unión Europea 50 (ver Tabla 6).

Tabla 6
Presupuesto del Plan Regional sobre Drogodependencia (en pesetas) (2000)

<i>Procedencia del Presupuesto</i>				
<i>Aportación del Gobierno Central</i>			<i>Aportación de la Comunidad</i>	<i>Aportación de la Unión Europea</i>
<i>M. del Interior (PNSD)</i>	<i>M. de Trabajo y Asuntos Sociales</i>	<i>Total</i>		
117.000.000	25.000.000	142.000.000	675.000.000	50.000.000

Por último, respecto a los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, señalan la financiación de Planes Municipales de Prevención de Drogodependencias y la subvención de actuaciones de inserción laboral.

5.- PREVENCIÓN

El esfuerzo por la creación de nuevos programas en este área de actuación es creciente, destacando actividades como la formación de padres, del profesorado, de técnicos y mediadores en prevención, la intervención con adolescentes y jóvenes, etc. En 1997, la prevención pasó a formar parte de la Dirección General de Salud, de la Consejería de Sanidad y Política Social, dentro de la Sección de Educación para la Salud⁶. A partir de 1998, se dio un gran impulso a las actuaciones en materia de educación para la salud en los centros educativos, al trabajo comunitario -como base de la prevención- con la participación de un gran número de municipios y destacó la celebración de las Jornadas regionales de prevención de drogodependencias, Primer encuentro de técnicos municipales, que continuarían en años posteriores. En 1999 se trabajó con un total de 43 municipios a través de 7 Planes Municipales o Mancomunales (5 Ayuntamientos y 2 Mancomunidades) y 23 programas en 31 Ayuntamientos, además, en el ámbito laboral, se desarrolló un convenio de colaboración con el sindicato CCOO de cara a la formación de mediadores laborales y al mantenimiento del programa de prevención y atención al tabaquismo. Por otro lado, se celebraron las Jornadas regionales de prevención de drogodependencias: Segundo encuentro de técnicos municipales, las III Jornadas de intercambio de experiencias de educación para la salud en la escuela y el Curso de formación de mediadores en prevención de drogodependencias. Finalmente, en el año 2000, respecto al año anterior, aumentaron en uno los municipios financiados (44) y los programas (24) desarrollados en Ayuntamientos (32), se continuó trabajando en el ámbito comunitario, en el laboral (2 convenios de colaboración con CCOO y UGT) y en la formación de técnicos municipales y mediadores sociales (cuarto encuentro de técnicos municipales y el Curso de Formación de Mediadores)⁷.

5.1.- Ámbito escolar

Los programas y actividades desarrolladas en el ámbito escolar en el periodo 1996-2000, se dirigen principalmente a tres sectores: profesorado, escolares y padres. En lo que al primer grupo respecta, son numerosas las actividades de formación puestas en práctica (asesoramiento, seminarios, cursos, etc.) a lo largo de los años, así como creciente el número de profesores a los que van dirigidas (de 170 en 1996 a 800 en el 2000). La intervención con escolares se realiza por medio de programas como En la huerta con mis amigos, El cine y la educación en valores, Bebe salud, etc., trabajándose con alumnos tanto de Educación Primaria como de Secundaria y Adultos, los cuales son cada año más numerosos. Por último, los programas de formación de padres, por medio de un convenio con la Federación Regional de APAS, promueven actividades como cursos, jornadas, talleres, mesas redondas, etc., utilizándose para ello la Guía para padres de prevención y siendo muy numerosas las familias implicadas (de 1.100 padres en 1996 a 3.142 en el 2000) (ver Tabla 7).

6 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1997, pp.207.

7 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

Tabla 7

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigidos al profesorado - Intervención con escolares: En la huerta con mis amigos, formación en valores - Formación padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 seminarios de formación - Proyecciones, 138 talleres prevención abuso alcohol y tabaco para adolescentes y actividades docentes - 60 cursos de formación 	<ul style="list-style-type: none"> - Películas - Guía para padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 170 profesores - Escolares, 3.833 jóvenes - 1.100 padres
1997	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigidos al profesorado - Intervención con escolares: En la huerta con mis amigos, educación para la salud, en valores - Formación padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 9 actividades formación (4 asesoramiento y seguimiento, 4 seminarios y 1 curso) - Proyecciones, literatura, talleres prevención abuso alcohol y tabaco para adolescentes - 165 actividades (formación, habilidades, cursos y jornadas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Películas - Guía para padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 268 profesores - 8.077 alumnos 1º, 2º y Adultos - 2.023 padres
1998 (64)	<ul style="list-style-type: none"> - 15 dirigidos al profesorado - Intervención con escolares: 9 en Primaria, 16 en Secundaria y 2 Adultos - Formación padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 cursos/seminarios formación, 2 asesoramiento y seguimiento - Proyecciones, literatura, concursos, talleres prevención abuso alcohol y tabaco para adolescentes - 119 actividades (formación, habilidades, cursos y jornadas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Guías didácticas, dossiers, etc. - Películas, carteles, folletos, etc. - Guía para padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 487 profesores - 4.368 alumnos 1º, 15.982 de 2º y 300 Adultos - 1.593 padres
1999	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigidos al profesorado - Intervención con escolares: 7 en Primaria, 11 en Secundaria y 7 Adultos - Formación padres 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de materiales y seminarios de formación - Proyecciones, literatura, concursos, talleres prevención abuso alcohol y tabaco para adolescentes - 131 actividades (escuelas padres, cursos, jornadas, talleres, mesas redondas, charlas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Revistas, libros, etc. - Películas, carteles, folletos, etc. - Guía para padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 336 profesores y 23.597 alumnos - 7.644 alumnos 1º, 15.408 de 2º y 473 Adultos - 1.509 padres
2000	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigidos al profesorado - Intervención con escolares: en Primaria, Secundaria y Adultos - Formación padres 	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos, seminarios, sesiones presentación materiales - Proyecciones, literatura, concursos, talleres prevención abuso alcohol y tabaco para adolescentes - 121 actividades (escuelas padres, cursos, jornadas, talleres, mesas redondas, charlas) 	<ul style="list-style-type: none"> - Revistas, libros, etc. - Películas, carteles, folletos, etc. - Guía para padres 	<ul style="list-style-type: none"> - 800 profesores - 14.098 alumnos 1º, 16.824 de 2º y 585 Adultos - 3.142 padres

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.2.- Ámbito familiar

Como se ha señalado anteriormente, al tratar el problema de las drogodependencias, es fundamental la formación de padres. Dicha labor se contempla principalmente en el ámbito escolar, a través de cursos específicos por medio de un convenio con la Federación Regional de APAS. Para ello, se cuenta con material específico de apoyo (Guía de prevención para padres) y con un equipo de formadores. Este programa está conectado con los Programas y Planes Municipales, por lo que también hay que destacar la fuerte implicación (a nivel comunitario) municipal en el apoyo, organización y, a veces, financiación, desarrollando una importante labor en el acercamiento del programa a las diferentes zonas y a la sensibilización de los padres⁸.

5.3.- Ámbito comunitario

Este ámbito de actuación es la base de la prevención en esta Comunidad, donde el programa de Prevención Regional está dirigido, desde 1993, a la creación y desarrollo de Planes Municipales y Mancomunales, como se contempla en la ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre "Drogas para la prevención, asistencia e integración social", siendo el primero de los criterios de actuación preferente (art. 4)⁹. En este sentido, en 1996 se trabajó con 38 municipios de la Región distribuidos en 7 Planes Municipales y Mancomunales con 9 Ayuntamientos, pasando a un total de 44 municipios en el año 2000 (7 Planes Municipales o Mancomunales en 5 Ayuntamientos y 2 Mancomunidades).

Los programas puestos en marcha contemplan 6 áreas de actuación, concretamente las actividades de sensibilización social, programas de intervención en barrios de actuación preferente, con niños y adolescentes, de promoción de la salud, de formación de padres y de mediadores sociales. A partir de 1998, se dejó de contemplar el área de los programas de promoción de la salud y apareció la del control de la oferta. El número de programas desarrollados en Ayuntamientos son cada vez más numerosos, pasando de 14 programas en 29 Ayuntamientos en 1996 a un total de 24 en 32 Ayuntamientos en el último año analizado (ver Tabla 8).

8 Plan Nacional sobre Drogas, memoria 1996 y 1997.

9 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1997, pp.208.

Tabla 8
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	14 programas estructurados con 29 Ayuntamientos	Sensibilización social (charlas, concursos, campeonatos, debates, etc.), intervención en barrios actuación preferente, con niños y adolescentes (de ocio y tiempo libre), con padres, de promoción salud y formación voluntariado	Carteles, folletos, vídeos, etc.	Niños, jóvenes, mediadores, padres, mujeres, voluntariado (360), población general y de riesgo (28 barrios)
1997	12 programas en 28 Ayuntamientos	Sensibilización social (charlas, concursos, campeonatos, debates, etc.), intervención en barrios actuación preferente, con niños, adolescentes y jóvenes (de ocio y tiempo libre), con padres, de promoción salud y formación mediadores	Carteles, folletos, vídeos, etc.	Niños, jóvenes, mediadores (479), padres, mujeres, población general y de riesgo (30 barrios)
1998 (34)	23 programas en 31 Ayuntamientos	22 de sensibilización social (charlas, concursos, campeonatos, debates, etc.), 39 intervención en barrios actuación preferente, 134 con niños, adolescentes y jóvenes (de ocio y tiempo libre), con padres, de control de la oferta y formación mediadores	Carteles, folletos, vídeos, etc.	Niños, jóvenes, mediadores (658), padres, mujeres, policía local, comerciantes, población general y de riesgo (39 barrios)
1999	23 programas en 31 Ayuntamientos	De sensibilización social (charlas, concursos, campeonatos, debates, etc.), 33 intervención en barrios actuación preferente, 145 con niños, adolescentes y jóvenes (de ocio y tiempo libre), con padres, 5 de control de la oferta y formación mediadores	Carteles, folletos, vídeos, etc.	Niños, jóvenes, mediadores (1.340), padres, mujeres, policía local, comerciantes, población general y de riesgo (33 barrios)
2000	24 programas en 32 Ayuntamientos	De sensibilización social (charlas, concursos, campeonatos, debates, etc.), 38 intervención en barrios actuación preferente, 222 con niños, adolescentes y jóvenes (de ocio y tiempo libre), de control de la oferta, 30 formación mediadores y otras actividades formativas (mujeres, adultos, etc.)	Carteles, folletos, vídeos, etc.	Niños, jóvenes, mediadores (597), padres, mujeres, policía local, comerciantes, población general y de riesgo (38 barrios)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4.- Ámbito de la comunicación

Si atendemos a las actividades puestas en prácticas en este ámbito (1996-2000), destaca en el primer año analizado la puesta en marcha de una campaña de prevención de abuso de alcohol destinada a jóvenes de entre 14 y 18 años. Posteriormente, se diversifica la oferta aumentando el número de campañas (I Semana Salud y Deporte, Cuando bebas alcohol ¡controla!, ALTANO, etc.) y de destinatarios (población general, mujeres, jóvenes, población fumadora, etc.) con actividades de prevención, información y sensibilización, principalmente, a través de carteles, trípticos, folletos, etc.(ver Tabla 9).

Tabla 9
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

Campañas Institucionales	Nº	Actividades	Recursos	Destinatarios
1996	1 de prevención de abuso de alcohol	Actividades formativas diversas, programas TV, radio y anuncios	Carteles, dípticos, etc.	Jóvenes de 14 a 18 años
1998	8	Actividades de prevención y sensibilización.	Carteles, pegatinas, prensa, premios, etc.	Jóvenes y población general
1999	5	Actividades de prevención y sensibilización.	Carteles, pegatinas, prensa, premios, etc.	Jóvenes, mujeres, fumadores y población general
2000	12	Actividades de prevención, información y sensibilización, fomento de alternativas saludables.	Carteles, pegatinas, prensa, premios, etc.	Jóvenes, mujeres, fumadores y población general

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5.- Ámbito laboral

En el ámbito laboral en 1996 se dio una primera experiencia, dentro del Plan Municipal de Cartagena, fomentando en 7 empresas el estudio del desarrollo de programas preventivos en ellas con la ayuda de técnicos municipales y médicos de empresa, para lo que se elaboró una encuesta sobre el consumo de alcohol que comenzó a pasarse a comienzos de 1997. Este mismo año se caracterizó por la celebración de reuniones con los gabinetes médicos de estas empresas para la elaboración de un protocolo de detección del consumo de drogas en los trabajadores. Además, se realizaron dos campañas de sensibilización, una en empresas sobre el consumo de alcohol y riesgos laborales, en colaboración con representantes de los sindicatos, y otra de prevención de abuso de alcohol en jóvenes, en colaboración con la Asociación de hosteleros de Cartagena (HOSTECAR). En 1998, se realizó una campaña de prevención del tabaquismo dirigida a jóvenes que realizan el Servicio Militar y se intervino en el medio socio-laboral, destinándose las actuaciones a trabajadores de Ayuntamientos y empresas¹⁰.

En años posteriores son cada vez más numerosos los programas y destinatarios a los que se dirigen estas actuaciones, concretamente cursos de prevención de drogodependencias, progra-

¹⁰ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-1998.

ma de intervención sobre el hábito tabáquico, colaboración con sindicatos y cursos para mediadores sindicales, actividades de coordinación con la colaboración de la Armada de la Zona Marítima del mediterráneo, actividades de formación, etc. (ver Tabla 10).

Tabla 10

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000)

<i>A. Laboral</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	<i>Elaboración encuesta consumo alcohol</i>		
1997	<i>Reuniones, campañas sensibilización</i>	<i>Folletos, expositores y carteles</i>	<i>Trabajadores, jóvenes, menores</i>
1998 (3)	<i>Campaña prevención tabaco, intervención medio socio-laboral</i>	<i>Folletos y carteles</i>	<i>Jóvenes Servicio Militar y trabajadores</i>
1999 (5)	<i>Cursos, jornadas, intervención sobre hábito tabáquico en medio laboral</i>	<i>Guías, libros</i>	<i>Tropa profesional, Mandos Intermedios y Superiores, trabajadores, empresas, mediadores/representantes sindicales</i>
2000	<i>Actividades de coordinación, de formación, jornada, cursos y charlas coloquios</i>	<i>Materiales preventivos</i>	<i>Mediadores laborales, delegados y representantes sindicales, alumnos Escuelas Taller y Educación adultos</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.6.- Ámbito municipal

El trabajo desempeñado por las Mancomunidades y Municipios es muy importante en esta Región, concretamente, en 1998, se logró la participación de un 97% de éstos en la prevención de las drogodependencias. Su participación es creciente en el trabajo comunitario, fomentándose, además, su participación y formación a través de la celebración de las Jornadas regionales de prevención de drogodependencias, Encuentro de técnicos municipales, a lo largo de los años. En 1999, como se ha señalado en anteriores apartados, se trabajó con 43 municipios a través de 7 Planes Municipales o Mancomunales (5 Ayuntamientos y 2 Mancomunidades) y se desarrollaron 23 programas en 31 Ayuntamientos. En el 2000, aumentaron en uno los municipios financiados y los programas desarrollados en Ayuntamientos¹¹.

5.7. Otros ámbitos

En este apartado, se trata de mencionar otras actividades puestas en marcha en el área de prevención de las drogodependencias. En esta Región, en 1997, se elaboró y distribuyó un gran número

¹¹ Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

ro de materiales informativo-educativos (guía de salud para jóvenes y de prevención para padres y folletos de bebidas alcohólicas y de drogas de síntesis) destinados a adolescentes, jóvenes y padres (centros de Educación Secundaria, de profesores y recursos, asociaciones juveniles, de padres, etc.), con la colaboración de municipios y ONGs. También es importante un estudio realizado en materia de conductas relacionadas con la salud en población escolarizada, que comenzó en 1989 y es realizado cada 4 años. En 1998 se realizó un seminario de formación en prevención y atención a problemas de drogodependencias en profesionales de la salud y 2 programas de reducción de riesgos, que continuaron en años posteriores, uno destinado a prostitutas usuarias de drogas inyectables (prevención VIH) y otro de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas por vía parenteral. Además, en 1999, se ofreció un programa de formación para mujeres en piso de acogida¹².

6.- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas marca la prevención, asistencia e integración social y dedica su capítulo II a la asistencia en materia de drogodependencias. La asistencia es definida como aquellos procesos de atención que se inician con la toma de contacto del paciente con los servicios sanitarios o sociales y finalizan con el alta del mismo. Comprende los procesos de acogida, diagnóstico, desintoxicación y deshabituación. Se plantea como objetivos fundamentales garantizar la atención a todas las personas residentes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, con problemas de abuso o dependencia de drogas legales o ilegales; procurar la toma de contacto con los servicios asistenciales del mayor número posible de personas con abuso o dependencia de drogas; reducir la morbi-mortalidad asociada al consumo de drogas; mejorar los niveles de salud física y psíquica de los usuarios de los servicios y, finalmente, colaborar, siempre que se pueda en la resolución de otros problemas de interés general no estrictamente sanitarios (marginación social, la seguridad ciudadana, la agilización del funcionamiento de la justicia, la reinserción de la población penitenciaria, la reducción de la siniestralidad laboral o del tráfico, etc.).

Para conseguir estos objetivos se han establecido como criterios de actuación, la prestación de servicios asistenciales a las personas con abuso y dependencia de drogas de manera accesible, ágil, continua y eficaz, procurando tener una metodología común en todos los centros autorizados de la red pública, confiriendo prioridad al régimen ambulatorio, con un tratamiento confidencial, gratuito y voluntario, implicando a la familia en todo este proceso, impulsando programas en el medio laboral para estimular la demanda de asistencia y, además, potenciando la participación de las organizaciones no gubernamentales y asociaciones de autoayuda en este proceso¹³.

Estos criterios se concretan en un conjunto de medidas específicas llevadas a cabo por la Administración Regional y por el ámbito Judicial y Penitenciario. En el primer caso, actuarán a través de Consejería de Sanidad y Política Social y del Servicio Murciano de Salud promoviendo la creación y mantenimiento de los servicios asistenciales especializados en el tratamiento de las drogodependencias distribuyéndose territorialmente de forma equitativa; además se establece un régimen de autorización previa, inscripción, medidas de inspección, control e información estadística y sanitaria de los centros de asistencia para el diagnóstico, desintoxicación y deshabituación; también ejecutarán medidas de preparación, control de calidad, administración y custodia de los pacientes en tratamiento de desintoxicación o mantenimiento de pacientes drogodependientes; establecerán programas que fomenten la demanda asistencial; desarrollarán programas de reducción de daños; se evitará la existencia de demandas de asistencia no satisfechas y los servicios de atención dispondrán de hojas de información sobre los derechos y deberes de los pacientes y hojas de reclamaciones y sugerencias. Por último, también se promoverá y propor-

12 Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2000.

13 Art.23 de la citada Ley.

cionará soporte para la realización de programas de educación sanitaria y atención a reclusos drogodependientes en colaboración con el sistema penitenciario y la Administración de Justicia¹⁴.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un incremento de los Centros Ambulatorios de Asistencia, de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y de los programas de prescripción y dispensación de opiáceos y se mantienen constantes las Comunidades Terapéuticas. El número de usuarios atendidos en este periodo ha aumentado en las Comunidades Terapéuticas y en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, mientras que en los Centros Ambulatorios y en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación ha ocurrido lo contrario. (Ver Tabla 11).

Tabla 11

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia [†]	8		2.180	10		2.404	9		2.411	11		598	12		1.155
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	2	5	183	2	8	176	2	8	209	3		203	3		105
Comunidades Terapéuticas	2 priv. Fin.	30	66	2 priv. Fin.	30	69**	2 priv. Fin.	29	117	2 priv. Fin.	29	78	2 priv. Fin.	29	99
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	2 disp 8 presc y disp	112	1.879	4 disp 8 presc y disp		155 1.955 ***	4 disp 9 presc y disp		235 1.879 ***	5 disp 12 presc y disp		2.592	3 disp 12 presc y disp		2.883

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

* Se incluye un centro de día.** Se subvencionan parcialmente estancias en CT de otras CCAA

*** Se ha atendido temporalmente a pacientes de otras CCAA

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, junto con los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, lo más destacado ha sido la continuidad de los programas de intercambio de jeringuillas mediante unidad móvil y el centro de emergencia social y el programa de prevención de SIDA en prostitutas que cada vez llega a un mayor número de usuarias. (Ver Tabla 12).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, se ha producido un incremento de los centros ambulatorios, la desaparición del centro residencial y el mantenimiento de las Unidades

Tabla 12

Evolución de los programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Reducción del Daño	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
P. prevención SIDA en UDVP unidad móvil	1	19.000 jer 10.000 pres	575	1	27.000 jer 19.000 pres	617	1	41.000 jer 20.000 pres	629						
P. Prevención SIDA prostitutas UDVP	1	343 entr 3.000 pres. 1.600 jer.	31	1	443 entr 9.000 pres. 2.600 jer.	64	1	812 entr 15.000 pres.	142	1	836 entrevistas Entrega preservativos	138	1	2.850 pres. Taller sexo seguro Taller HHSS Curso VIH/SIDA	206
P. Prevención SIDA derivado consumo drogas	1	6.300 jer. 10.000 pres.	381												
Programa Intercambio jeringuillas Unidad móvil Emergencia social										1 1	jeringuillas 25.550 43.954	315 977	1 1	jeringuillas 38.145 10.185	921 230

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Hospitalarias. El número de usuarios atendidos ha descendido especialmente en las Unidades Hospitalarias. (ver Tabla 13).

Tabla 13

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	7	736	8	805	9	954	9	737	10	872
Unidades Hospitalarias	3	162	3	146	3	161	3	116	3	46
Centros residenciales (no hospitalarios)	1	12	1	21	1	22				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. El número de Programas realizados ha aumentado en todos los ámbitos, creándose programas de formación; los usuarios han descendido en Comisarías y Juzgados aunque han aumentado en el resto de programas existentes (ver Tabla 14).

Tabla 14

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000.

Poblaciones Problemas Jurídico- Penales	1996			1997			1998			1999		2000		
	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Usu	Prog.	Actv	Usu
En Comisarías y Juzgados	2	A. Méd (646) I. psico (567)	902	2	A. Méd(449) I. psico(468)	559	2	A. Méd (410) I. Psico (200)	552	6	124	4		460 38
En Instituciones Penitenciarias	2 amb 2 met		433 237	2 amb 2 met		507 240	2 amb 2 met		460 247	2 prev 2 TMM 2	778	2	2 prev TMM	653 54 533
Programas Alternativas Privación de Libertad	2		26	2		6	2		19	CT 2 C. amb 2	53	CT 2 C. amb		12 46
Formación										13		54		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, el área de intervención asistencial ha contado con grupos terapéuticos, asesoría jurídica y un programa para ayudar a realizar estancias en otras Comunidades Autónomas. Estos programas han existido hasta 1998 dejando de aparecer en las Memorias del Plan a partir de ese año (ver Tabla 15).

Tabla 15

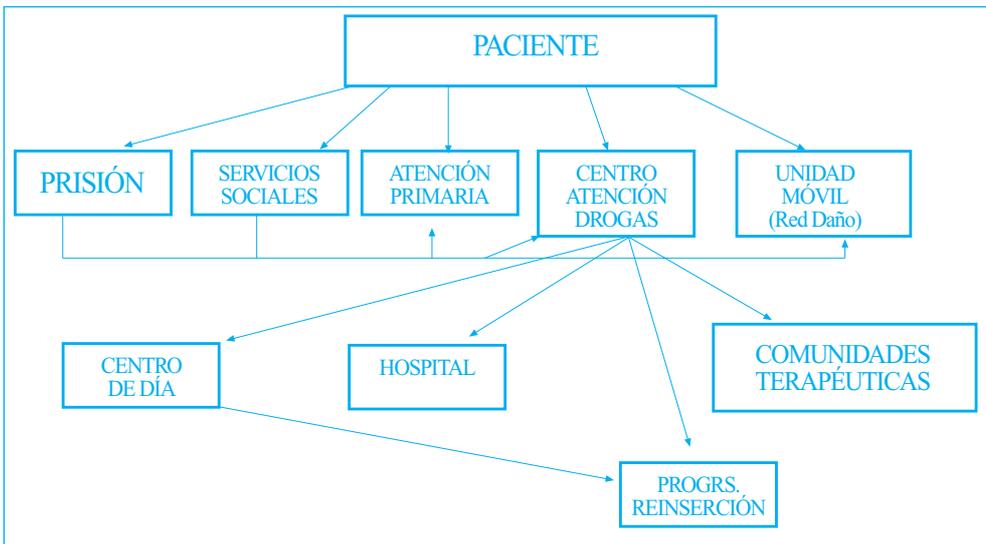
Evolución de Otros programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial

Otros Programas	1996		1997		1998	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Grupos terapéuticos para familiares pacientes	3	206	2	183	2	154
Asesoría jurídica para pacientes y familiares	2	253	2	272	2	248
Programa ayuda a estancias en CT en otras Comunidades Autónomas	2	49	2	41	2	29

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea y constituidas por personal de la sección de drogodependencias del Servicio Murciano de Salud, de los Centros Asistenciales y de la Administración Pública. En cuanto al organigrama de la red asistencial, el paciente con problemas de drogodependencias podrá ser atendido desde los servicios sociales, la prisión, en el centro de atención primaria, en el centro de atención de drogas o en la Unidad Móvil si se trata de un programa de reducción de daños. Desde la prisión y servicios sociales podrá ser derivado a los centros de atención primaria, a los centros de atención de drogas o a la unidad móvil. Desde los centros de atención de drogas se tratará al paciente y según la situación del mismo se le derivará al hospital, a las Comunidades Terapéuticas o al centro de Día. Desde este último y desde el Centro de Atención de Drogas, el paciente podrá entrar en un programa de inserción social, lo que muestra la continuidad de la red asistencial con la de reinserción social (ver Gráfico 3). Los centros de atención de drogodependencias y la Unidad Móvil pertenecen al Gobierno Autonómico y las Comunidades Terapéuticas, los Centros de Día y los Programas de Inserción están subvencionados por el Gobierno Autonómico mediante convenio. La iniciativa privada participa en las Comunidades Terapéuticas, los centros de día y los programas de reinserción, que pertenecen a ONGs; en los programas de inserción también participan Ayuntamientos y empresas privadas.

Gráfico 3
Organigrama de la Red Asistencial



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

Respecto a la evaluación de los programas y actividades en esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño y de implementación, a partir del Sistema de Registro Acumulativo de Casos y de recogida de toda la actividad de los centros mediante soporte informático y posterior análisis por parte de los profesionales del propio Plan Autonómico. Del resultado de las últimas evaluaciones realizadas, los responsables consideran muy adecuados los programas de reducción del daño y aquellos destinados a poblaciones con problemas jurídico-penales. Los programas de asistencia a problemas de alcoholismo y otros programas asistenciales se consideran poco adecuados.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. En lo que a los recursos materiales se refiere, se consideran muy adecuados los centros ambulatorios de asistencia, las Comunidades Terapéuticas Públicas y Privadas y los Centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, mientras que las Unidades hospitalarias, los Centros Residenciales no hospitalarios y las Unidades de Desintoxicación Rápida se consideran nada adecuadas.

Por otra parte, en opinión de los responsables, las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial han sido la falta de colaboración del INSALUD para la incorporación de recursos asistenciales en los centros de atención primaria. En un futuro, se prevé en los centros asistenciales la atención al tabaquismo y a las ludopatías; en los centros hospitalarios el tratamiento de la cocaína y, por último, en las Comunidades Terapéuticas la realización de las desintoxicaciones. Las previsiones de futuro de la red pasarían por la creación de un centro de encuentro y acogida y de un centro residencial para alcohólicos. Aún no se han desarrollado programas residenciales y guarderías aunque se considera necesario intervenir en esta población. Finalmente, según los objetivos que el Plan marca en el área de asistencia sanitaria, el grado de consecución de los mismos, en opinión de los responsables, ha sido aceptable.

7.- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley 6/1997 de 22 de octubre entiende por integración social, el proceso de incorporación a la comunidad de personas provenientes de la red asistencial de atención a drogodependientes que se encuentren en proceso de rehabilitación. Para ello cuenta con un conjunto de objetivos generales que incluyen facilitar el acceso a los recursos normalizados por parte de los drogodependientes, propiciando el desarrollo de programas específicos de integración, movilizándolo a la sociedad para la intervención comunitaria y favoreciendo el cambio de actitudes en la población general.

Para conseguir estos objetivos se marcan unos criterios de actuación entre los que se encuentran la creación de una red de recursos sociales en materia de integración social de drogodependientes, formada, por recursos de las administraciones públicas, de las entidades privadas, los propios afectados y sus familias, y por toda la sociedad y desarrollada en niveles de integración social inespecífica y específica. Esta red normalizada se formará en base a los principios de universalidad, accesibilidad, descentralización y gratuidad y los programas específicos de integración estarán regidos por los principios de individualización, igualdad de oportunidades y continuidad. Además de los recursos puestos en marcha por la Administración, ésta se encargará de fomentar el voluntariado social y otras formas de apoyo y ayuda al drogodependiente que actúen coordinadamente con la red general de servicios sociales.¹⁵

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa que desde 1999 han aumentado el número de recursos disponibles para la reinserción, aunque no aparece el número de usuarios (ver Tabla 16).

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción. Los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Lo más destacado ha sido la especialización en programas financiados por el Fondo Social Europeo, casas de oficios, reserva de plazas en empresas y programas de otro tipo. En números absolutos ha descendido la oferta de programas de incorporación social y el número de usuarios que recibe este tipo de formación (ver Tabla 17).

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación. La oferta de cursos reglados se ha incrementado de forma notable en los últimos años (1996-2000). Los cursos regla-

¹⁵ Título III de la citada Ley.

Tabla 16
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.
Centro de inserción socio-laboral	2	102	2	117				
C. Terapéuticos Actvs. y/o Programas de reinserción					2		2	
C. de actividades y/o programas de reinserción (sin ttº)					2		2	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

Tabla 17
Evolución de los Programas de incorporación laboral (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.	Nº	Actvs	Usu.
Programas de Incorporación Laboral															
Preformación Laboral	3	75		1	147		1	44							
Formación Laboral	12	102		2	140		2	184							
Integración Laboral															
- Talleres Artesanos					178	178									
- Programas especiales empleo															
* Casas de oficios				3	185	185				1	24				
* Fondo Social Europeo	3	58	6							2	201				
- Reserva de plazas en emp	3	185	185				3	324	324						
- Promoción de auto-empleo										2	86				
- Otros										1	4				
Otros programas de incorporación laboral	1	26	33	1	46	46	1	43	43	2	70				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

dos han aumentado en 1999 y en ese mismo año aparecieron actividades de información, formación y búsqueda de empleo y de formación laboral en las que han participado un creciente número de usuarios (ver tabla 18).

Por último, para lograr la incorporación social hasta 1998 se ofrecía la posibilidad de apoyo residencial a través de familias de acogida aunque esta fórmula ha desaparecido en años posteriores (ver Tabla 19).

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido en Murcia para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de la oficina de coordinación y de la comisión técnica encargada de realizar esta tarea. Esta área cuenta en la actualidad con el Gobierno Central, que funcionan muy bien; con entidades privadas que funcionan bien y con Ayuntamientos que cabría mejorar.

Tabla 18*Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)*

<i>Incorporación Social</i>	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
<i>Cursos Reglados</i>	1	12					3	29	4	40
<i>Cursos Puente</i>	2	78	2	112	5	89				
<i>Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo</i>							3	762	3	2.062
<i>Formación Laboral Cursos Plan FIP Otros Prog. o Cursos de Capacitación Profesional</i>							5	223	6	174
<i>Otras acciones formativas</i>							7	170	3	65

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 19*Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)*

<i>Incorporación Social</i>	1996			1997			1998		
<i>Programas de Apoyo Residencial</i>	Nº	Usu	Pl.	Nº	Usu	Pl.	Nº	Usu	Pl.
<i>Familias de acogida</i>	2	3	3	2	3	3	2	3	3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de las distintas actividades y programas han sido la insuficiente colaboración real de otras entidades públicas regionales y locales. Los programas gestionados por la Oficina son las Ayudas Económicas a la Contratación. Gestionado por el Gobierno Central se encuentra el Programa de Preformación Laboral para Drogodependientes con especiales dificultades de integración. Con otros organismos de la Administración Autónoma se encuentra el Programa de Formación Prelaboral con la Consejería de Trabajo. Con la Administración Local se encuentran los programas de integración laboral con los Ayuntamientos de Lorca y Murcia. Por último, con entidades privadas destaca el programa de formación prelaboral y creación de empresas, realizado con la Fundación Diagrama y el llevado a cabo con la Asociación Colectivo La Huertecilla. El funcionamiento de estos programas se considera muy bueno, salvo el programa Preformación Laboral para Drogodependientes con especiales dificultades de integración y el de integración en el ayuntamiento de Lorca, que son considerados buenos, y el programa de integración en el Ayuntamiento de Murcia que cabría mejorar. En función de las necesidades estimadas, los responsables aumentarían los programas de apoyo residencial, manteniendo el resto. Se considera muy bueno el funcionamiento de los programas de formación e integración laboral y cabría mejorar los de apoyo residencial.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, aumentarían las escuelas taller; las casas de oficios, los talleres de empleo y la integración en los programas de empleo municipales e incorporarían nuevos recursos inexistentes como los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas y de tratamiento con sustitutivos, los pisos de reinserción social y las residencias. Mantendrían el resto de recursos existentes.

Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran que funcionan muy bien las actividades de información, orientación y búsqueda de empleo, la reserva de plazas en empresas, la promoción de empresas de inserción y la integración en programas de empleo municipales. Así mismo, el funcionamiento de las actividades ocupacionales, las escuelas taller, las casas de oficios y los talleres de empleo es bueno. Por último, los Cursos de Formación profesional, homologados por el INEM tienen un funcionamiento regular en opinión de los responsables.

8.- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, alguna ONG o acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Integral, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, jóvenes y población de alto riesgo; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas y evaluación de resultados de los programas de reinserción.

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente y la calidad de los resultados buena. No se encuentra ninguna dificultad especial para desarrollar los estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias. Habría que promover estudios sobre los nuevos tipos de consumo (drogas de diseño, cocaína...), sus repercusiones, tratamiento, etc. La valoración de la investigación a nivel estatal la califican como buena, en términos generales.

9- RELACIÓN CON LAS ONG's

El papel de las ONG's la Región de Murcia es notorio. Así lo refleja el contenido de la Ley 6/1997 de 22 de octubre dedica su Art.36. a la participación de las entidades privadas, manifestando que estas entidades podrán participar en los campos de sensibilización social e información, de prevención de las drogodependencias, asistencia, integración social y formación. Respecto al número de convenios y subvenciones se han triplicado las subvenciones a ONG's, siendo 61 en el último año, al tiempo que se han mantenido estables los convenios y conciertos y se ha producido un descenso en las subvenciones a las empresas (ver Tabla 20).

Tabla 20
Convenios y subvenciones a ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>	<i>Subvencionadas empresas</i>
1996	24	6	26
1997	22	6	26
1998	27	8	6
1999	32	6	7
2000	61	7	12

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

CONCLUSIONES

En líneas generales, lo más señalado en la Región de Murcia en los últimos años ha sido la elaboración del segundo Plan Regional sobre Drogas para el trienio 1998-2000, desde el marco de referencia de la Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social. En cuanto al consumo de las distintas sustancias, la situación se considera grave y en los últimos años ha mejorado. Las sustancias que ocasionan más problemas son el alcohol, la heroína y la cocaína. Murcia es la región con una mayor prevalencia de bebedores en los últimos treinta días, con un alto porcentaje de bebedoras. La mitad de los adolescentes han probado el alcohol y es la tercera región con mayor proporción de fumadores. Aunque el porcentaje de consumidores de cánnabis es menor en los últimos años, se observa un aumento en la prevalencia en los últimos doce meses desde 1995 a 1999. En cuanto al consumo de psicofármacos se trata fundamentalmente de benzodiacepinas con mayor porcentaje de uso y abuso en mujeres.

La tasa de admisiones a tratamiento en 1999 no fue tan elevada, ocupando la décima posición entre las Comunidades Autónomas. La admisión a tratamiento por heroína por vía parenteral, al igual que en el territorio nacional, ha descendido notablemente, pasando de un 84,6% de admitidos por primera vez en 1991 a un 22,3% en 1999, de una primera a una décima posición a escala nacional. La tasa de los admitidos por primera vez por consumo de cocaína se ha incrementado notablemente siguiendo la tendencia nacional y la expansión por la zona mediterránea, llegando a 16,4 por 100.000 habitantes en 1997-99. Entre los pacientes ha descendido la proporción de los que utilizan la vía parenteral (33,5%), aumentando los que están trabajando (38,1%) y descendiendo los que tienen serología positiva de VIH. Los episodios de urgencias son menores desde 1995, aunque ha aumentado el número de fallecidos desde 1993.

Respecto a la planificación de las actuaciones, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y se ha elaborado un informe oficial realizado por profesionales del mismo, empleando principalmente fuentes primarias. Partiendo de los objetivos se ha realizado la programación, siendo los técnicos los encargados de esta planificación y las pautas seguidas se han editado en el plan. Finalmente, se ha realizado evaluación de objetivos y actividades al término del mismo para ver el grado de cumplimiento, aunque no existe una comisión a nivel interno encargada de realizar el seguimiento del mismo. Tampoco existe una unidad específicamente encargada de difundir la información a la población, aunque si realizan actividades de difusión. Los responsables manifiestan problemas encontrados con las entidades Administrativas en la aplicación del Plan, fundamentalmente con el INSALUD en el ámbito de coordinación, de financiación y en el de recursos. Además, consideran que al Plan Autonómico le faltan competencias para hacer frente al problema de las drogas, sobre todo en temas de Atención Primaria y en materia de seguridad ciudadana.

En los últimos cinco años, el personal que trabaja en drogodependencias ha aumentado. El área de intervención asistencial es la que cuenta con más profesionales (56), seguida del área de incorporación social (31) y, finalmente, de la prevención (8). La dotación de personal se considera suficiente en intervención asistencial e incorporación social e insuficiente en prevención. Entre las principales deficiencias, señalan la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo. Además, en el área de intervención asistencial algunos profesionales llevan muchos años desarrollando las mismas funciones y están "quemados" y en incorporación social hay dificultad para encontrar profesionales con formación y actitudes adecuadas. Finalmente, de la formación del personal se encargan la Unidad de Educación para la Salud, en el ámbito de prevención y la de Formación de los Equipos de Salud Mental y Drogas, en intervención asistencial.

En cuanto a los recursos económicos, estos se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención hasta 1998 y, a partir de esta fecha, por incorporación social. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en el 2000, el crecimiento más acusado se ha dado en el área de intervención asistencial, seguido por el

área de incorporación social y prevención. Como contrapartida, con el paso de los años se ha producido un descenso del presupuesto en el área de formación, documentación e investigación.

En prevención ha sido creciente el esfuerzo por la creación de nuevos programas, destacando actividades como la formación de padres, del profesorado, de técnicos y mediadores en prevención, la intervención con adolescentes y jóvenes, etc. En 1997, este área pasó a formar parte de la Dirección General de Salud, dentro de la Sección de Educación para la Salud. Se han realizado numerosas actividades con los municipios, sindicatos y formación de mediadores a fin de implicarlos en la prevención. El ámbito comunitario es la base de la prevención en Murcia. En 1998 un 97% de los municipios tenían programas de drogas y han seguido aumentando en los últimos años. Junto a este aspecto, los programas escolares también han crecido, implicando en ellos a los municipios, padres y profesores. En 1997 se realizó una encuesta en el ámbito laboral para conocer el consumo de alcohol en las empresas y se elaboró un protocolo de detección de consumidores en la empresa. Además, han crecido los cursos, campañas y la formación de mediadores en el ámbito laboral llegando a muy diversos colectivos. Las campañas de prevención en los medios de comunicación también han aumentado y junto a todo esto se han desarrollado otros cursos de formación y de reducción de daños.

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas marca la prevención, asistencia e integración social y dedica su capítulo II a la asistencia en materia de drogodependencias. La asistencia es definida como aquellos procesos de atención que se inician con la toma de contacto del paciente con los servicios sanitarios o sociales y finalizan con el alta del mismo. Estos criterios se concretan en un conjunto de medidas específicas llevadas a cabo por la Administración Regional (a través de Consejería de Sanidad y Política Social y del Servicio Murciano de Salud) y por el ámbito Judicial y Penitenciario.

Desde 1996 se ha producido un incremento de los Centros Ambulatorios de Asistencia (incluidos los que tratan a personas con problemas de alcoholismo), de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, de los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, de los de intercambio de jeringuillas y de los realizados en poblaciones con problemas jurídico-penales; se mantienen constantes las Comunidades Terapéuticas y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria para pacientes con problemas de alcoholismo; por último, ha desaparecido el centro residencial para este último tipo de pacientes. El número de usuarios atendidos ha aumentado en las Comunidades Terapéuticas, en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos, programas de intercambio de jeringuillas, de prevención del SIDA, en instituciones penitenciarias y en alternativas a la privación de libertad; en los Centros Ambulatorios, en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (incluyendo la población con problemas de alcoholismo) y en Comisarías y Juzgados ha ocurrido lo contrario.

Por otra parte, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de la planificación y también realizan evaluaciones de diseño y de implementación. Según el resultado de las últimas evaluaciones, consideran muy adecuados los programas de reducción del daño y aquellos destinados a poblaciones con problemas jurídico-penales y poco adecuados los de asistencia a población con problemas de alcoholismo y otros programas asistenciales. En lo que a los recursos materiales se refiere, se consideran muy adecuados los centros ambulatorios de asistencia, las Comunidades Terapéuticas Públicas y Privadas y los Centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, mientras que se consideran "nada adecuadas" las Unidades Hospitalarias, los Centros Residenciales no Hospitalarios y las Unidades de Desintoxicación Rápida. Las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial han sido la falta de colaboración del INSALUD para la incorporación de recursos asistenciales en los centros de atención primaria. En un futuro, se prevé incorporar en los centros asistenciales la atención al tabaquismo y a las ludopatías; en los centros hospitalarios el tratamiento de la cocaína y, por último, en las Comunidades Terapéuticas la realización de las desintoxicaciones. Las previsiones de futuro de la red pasarían por la creación de un centro de encuentro y acogida y de un centro residencial para alcohólicos. Aún no se han desarrollado programas residenciales y guarderías aunque se considera necesario intervenir en esta población.

La Ley 6/1997 por integración social, el proceso de incorporación a la comunidad de personas provenientes de la red asistencial de atención a drogodependientes que se encuentren en proceso de rehabilitación. Por ello persiguen facilitar el acceso de esta población a los recursos normalizados. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente. En los últimos años se observa que han aumentado los Centros Terapéuticos en Programas de reinserción, con y sin tratamiento, las Comunidades Terapéuticas, los cursos reglados y actividades de formación, orientación y búsqueda de empleo y se han especializado en programas financiados por el Fondo Social Europeo, casas de oficios, reserva de plazas en empresas y programas de otro tipo; por el contrario, las familias de acogida han desaparecido. En cuanto a los usuarios se ha producido un incremento en los programas de formación y de incorporación laboral (especialmente en 1998-99) mientras que no disponemos de datos del resto de usuarios en esta área.

De los convenios existentes en la actualidad en incorporación social los responsables consideran que funcionan muy bien los establecidos con el Gobierno Central; bien los de las entidades privadas bien y cabría mejorar los de los Ayuntamientos. En cuanto a los programas se considera muy bueno el funcionamiento de la mayoría de ellos; bueno el de Preformación Laboral para Drogodependientes con especiales dificultades de integración y el de integración en el Ayuntamiento de Lorca y, finalmente cabría mejorar el de integración en el Ayuntamiento de Murcia. En función de las necesidades estimadas, aumentarían los programas de apoyo residencial, manteniendo el resto. Se considera muy bueno el funcionamiento de los programas de formación e integración laboral y cabría mejorar los de apoyo residencial. Respecto al número de actividades y recursos de los programas, aumentarían las escuelas taller; las casas de oficios, los talleres de empleo y la integración en los programas de empleo municipales e incorporarían nuevos recursos inexistentes como los pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas y de tratamiento con sustitutivos, los pisos de reinserción social y las residencias. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran que cabría mejorar el funcionamiento de los Cursos de Formación profesional, homologados por el INEM. Los principales obstáculos encontrados en incorporación social han sido la insuficiente colaboración real de otras entidades públicas regionales y locales.

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, alguna ONG o acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación. Se considera suficiente el número de estudios realizados en esta Comunidad y la calidad buena, sin encontrar dificultades para desarrollarlos. La situación de la investigación a nivel estatal, consideran que es buena y creen que deberían priorizarse como investigaciones, estudios sobre los nuevos tipos de consumo (drogas de diseño, cocaína...), sus repercusiones, tratamiento, etc. La Ley 6/1997 de 22 de octubre dedica su Art.36. a la participación de las entidades privadas. En los últimos años se han triplicado las subvenciones a ONG's al tiempo que se han mantenido estables los convenios y conciertos y se ha producido un descenso en las subvenciones a las empresas.

Como puntos fuertes podríamos señalar el descenso de las demandas de tratamiento por heroína, de la utilización de la vía parenteral y del VIH; la planificación, evaluación y desarrollo normativo; el aumento de personal en los últimos años; contar con unidades que se encargan de su formación y el incremento de los recursos económicos. Además, se considera un punto fuerte la prevención y de un modo específico el ámbito comunitario y laboral. Entendemos positiva la coordinación entre las diferentes instancias participantes, lo que ha permitido el desarrollo de protocolos de detección de consumidores de drogas y que la practica totalidad de los municipios tengan planes de drogas. En intervención asistencial se han incrementado los recursos y los usuarios que acceden a los programas de reducción de daño, considerándose muy adecuados este tipo de programas y los llevados a cabo en población con problemas jurídico penales. En incorporación social, también han aumentado los recursos y los usuarios en programas de formación e incorporación laboral; el funcionamiento de los programas es bueno y especialmente el de los convenios con el Gobierno Central. Por último, la cantidad y calidad de los estudios es buena y en los últimos años se han triplicado las subvenciones a ONG's.

Como puntos débiles hay que señalar la alta prevalencia de bebedores y fumadores en la región; el incremento de los consumidores de cánnabis y la proporción de población que consume benzodiacepinas. Además, han aumentado las demandas de tratamiento por consumo de cocaína y los fallecidos relacionados con las drogas. Se considera un punto débil los problemas de coordinación con el INSALUD y los problemas de falta de competencias; la insuficiente dotación de personal en prevención, la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales, que están “quemados” en intervención asistencial y que tienen poca formación en incorporación social. Además, han descendido los recursos económicos en formación, documentación en información y no tenemos datos de la evaluación en la prevención. En intervención asistencial, ha desaparecido el centro residencial para población con problemas de alcoholismo y es menor el número de usuarios en UDH, Centros Ambulatorios y Comisarías y Juzgados.

Además, los responsables consideran poco adecuados los recursos para población con problemas de alcoholismo y nada adecuados las UDH, los centros residenciales no hospitalarios y las Unidades de Desintoxicación Rápida. El área de incorporación social se considera especialmente deficitaria pues además de la falta de datos han desaparecido las familias de acogida; los convenios y programas con los Ayuntamientos funcionan regular; es necesario incorporar y mejorar programas de apoyo residencial, mejorar el funcionamiento de los Cursos de Formación Profesional (INEM) e incorporar recursos inexistentes como los pisos, residencias, entre otros. Además los responsables manifiestan la insuficiente colaboración real de entidades públicas regionales y locales. Por último, se ha producido una reducción en el número de subvenciones a las empresas.

NAVARRA

INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Foral de Navarra, frente al fenómeno de la drogadicción, se está realizando un gran esfuerzo para la adaptación a las nuevas formas de consumo y sus consecuencias. Son muchas las personas e instituciones implicadas que trabajan diariamente para hacer frente a esta situación, profesionales cada vez más formados, mediadores, centros, ONG's, etc. A todo ello hay que sumar un gran número de intervenciones, programas, y la puesta en funcionamiento de diversos servicios y recursos.

En esta Comunidad, se elaboró un Plan en 1993, aprobado por el Gobierno de Navarra en enero de 1994. Cada año se definen los objetivos y las actividades a realizar, lo que permite desarrollar el Plan Foral de Drogodependencias (Subdirección de Salud Mental, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra). La prevención ocupa una posición central, intentando evitar el contacto con el mundo de las drogas y prevenir dentro de una convivencia no traumática con las diferentes sustancias, con el fin de poder minimizar las consecuencias del consumo y actuar sobre las causas. Las intervenciones en esta materia, se hallan descentralizadas de la Dirección Técnica del Plan Foral de Drogodependencias, recibiendo un gran apoyo de las estructuras municipales. Se ha trabajado en la prevención comunitaria (con especial incidencia en el ámbito local), familiar, en el ámbito educativo (incorporada en la educación para la salud y en coordinación con el Departamento de Educación), barrios, asociaciones, etc. En el área de intervención asistencial, se destinan gran parte de los recursos a pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol y por otras drogas distintas a los opiáceos. Por último, se persiguen la incorporación social de los drogodependientes, donde reciben ayuda un gran número de sujetos a través de una amplia oferta de dispositivos¹.

En opinión del responsable, desde el año 1993 la prevención se considera prioritaria, porque el Servicio Navarro de Salud es el que gestiona la asistencia, como no manejamos el dinero de la asistencia no tenemos capacidad de gestión. Lo que hemos conseguido es que se reconvirtiera una comunidad terapéutica en un centro de menores. Ha sido un trabajo nuestro ante la necesidad de que había menores con problemas y hemos conseguido un centro de tratamiento específico y especializado, que fue uno de los primeros que ha habido en España. Pocas cosas más podemos introducir en la parte asistencial. Con el Plan Foral en el año 1993-94, la metadona sí se introdujo y hasta entonces había reticencias que venían de la línea de programas libres de drogas, objetivo la abstinencia.

Haciendo una valoración general de la evolución del Plan, lo más destacado es *la integración en las actividades de prevención y en la normalización de los municipios y de la escuela. Nosotros heredamos el Plan de Alcoholismo y Toxicomanías del año 1985, cuando era la asistencia lo que se*

¹ Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999.

estaba desarrollado (heroína), como en el resto del Estado. Las actividades de prevención eran más puntuales, no estaban organizadas, más bien basadas en el voluntarismo (un municipio o un colegio quiere, otro no). Planteamos la necesidad de que fuera preventivo desde la normalización y ese es el éxito o lo más destacado del Plan. No hacemos intervención directa en la población. Se han ido incorporando nuevas estructuras municipales y educativas. En primaria estamos alrededor del 50% y en secundaria por encima del 50%. No con el modelo LOGSE transversalidad generalizado pero si va en esa dirección. Estamos trabajando en colegios completos desde los 3 años a segundo de Bachiller. Todo el claustro se está repartiendo según las edades y ello supone un avance cualitativo importante.

1. SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1. Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, respecto a la evolución de la situación de la drogadicción, no se dispone de criterios ni elementos que permitan saber si la evolución del fenómeno ha mejorado o empeorado. Lo único que se puede afirmar es que se ha modificado la forma y el espacio de consumo y se han incorporado otras sustancias. También ha cambiado la percepción social en sectores más jóvenes de población. El alcohol y el tabaco son señaladas como las sustancias más problemáticas, seguidas por la heroína. En su opinión, afecta a un gran número de personas, en el caso del alcohol, y tienen un gran impacto sanitario, en lo referente al tabaco y a la heroína.

Respecto al abuso de las diferentes sustancias, el tabaco y el alcohol -como se ha apuntado anteriormente- son las drogas más consumidas, aunque esta última ocupa el primer lugar dentro de un sector amplio de la población. Entre las drogas ilegales, la heroína ha cedido el protagonismo a las drogas de síntesis, aunque en lo referente a las admisiones a tratamiento por consumo de drogas, algo más de una tercera parte de las personas atendidas en los centros de salud mental están relacionadas con el abuso de opiáceos. Los derivados del cánnabis, las anfetaminas y otros estimulantes, principalmente se consumen acompañadas de alcohol.

El alcohol está presente en muchos de los espacios de la vida cotidiana, sobre todo entre la población mayor de 30 años². La prevalencia de consumo de alcohol durante 1999 en los últimos 30 días, por sexo y edad, fue de un 71,3% (83,6% de hombres frente a un 58,5% de mujeres), la segunda más alta (después de Murcia) respecto al resto de las Comunidades y Ciudades Autónomas³. La mayor prevalencia de consumo de esta sustancia se da en el grupo de edad de 40 a 65 años (91,6%), seguido por el de 25 a 29 (87,5%) y el de 15 a 19 años (81,8%). En todos los grupos de edad los varones superan a las mujeres en el consumo de alcohol (ver Gráfico 1). En opinión del responsable, *lo que sigue constante es el alcohol. Detectamos que siempre está presente, a pesar de nuevos cambios o introducción de nuevas sustancias. El alcohol se adapta a las formas de ocio, lo que se modifica no es la forma de consumo de la sustancia sino el espacio de ocio, los valores y el uso del tiempo libre. No lo sacaríamos de ahí, pues el consumo también depende de lo que encuentren en el mercado. No tenemos indicadores tan sensibles, por lo que estamos pendientes de hacer un Observatorio para detectar los cambios en el menor tiempo posible. Cuando llegas a detectar lo que hay, ya ha cambiado. El Observatorio pretende hacer estudios más cualitativos para detectar cómo se está consumiendo, lo que puede dar más pistas (por ejemplo, observación participante).*

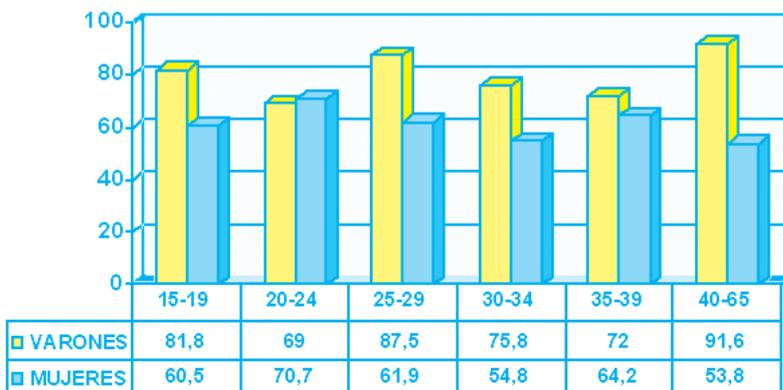
Respecto al tabaco, otra de las sustancias más consumidas en Navarra, la evolución de fumadores diarios entre 1995 y 1999 ha descendido progresivamente, pasando de un 40,3% a un 29,2%, respectivamente. En este sentido, en la actualidad se encuentra entre las Comunidades

2 Memoria Plan Nacional sobre Drogas, 1998.

3 Observatorio Español de Drogas, Informe nº 4.

Gráfico 1

Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días por sexo y grupos de edad, 1999



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Informe nº 4 del Observatorio Español de Drogas.

con menor número de fumadores diarios junto con Canarias, la Comunidad Valenciana, el País Vasco y Galicia⁴.

El consumo de drogas ilegales se manifiesta principalmente en el abuso de los derivados del cáñamo (el consumo de cánnabis, según el Observatorio Español sobre Drogas en su último informe, ha pasado de un 9,8% en 1995 a un 10,4% en 1999), de las anfetaminas y otros estimulantes, con frecuencia asociados al consumo de alcohol. Por otro lado, el fenómeno de la heroína se encuentra en decadencia, cobrando protagonismo las sustancias estimulantes y alucinógenas, consumidas preferentemente en espacios de ocio y tiempo libre. Según datos ofrecidos por Teresa García Beovides, profesora de la Universidad de Oviedo, Navarra es la autonomía que más droga de diseño consume (un 11,4% de los jóvenes las han probado), descendiendo la edad media de inicio en el consumo a los 16 años; esta situación se viene dando desde hace unos cuatro años. Se ha pasado del perfil del heroinómano de entre 28 y 30 años, al del joven de en torno a los 16 años que consume drogas de diseño, concretamente speed y éxtasis.

Respecto al resto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, señala que Navarra se encuentra entre las regiones más consumidoras de alcohol (93,8%) y más fumadoras (76,3%); sin embargo, ocupa una de las últimas posiciones en el consumo de cocaína (2,1%).

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

Según datos del Plan Foral sobre Drogodependencias, Memoria 1999, el número de personas atendidas en la red de utilización pública de Navarra por problemas derivados del abuso de drogas como primer diagnóstico clínico, sufrió un aumento a expensas del consumo de cocaína. En general, la carga asistencial en los equipos de salud mental por drogas es del 12%. La asistencia a personas en programas de mantenimiento con opiáceos está sufriendo un ligero descenso, sin embargo, los consumidores de cocaína que demandan tratamiento están aumentando, aunque no suponen más del 3% del total de pacientes.

En cuanto a las admisiones a tratamiento, las realizadas por primera vez en la vida por consumo de heroína por vía parenteral, pasaron de un 67,3% en 1992 a un 31,6% en 1999; sin embar-

⁴ Observatorio Español de Drogas, Informe nº 4.

go, en el caso de la cocaína, la tasa anual de las primeras admisiones a tratamiento ha ido aumentando, concretamente de un 1,5 de 1991 a 1993 a un 3,9 de 1997 a 1999 ⁵.

Siguiendo con los datos ofrecidos por el Plan Foral, otra de las consecuencias del consumo de drogas es la mortalidad atribuible al abuso de estas sustancias. En 1999, según la información proporcionada por el SEIT, se produjeron 5 fallecimientos (todos varones) por consumo de opiáceos, donde la edad media fue de 33 años. En el periodo 1990-1999 estas defunciones han ido descendiendo progresivamente, concretamente de un total de 25 muertes en 1990 a tan sólo 5 en el último año (ver Tabla 1).

Tabla 1
Evolución del número de defunciones desde 1990

AÑO	Nº DE DEFUNCIONES
1990	25
1991	20
1992	16
1993	9
1994	13
1995	14
1996	11
1997	6
1998	7
1999	5
Periodo 1990/99	126

Fuente: Plan Foral sobre Drogodependencias, Memoria 1999

Según las notificaciones de casos de SIDA⁶, ofrecidas por el Sistema de Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en Navarra, entre 1985 y septiembre de 1999 se notificaron 694 casos de SIDA desde los centros sanitarios de Navarra, de los que el 95% eran residentes en esta Comunidad. En 1998, la tasa de incidencia de 74,9 casos por millón de habitantes, ocupaba el 8º lugar por Comunidades Autónomas. Este mismo año continuó en Navarra el descenso de casos iniciado en 1996, situación descrita igualmente en el resto del Estado. Del total de casos de SIDA diagnosticados en Navarra, el 73,3% eran hombres y el 82,3% tenían en el momento del diagnóstico una edad comprendida entre 20 y 40 años. La categoría de transmisión más frecuente fue la utilización de drogas por vía parenteral (UDVP) en el 70,1% de los casos. Entre las mujeres, el 80% se debían al uso compartido de jeringuillas.

Entre 1985 y diciembre 1999, el sistema de vigilancia del VIH de Navarra registró 2.334 personas con infección por VIH y la tasa de infección notificada por millón de habitantes en el año 1998 fue de 112 casos. Los datos acumulados desde 1981, ofrecidos por el Registro Nacional de SIDA, muestran que en el 2001 se registraron en esta Comunidad 700 casos de Sida, de los que 499 correspondían a usuarios de drogas por vía parenteral. La tasa de SIDA por millón de habitantes, aunque aumentó considerablemente hasta 1994 (169,8), ha ido descendiendo progresivamente durante el resto de los años hasta un 41,4 en el año 2000. Desde que se inició la epidemia, se ha

⁵ Observatorio Español de Drogas, Informe nº 4.

⁶ Actualización a 30 de septiembre de 1999.

constatado la defunción del 55% de los enfermos, siendo 288 los fallecimientos entre usuarios de drogas por vía parenteral en el año 2000⁷.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

Como se mencionó en la introducción, en Navarra se elaboró un Plan en 1993 y cada año se definen los objetivos y las actividades a realizar, lo que permite su desarrollo. En opinión de los responsables, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades por parte de los profesionales del mismo y, aunque no se ha elaborado un informe oficial, se va analizando constantemente la evolución del fenómeno con las diferentes fuentes de información disponibles. Para ello, se emplean fuentes primarias y secundarias. Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. La Oficina del Comisionado se encarga de esta planificación y su participación en la definición de los objetivos es total. Las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan no son editadas. Por otra parte, no cuentan con un mecanismo o método de evaluación del Plan y aunque existe una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, ésta no funciona.

Al plantear a los responsables cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central y Local en el ámbito de definición de competencias, y de financiación con la Administración Local. En materia de competencias se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración del Plan las consejerías y/o departamentos de Sanidad, Asuntos Sociales y Educación.

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra publica una Orden Foral de subvenciones anuales a la que tienen que concursar los Municipios y/o Mancomunidades que están trabajando en el tema de las drogodependencias. En dicha convocatoria se incluyen las partidas económicas específicas de drogas. En años anteriores, se firmaban Convenios de colaboración con Municipios, pero en los dos últimos años esto no ha sido así porque la letrada que formaba parte de la Comisión de Subvenciones manifestó que los compromisos que se pueden reflejar en un Convenio vienen mostrados en la Convocatoria y, por tanto, no es necesaria la firma de convenios.

Describiendo en términos generales el organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan, esta Comunidad cuenta con un director técnico (médico); 3 responsables de las áreas de prevención (médico), del sistema de información e investigación (sociólogo) y de la incorporación (educador) y, por último, una administrativa. No tienen órganos consultivos.

En términos generales, la difusión a la población de las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, se realiza a través de todos sus miembros. Debido a que la relación de la Dirección Técnica del PFD con todos los técnicos de los Programas Municipales es estable, la difusión de la información suele realizarse de forma personalizada (son 35 programas únicamente). La información proporcionada suele ser en mayor medida sobre temas de prevención, a través de Memorias y campañas. En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, técnicos municipales, docentes, orientadores escolares, sector primario de salud y servicios sociales. En intervención asistencial, la información se dirige preferentemente a la Red de Salud Mental, a los Centros de Día y a las Comunidades Terapéuticas y en incorporación laboral al Instituto Navarro de Bienestar Social.

⁷ Observatorio Español sobre Drogas, Informe nº 4.

3. RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales, en el área de prevención es imposible de determinar, ya que se articulan las intervenciones en estructuras que existen (Servicios Sociales de Base, Escuelas) y el personal en pocas ocasiones tienen dedicación exclusiva. En la Dirección técnica del Plan Foral de Drogodependencias existe una persona dedicada a tareas de prevención, su formación es en salud pública, concretamente un médico con más de 15 años de experiencia. Las actuaciones preventivas comunitarias se están realizando desde las estructuras municipales y son éstas las que deciden el número y la categoría profesional de los que trabajan, también deciden si integran el programa de prevención en la propia estructura del Servicio Social de Base, y por lo tanto sin profesionales específicos, o se crea una estructura aparte. Aunque resulta difícil cuantificar las plantillas que se dedican a la prevención de drogodependencias en el medio comunitario, todos los programas cuentan con Educadores/as, sólo 3 con un psicólogo y todos los Servicios de Base tienen Trabajadores Sociales. Por último, en el ámbito escolar se está trabajando en la integración de las actividades de prevención en el currículum del Centro. La figura de referencia se procura que sea el Orientador del Centro. Tampoco resulta sencillo cuantificar el número y las cualificaciones profesionales.

En Navarra la red de asistencia a las drogodependencias está integrada en la red de Salud Mental, existiendo 8 equipos. La actividad dedicada a problemas por drogas podría considerarse entre un 8 y un 15%. El personal que trabaja en los Centros de Salud Mental son principalmente licenciados (37) en psiquiatría y psicología, diplomados (23) en enfermería y trabajo social y finalmente, auxiliares de clínica (5) (ver Tabla 2). Existen 3 Comunidades Terapéuticas concertadas y un Centro de Día específico para drogodependientes. En la incorporación social, la estructura administrativa encargada es el Instituto Navarro de Bienestar Social y no existe ninguna persona específicamente dedicada a drogodependientes. Se atiende en el mismo lugar y por el mismo personal que al resto de personas demandantes.

Tabla 2
Plantilla en Centros de Salud Mental

TITULACIÓN	TOTAL
1. Licenciados	37
<i>Psiquiatras</i>	23
<i>Psicólogos</i>	14
2. Diplomados	23
<i>Enfermería</i>	14
<i>Trabajad.Sociales</i>	9
3. Otros	5
<i>Auxiliar clínica</i>	5
TOTAL	65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Plan Foral de Drogodependencias. Memoria 1999

En opinión de los responsables del Plan, el personal que trabaja en las distintas áreas se considera insuficiente. Entre las principales deficiencias, en esta materia, señalan en la prevención la

integración de los profesionales en las estructuras municipales, de los programas de prevención en los propios servicios sociales de forma normalizada, de la educación para la salud de forma transversal en el ámbito educativo y la falta de formación. En intervención asistencial, la falta de voluntariedad y motivación del profesional y la presión asistencial de la demanda de patologías de Salud Mental.

En el ámbito de Formación, existe una unidad específicamente encargada de esta tarea en los distintos ámbitos de actuación del Plan, en concreto, la Dirección Técnica del PFD en prevención, la Comisión de Docencia de Salud Mental y la Dirección Técnica del PFD en intervención asistencial y el Instituto Navarro de Bienestar Social en incorporación social. Son muy diversas las actividades de formación puestas en práctica, entre ellas un gran número de cursos, seminarios e intercambios profesionales dirigidos a miembros de ONGs, profesionales sociosanitarios, técnicos en drogodependencias y alumnos. Se aprecia un incremento constante del número de actividades y destinatarios con el paso de los años (ver Tabla 3).

Tabla 3

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMA- CIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
Seminarios	2	25 técnicos 30 ONGs	6	134 miembros ONGs, técnicos y profesionales		Técnicos y alumnos		Técnicos y alumnos	4	184 técnicos, educadores, médicos y profesores
Cursos	3	Técnicos drogodepend	4	Profesionales sociosanitarios						
Intercambios profesionales			3	18 profesionales drogodependencia	3	18 profesionales drogodependencia	3	18 profesionales drogodependencias		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión del responsable, respecto a los recursos humanos, lo que se ha producido ha sido un cambio de los municipios, no de nosotros, no teníamos necesidad de cambiar. Nuestro trabajo es facilitarles el trabajo a otros. Han tenido que crecer los municipios, de 5 o 6 que estaban en el año 1993 estamos en estos momentos en treinta y tantos. Esta es nuestra parte en la evolución de los programas municipales. Desde 1995 se ha pasado de 15 a 33. Los ayuntamientos van asumiendo su parte (económica). La formación del personal es tarea nuestra. Nos encargamos de plantear mínimo un seminario al año, aunque tampoco podemos modificar mucho porque no tienen excesivo tiempo y no queremos saturar y todo lo que es aportar materiales, suministrar información que consideramos importante (no indiscriminadamente, seleccionamos lo que le mandamos para que no sea excesivo y lo más sencillo posible).

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 4), los recursos económicos han crecido de forma considerable. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención y, en tercer lugar, la incorporación social. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en 1996, con el que tenía en 1999, el crecimiento más acusado se ha dado en las áreas de intervención asistencial (algo más de 75 millones de Ptas.) y prevención (en torno a los 24 millones). Resulta curioso los altibajos sufridos por el presupuesto destinado a la incorporación social, concretamente el descenso en 1998 debido al menor número de personas que accedieron a la modalidad de la inserción laboral en empresas⁸, aunque comienza a aumentar con posterioridad a esta fecha.

Tabla 4
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

	1996	1997	1998	1999	2000
<i>Prevención</i>	55.656.000	58.000.000	73.700.000	79.510.000	79.631.000
<i>Intervención Asistencial</i>	317.056.285	321.778.723	339.721.381	372.334.000	392.360.000
<i>Incorporación Social</i>	41.481.364	70.760.000	51.700.000	60.690.000	63.178.000
<i>Formación, Documentación e Investigación</i>	6.100.000	13.700.000	12.100.000	13.000.000	13.533.000
<i>Coordinación Institucional</i>	28.000.000	28.700.000	29.000.000	32.000.000	33.312.000
TOTAL*	448.293.649	492.938.723	506.212.381	557.534.000	582.014.000

* No se incluyen los gastos que financian los Ayuntamientos.

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Respecto al presupuesto que gestiona la Dirección Técnica del Plan Foral de Drogodependencias, para año 2001 fue de 10 millones para la prevención y coordinación, 4 para la edición de materiales, 85 para las subvenciones de Programas Municipales y 15 para las de organizaciones. La parte correspondiente a la asistencia se gestionó desde el Servicio Navarro de Salud (Subdirección de Salud mental). Con respecto al presupuesto del actual Plan, la Comunidad Autónoma aportó la totalidad de éste.

En lo relativo a los criterios que se siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, se tiene en cuenta el tamaño del Municipio/Mancomunidad, la dispersión geográfica, la población, etc. Como criterio general se financia el 50% del profesional y el 50% de las actividades. En opinión del responsable, *nuestro problema no es de dinero, si no de hacer trabajar a los maestros, por ejemplo, que ya cobran. Hacerles entender que tienen que integrar el problema de las drogas en su actividad. El problema es de tiempo, dedicación, formación y estímulo. Con los municipios pasa lo mismo, pagamos el 50% del personal y el Ayuntamiento tiene que asumir su parte. Es una responsabilidad compartida de los municipios y del Gobierno Autónomo.*

⁸ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1998.

5. PREVENCIÓN

La prevención ocupa un área de actuación preferente frente al fenómeno de la drogadicción y sus consecuencias. Desde que se aprobó el Plan Foral de Drogodependencias por el Gobierno (enero 1994), la Dirección Técnica de dicho Plan ha impulsado la implicación y participación de los Municipios en las tareas preventivas. Se trata de intervenir sobre el individuo y el contexto que lo rodea, conociendo la realidad de la forma más cercana posible. Por ello, la prevención debe implicar a los diferentes sectores y servicios de la comunidad, concretamente las Instituciones Municipales, Servicios, Agentes Sociales y la comunidad en su conjunto. Es de destacar que en 1999 hubo un total de 33 Programas Municipales de Drogodependencias -cifra que permaneció constante un año más tarde- (20 Mancomunidades y 10 Ayuntamientos), se impulsó en el curso 1999-2000 la prevención en el ámbito escolar a través de la Educación Secundaria, llegándose también a un mayor número de Centros en Educación Primaria y se valoró, además, la necesidad de incidir en la problemática del consumo de alcohol⁹.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son los estudios propios, los informantes de la red municipal de programas y otros. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a la falta de percepción de riesgo y a la tolerancia social de determinados consumos de drogas. El principal factor causante o mantenedor de estos problemas es la tolerancia. De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Lo más destacado de los recursos humanos es la mayor dedicación; de los materiales, la formación de profesionales y la elaboración de materiales específicos y, por último, de los económicos, la prioridad en el gasto.

En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), hay dificultades, aunque poco a poco se va consiguiendo respetando los ritmos de trabajo y prioridades de cada sector. Finalmente, dentro de la planificación de la prevención, no se elabora un mapa de necesidades, aunque cada municipio define en su propio entorno cuál o cuáles son las poblaciones de riesgo.

Respecto a los ámbitos de actuación que se contemplan en el área de prevención, según el responsable, son *el comunitario, a través de los municipios, intervenciones en poblaciones juveniles y en situación de riesgo; el educativo, que es el normalizado y nos hemos empeñado hasta los 16 años, el post-obligatorio, facilitando los materiales a quien quiere trabajar, pero no ha sido un empeño porque es más difícil trabajar; el familiar, por un lado algunos municipios tienen trabajos con familias y nosotros estamos intentando articularlo a través de la escuela, con un modelo experimental de formación de padres como mediadores con padres del propio grupo de sus hijos. El año que viene esperamos generalizar esta actuación porque nos hemos dirigido desde los 2 años a los 18 y eran dos padres por centro, aún no sabemos cómo lo vamos a hacer, porque con pequeños es muy fácil, desde educación primaria hasta 3º y 4º es fácil porque los padres participamos más (incluso vas a buscar a los niños al colegio), pero a partir de los 11 años es más difícil.*

Según indica el responsable, *lo más novedoso en la prevención ha sido el cambio del respeto a la opción de consumo como una opción más. No es que no haya que consumir nunca, la idea es que vamos a convivir con eso, vamos a consumir y procurar que nos haga el menor daño posible. Parece que estaba muy claro en lo asistencial con la reducción de riesgos y se ha introducido la idea de reducción de riesgos en la prevención. Llevamos más de diez años con autobuses para las fiestas de los pueblos y no se cuestionaba el consumo, sino reducir los riesgos (no consumir bajo los efectos del alcohol, etc). A partir de ahí se pueden hacer otro tipo de actividades educativas. El consumo es una opción más, pero no la única. Vinculado con el ocio, nuestras últimas campañas*

⁹ Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999.

han ido dirigidas al tema de la marcha, no tanto el consumo sino la marcha, qué se entiende, qué se puede planificar, también el día después de la marcha (te tienes que levantar, etc).

El principal problema encontrado es tener que cambiar el chip con técnicos que llevaban años trabajando y vienen de formación en programas libres de drogas, donde la idea es no consumir. Ha habido un choque para que traten de entender lo que queremos vender. Ese ha sido el problema: el cambio en el enfoque. Los objetivos son los mismos, pero las estrategias y la forma de abordar permiten acercarte más a quien está en situaciones más próximas a los conflictos. Como retos, está el hecho de conseguir normalizar las drogas y convivir con las drogas y con el alcohol, sobre todo, identificando claramente las sustancias con las que se puede tener más conflicto por la frecuencia y por la intensidad. Hay que cambiar la actitud de los padres (había grupos en los que ni tabaco ni alcohol querían saber nada), la idea del drogadicto como marginado en escalones sociales bajos aún persiste. Frente a esto, el problema es que 65% consumen alcohol y sólo un 0,4% pastillas.

5.1. **Ámbito escolar**

El ámbito escolar es un área de actuación preferente dentro de la prevención. Las actividades desarrolladas han sido impulsadas a través de los Departamentos de Educación y Salud del Gobierno de Navarra. Las actuaciones son cada vez más diversas, así como también más numerosos los centros implicados y la participación de profesores, padres y alumnos. En 1996, destacan 14 Programas Municipales y en 1999 llegan a ser 22 (ver Tabla 5). En el curso 1999-2000 se ha dado un impulso a la prevención en el medio educativo, elaborándose un documento de criterios básicos para abordar la prevención en el ámbito escolar para la educación Infantil, Primaria y Secundaria. Este documento ha sido distribuido por todos los Centros Educativos de Navarra y se han ampliado las actividades de información y formación del profesorado en cada uno de los Centros de Atención al Profesorado (CAP)¹⁰. Además, en el año 2000 destacó la asesoría directa de la Dirección Técnica del PFD, la valoración de nuevos materiales y la evaluación del plan de actuación en relación a la prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar¹¹.

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha tenido como prioridad integrar las intervenciones en forma de programa en el currículum del centro educativo. El seguimiento de esta línea se hace a través de los orientadores de los centros. A los centros educativos se les oferta formación y apoyo a los docentes (a demanda) y materiales (reunión a principio de curso en los Centros de Apoyo al Profesorado). En ellos existe un sistema de control de la prevención escolar y de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención (se está evaluando en estos momentos). En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (en educación primaria, primer ciclo, están trabajando el 70% de los centros). La formación del profesorado en prevención se realiza a demanda a través de la Dirección Técnica del PFD u otros profesionales, en los Centros y en los de Apoyo al Profesorado (CAP).

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Como sistema de evaluación (monitoreización), esta Comunidad dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han abordado el tema en el aula, el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia, el porcentaje de programas que están acreditados y la proporción de estudiantes de secundaria que

10 Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999, pp 15.

11 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 2000, pp. 224.

Tabla 5

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	14 Programas Municipales	Encuentros formativos, actividades de apoyo, de ocio y tiempo libre, extraescolares, etc.	- "En la huerta con mis amigos" (cuentos, guías, láminas, etc.) - Guías educativas	Centros, padres, alumnos y profesores
1997	13 Programas Municipales	Encuentros formativos, actividades de apoyo, de ocio y tiempo libre, extraescolares, etc.	- "En la huerta con mis amigos" (cuentos, guías, láminas, etc.) - Guías educativas - Materiales editados por otras Instituciones (EDEX, FAD, etc.)	Centros, padres, alumnos y profesores
1998	19 Programas Municipales	Encuentros formativos, actividades de apoyo, de ocio y tiempo libre, extraescolares, asesoría, etc.	- "En la huerta con mis amigos" (cuentos, guías, láminas, etc.) - Guías educativas - Materiales editados por otras Instituciones	Centros, padres, alumnos y profesores
1999	22 Programas Municipales	Encuentros formativos, actividades de apoyo, de ocio y tiempo libre, extraescolares, asesoría, evaluación, etc.	- "En la huerta con mis amigos" (cuentos, guías, láminas, etc.) - Guías educativas - Materiales editados por otras Instituciones	Centros, padres, alumnos y profesores
2000	Programas Municipales	Encuentros formativos, actividades de apoyo, de ocio y tiempo libre, extraescolares, asesoría, evaluación, etc.	- "En la huerta con mis amigos" (cuentos, guías, láminas, etc.) - Guías educativas - Materiales editados por otras Instituciones	Centros, padres, alumnos y profesores

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

reciben información y formación sobre drogas en el aula; todos ellos se están evaluando en este momento. También se conocen las zonas o centros de actuación preferente, la elaboración de catálogos y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas y las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo (Memorias de los Programas Municipales).

Respecto a los mecanismos de coordinación con otras instancias participantes, en opinión del responsable, la coordinación es exquisita. Con el Departamento de Educación la coordinación es muy buena porque hemos tenido mucha "cintura" y desde aquí ponemos todo el dinero y ese es un elemento importante. Educación está inmersa en un cambio, se ha cambiado el modelo de educación y lo prioritario en el departamento era poner en marcha su nuevo modelo LOGSE. Nosotros somos monográficos en drogas y esa es nuestra prioridad. Trabajamos a una velocidad muy distinta, la educación para la salud, y la prevención de drogas en educación es una prioridad que está muy lejos de acercarse a la primera. Ahí empezamos las primeras discrepancias: cuando teníamos que ponernos al nivel de sus prioridades y trabajar desde ahí. Hemos puesto el dinero, el material, de esa manera nos han permitido el buen desarrollo del programa. Romper las trabas de tener que incluir más materiales y prevención de drogas en los profesores ha sido difícil al principio. En pre-

vección escolar ofrecimos una serie de materiales a los centros y ellos elegían sobre cuáles querían trabajar. Hemos hecho una evaluación de todo esto.

En estos momentos, se están evaluando las actuaciones que se desarrollan en el medio educativo. La oferta a los Centros Escolares hace referencia al modo de trabajar en el Centro, de forma integrada y continua, también se ofrecen diferentes materiales, se proponen los beneficios que se pueden obtener abordando los factores de protección frente a los de riesgo y se da apoyo formativo para el diseño y seguimiento. La figura del orientador es clave en la intervención, ya que a través de ellos/as se realizan los contactos, aunque tampoco se desprecian otros colectivos. Para evaluar cuántos centros están trabajando y de qué manera, se está llevando a cabo una encuesta telefónica a los orientadores de Primaria (que en el 70% de los Centros están utilizando el material "En la huerta con mis amigos") y otra a los de Secundaria, de éstos quienes contesten afirmativamente que realizan actuaciones preventivas, se mantiene una entrevista personal para concretar la forma de trabajo, cobertura, modelo e implicación. No existen criterios de homologación de programas, pero sí unas recomendaciones de cómo integrarlos y una oferta clara sobre qué materiales pueden utilizar, tanto para el profesorado como para el alumnado.

5.2. **Ámbito familiar**

El ámbito familiar ha sido contemplado en los diversos ámbitos de la prevención, concretamente en el comunitario y en el escolar. Según los datos de la Memoria de 1999 del Plan Foral de Drogodependencias, son numerosas las actividades dirigidas a los padres y madres de cara a la formación, sensibilización e información de este colectivo. Entre ellas, destaca el Servicio de orientación personal y familiar (ámbito comunitario) en 4 Programas Municipales de Drogodependencias (PMD), como respuesta a la demanda de ciudadanos o de otros recursos sanitarios, asociativos, educativos, etc. También es importante el asociacionismo de grupos de familias afectadas por los problemas de las drogodependencias, concretamente desde 6 PMD se trabaja con 7 asociaciones con actividades de intervención, orientación y tramitación de ayudas económicas; además de la formación de grupos de mediadores para la prevención (49 grupos comunitarios desde 10 PMD) con actividades de información, sensibilización y colaboración en espacios de ocio y tiempo libre de los jóvenes.

Las intervenciones realizadas desde los Programas Municipales de Drogodependencias, también están encaminadas hacia aquellos colectivos con mayores necesidades de apoyo socio-educativo, entre ellos las familias de los drogodependientes, como uno de los principales grupos vulnerables (15 PMD dirigidos a 325 familias en 1999). Además de realizarse programas específicos de intervención con familias de drogodependientes (6 programas y 58 usuarios en 1999) ofreciéndoles orientación y ayudas económicas, en el ámbito escolar también es contemplado este colectivo en 19 PMD con 943 padres como destinatarios en el último año analizado.

5.3. **Ámbito comunitario**

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria parte de una estrategia global, integrando actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos como la población general, los jóvenes fuera del ámbito escolar y los grupos de población con mayores necesidades de apoyo socio-educativo. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, donde la prioridad establecida por el Plan es que se integran las actividades preventivas en los municipios y en el medio educativo, comprobando su éxito con subvenciones, formación y apoyo y seguimiento de proyectos. En el ámbito comunitario intervienen la Dirección Técnica del PFD, los profesionales de los Programas Municipales, el Servicio de formación Pedagógica (Educación) y profesores y orientadores de Centros Educativos. La coordinación con otras instancias participantes, profesionales y equipos de atención primaria se

realiza a través de reuniones periódicas, de seguimiento de programas y de asesoramientos individuales.

Esta Comunidad tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente a través de los Municipios. No se elaboran mapas de riesgo, aunque se interviene con poblaciones como los menores en riesgo y con fracaso escolar y las minorías étnicas. En el caso de los programas para jóvenes, se promueven políticas de reducción de daños y riesgos, apoyadas por la Dirección Técnica del PFD e interviniendo en su ejecución el Municipio y mediadores en minorías étnicas. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los educadores socio-culturales y las minorías étnicas. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas de prevención familiar.

Los programas, actividades y recursos en este ámbito se dirigen a la población general, de riesgo y a jóvenes fuera del ámbito escolar. La evolución en el tiempo (1996-2000) muestra que durante 1996 desarrollaron actuaciones 17 Programas Municipales, aumentando éstos con el paso de los años. También es importante la colaboración de los agentes y entidades sociales implicadas en esta tarea. Se han promovido actividades de sensibilización, información, formación, de ocio y tiempo libre, etc., dirigidas a colectivos diversos (cada vez más numerosos) como padres, jóvenes, voluntarios, profesionales, mediadores y población de riesgo (ver Tabla 6).

Tabla 6

Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

<i>A. Comunitario</i>	<i>Programas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Recursos materiales</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	17 PM	<i>Información, formación, reflexión, etc. (conferencias, cine-forum, exposiciones, etc.) 5 campañas de sensibilización</i>	<i>Boletines, material diverso</i>	<i>- Población general - Población de riesgo - Jóvenes fuera del A. Escolar</i>
1997	20 PM	<i>Información, formación, reflexión, etc. (conferencias, jornadas, talleres, cursos, etc.) 5 campañas de sensibilización y 3 programas de sensibilización y prevención</i>	<i>Material diverso</i>	<i>- Población general - Población de riesgo - Jóvenes fuera del A. Escolar</i>
1998		<i>Información, formación, reflexión, etc. (conferencias, jornadas, talleres, cursos, etc.) 10 campañas de sensibilización y programas de sensibilización, empleo y prevención</i>	<i>Material diverso</i>	<i>- Población general - Población de riesgo - Jóvenes fuera del A. Escolar</i>
1999		<i>Información, formación, reflexión, etc. (conferencias, jornadas, talleres, cursos, etc.) 19 campañas de sensibilización y programas de empleo</i>	<i>Material diverso</i>	<i>- Población general - Población de riesgo - Jóvenes fuera del A. Escolar</i>
2000		<i>Información, formación, reflexión, etc. (conferencias, jornadas, talleres, cursos, etc.)</i>	<i>Material diverso</i>	<i>- Población general - Población de riesgo - Jóvenes fuera del A. Escolar</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el número de escuelas de animación sociocultural que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de drogodependencias, el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias, el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general.

5.4. Ámbito de la comunicación

Según explican los responsables del Plan, los mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos se establecen a través de relaciones individuales con determinados profesionales de éstos. Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, aunque no se lleva bien a cabo. Se ha intentado varias veces crear un grupo estable de trabajo pero todavía no se ha conseguido.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se trata principalmente de campañas de prevención, sensibilización e información dirigidas a jóvenes y población general en situación de riesgo. Se trata el tema del consumo de las drogas de síntesis y del alcohol, donde han participado numerosas instituciones y colectivos de padres, profesionales, etc. (ver Tabla 7).

Tabla 7
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Nº</i>	<i>Recursos</i>	<i>Destinatarios</i>
1998	2 (drogas de síntesis y alcohol)	Material informativo (folletos, revistas), de ocio y tiempo libre, 15.000 etilómetros	Jóvenes entre 15 y 35 años con la colaboración de padres, profesionales, etc.
1999	Campaña de autocontrol de consumo de alcohol	2 materiales de información y sensibilización	Población general, de edad media y jóvenes (grupos de especial riesgo)
2000	18 Campañas de sensibilización y prevención del consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias	Folletos, artículos, carteles, preservativos, trípticos, etc.	Jóvenes (grupos de especial riesgo)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.5. Ámbito laboral

En esta Comunidad, no existe una línea de trabajo establecida desde el Plan Foral para promover la prevención en el ámbito laboral. En este sentido, según explican los responsables, no hay un nivel de coordinación establecido con patronales y sindicatos, no se promueven actividades ni programas de prevención laboral, ni tampoco se identifican sectores de alto riesgo. Sin embargo, desde la Dirección Técnica del PFD se ha enviado información sobre conducción y consumo de alcohol a todos los profesionales de la conducción de la Comunidad.

5.6. Ámbito municipal

Según los responsables, esta Comunidad cuenta en la actualidad con 33 Programas Municipales de Drogodependencias (PMD), 20 con Mancomunidades y 10 con Ayuntamientos, donde se incluyen los programas de 6 barrios de Pamplona. La evolución en el tiempo ha sido notable, pasando de 14 PMD en 1994 hasta los 33 mencionados. La financiación con ellos se realiza a través de subvenciones del 50% de personal (23 PMD) y del 50% de actividades (33 PMD), contando con un total de 56.310.000 ptas. del Departamento de Salud¹² (ver Tabla 8). En cuanto a la coordinación, se les ofrece apoyo técnico, formación de profesionales, seguimiento individual y facilitación de materiales.

Tabla 8
Evolución de los Programas Municipales de Drogodependencias 1994-2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº de Programas Municipales de Drogodependencias (PMD)*	14	15	17	21	24	33
Programas:						
- Intervención Comunitaria	12	13	17	20	23	32
- Prevención escolar	10	14	14	13	20	22
- Apoyo Incorporación social	-	7	7	8	13	11
- Apoyo al tratamiento:						
- Acogida y motivación al tratamiento	5	8	8	7	7	5
- P. de Detección: actividades de calle...	4	6	6	4	4	6
- Intervención con familias de drogodep	6	6	8	9	4	6
- P. de derivación y seguimiento a otros recursos especializados	6	5	6	6	6	6
PMD con subvención de personal				21	24	23
PMD con subvención de actividades				19	20	33
Total Subvenciones Dpto. de Salud		30.214.000	39.191.000	47.420.292	54.458.092	56.310.000

* PMD. Ayuntamiento y/o Mancomunidades

** Se incluyen programas de 6 barrios de Pamplona

Fuente: Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999

Los mecanismos de actuación y colaboración con los municipios que no disponen de Planes de Drogas, se realizan estimulándolos para la puesta en marcha de programas, pero no se interviene desde la Dirección Técnica del PFD. Por último, para evaluar estas tareas, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas (Memoria del Plan Foral de Drogodependencias).

6. INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

La intervención asistencial es otra área de gran importancia en la atención a las drogodependencias, aumentando año tras año el trabajo realizado y las actividades y recursos disponibles para el tratamiento de este fenómeno. En los últimos años, en términos generales, las expectativas res-

¹² Plan Foral de Drogodependencias, Memoria, 1999.

pecto a la asistencia en los programas de mantenimiento con opiáceos se están logrando, sufriendo un ligero descenso. Respecto a los consumidores de cocaína que demandan tratamiento están aumentando, aunque no llegan a superar al 3% del conjunto de los pacientes atendidos. Las oficinas de farmacia adquieren un gran protagonismo en los programas de mantenimiento con metadona, involucrándose cada vez un mayor número de profesionales; también destacan en esta Comunidad el gran número de personas atendidas en los Centros de Día, el desarrollo del programa de Intercambio de Jeringuillas en la Prisión Provincial y los programas alternativos a las penas privativas de libertad con un funcionamiento ejemplar¹³.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados (asistencia a consumidores de drogas no institucionalizadas), los Centros Ambulatorios de Asistencia han permanecido relativamente constantes (10), aumentando considerablemente el número de usuarios atendidos (de 724 en 1996 a 1.042 en el 2000), ocurriendo lo mismo con las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (2 dispositivos a lo largo de los años analizados). Las Comunidades Terapéuticas, aunque han ido bajando progresivamente los usuarios atendidos, permanecieron constantes en número (4 privadas concertadas) hasta 1998, fecha a partir de la cual descendieron en una unidad. Sin embargo, se ha dado un notable crecimiento de los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos (de 19 en 1996 a 131 en 1998), especialmente entre 1996 y 1997 (de 19 a 85), debido a la puesta en marcha este último años del Programa de Acreditación de Farmacias para dispensar opiáceos (65 farmacias de un total de 315 en Navarra, aumentando un año más tarde a 118). Este último tipo de centros/programas son contemplados en 1999 en los programas de reducción del daño (ver Tabla 9).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, lo más destacado ha sido el programa de distribución de un kit Anti-SIDA (jeringuillas desechables) o programa de intercambio de jeringuillas (en 1999). Los programas de tratamiento con metadona, contaron en 1999 con 84 dispositivos y 10 prescriptores y dispensadores con 849 usuarios atendidos, los cuales aumentaron en el 2000 a 991. La ubicación de estos programas es principalmente en las oficinas de farmacia, en los centros de salud o ambulatorios (10) y en los centros de salud mental (8) (ver Tabla 10).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, los dispositivos han permanecido relativamente constantes a lo largo del tiempo, concretamente los Centros Ambulatorios (8), aunque en el 2000 se contabilizan 8 Centros de Salud Mental y 11 Centros de Día; las Unidades Hospitalarias (2) y los Centros Residenciales no Hospitalarios (3). El número de usuarios atendidos en las distintas unidades sí ha sido más variable, sufriendo fluctuaciones a lo largo de los años (ver Tabla 11).

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. Destacan los Programas realizados en Comisarías y Juzgados, los desarrollados en Instituciones Penitenciarias y los de alternativas a la privación de libertad, con actividades como entrevistas, gestiones, informes, talleres, cursos, actividades de información, etc. En 1997, debido a la coordinación entre los órganos judiciales, el Servicio Social Penitenciario y el PFD, se puso en funcionamiento la aplicación del sistema de penas y de medidas de seguridad del nuevo Código Penal, en el sentido de medidas que permiten el tratamiento de los drogodependientes en la Red de Salud Mental¹⁴ (ver Tabla 12).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas como los de detección, de acogida y motivación al tratamiento, de intervención con familias drogodependientes y de derivación y seguimiento a otros recursos o dispositivos especializados, que han ido disminuyendo respecto al primer año analizado (1996). A partir de 1999, aparece un programa de atención a poblaciones especiales (minorías étnicas, drogodependientes que ejercen la prostitución, etc.), otro de psicoestimulantes, los de atención a la patología dual y los dirigidos a otros colectivos como menores, mujeres, etc. (ver Tabla 13).

13 Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999.

14 Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1997.

Tabla 9
Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial (1996-2000)

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	Plazas	Usuari O*	Nº	Plazas	Usuari O*	Nº	Plazas	Usuari O*	Nº	Plazas	Usuari O*	Nº	Plazas	Usuari O*
Centros Ambulatorios Asistencia	10		724	10		759	10		811	8CSM 1 CD		879	8CSM 1CD		1.042
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	2		38	2		57	2		46	2		61	2		61
Comunidades Terapéuticas	4PC	150	254	4PC	150	227	4PC	150	229	3PC	90	217	3PF	90	193
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos**	19		611	85		745	131		621	**	**	**	**	**	**

* No alcohólicos

** A partir de 1999 contemplados dentro de los programas de reducción del daño

*** Considerados dentro de los programas libres de drogas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

Tabla 10

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-1999

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actividades		Actividades		Actividades		Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
P. de distribución de un kit sanitario Anti-SIDA (jeringuillas desechables)	52.956		56.064		54.791					
P. Intercambio jeringuillas							3	46.969 d		
Tratamiento con agonistas opiáceos (P. de tratamiento con metadona)							84 D 10 PyD	849	75 D 10 PyD	991
* Ubicación P. Dispensadores metadona:							71	207	62	219
- Oficinas de farmacia							10	22	10	22
- Centros salud o ambulatorios							8	338	8	534
- Centros de salud mental							4	172	4	106
- Centros tratam. Específicos							1	110	1	110
- Centros penitenciarios										

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Tabla 11

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	8	762	8	740	8	749	8CSM 1CD	762	8CSM 11 CD	761
Unidades Hospitalarias (Unidades Hospitalización Psiquiátrica)	2	99	2	82	2	98	2	85	2	98
Centros Residenciales (no Hospitalarios)	3	19	3	19	3	25	3	18	3	30

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 12
Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales (1996-2000)

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actividades	Usuarios	Actividades	Usuarios*	Actividades	Usuarios*	Programa	Usuario	Progra	Usuario
En Comisarías y Juzgados	355 entrevistas, gestiones, informes	32	190 entrevistas, gestiones, informes	5	240 entrevistas, gestiones, informes	24	1 en Juzgados	24	1 Juzgad	23
En Instituciones Penitenciarias	Talleres, cursos, etc	598	Información, derivación, etc.	2.901	Información, derivación, etc.	2.218	6	565	6	624
Programas Alternativas Privación de Libertad	1.267 entrevistas, gestiones, informes	124	Seguimiento etc.	105	Seguimiento etc.	141	3	49	3	28

* Información parcial porque incluidas historias, distribución de folletos, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000

Tabla 13
Evolución de otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Otros Programas	1996			1997			1998			1999			2000	
	Nº	Actividades	Usua	Nº	Actividades	Usua	Nº	Actividades	Usuar	Nº	Actividades	Usuar	Nº	Usua
P. de detección	6	Entrevistas de calle, visitas	36	4	Entrevistas de calle, visitas	37	3	Entrevistas de calle, visitas	36	5	Entrevistas de calle, visitas	67		
P. de acogida y motivación al tratamiento	8	Colaboración, acompañamiento, atenciones	93	7	Colaboración, acompañamiento, atenciones	80	7	Colaboración, acompañamiento, atenciones	149	5	Colaboración, acompañamiento	69		
P. intervención con familias drogodependientes	8	Ayuda económica, orientación	75	9	Ayuda económica, orientación	111	3	Ayudas económicas, orientación	33	6	Ayudas económicas, orientación	58		
P. derivación y seguimiento a otros recursos o dispositivos especializados	6	Derivación, seguimiento	64	6	Derivación, seguimiento	67	5	Derivación, seguimiento	53	6	Derivación, seguimiento	80		
P. de atención a poblaciones especiales (minorías, prostitutas drogodep, etc)										1	Pob gitana		1	Pob gitana
P. atención patología dual										-	-		-	-
P. psicoestimulante										1		34	1	43
Otros (menores, mujeres, etc.)										1		51	1	104

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión del responsable del Plan, en esta área de actuación, *lo más destacado ha sido la flexibilidad que han tenido los recursos para adaptarse a los nuevos consumos y a la patología dual. Haciendo un análisis muy simple los primeros consumidores de heroína, unos fallecieron y los de mejor pronóstico abandonaron el consumo o se estabilizaron con la metadona, otros estaban fuera del circuito y los de peor pronóstico (más problemas sociales, otros conflictos además del consumo de heroína) son los que se perpetúan o se mantienen. La red asistencial específica (Comunidades Terapéuticas) al principio recibían de todo, especialmente gente que podían tener recursos personales para abandonar el consumo y esos han fallecido o se han salido del circuito y se han quedado los de peor pronóstico (patologías psiquiátricas severas, problemas judiciales, sociales). Se han adaptado y están poniendo todos los medios que tienen. En cuanto a las derivaciones, son sencillas, el número de plazas es limitado como en todos sitios, con una lista de espera de 2 meses, lo que en el sistema de salud no es una lista alarmante. Pero este tipo de personas en este tiempo puede morir o la han detenido, etc., por lo que algunos se pierden en este periodo porque la contención en el sistema ambulatorio es muy difícil y se suman muchas situaciones conflictivas y habría que abordarlo desde lo sociosanitario, no desde lo sanitario. Hay un plan sociosanitario en Navarra que se está desarrollando y posiblemente sea el que tenga que abordarlo.*

Por otro lado, *la red asistencial está integrada en salud mental. Hay 8 centros de salud mental en cada uno de estos centros, que son interdisciplinarios (psicólogos, trabajadores sociales y personal de enfermería), por zonas te toca un centro. Respecto a la desintoxicación, en 1987 se cerró el psiquiátrico y ahora hay 2 hospitales generales, 2 unidades de psiquiatría con 33 camas; la desintoxicación se hace también en el hospital que toca. Hay una red específica, con 3 Comunidades Terapéuticas que son de ONG's concertadas y un Centro de Día específico también concertado. El resto, todo, son servicios y recursos comunes los de inserción lo mismo. En el caso, por ejemplo, de la cocaína, tampoco hay programas específicos, sino que lo trata cada profesional. Desde aquí lo que se hace es realizar un seguimiento. Tenemos unos protocolos a desarrollar con la psicóloga de un centro y ella tiene que trabajar con los profesionales de los centros, pero no hay redes específicas.*

El problema principal es la saturación de la red. *La red no ha crecido de modo proporcional a los problemas de salud mental de la sociedad. No ha sido una red ágil de crecimiento o de entradas y salidas. Es un tema muy complicado, las consultas de Salud Mental están en 83.000 cada año, es constante, no tiene capacidad de crecimiento, está estabilizado. Ahora se va a desdoblarse un centro pero es muy difícil que se incremente (los recursos). Como perspectivas de futuro, está en función de la reforma de salud mental, que está en marcha y es lo que tiene que dar la respuesta: si se reforma y es capaz de ser un circuito más vivo, si van a potenciar redes de salud mental, que la derivación a la atención primaria sea antes y seguimiento. Hasta ahora, Salud Mental estaba en atención primaria y ahora va a pasar a asistencia especializada. Como recursos especializados, los que limiten sus entradas para poder trabajar con los más difíciles, a ver si somos capaces. Los profesionales llevan 15 años con una manera de trabajo, se va a informatizar la admisión, y eso va a crear conflictos en los profesionales y en las formas de trabajar en un principio.*

7. ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Los problemas ocasionados por el consumo de drogas, necesitan la puesta en marcha de programas, recursos y servicios para conseguir la adecuada reincorporación social de los drogodependientes. En esta Comunidad, aunque la incorporación social no resulte fácil, existe una gran oferta en este ámbito de la que se benefician un gran número de sujetos. Entre los programas y recursos específicos se encuentran los centros residenciales de tratamiento, los recursos de apoyo residencial (pisos tutelados), los programas de incorporación laboral, los de formación y los de apoyo individual y familiar a dicha reinserción social. Especial mención merece la Escuela Taller de Mantenimiento de Cañadas del Ayuntamiento de Pamplona, que surgió a través de un convenio firmado entre la Delegación para el PNSD y el INEM para capacitar a personas con antecedentes de consumo para que puedan acceder al mercado de trabajo; aprobada en 1998 (4 de noviembre) y

comenzando su labor ese mismo año. Este proyecto, además del Servicio Navarro de Empleo y el Ayuntamiento de Pamplona, está cofinanciado por el Gobierno de Navarra por medio de los Departamentos de Bienestar Social y de Salud. Entre sus actividades destacan la concesión de becas, la formación en el aula, prácticas y contratos¹⁵.

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados, se observa que en 1999 esta Comunidad cuenta con 3 Centros residenciales de tratamiento con programas de reinserción (Comunidades Terapéuticas) con 90 usuarios y 1 piso tutelado como recurso de apoyo residencial (vivienda) con 5 usuarios. La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Los usuarios de los programas de preformación laboral han ido incrementándose con el paso del tiempo (de 80 en 1996 a 151 en 1998), situación contraria respecto a los programas de formación laboral (de 185 a 150). Respecto a la última fase, integración laboral, en 1999 de los 2 programas especiales de empleo, donde han ido aumentando progresivamente el número de beneficiarios, destaca una Escuela Taller con 33 usuarios y un Programa de Ayuntamientos con 26. En la promoción de cooperativas de autoayuda, han descendido progresivamente los usuarios, situación similar en el último año en la reserva de plazas en empresas (ver Tabla 14).

Tabla 14

Evolución de los programas de incorporación laboral 1996-2000

Incorporación Laboral	1996		1997	1998	1999		2000
	Nº	Usuarios	Usuarios	Usuarios	Nº	Usuarios	Plazas
<i>Preformación Laboral</i>	2	80	129	151		128	196
<i>Formación Laboral</i>	14	185	122	150		106	270
<i>Integración Laboral</i>							
- Programas especiales empleo	2	40	31	27	2	59	
- Reserva Plazas empresas		40	73	51	1	54	40
- Promoción de cooperativas de autoayuda		20	7	7	1	2	4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación para los profesionales que trabajan en este ámbito. La oferta de cursos reglados para la obtención del graduado escolar ha aumentado (de 3 en 1996 a 4 en 1999). En el caso de otros programas de formación, destacan los de bachillerato y FPI, los de mejora de aprendizaje, los de interés cultural, los talleres de salud, etc., con un gran número de usuarios. En el último año, aparecen otras acciones formativas (informática, inglés, etc.) y de captación profesional (ver Tabla 15).

¹⁵ Plan Foral de Drogodependencias, Memoria 1999.

Tabla 15*Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº horas	Usuarios	Nº horas	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº horas	Usuarios
Cursos Reglados (obtención del grado escolar)	3	94	1.465	57	1.740	87	4	81	1.300	68
Otros Programas de Formación										
- Bachillerato y FPI	1	3	480	4		8		2		
- Mejora de aprendizaje	1	28	591	46						
- De interés cultural	3	12				20		34		
- Talleres de Salud	4	15	25	30		37		28		57
- Grupos educativos			292			84		44		212
- Talleres comunicación y hhss						30		30		28
- Acceso a la universidad						1				
- Otras acciones formativas (informática, idiomas, etc.)							4	129		
- Programas/cursos captación profesional (preformación laboral)							4	332		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social se ofrecen programas de apoyo individual y familiar. En lo que al primer tipo respecta, han aumentado considerablemente, pasando de 6 en 1996 a 8 a partir de 1999. Lo mismo ha ocurrido con los de apoyo familiar, que han contado desde 1999 con 2 programas más (ver Tabla 16).

Tabla 16*Evolución de los programas de apoyo a la incorporación social (1996-2000)*

Incorporación Social	1996		1997		1998		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas de Apoyo Residencial								
P. de apoyo individual	6	86	7	91	8	109	8	92
P. de apoyo familiar	1	5	1	5	3	43	3	5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En opinión del responsable, todos los recursos y servicios están normalizados, con la excepción de una escuela taller que hace 4 años se propuso porque había un convenio con el INEM y la montamos, es lo único que hay específico. La derivación es fácil porque los servicios socia-

les son los que se encargan de tramitar con una persona con una deficiencia que se incorpore. En el momento en que entran en la red normalizada no sabemos sus dificultades, a la gente no se le puede poner etiquetas. A la empresa no le importa de dónde viene y por qué viene de inserción. Lo que hacemos son informes favorables, no somos partidarios de crear redes específicas.

8. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por medio de alguna empresa de investigación especializada o a través de técnicos y personal de la propia institución, con apoyo externo en el trabajo de campo. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan, hasta la fecha, han sido la evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención en el medio escolar, estudios cualitativos sobre el alcohol y otras drogas en jóvenes de Navarra y sobre el fenómeno de las drogas de síntesis y, por último, un estudio cuantitativo sobre juego y consumo de drogas en la población de 15 a 65 años.

La cantidad de estudios realizados se considera suficiente, y la calidad de los resultados buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones destacan el tiempo de dedicación por los técnicos del Plan y como líneas básicas de los estudios se deberían promover la investigación enfocada hacia el ocio y el tiempo libre. Por último, la investigación a nivel estatal la encuentran demasiado centrada en lo cuantitativo.

9. RELACIÓN CON LAS ONG'S

Son numerosos los agentes, organismos e instituciones implicados en la lucha y búsqueda de soluciones al fenómeno de la drogadicción. Cada vez hay más profesionales cualificados en los centros, municipios, recursos y ONGs implicadas. Destaca el esfuerzo de estas últimas en el área de atención especial, las "Drogas de Síntesis", trabajando y difundiendo información sobre estas nuevas drogas¹⁶. Los convenios/conciertos establecidos con las ONGs fueron aumentando hasta 1998 (de 20 en 1996 a 23 dos años más tarde), descendiendo en 1999 (20) y volviendo a aumentar un año más tarde (22) (ver Tabla 17).

Tabla 17
Convenios y subvenciones a ONGs

Relación con las ONGs	Convenio/concierto
1996	20
1997	21
1998	23
1999	20
2000	22

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

¹⁶ Plan Nacional sobre Drogas, Memoria 1996-1999.

En opinión del responsable, *el movimiento asociativo tuvo un papel, en los primeros años, reivindicativo en la asistencia, eran grupos de padres y madres. Ahora está surgiendo un nuevo movimiento asociativo con más entidad de prevención donde han entrado personas que no han vivido la heroína, la conocen, pero por edad no les ha correspondido estar ahí y con ellos estamos trabajando. Está siendo una labor importante, están trabajando con consumidores en momentos de consumo, con voluntariado y mediadores para que en los lugares de consumo se le pueda dar información a los propios consumidores. La relación que se establece con ellos es con subvención o pago directo de actividades, no hay convenios. Nos vamos reuniendo mensualmente con las más importantes y vamos viendo...muchas de las cosas que se hacen no están en la subvención, se paga incluso otras cosas como la formación de los mediadores, es más ágil fuera de la subvención. Se trata de hacer las cosas más rápidas y adecuadas. La administración es muy lenta y por eso a veces se hace de esta forma, se buscan otras fórmulas para lo más urgente (acuerdos de colaboración). Hablamos de cantidades muy pequeñas, sin incumplir la norma. En los convenios no veíamos ninguna agilidad y por eso han desaparecido, nos entorpecían, era un trámite administrativo, eran anuales y dependían de la cantidad presupuestaria. Nuestra ley de presupuestos no nos permite hacer pagos de más de doce meses, es muy complicado.*

CONCLUSIONES

En Navarra, el primer Plan Foral de Drogodependencias se elaboró en 1993, siendo aprobado por el Gobierno en enero de 1994. Hay que destacar que cada año se definen los objetivos y las actividades a realizar, lo que permite el desarrollo del Plan (Subdirección de Salud Mental, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra). Lo más destacado en la evolución de éste, en opinión del responsable, ha sido *la integración en las actividades de prevención y en la normalización de los municipios y de la escuela... planteamos la necesidad de que fuera preventivo desde la normalización y ése es el éxito o lo más destacado del Plan*¹⁷.

Respecto al consumo de las diferentes sustancias, se considera moderada la situación actual y sus consecuencias. Sin embargo, no disponen de criterios ni elementos que permitan saber si la evolución del fenómeno ha mejorado o empeorado en los últimos años, aspecto en el que deberían incidir para conocer los avances o logros alcanzados en esta materia. No obstante, afirman que se ha modificado la forma y el espacio de consumo y se han incorporado otras sustancias. En general, el alcohol y el tabaco son consideradas las más problemáticas, seguidas por la heroína. Estas dos primeras sustancias, registran, además, los mayores niveles de consumo, posicionando a Navarra entre las regiones más consumidoras de alcohol y tabaco, respecto al resto del Estado. En lo relativo a las drogas ilegales, la heroína ha cedido el protagonismo a las drogas de síntesis y aumenta el abuso de opiáceos. Los derivados del cánnabis, las anfetaminas y otros estimulantes, principalmente se consumen acompañadas de alcohol y, finalmente, el consumo de cocaína no es muy destacado, si lo comparamos con el del resto de Comunidades. En opinión del responsable, lo que sigue constante es el alcohol, siempre está presente a pesar de los cambios o introducción de nuevas sustancias, se adapta a todo, por lo que se va a hacer un Observatorio para detectar los cambios en el menor tiempo posible, aspecto positivo que conviene destacar.

Al consumo de sustancias, vienen asociadas una serie de consecuencias. Según datos del Plan Foral sobre Drogodependencias, el número de personas atendidas en la red de utilización pública de Navarra por problemas derivados del abuso de drogas como primer diagnóstico clínico, ha experimentado un aumento. La carga asistencial en los equipos de salud mental por drogas es del 12%. Por otro lado, la asistencia a personas en programas de mantenimiento con opiáceos está sufriendo un ligero descenso, sin embargo, están aumentando las demandas a tratamiento por consumo de cocaína, aunque no son más del 3% del total. Otra de las consecuencias es la

17 Entrevista realizada en mayo de 2002.

mortalidad atribuible al abuso de sustancias, aunque los fallecimientos por consumo de opiáceos han ido descendiendo progresivamente (de 25 en 1990 a 5 en 1999). Finalmente, respecto al Sida, la tasa por millón de habitantes, aunque aumentó considerablemente hasta 1994, ha ido descendiendo gradualmente durante el resto de los años.

Entrando más de lleno en la estructura y funcionamiento del Plan, éste se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, aunque no se ha elaborado un informe oficial. Posteriormente, en la planificación, la Oficina del Comisionado es la encargada, pero las pautas generales que se siguen en la programación para la elaboración del Plan no son editadas. Por otra parte, no cuentan con un mecanismo o método de evaluación del Plan y aunque existe una comisión a nivel interno que realiza el seguimiento del mismo, ésta no funciona. En este sentido, se debería trabajar en estas debilidades mencionadas, de cara a un mejor funcionamiento del Plan. Otros problemas encontrados, en este caso en lo que respecta a las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central y Local en el ámbito de definición de competencias y de financiación con la Administración Local.

Describiendo en términos generales el organigrama de la Oficina de Coordinación, cuentan con un director técnico; tres responsables de las áreas de prevención, del sistema de información e investigación y de la incorporación y, por último, una administrativa; por otra parte, no tienen órganos consultivos. En cuanto a la difusión a la población de las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan, se realiza a través de todos sus miembros; la relación de la Dirección Técnica del PFD con todos los técnicos de los Programas Municipales es estable, por lo que la difusión de la información suele realizarse de forma personalizada (son 35 programas únicamente), aspecto que se puede considerar muy positivo.

Para la puesta en marcha del Plan, son necesarios una serie de recursos, entre ellos, de carácter humano y económico. En lo que al primer tipo respecta, el personal que trabaja en las diferentes áreas de intervención ha aumentado en los últimos años, aunque los responsables lo consideran todavía insuficiente. En el área de prevención, es imposible determinar el personal, ya que se articulan las intervenciones en estructuras que existen (Servicios Sociales de Base, Escuelas) y en pocas ocasiones tienen dedicación exclusiva. En este sentido, los responsables señalan dificultades como la integración de los profesionales en las estructuras municipales, de los programas de prevención en los propios servicios sociales de forma normalizada, de la educación para la salud de forma transversal en el ámbito educativo y la falta de formación. En el área de intervención asistencial, la red está integrada en la red de Salud Mental. El personal que trabaja en estos centros son principalmente licenciados, diplomados y auxiliares de clínica. En este área, se encuentran problemas de falta de voluntariedad y motivación del profesional y una presión asistencial de la demanda de patologías de Salud Mental. Por último, en la incorporación social, la estructura administrativa encargada es el Instituto Navarro de Bienestar Social y no existe ninguna persona específicamente dedicada a drogodependientes. En este sentido, se atiende en el mismo lugar y por el mismo personal que al resto de personas demandantes.

Los recursos económicos, comparando los últimos años, han crecido de forma considerable. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención y, en tercer lugar, la incorporación social. En términos relativos, el crecimiento más acusado se ha dado en las áreas de intervención asistencial y prevención. En opinión del responsable, el problema no es de dinero, si no de hacer trabajar a los profesionales que ya cobran, hacerles entender que tienen que integrar el problema de las drogas en su actividad.

Por áreas de actuación, en términos generales, la prevención ocupa una posición central desde los comienzos del Plan, debido a que, en opinión del responsable, el Servio Navarro de Salud es el que gestiona la asistencia. Las intervenciones se hallan descentralizadas de la Dirección Técnica del Plan Foral, recibiendo un gran apoyo de las estructuras municipales. Para trabajar en este área se parte de un estudio previo de necesidades y los ámbitos que se contemplan son principalmente el comunitario, a través de los municipios, con intervenciones en poblaciones juveniles y en situación de riesgo; el familiar, intentando articularlo a través de la escuela y generalizar esta actua-

ción y el educativo, que es el normalizado. En opinión del responsable, *no hacemos intervención directa en la población. Se han ido incorporando nuevas estructuras municipales y educativas. En primaria estamos alrededor del 50% y en secundaria por encima del 50%. Estamos trabajando en colegios completos desde los 3 años a segundo de Bachiller. Todo el claustro se está repartiendo según las edades y ello supone un avance cualitativo importante.*

Lo más novedoso en la prevención, según el responsable, ha sido el cambio en el respeto a la opción de consumo como una opción más, se trata de aprender a convivir con eso, normalizarlo, por estos motivos, las últimas campañas han ido dirigidas al tema de la marcha, no tanto al consumo. Frente a esta situación, el principal problema ha sido lograr un cambio en el enfoque de los técnicos que llevan años trabajando y vienen de formación en programas libres de drogas, donde la idea es de no consumir. Los objetivos son los mismos, lo que han cambiado han sido las estrategias y la forma de abordarlo, lo que ha permitido un mayor acercamientos a las personas en conflicto.

Respecto al área de intervención asistencial, el Servicio Navarro de Salud es el que gestiona la asistencia. En los últimos años, según el Plan Foral, se están logrando las expectativas en los programas de mantenimiento con opiáceos, sufriendo un ligero descenso; están aumentando los consumidores de cocaína que demandan tratamiento; las oficinas de farmacia adquieren un gran protagonismo en los programas de mantenimiento con metadona, involucrándose cada vez un mayor número de profesionales; hay un gran número de personas atendidas en los Centros de Día; un notable desarrollo del programa de Intercambio de Jeringuillas en la Prisión Provincial y los programas alternativos a las penas privativas de libertad tienen un funcionamiento ejemplar .

En opinión del responsable, aunque pocas cosas se pueden introducir, se ha conseguido que se reconvirtiera una comunidad terapéutica en un centro de menores, de tratamiento específico y especializado, siendo uno de los primeros que ha habido en España. En resumen, lo más destacado del área de intervención ha sido la flexibilidad que han tenido los recursos para adaptarse a los nuevos consumos y a la patología dual, aunque hay situaciones conflictivas que habría que abordar desde lo sociosanitario -no desde lo sanitario-, y el problema de la saturación de la red, que no ha crecido de modo proporcional a los problemas de salud mental de la sociedad, no ha sido una red ágil de crecimiento o de entradas y salidas. Como perspectivas de futuro, está en función de la reforma de salud mental, pasando de atención primaria a asistencia especializada, que está en marcha y es lo que tiene que dar la respuesta, para ser un circuito más vivo.

En la incorporación social de los drogodependientes, se aprecia una amplia oferta de dispositivos. Entre los programas y recursos específicos, se encuentran los centros residenciales de tratamiento, los recursos de apoyo residencial (pisos tutelados), los programas de incorporación laboral, los de formación y los de apoyo individual y familiar a la reinserción social. En opinión del responsable, todos los recursos y servicios están normalizados, con la excepción de una escuela taller que se propuso (hace cuatro años), a través de un convenio entre el INEM y la Delegación del Gobierno para el PNSD. La derivación no resulta dificultosa porque los servicios sociales son los que se encargan de tramitar con una persona con una deficiencia que se incorpore, aunque en el momento en que entran en la red normalizada no se saben sus dificultades.

Los estudios e investigaciones en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por medio de alguna empresa de investigación especializada o a través de técnicos y personal de la propia institución. La cantidad de estudios realizados se considera suficiente y la calidad de los resultados buena, aunque entre las principales dificultades está el tiempo de dedicación por los técnicos del Plan. Como líneas básicas de los estudios consideran que se debería promover la investigación enfocada hacia el ocio y el tiempo libre y, finalmente, la investigación a nivel estatal la encuentran demasiado centrada en lo cuantitativo.

En cuanto al papel del movimiento asociativo, en opinión del responsable, fue de carácter reivindicativo en la asistencia durante los primeros años, siendo grupos de padres y madres. En estos momentos, está surgiendo un nuevo movimiento asociativo con más entidad de prevención, con personas que no han vivido la heroína. Están trabajando con consumidores, con voluntariado y mediadores para dar información en los propios lugares de consumo. La relación que se estable-

ce con ellos es fundamentalmente a través de subvención o pago directo de actividades, a través de reuniones mensuales, no existiendo convenios debido a su escasa agilidad.

Para finalizar, haciendo una valoración general del Plan, el responsable señala, entre los puntos débiles, que la labor desempeñada es *muy poco vistosa, a veces hay alguna necesidad de que se conozca, pero esto es más demanda política que nuestra. Nosotros no tenemos ninguna intención de salir en los medios, aunque a veces si hemos tenido ciertas necesidades. Cuando se va a hacer algo importante, alguna modificación como trabajos en escuelas, si interesa que salga en los medios, porque la información dentro de cada centro educativo es un mundo. De esta forma es más forma es más rápido y eficaz y también para reforzar a los profesionales. Los puntos fuertes serían la estructura que tenemos de coordinación y la forma de trabajar, aunque es poco vistosa (traslada los servicios donde tienen que trabajar, traslada la responsabilidad). La relación con Justicia, que también es una relación muy sorda, pero en cumplimiento de medidas alternativas tenemos a mucha gente porque estuvimos año y pico en un grupo de trabajo (juez de vigilancia, de instrucción, fiscal, la policía, el forense, etc.) viendo las dificultades y desconfianzas que había desde la fase de detención hasta la de cumplimiento. De ahí salió una forma de trabajar donde todos se conocían y una confianza entre todos bastante buena. Esto no es mérito nuestro, pero al ser una región muy pequeña conocemos perfectamente todo lo que pasa*¹⁸.

18 Entrevista realizada en mayo de 2002.

PAÍS VASCO

INTRODUCCIÓN

El País Vasco¹ lleva veinte años trabajando en la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con las drogas. Como destaca la Ley 18/98, tras la constitución del primer Gobierno Vasco en 1981, una de las primeras decisiones fue la creación del Centro Coordinador de Drogodependencias (D.A.K.) para desarrollar la política preventiva.² Una vez que ha cambiado el panorama del consumo de heroína de la década de los 80, desde los 90 se han ido elaborando sucesivos planes de drogas (90-92, 93-95, 96-98, 2000-2002), con el objetivo de hacer frente a los cambios en la realidad, integrando a toda la sociedad para solucionar este problema. En 1998, con la intención de responder a los cambios acaecidos en los últimos años, el Parlamento Vasco aprobó por unanimidad la Ley 18/98 de Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias, que sustituyó a la elaborada diez años atrás³.

A través de la Consejería de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social, se han puesto en marcha muchas iniciativas, programas y recursos, con un gran esfuerzo desde las distintas administraciones y desde la iniciativa privada. En el ámbito de la prevención, se ha trabajado desde los Ayuntamientos y Mancomunidades, colaborando con el Gobierno Vasco y se han consolidado los programas de prevención comunitaria en la mayor parte del territorio. En el área de la intervención asistencial, se ha producido una mayor diversificación de la oferta de tratamiento con el crecimiento experimentado por el programa de mantenimiento con metadona, que se ha extendido a varios centros de salud mental; la dispensación en oficinas de farmacia acreditadas; la puesta en marcha de una unidad móvil y la adaptación de todos los dispositivos a los nuevos usos de drogas, entre otras novedades.

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan Autonómico consideran grave la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la dro-

1 2.098.628 habitantes

2 Antecedentes en el capítulo 1 de la Ley 18/98 de 25 de junio sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.

3 IV Plan Trienal sobre Drogodependencias 2000-2002

gadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, no ha cambiado. Consideran el alcohol como la sustancia más problemática, seguida por el tabaco y por la cocaína. En su opinión, el alcohol es una sustancia que desencadena otros problemas que la sitúan en un primer puesto. Por otro lado, el tabaco y la cocaína ocasionan un gran impacto sanitario. El IV Plan Trienal sobre Drogas, además de ofrecer una información detallada de la situación del consumo, como informe previo a las Líneas de Actuación, califica la situación de mantenimiento y cambio. Por una parte, continúan los problemas generados por el abuso de heroína, aunque han descendido las muertes y el número de casos de SIDA, problemas que afectan a consumidores crónicos, personas con un largo historial de consumo y conocidas en los dispositivos asistenciales. Por otro lado, aparecen cada vez con más frecuencia los nuevos consumos de sustancias, anfetaminas, cocaína y cánnabis principalmente, con cambios en las vías de consumo y en el perfil de los consumidores, junto al alcohol que lo califican como uno de los mayores problemas si no es el mayor⁴.

Por mandato Parlamentario (art.40), en el País Vasco se realizan desde 1991 encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, económicos y sociales sobre la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias, dentro de la serie Euskadi y Drogas. La sexta encuesta sobre drogodependencias se realizó en el año 2000 (Gazteak 2001). A partir de estos estudios, los cinco informes del Observatorio Vasco sobre Drogodependencias, creado en 1997, permiten ofrecer a la sociedad información actualizada sobre este fenómeno⁵.

En líneas generales, los estudios revelan la grave situación de las drogas en el País Vasco. Comparado con España, el porcentaje de jóvenes iniciados en el uso de las distintas sustancias es superior en esta Comunidad en todas las sustancias con excepción del tabaco (ver tabla 1). Las diferencias son especialmente significativas para el consumo de cánnabis (55,1%), anfetaminas o speed (15,3%) o las drogas sintéticas (8,2%). Estos mismos resultados se desprenden del estudio de la Fundación Santamaría sobre los Jóvenes Españoles de 1999, donde los vascos tenían un consumo de drogas superior a los de las demás Comunidades Autónomas. El 97,5% de los jóvenes ha consumido alcohol, al menos una vez en la vida. En el consumo de tabaco, ocupaba el tercer lugar respecto al resto (76,1%). Era la Comunidad donde más jóvenes habían probado el cánnabis al menos una vez en la vida (62,4%), así como las anfetaminas (18,8%) y las drogas de síntesis (10,7%). En consumo de cocaína ocupaba la cuarta posición (12,7%).

En el informe 4 del Observatorio Español sobre Drogas (2001)⁶, en lo que se refiere a la población general, muestra que un 60,8% de los vascos consumieron alcohol en los últimos treinta días, resultado no muy elevado en comparación con otras Comunidades. El porcentaje de consumidores varones (74,7%) es muy superior al de mujeres (46,9%). Por edades, los mayores bebedores, en el caso de los hombres, se encuentran entre los 30 y 34 años y, conforme aumenta la edad se mantiene este porcentaje; entre los más jóvenes el consumo es superior en las mujeres, con un 60,2% de bebedoras en el último mes según esta encuesta. (Ver gráfico 1).⁷ El porcentaje de bebedores abusivos en días laborables era de 9,7% ocupando la segunda posición a nivel estatal, tras Melilla y la séptima posición en el consumo abusivo de fin de semana (9,5%).

El consumo de alcohol entre las mujeres jóvenes parece haber descendido, el informe 4 (2001) referido a los jóvenes de 15 a 29 años señala que el porcentaje de jóvenes iniciados en el consumo de alcohol asciende al aumentar la edad (ver gráfico 2), encontrándose la mayor proporción entre los varones de 25 a 39 años (97%). La proporción de consumidores habituales de alcohol es superior en el caso de los hombres (73,3%) frente al 65,8% de las mujeres.

4 IV Plan Trienal sobre Drogodependencias 2000-2002

5 Se puede tener acceso a los informes 4,5a través de la página de Internet www1.euskadi.net/drogodep

6 Los resultados de este informe se extraen de la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1999

7 Las proporciones son similares al Informe 3 del Observatorio Vasco (1999), aunque utiliza otra clasificación por grupos de edad. Según este informe, los exbebedores (6,7%) se encuentran sobre todo en edades avanzadas superiores a 69 años, disminuyendo esta proporción desde 1998 (9,6%).

Tabla 1

Comparación de sujetos iniciados en el uso de distintas sustancias en España y en la CAPV. Porcentajes

SUSTANCIA	Jóvenes españoles 1999	Gazteak 2001
Alcohol	86,5	91,8
Tabaco	67,3	58,7
Cannabis	33,3	55,1
Anfetaminas o speed	5,9	15,3
Cocaína	7,1	11,2
LAD	4,5	6,8
Drogas sintéticas	4,9	8,2

Fuente: Informe 4. observatorio Vasco sobre Drogas. 2001.Pp. 14

Gráfico 1

Prevalencia de consumidores de alcohol en los últimos treinta días por sexo y grupo de edad.



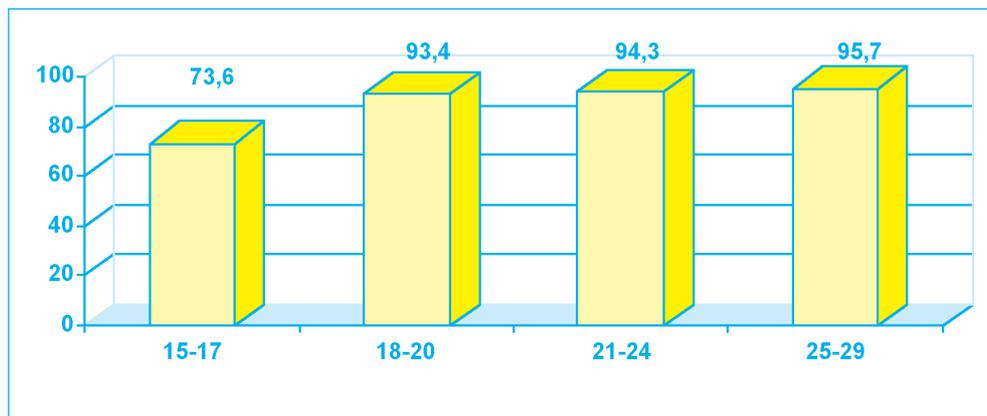
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. 1999. Pp. 24.

La segunda sustancia considerada más problemática es el tabaco. El informe 3 del Observatorio Vasco (1999), indicaba que el 60% de la población entre 15 y 79 años se había iniciado en el uso de tabaco alguna vez en su vida.⁸ Casi la mitad de los jóvenes entre 15 y 19 años ha iniciado el consumo de tabaco, proporción que va creciendo hasta alcanzar las tres cuartas partes de la población entre 35 y 49 años. Las diferencias en función del género son significativas ya que en el intervalo de 15 y 19 años casi el doble de mujeres que de hombres se ha iniciado en el consumo de esta sustancia, encontrándose entre los 25 y 34 años, invirtiéndose la tendencia a partir de esta edad. Los fumadores habituales⁹ constituyen el 42% de la población. El número de exfumadores en 1999 se mantenía en 13,4%, siendo inexistente en los menores de 25 años. En

⁸ Las personas iniciadas son las que han probado y han vuelto a repetir.

⁹ Aquellos que se iniciaron en el consumo de tabaco hace más de un año y continúa fumando con frecuencia e intensidad notables

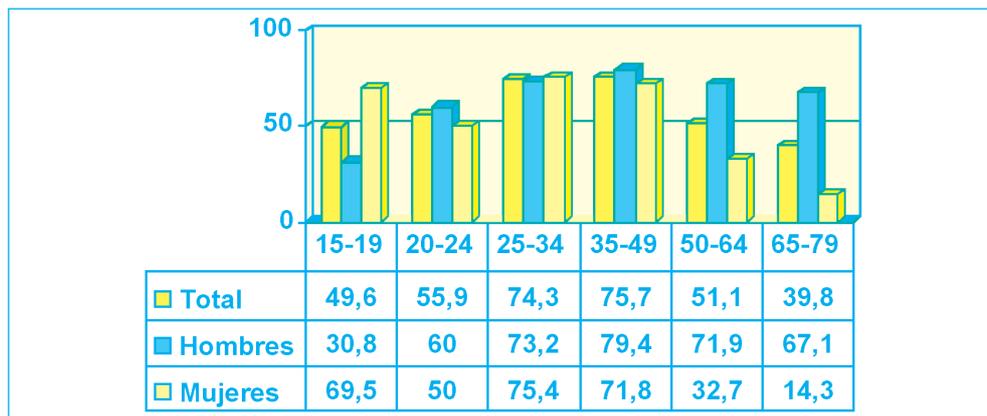
Gráfico 2
 Porcentaje de jóvenes iniciados en el uso de alcohol.



Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

resumen, 6 de cada 10 vascos han fumado en algún momento de su vida, el 42% de la población es fumadora habitual y el 13% exfumadores. Respecto a la evolución se aprecia un descenso del consumo de tabaco, que no parece reflejarse en los sectores juveniles. El nivel de consumo no varía en función del status socioeconómico (ver gráfico 3).

Gráfico 3
 Porcentaje de personas que se han iniciado en el consumo de tabaco en la CAPV, 2000.



Fuente: Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 1999.

Los resultados del último Informe del Observatorio Vasco (2000), muestran como aspecto más destacado la feminización del consumo de tabaco entre los más jóvenes, aspecto que se produce en los iniciados como en los fumadores habituales, aunque también es mayor la proporción de mujeres que dejan de fumar entre los 25 y 29 años. (Ver tabla 2). En comparación con la media nacional, el tabaco era la única sustancia con menor consumo entre los jóvenes, siendo del 67,3% en España y del 58,7% en el País Vasco (Ver tabla 1).

Tabla 2

Proporción de jóvenes (15 a 29 años) que se han iniciado en el consumo de tabaco y consumidores habituales en la CAPV, 2000

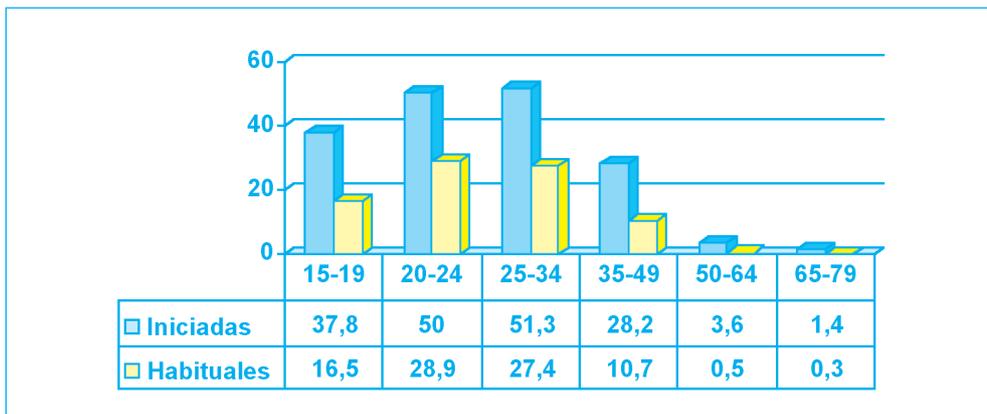
TABACO	Porcentaje	15-17	18-20	21-24	25-29
Inicios de consumo	Total	35,1	55,2	65,4	63,8
	Hombres	34,9	50,6	62,9	67,8
	Mujeres	35,3	60,1	68,1	59,5
Fumadores habituales	Total	18,6	35,8	44,5	42,6
	Hombres	17,1	32,6	41,1	42,1
	Mujeres	20,1	39,3	48,1	43,1

Fuente: Elaboración propia a partir del informe 4 del Observatorio Vasco sobre Drogodependencias, 2000. Pp. 7 y 8.

El consumo de las sustancias ilegales es mayor respecto al resto de las Comunidades. Según la encuesta del Observatorio Vasco (1999), la cuarta parte de la población ha consumido cannabis alguna vez. De los que lo han probado, aproximadamente la mitad confiesa mantener un consumo habitual, lo que supone el 12,3%, siendo más habitual entre hombres (14,5%) que entre mujeres (10%). La mitad de la población consumidora tiene entre 20 y 34 años, aunque también existe una proporción importante entre los 15 y 19 años (37,8%) y entre 35 y 49 años (28,2%). Uno de cada dos jóvenes de 15 a 19 años que han probado el cannabis, mantienen un consumo habitual, lo que no ocurre con los de 35 a 49 años, de los que solo el 10% sigue consumiendo. El 7,5% de los encuestados se manifiesta exconsumidor de cannabis, mayoritariamente entre 25 y 34 años. Respecto a 1997 no se ha seguido una tendencia constante en la proporción de consumidores en los últimos doce meses (9,3%)¹⁰.

Gráfico 4

Proporción de personas iniciadas y consumidores habituales de cannabis (porcentaje).



Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 1999.

¹⁰ Informe nº4 del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.51

Los últimos resultados de la encuesta para el año 2000 muestran que más de la mitad de los jóvenes de la CAPV han consumido cánnabis (55,1%) –muy por encima de la media nacional (33,3%)- de los cuales un 29,6% mantienen un consumo habitual. Entre las mujeres está menos extendido y desciende entre los 21 y 29 años. (Ver tabla 3) La proporción más alta de exconsumidores se encuentra entre los 25 y 29 años (12,7%).

Tabla 3

Proporción de jóvenes (15 a 29 años) que se han iniciado en el consumo de cánnabis y consumidores habituales en la CAPV, 2000

CANNABIS %	15-17	18-20	21-24	25-29	N=2000
Personas iniciadas	31,7	61,2	59,2	57,8	55,1
Consumidores habituales	15,1	34,8	31,9	30,9	29,6

Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 2000

En el consumo de los jóvenes, Domingo Comas¹¹, ofrece una visión más detallada. La primera experiencia tiene lugar entre los 14 y 16 años, en un contexto de fiesta, viaje u otra ocasión especial. La trayectoria posterior de consumo suele ser similar: durante un periodo más o menos largo, los consumos se realizan en ocasiones especiales, tras lo que más de la mitad de los entrevistados pasa a convertirse en consumidor habitual los fines de semana. Esto se mantiene con cierto vaivén y temporadas de mayor y menor uso. Es un consumo juvenil aunque algunos lo prolonguen toda la vida. El dinero suele provenir de la paga, gastando unas 6500 pesetas el fin de semana (Guipúzcoa el doble). Los jóvenes definen esta sustancia como controlable, asequible y de uso fácil, pudiendo acceder al mercado del cánnabis. “Es una droga peligrosa, pero no tanto para mí sino para los demás que no controlan”.

Javier Elzo, establece una tipología de la juventud vasca y estos grupos mantiene una relación con el consumo de drogas. Respecto al cánnabis, propone una doble lectura: por un lado el consumo festivo, normalizado, integrado, asociado a otras sustancias legales y otro uso que no se limita al fin de semana, con un consumo no experimental de otras sustancias ilegales. El segundo modelo, asociado a un joven hedonista y disfrutador (20%) respondería a un perfil de joven, de género masculino, descontento con su vida, estudiante mediocre, con problemas de familia, nada altruista y alejado de todo compromiso que, sin ser un toxicómano que vive en la marginación social, dedica su vida a las fiestas de fines de semana y vacaciones, en las que el consumo de alcohol y drogas ilegales resulta inexcusable. Isabel Vielva confirma el estatus normalizado que ha adquirido el cánnabis entre la juventud vasca, que establece una diferencia clara entre éste y el resto de sustancias ilegales, opinando que es poco peligroso y no tiene riesgos, a diferencia de las otras drogas que sí se perciben muy arriesgadas y carentes de beneficio.

En cuanto al resto de sustancias ilegales, la cocaína es la tercera más consumida, con un 4,7% de personas que la han probado y un 1,8% de las que consumen con regularidad. Aunque también se da mayoritariamente entre 20 y 24 años, es la sustancia de mayor aceptación entre las personas de 35 a 49 años. El éxtasis y el LSD se mantienen en niveles inferiores y aunque se sigue concentrando este consumo en el grupo de 20 a 24 años, en el caso del éxtasis encuentra más aceptación entre la población más joven (3,9%) que el LSD, donde no aparece ningún caso. (ver tabla 4). En todas ellas predominan los varones.

Respecto a los más jóvenes los últimos resultados muestran la mayor proporción de consumidores en el grupo de 25 a 39 años y un gran porcentaje de anfetaminas en esta Comunidad (ver gráfico 5).

¹¹ “Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas”. Elzo, J, Vielva, I., Laespada, M.T., Saladar, Comas, D.. Deusto.

Tabla 4

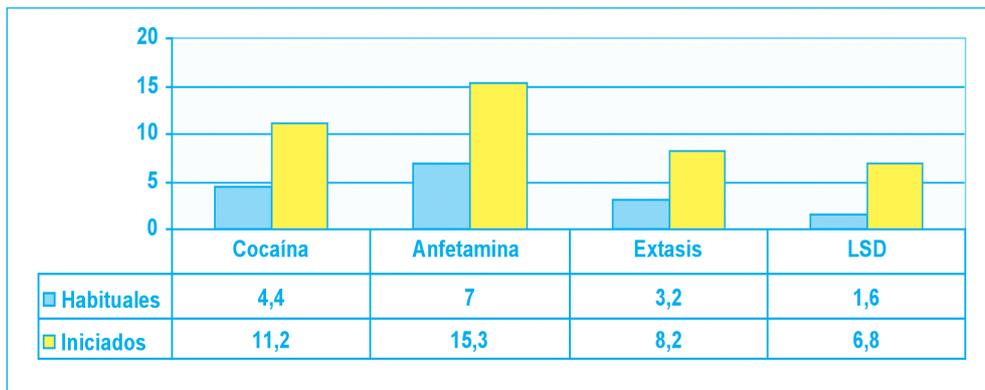
Proporción de jóvenes (15 a 29 años) que se han iniciado en el consumo de algunas sustancias en función de la edad (porcentaje)

	Cocaína	Anfetamina	Extasis	LSD
15-19	3,2	7,9	3,9	0
20-24	19	22,8	7,2	6,2
25-34	8,5	11,8	4,7	4,2
35-49	6,3	5,4	1,4	2,8
50-64	0,2	0,5	0,2	0,2
65-79	0	0	0	0,3

Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 1999.

Gráfico 5

Proporción de personas iniciadas y consumidoras habituales de diferentes drogas



Fuente: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, 2000. Pp.12

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

La tasa de admisiones a tratamiento fue de 3,2 personas por cada 1000 habitantes en 1999, cifra superior a la de 1998 (2,5) con mayor incidencia en Vizcaya, menor en Guipúzcoa y Álava en el punto intermedio. Respecto a 1997, disminuyó la tasa de atención a las personas en tratamiento. Cada vez son menos los atendidos en las Comunidades Terapéuticas al tiempo que aumentan los pacientes en los programas de Objetivos Intermedios (dispensación de metadona) desde 1991, lo que significa que se ha ampliado el servicio y captado mayor número de pacientes que habían fracasado en otros programas.

También han experimentado una tendencia creciente las personas por tratamiento de alcoholismo, en una proporción de una mujer por cada cuatro hombres. La sustancia por la que se solicita tratamiento es la heroína (63,9%) fundamentalmente, aunque desde 1995 desciende y aumenta la demanda por consumo de cocaína (21,8%) y cannabis (6%); ésta última en especial en aquellas personas que solicitan tratamiento por primera vez (12%).¹² Siguiendo con los resultados

12 Informe nº4 Observatorio Vasco sobre Drogodependencias Pp.30

Tabla 5

Evolución del número de personas atendidas por toxicomanías no alcohólicas en el CAPV. 1994-98. Valores absolutos.

<i>Personas atendidas por toxicomanías no alcohólicas</i>	<i>Números totales</i>	<i>Incremento respecto al año anterior</i>
1994	5203	
1995	5487	+3,9
1996	5327	-2,91
1997	5457	+2,4
1998	6041	+10,70
1999	6797	+12,51

Fuente: Observatorio Vasco sobre Drogodependencias, 2000.

del 4º informe del Observatorio Vasco (2000), respecto a la vía de administración, ha descendido la inyectada (31,5% en 1999) y aumentado la fumada (31,5% en 1999), especialmente en las personas que solicitan tratamiento por primera vez., donde cobra protagonismo la vía esnifada (36,1% en 1999). Algunos estudios (Iraurgi, Ioseba; Vielva, I.: 1999) apuntan a un cambio en las pautas de administración de drogas en esta Comunidad, con una reducción de la vía inyectada desde 1991. A partir de las admisiones a tratamiento desde 1991-1996 se observa que la vía inyectada a pasado de un uso del 83% a un 52,3%, lo que coincide con los resultados de otras Comunidades y de otros países. A medida que aumenta la edad es menor el riesgo de utilizar la vía inyectada. Ser hombre, haber recibido tratamientos previos, ser la heroína la que motiva la demanda de asistencia y el mayor número de años de consumo, son factores asociados a una mayor utilización de esta vía de administración.

Los usuarios más jóvenes son los que presentan un mayor riesgo de utilizar esta vía, pues, aunque desciende entre los nuevos consumidores, todavía los hay que se inyectan y comparten este material por encima de los más veteranos. Una explicación que dan estos autores es que las campañas de prevención de riesgos han sido mayoritariamente orientadas a los usuarios ya incluidos en programas de tratamiento, siendo menor el trabajo de calle. Esta reducción de la vía intravenosa se sustituye por la respiratoria (en 1991 8 de cada 100 la utilizaban y en 1996 son 30 de cada 100).

Una de las razones que se desprenden de este estudio es que en la calle circula más la heroína marrón, menos soluble que la blanca. Existe mayor presencia de heroína blanca en el norte y costa este de España mientras que la marrón se encuentra en la zona sur y centro. Esto coincide con el estudio desarrollado por De la Fuente y colaboradores en tres ciudades españolas. La zona norte tiene una mayor presencia de heroína blanca y por eso se recurre más a la vía inyectada y se observa más resistencia a que sea sustituida, en comparación con otras Comunidades (Sevilla y Madrid 24-30%; Barcelona 77%).

Atendiendo a las características sociodemográficas de las personas atendidas se trata de 81 hombres por cada 19 mujeres. La edad media en 1999 fue de 30,2 años y el aumento de la edad ha sido progresivo desde 1987 (24,3 años). El número de personas fallecidas por este motivo durante 1999 fue de 46, alcanzando la cifra más baja desde 1994, tal vez –como sugiere la Memoria del Observatorio Vasco- por el descenso en el consumo de heroína y la implantación de los programas de metadona (Ver tabla 6).

La tasa de mortalidad por reacción adversa a las drogas es de 4,04 por cada 100.000 habitantes entre 15 y 49 años, descendiendo respecto a 1998 (5,25), con mayor número de muertes

Tabla 6

Mortalidad producida por reacción adversa a las drogas en la CAPV, 1994-1998. Valores absolutos y porcentaje de variación.

Mortalidad por reacción adversa a las drogas	Números totales	Incremento respecto al año anterior
1994	65	
1995	71	+9,2
1996	85	+19,7
1997	55	-34,5
1998	60	+9,1
1999	46	-23,4

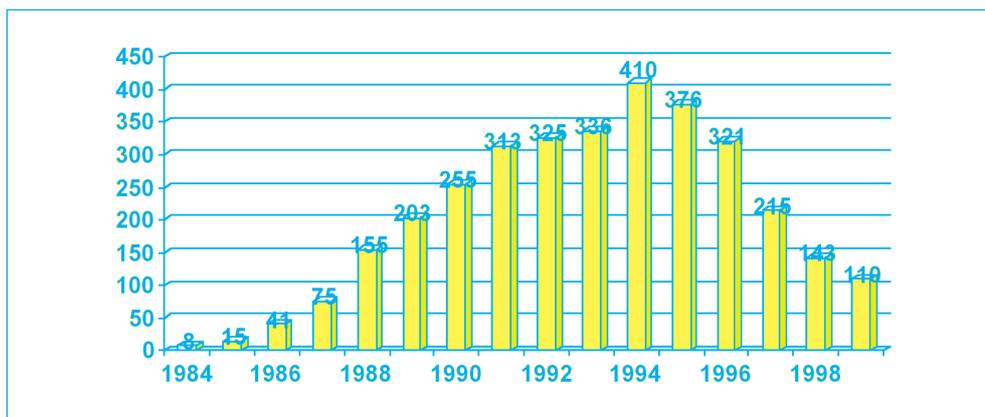
Fuente: Observatorio Vasco sobre Drogodependencias, 2000.

en Vizcaya y Guipúzcoa. Aunque es superior la proporción de muertes entre los hombres, en 1999 se ha incrementado la proporción de mujeres. Desde 1994 se eleva la edad de las personas fallecidas, predominando los mayores de 35 años en 1999 (41,2%). La droga más frecuente detectada entre las personas fallecidas sigue siendo la heroína (97,7%), tras ella las benzodiacepinas (58%) y la cocaína (34,7%).

Durante 1999 se registraron 110 casos nuevos de SIDA en esta Comunidad relacionados con la utilización de la vía parenteral, en una proporción de ocho hombres y dos mujeres. El uso compartido de jeringuillas continúa siendo el mecanismo de transmisión más frecuente. Respecto a la evolución, se aprecia el descenso de casos desde 1995. (Ver gráfico 7). Aproximadamente el 64% de los hombres y el 63% de las mujeres que padecen SIDA es por el intercambio de jeringuillas. En cuanto a la edad, la mayoría de personas infectadas por SIDA por compartir jeringuillas tiene entre 30 y 39 años (73,6%), siendo cada vez más numeroso entre 30 y 34 años. La edad de los

Gráfico 6

Evolución del número de casos de SIDA que son UDVP en CAPV, 1984-1998.



Fuente: Observatorio Europeo sobre Drogas, 2000.

UDVP infectados por SIDA va aumentando lentamente, confirmándose la tendencia al envejecimiento. Finalmente, teniendo en cuenta la mortalidad en los casos de SIDA UDVP se han producido 53 fallecimientos en 1999 continuando la tendencia al descenso.

2. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

La Ley 18/1998 sobre prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias¹³, sustituyó a la vigente hasta ese momento desde 1988, donde ya se señalaba la elaboración de un Plan sobre Drogodependencias en el que se recogiesen de forma global y coordinada las acciones emprendidas por las Administraciones en esta materia.¹⁴ Merece la pena mencionar los aspectos más relevantes en los que hace hincapié la citada Ley, tras la revisión de la norma anterior: buscar una mayor efectividad de las políticas de prevención, mediante la creación de los Equipos Técnicos Municipales de prevención Comunitaria; la corresponsabilidad de los medios públicos de comunicación; el efectivo control de la dispensa de fármacos; el requerimiento a la Policía del País Vasco de actuaciones en la prevención del tráfico ilícito de drogas; la mejora de la coordinación de las políticas públicas, así como de las distintas instituciones implicadas con las organizaciones empresariales, la iniciativa privada, red asistencial pública y privada y sistema judicial; la tutela de los derechos de las personas no fumadoras en situación de colisión con otros hipotéticos derechos y, por último, la regulación de un régimen sancionador que permita una mayor eficacia en el cumplimiento de la Ley y los objetivos que ésta persigue¹⁵.

Hasta este momento se han elaborado en el País Vasco cuatro Planes Trienales desde 1990. El Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social ha evaluado la ejecución del Plan 2000-2002 después del primer año en marcha. Por otra parte, la evaluación del Tercer Plan puso de relieve la necesidad de avanzar en la eficacia de las intervenciones además de la calidad y la mejora debía de ir encaminada hacia "la metodología de la elaboración y los aspectos relacionados con la comunicación y participación de los distintos actores sociales implicados".

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan (planificación, programación, organigrama, etc). Junto a ello, el IV Plan Trienal, ofrece un resumen del proceso seguido en la elaboración. En este sentido, el Plan se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales del mismo. Los últimos estudios se realizaron en los años 1998 y 2000, y el siguiente estaba previsto para el año 2001. Para ello, se han empleado fuentes primarias, principalmente Euskadi y Drogas 1998 y 2000, los Informes del Observatorio y entrevistas realizadas a profesionales y mediadores. Una vez realizadas las consultas con expertos y atentos a los resultados del Observatorio Vasco sobre Drogodependencias, se determinaron las Líneas Prioritarias de Actuación en torno a cinco áreas de trabajo: prevención, control de la oferta, asistencia, inserción y apoyo.

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos y técnicos de los distintos Departamentos del Gobierno Vasco, de las Diputaciones y Ayuntamientos bajo la coordinación de la Secretaría. La Oficina del Comisionado ha definido los objetivos una vez realizadas consultas con técnicos de las distintas administraciones y el estudio de necesidades. Las pautas generales seguidas en la programación y elaboración del Plan, han sido editadas en los diferentes planes trienales existentes hasta la fecha. Una vez aprobadas las Líneas Prioritarias se trasladan desde la Comisión Interdepartamental al resto de instancias participantes para la formulación de los objetivos y pro-

13 Modificada por la Ley 1/1999 de 18 de mayo en la estructura orgánica

14 Art.32 de la Ley 11 noviembre de 1988

15 Ley 18/1998 de 25 de Junio

gramas. Se aprovechó el resultado de la evaluación anterior, en el que se señalaban problemas metodológicos, para re-diseñar los instrumentos de recogida de información, ofreciendo una formación en ellos a todos los implicados en este proceso.

Junto a esto, la evaluación del Plan sigue un proceso mediante el que los distintos técnicos recogen los indicadores para evaluar los programas de los que son responsables; se hace evaluación de diseño y de ejecución del Plan para cada año y para el conjunto, además de realizar evaluaciones de programas concretos o grupos de programas. La evaluación se contrata con empresas externas, como el Instituto Deusto de Drogodependencias. El seguimiento del Plan a nivel interno lo realiza la Comisión Interdepartamental, formada por Viceconsejeros de los Departamentos responsables de los programas incluidos en el Plan, que se reúnen al menos una vez al año. Con esta evaluación se persigue la relación entre metas y estrategias junto al seguimiento de la gestión de los diferentes programas y la eficiencia de los mismos. En este sentido, el citado Plan dedica el capítulo 4º a la evaluación, distinguiendo entre evaluación del abordaje interinstitucional, de la coherencia del plan, de los programas que lo componen y evaluación global, ésta última con un conjunto de entrevistas a los diferentes agentes. El proceso temporal seguido por la evaluación será de un informe al final de cada año y un informe final, independiente del resto. Por último, en el IV Plan Trienal, se señala el destacado papel que ha realizado el Consejo Asesor de Drogodependencias durante todo el proceso¹⁶.

Al plantear a los responsables cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Autonómica y Local en la coordinación y en el ámbito de recursos (humanos, materiales). En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local.

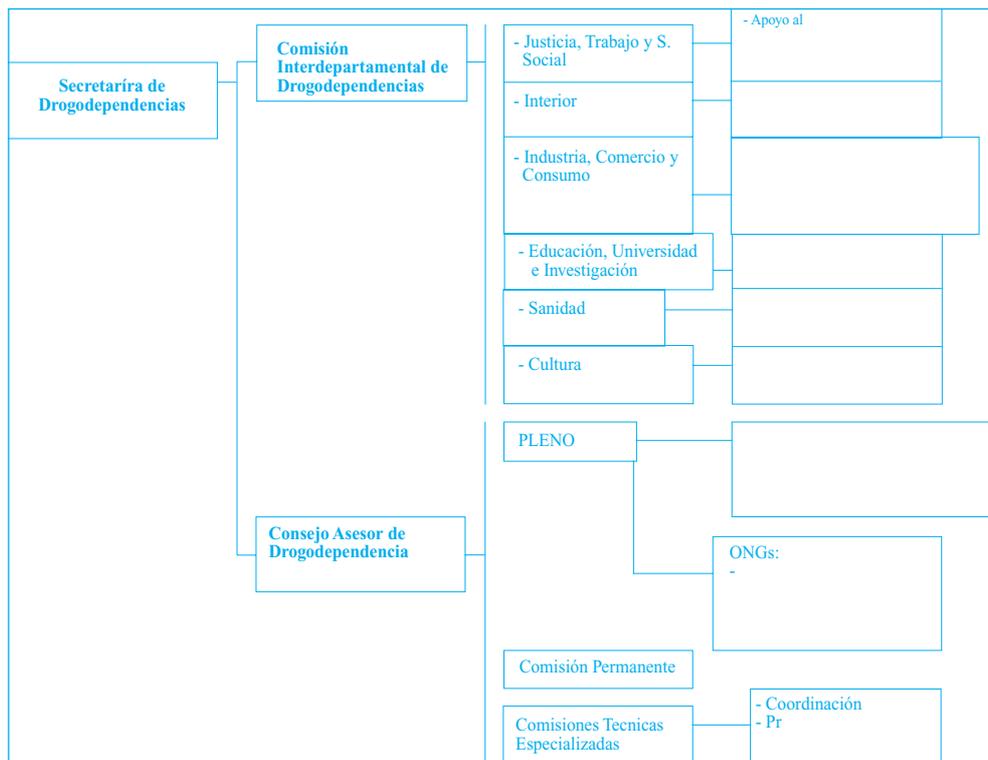
Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración las consejerías y/o departamentos de Sanidad y Osakidetza; Asuntos Sociales; Educación; Trabajo; Justicia; Cultura; Industria e Interior. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios, que se realizan mediante concesión de subvenciones a los Equipos Municipales de Prevención de las Drogodependencias, tanto para su formación como para el desarrollo de los programas que planifican.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 8), la Comunidad Autónoma Vasca cuenta con una Secretaría de Drogodependencias, que se subdivide en dos áreas o secciones: la Comisión Interdepartamental, compuesta por Justicia, Trabajo y Seguridad Social; Interior, Industria, Comercio y Consumo; Educación e Investigación; Sanidad y Cultura y, en segundo lugar, por el Consejo Asesor de Drogodependencias, formado por el Pleno, la Comisión Permanente y las Comisiones Técnicas Especializadas. Los órganos consultivos en materia de drogodependencias son el Consejo Asesor y las Comisiones Técnicas del Consejo. El Consejo Asesor está formado por 45 miembros que se reúnen de 2 a 3 veces al año y las Comisiones Técnicas lo hacen con una periodicidad de 5 a 10 veces al año.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan esta Comunidad cuenta con los Gabinetes de Prensa correspondientes a cada nivel organizativo corresponsable del Plan Autonómico y con cerca de 20.000 referencias en el fondo documental de Drogodependencias del SIIS. No existe ningún programa prioritario en el momento de suministrar información, se informa sobre todos en su momento, a través de revistas, páginas Web, teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación.

¹⁶ El IV Plan se difunde a través de Internet en una versión completa y en un resumen del Plan www1.euskadi.net/drogodep

Gráfico 8
Organigrama de la Secretaría de Drogodependencias



Fuente: elaboración propia a partir de la información enviada por la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco el 7 de mayo de 2001.

En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, el conjunto de la población vasca, jóvenes, el medio educativo y laboral; en intervención asistencial, el conjunto de la población vasca. Por último, la información que se suministra en el área de incorporación laboral se dirige preferentemente a las personas con dificultades en la incorporación social.

3.- RECURSOS HUMANOS

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) (ver tabla 7), en 1999 se produjo un incremento notable en el número de cursos (157), seminarios, jornadas y encuentros ofertados (28), al igual que una mayor proporción de destinatarios que reciben esta formación¹⁷, aunque en el año 2000 se ha reducido la oferta de

¹⁷ Desde 1999, ..., la Dirección General de Drogodependencias deberá ofertar un Programa de Formación Continuada dirigido a los profesionales de los centros y servicios acreditados de atención y/o prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, ... PAVDTA 1999-2002 Pp161.

un modo considerable. Junto a estos cursos, se imparte un Master y un Experto en Drogodependencias que permite la especialización de profesionales en este campo. En general, los destinatarios son muy diversos, entre ellos voluntariado, monitores de tiempo libre, profesionales de salud y atención primaria, de servicios sociales, de servicios médicos de empresas, de hostelería, etc; profesores de todos los ciclos de la enseñanza y, por último, padres y madres de los centros, entre otros.

Tabla 7

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)*

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
- Cursos	37	582	92	1.677	147	2.506	157	2.831	23	Mediadores, profes. atención primaria (1067), prof. de secundaria, profesorado, voluntariado de asoci. educadores
- Seminarios/ Jornadas/Encuentros	5	313	8	107 min	7	365	28	535	12	Mediadores, profesión., técnicos, monitores de tiempo libre.
-Otros	4	130 y los asistentes al Master, al Experto y al Curso de Higiene, Seguridad y Salud					2	30		

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-2000.

*Es un cálculo aproximado, pues algunos destinatarios no están contabilizados en las memorias

4. RECURSOS ECONÓMICOS

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver tabla 8), los recursos económicos descendieron en un 27,7% hasta 1999 pero en el año 2000 se han vuelto a incrementar. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y en tercer lugar prevención. En términos relativos, comparando el presupuesto de cada área en el 2000, con el que tenía en 1996, las áreas que notablemente han descendido son asistencia, coordinación institucional y formación, estudios, investigación y publicaciones; como contrapartida, el resto tienen mayor dotación presupuestaria en el último año analizado.

Tabla 8
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000)

Ptas	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	404.475.241	406.911.772	437.316.459	480.031.968	543.404.105
Incorporación Social	376.360.333	427.582.628	369.165.468	450.138.315	638.048.825
Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales	102.232.903	102.322.807	90.068.800	87.017.418	97.205.835
Asistencia	2.231.560.100	1.615.745.447	1.784.557.000	1.350.183.300	1.691.360.122
Coordinación Institucional	331.487.540	334.036.850	267.171.304	139.133.994	192.058.470
Formación, estudios, investigación y publicaciones	69.295.914	36.512.543	54.026.573	34.883.375	35.241.785
TOTAL	3.515.412.031	2.923.112.047	3.002.305.604	2.541.388.370	3.197.319.142

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Sin embargo, el informe de la evaluación del IV Plan Trienal de Drogodependencias revela un incremento del gasto respecto a años anteriores y un gasto superior a lo presupuestado en el caso de asistencia, inserción y apoyo. Además, la evaluación del primer año de ejecución del Plan, muestra el gasto desglosado por programas y administraciones. En este sentido, la Dirección de Empleo y Formación y la de Bienestar Social son las que más han gastado en relación con lo presupuestado, mientras que en el caso de los Ayuntamientos, salvo el de Bilbao, el gasto ha sido menor a lo previsto inicialmente¹⁸.

¹⁸ Informe sobre la evaluación de la ejecución del IV Plan Trienal sobre Drogodependencias durante su primer año (2000). Gobierno Vasco.

5.- PREVENCIÓN

Ante la situación del consumo descrita en el primer apartado, en el IV Plan Trienal se considera que en este momento no debe bajarse la guardia ante un panorama relativamente positivo y es necesario incidir en los programas preventivos para no ocasionar una inversión de la situación actual. La Ley 18/1998 señala en cuanto a la prevención, el carácter multicausal del fenómeno de las drogodependencias y la necesidad de incidir en los factores relevantes y en las medidas de control de las sustancias y de protección de las personas, especialmente menores y terceras personas afectadas. Para ello incorpora los Programas de Prevención Comunitaria integrados en los Planes Locales de Drogodependencias. Junto a este aspecto novedoso, destaca la incorporación de planes de prevención en el marco laboral, en colaboración con las distintas administraciones y organizaciones sindicales y empresariales.¹⁹

Para cumplir con los objetivos, el IV Plan Trienal establece 17 líneas prioritarias de actuación específicas para la prevención. Estas líneas, van encaminadas a la reducción del consumo de alcohol, entre los adultos y entre los más jóvenes, retrasando la edad de inicio y disminuyendo el consumo de nuevas medidas y formas de hacerlo; desarrollar líneas de formación en atención primaria de cara a la prevención primaria, secundaria y terciaria del consumo de alcohol en todos los ámbitos; prevención y reducción del consumo de drogas sintéticas y hachís; intervención en las condiciones sociales relacionadas con el consumo de drogas que generan marginación social con colectivos como gitanos, inmigrantes extranjeros, parados, menores con fracaso escolar, etc; educación para la salud en el medio escolar logrando incorporarla en todos los centros en Educación primaria y secundaria, junto con la enseñanza de las habilidades sociales y formación de los profesores para que las impartan.

En la misma línea, se persigue la formación de los padres y madres para que prevengan el consumo haciendo hincapié en los factores de protección; formación de mediadores sociales especialmente en el mundo del deporte; formación continua de los profesionales ante un fenómeno cambiante e incorporación en los currículos de Licenciaturas y Diplomaturas relacionadas con las drogodependencias y acción comunitaria a través de los medios de comunicación para sensibilizar a la población en los riesgos de consumir estas sustancias.

Siguiendo con las líneas prioritarias en prevención, se hace necesario continuar con la prevención comunitaria mediante la implantación de planes locales, transmitiendo la filosofía del IV Plan Trienal y a través de los Equipos Municipales de Prevención, dotándolos de recursos y asignándoles funciones; prevención en el mundo laboral de todas las drogas, especialmente del tabaco y del alcohol; reducir el consumo de tabaco, retrasando la edad de inicio y protegiendo los derechos de las personas no fumadoras; utilizar nuevas tecnologías para la difusión de los mensajes de prevención; potenciar alternativas de ocio en los más jóvenes para separar la diversión del consumo de drogas; revisar y mejorar los conceptos de prevención y la filosofía y, finalmente, evitar la normalización del consumo de drogas, insistiendo en mensajes a la población general de los riesgos de su consumo.²⁰

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención en la Comunidad Autónoma Vasca, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son la información facilitada por la red de Equipos Municipales de Prevención Comunitaria y la Evaluación del Plan Trienal de Drogodependencias. Los principales problemas encontrados se refieren al consumo de alcohol los fines de semana, de sustancias estimulantes y la prevención en el mundo laboral. Los factores causantes de estos problemas son en el caso del consumo de alcohol y sustancias estimulantes, la dificultad para incidir en los estilos de vida; en el tercer caso, el problema está motivado por las trabas legales que dificultan la labor preventiva en el medio laboral.

19 Señala que se realizará según lo previsto en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.

20 Capítulo 3 del IV Plan Trienal sobre Drogodependencias

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Los recursos humanos están formados por el personal de la Secretaría de Drogodependencias (SD), 42 Equipos Municipales de Prevención Comunitaria (EMPC) y ONGs. En cuanto a los recursos materiales, son publicaciones, materiales preventivos, recursos informáticos (página web) y campañas de publicidad. Por último, los recursos económicos, con el presupuesto de la Secretaría de Drogodependencias, el decreto anual para la creación de los EMPC y sus programas y las partidas económicas de los Municipios para el mantenimiento de sus EMPC y sus programas.

La implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), se logra con el trabajo conjunto de la Comisión Interdepartamental y de la Comisión Mixta Sanidad-Educación-Drogodependencias. Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención, se elabora un mapa de necesidades y, aunque no se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo, se diseñan planes de prevención dirigidos a distintas poblaciones desde estructuras cercanas a ellas (por ejemplo gitanos).

5.1.- Ámbito escolar

La prevención escolar se ha desarrollado primordialmente a través de cuatro programas. El primero de ellos, "Educación para la Salud. El cine en la Enseñanza-Irudi Bizia" viene funcionando desde 1986 con una metodología que consiste en la proyección de películas con un posterior debate sobre el tema de las drogodependencias. Este programa es financiado por cuatro departamentos del Gobierno Vasco y por 37 municipios y en él participan un gran número de alumnos de enseñanzas medias. Para los niños de 8 a 11 años, la prevención se realiza en el programa «Osasunkume-La aventura de la vida», que tras diez años de andadura se considera ampliamente aceptado entre la comunidad educativa.

Este programa está enmarcado en la Educación para la Salud, proporcionando estrategias para adquirir hábitos saludables, utilizando un álbum con historias que se desarrollan en la familia, el colegio y el barrio; se acerca a la familia con tres publicaciones que buscan el compromiso de los padres y madres y un boletín para los centros escolares y mediadores comunitarios; finalmente, se celebra una fiesta en la que se reúne a todos los protagonistas y asociaciones de la comarca. Los otros dos programas están destinados a la iniciación profesional de mayores de 16 años que han abandonado el sistema educativo y a la intervención en jóvenes y menores en riesgo. En ambos casos, el número de jóvenes se ha ido incrementando desde 1996. (Ver tabla 8)

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha continuado teniendo como prioridades promover entre el alumnado la reflexión personal y grupal sobre el consumo de drogas y su significado, dentro de un proceso de definición de estilos de vida y la formación de los profesores de Primaria y Secundaria Obligatoria en materia de drogodependencias. Para garantizar el seguimiento de esta línea, se ha creado una Comisión Mixta entre los Departamentos de Educación, Sanidad y la Secretaría de Drogodependencias; se han impartido cursos de formación del profesorado y la formación de los COP's y técnicos de prevención. Esta línea es seguida en la totalidad por todas las instancias que intervienen en prevención escolar.

Existe una coordinación con la Administración educativa, por medio del trabajo conjunto en el establecimiento de las prioridades y de los mecanismos para garantizar la consecución de las mismas. De su ejecución se encarga el profesorado aunque en algunos centros y programas puede intervenir algún agente externo (técnico institucional, ONG's), donde existe un sistema de control de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención, aunque carecen de un sistema de acreditación que garantice la bondad de las intervenciones.

Tabla 9

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Destinatarios
1996	<ul style="list-style-type: none"> - "Educación para la salud. El cine en la enseñanza-Irudi Biziak" - "Osankune. La aventura de la vida" - Programa de iniciación profesional - Programa de intervención en jóvenes y menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección de películas -Material didáctico, cromos, revista y fiesta -Preparación para la reinserción en el sistema educativo -Intervención educativa y preventiva de menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - 30.000 alumnos enseñanzas medias y padres y madres en 8 municipios - 30.000 alumnos entre 8 y 11 años - 2.400 jóvenes mayores de 16 años y familias - 900 jóvenes y menores
1997	<ul style="list-style-type: none"> - "Educación para la salud. El cine en la enseñanza-Irudi Biziak" - "Osankune. La aventura de la vida" - Programa de iniciación profesional - Programa de intervención en jóvenes y menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección de películas -Material didáctico, cromos, revista y fiesta -Preparación para la reinserción en el sistema educativo -Intervención educativa y preventiva de menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - 30.000 alumnos enseñanzas medias y padres y madres en 8 municipios - 30.000 alumnos entre 8 y 11 años - 2.470 jóvenes mayores de 16 años y familias - 1.500 jóvenes y menores
1998	<ul style="list-style-type: none"> - "Educación para la salud. El cine en la enseñanza-Irudi Biziak" - "Osankune. La aventura de la vida" - Programa de iniciación profesional - Programa de intervención en jóvenes y menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Proyección de películas -Material didáctico, cromos, revista y fiesta -Preparación para la reinserción en el sistema educativo -Intervención educativa y preventiva de menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - 30.000 alumnos enseñanzas medias - 23.000 alumnos entre 8 y 11 años y familias - 2.350 jóvenes mayores de 16 años - 1.500 jóvenes y menores
1999	<ul style="list-style-type: none"> - "Educación para la salud. Proyectos para la promoción y educación para la salud" - "Educación para la salud. El cine en la enseñanza-Irudi Biziak" - "Osankune. La aventura de la vida" - Programa de iniciación profesional - Programa de intervención en jóvenes y menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Subvenciones para proyectos de centros de enseñanza no universitaria - Proyección de películas -Material didáctico, cromos, revista y fiesta -Preparación para la reinserción en el sistema educativo -Intervención educativa y preventiva de menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - 4.914 alumnos - 20.000 alumnos enseñanzas medias - 30.000 alumnos entre 8 y 11 años y familias - 2.560 jóvenes mayores de 16 años - 1.600 jóvenes y menores
2000	<ul style="list-style-type: none"> - "Educación para la salud. Proyectos para la promoción y educación para la salud" - "Educación para la salud. El cine en la enseñanza-Irudi Biziak" - "Osankune. La aventura de la vida" - Programa de iniciación profesional - Programa de intervención en jóvenes y menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> - Subvenciones para proyectos de centros de enseñanza no universitaria - Proyección de películas -Material didáctico, cromos, revista y fiesta -Preparación para la reinserción en el sistema educativo -Intervención educativa y preventiva de menores en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> -8.750 alumnos -16.000 alumnos de enseñanzas medias - -2.400 jóvenes -1.100 jóvenes y menores

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes y actividades extraescolares y ayuda para crear el curriculum transversal. De la formación, materiales y apoyo a los docentes, se encargan los técnicos institucionales y las ONG's; y de las actividades extraescolares el profesorado y las ONG's. Este apoyo consiste en participar con el profesor, los Centros de Orientación Pedagógica (COPs), para responder a los problemas y elaborar los programas de cada centro. Además, existe un control de éstos, conociendo los que participan en los distintos programas (IV Plan Trienal) y siguiendo esta cuestión.

La formación del profesorado en prevención se realiza a través de los cursos de formación en base a un programa y de los cursos específicos para habilitar al profesorado en un programa o material. Los primeros cursos los imparten en los Centros de Orientación Pedagógica de los tres Territorios por equipos formados para tal fin; de los segundos se encargan ONGs que los llevan cabo en los Centros Escolares.

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. En el País Vasco se han realizado evaluaciones de proceso y de resultados sobre los programas: Irudi Biziak, Osasunkume, en la huerta con mis amigos y Escuela de Padres. Además, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias (Formación impulsada por la Secretaría de Drogodependencias y el Departamento de Educación); el porcentaje de centros que aplican los programas.

También se conoce el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia (80%); el número de Escuelas de Magisterio y de Cursos de Adaptación Pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias (la totalidad); la existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado, elaborados en colaboración con la Administración Educativa (a través de la Comisión Mixta); por último, se conoce la elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas. Todas las zonas se consideran de actuación preferente y no existe ninguna población definida de alto riesgo.

5.2.- Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, existe una definición de la prevención comunitaria. Para ello, se parte de una estrategia global, y se incluyen como actuaciones el desarrollo de Planes Locales, la implantación y mantenimiento de los EMPC, las campañas de comunicación social, la información y formación de padres y madres y las actuaciones a nivel comunitario. Existe una línea clara de intervención y se establecen como prioridades la acción comunitaria en el ámbito de las drogodependencias a través de la publicidad y los medios de comunicación social con el objetivo de informar y sensibilizar a la población general; junto a ésta, el desarrollo de Planes Locales de drogodependencias. Para garantizar el seguimiento de esta línea se implantarán y mantendrán los EMPC, se realizarán campañas de Comunicación Social y se actuará a nivel comunitario.

En este ámbito intervienen ONG's y Técnicos municipales de prevención comunitaria, coordinados mediante reuniones continuas entre la Secretaría de Drogodependencias y los Técnicos y por las campañas de Comunicación Social. También se promueve la coordinación con los profesionales y equipos de Atención Primaria, organizando cursos de formación a través de la intervención del Departamento de Sanidad. Respecto a los programas llevados a cabo, en este ámbito tampoco se han definido poblaciones de actuación preferente ni se han elaborado mapas de riesgo. Se interviene con menores en riesgo, padres toxicómanos, menores con fracaso escolar, padres y madres, mediadores sociales, periodistas, etc.

En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven se dirigen a establecer estilos de vida saludables, apoyadas por la «Estructura Institucional de Euskadi: Iniciativa Social» quien interviene, además, en su ejecución. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos, los educadores socio-culturales, los policías locales, los padres y madres y los periodistas. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención familiar.

Desde 1996, según los datos ofrecidos por el PNSD, se ha producido un descenso en el número de programas, aunque cada vez participan más entidades (Ayuntamientos y Mancomunidades), llegando a ser 55 en el año 2000. (Ver tabla 10). Los destinatarios de los programas son muy variados, especialmente padres y madres, cuyos programas han seguido una tendencia ascendente hasta 1999 (45 programas); alumnos de secundaria, básica, colectivos en riesgo, consumo de alcohol y población en general. Otros programas han sufrido más fluctuaciones, tal es el caso de las publicaciones informativas, los programas de drogas de síntesis y los de mediadores sociales.

Junto a estos programas hay que mencionar la creación de los equipos técnicos de prevención comunitaria que actúan en el ámbito local encargándose de elaborar un Plan Local, dinamizar el territorio, llevar a cabo los programas de prevención, coordinarse con la iniciativa social e informar y asesorar a las personas, familias y colectivos, entre otras funciones.

Tabla 10
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000)

A.Comunitario	Programas	Destinatarios
1996	124	- Padres y madres (38 P), alumnos de secundaria y jóvenes (18), Alumnos de básica (12), profesorado (2), mujer (1), mediadores sociales (11), colectivos de riesgo (15), asociaciones, clubs (3), publicaciones informativas (1), consumo de alcohol (11), población general y otro (12)
1997	151	- Padres y madres (35 P), alumnos de secundaria y jóvenes (15), Alumnos de básica (17), profesorado (2), mediadores sociales (9), colectivos de riesgo (21), consumo de alcohol (5), población general y otro (43), drogas de síntesis (1), centros de información (3)
1998	119	- Padres y madres (42 P), alumnos de secundaria y jóvenes (11), Alumnos de básica (8), mediadores sociales (3), colectivos de riesgo (27), consumo de alcohol (3), población general y otro (17), drogas de síntesis (8)
1999	113	- Padres y madres (45 P), alumnos de secundaria y jóvenes (14), Alumnos de básica (7), colectivos de riesgo (13), consumo de alcohol (8), población general y otro (15),, asociaciones, clubs y tiempo libre (8)
2000	111	- Padres y madres (35 P), alumnos de secundaria y jóvenes (13), Alumnos de básica (3), colectivos de riesgo (18), consumo de alcohol (6), población general (17), asociaciones, clubs y tiempo libre (7), Mediadores Sociales (4), Consumo de drogas sintéticas (3), otros (5)

Desde 1992 se mantiene el centro de documentación de drogodependencias y también desarrollan en el año 2000 una labor de información a usuarios y profesionales las tres Unidades de Educación para la Salud.

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el número de escuelas de animación sociocultural de su Comunidad Autónoma que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de las drogodependencias; el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias; el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo (EISE, educadores familiares); el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general y, por último, el número de equipos de atención primaria que ofrecen entre sus servicios programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas/número total de EAP.

5.3.- Ámbito de la comunicación.

Según explican los responsables del Plan, los mensajes de prevención en los medios de comunicación si se trata de campañas o mensajes surgidos de la propia Administración, vienen determinados por ella misma. Se consideran prioritarios los mensajes preventivos del uso indebido de las drogas, los responsables -no paternalistas ("si bebes controla")- y los encaminados a la reducción de riesgos. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, poniendo en marcha ruedas de prensa, difundiendo la información en la página web de la Secretaría de Drogodependencias y realizando cursos de formación de los periodistas de los medios de comunicación "autonómicos" y "corresponsalías". Junto a éste y con el objetivo de sensibilizar y formar a los profesionales de los medios de comunicación, se les envía toda la información de lo que publica la Secretaría y de aquello que ésta estima interesante. Por último, la página web de la Secretaría de Drogodependencias se ha modificado desde el año 2001 y ofrece la posibilidad de acceder a los últimos informes elaborados por el Observatorio, junto con otros estudios de interés en la materia²¹.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se suele realizar una o dos campañas anualmente destinadas a prevenir el consumo de tabaco en la población general, aunque también se ha realizado otra sobre consumo de alcohol en jóvenes y buscando alternativas de ocio saludables para los escolares (ver tabla 11).

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización que incluyen información dirigida a sensibilizar a la población de los riesgos derivados del consumo de drogas. Además de 3 campañas anuales realizadas por el Gobierno Vasco, distintos Municipios de Euskadi planifican y desarrollan campañas de sensibilización. También se conoce el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias (todas), el número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas (21) y el porcentaje o número de medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención (15).

21 www.Euskadi.net/drogodep

Tabla 11
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000)

<i>Campañas Institucionales</i>	<i>Programas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Destinatarios</i>
1996	1	<i>Concursos de carteles, dibujos, pegatinas, redacciones, cineforum y teatro; charlas, exhibiciones deportivas y juegos.</i>	<i>Población escolar, padres, madres y población general de los municipios de la Rioja Alavesa.</i>
1997	2	<i>- Concursos de carteles, dibujos, pegatinas, redacciones, cineforum y teatro; charlas, exhibiciones deportivas y juegos. - Medios de comunicación para difundir la campaña Todos Unidos contra el Tabaco</i>	<i>- Población escolar, padres, madres y población general de los municipios de la Rioja Alavesa. - Población general</i>
1998	1	<i>- Medios de comunicación para difundir la campaña Creciendo sinTabaco</i>	<i>- Población general</i>
1999	2	<i>- Medios de comunicación para difundir las campañas Creciendo sinTabaco y No seas Dolly. En esta última también se han desarrollado actividades complementarias por la noche los fines de semana</i>	<i>- Población general - Jóvenes</i>
2000	2	<i>- Medios de comunicación para difundir las campañas Creciendo sinTabaco y No seas Dolly. En esta última también se han desarrollado actividades complementarias por la noche los fines de semana</i>	<i>- Población general - Jóvenes</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

5.4.- **Ámbito laboral**

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. En este sentido, según explican los responsables, no tienen una relación directa patronales y sindicatos con el centro coordinador de drogodependencias. Las actividades que se promueven son la distribución de materiales preventivos y los cursos de formación de cuadros medios y personal médico. Estas actividades están integradas en los planes de seguridad e higiene de las empresas. También están identificados los sectores de alto riesgo, se considera prioritaria la intervención con ellos. Además, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas.

Finalmente, como sistema de evaluación, conocen los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral, que tienen como objetivo conseguir que el 10% de las empresas aborden la prevención de drogodependencias en el mundo laboral desde sus propios servicios para el año 2002. Además, disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito.

5.6.- Ámbito municipal.

Según los responsables del Plan, esta Comunidad cuenta con 42 EMPC que comprenden 57 municipios con Planes de Drogas. Los EMPC surgen en 1988 y su número ha ido creciendo progresivamente hasta los 42 actuales. La colaboración con los municipios se garantiza a través de convenios, subvenciones y mecanismos de coordinación. Para aquellos municipios sin Planes de Drogas, se establecen relaciones directas con el Ayuntamiento, pues hay que tener en cuenta que los Ayuntamientos que quedan fuera de la red de EMPC son de pequeño tamaño. Por último, todos los municipios de más de 50.000 y 20.000 habitantes cuentan con Planes Municipales de Drogas en el País Vasco.

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen diversas actividades, principalmente la investigación del tráfico ilícito de drogas y el análisis de las aprehensiones; la cobertura asistencial de urgencias a través del servicio de teléfono gratuito y, por último, el número de pruebas de alcoholemia realizadas en la CAPV y qué proporción que resultan negativas. Estos aspectos, aunque no se refieren a programas destinados a la prevención de un modo específico son fundamentales como una actividad que proporciona información sobre la situación del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma Vasca.

6.- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

La Ley 18/1998 señala en el campo asistencial la integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en el Servicio de Salud del País Vasco y la equiparación del drogodependiente como cualquier enfermo. Además garantizar la oferta terapéutica integral y coordinar los recursos sanitarios con los demás recursos sociales y comunitarios.²² Igualmente, se señala el cambio en relación con los fines de la atención sanitaria, que con la entrada de los objetivos intermedios y la reducción de riesgos, ya no se limita solamente a la desintoxicación o deshabituación del drogodependiente sino que extiende el abanico a diferentes grados o ritmos en función de las particularidades de cada persona.

Como líneas prioritarias de actuación, el IV Plan Trienal, establece diez actuaciones clave en materia de asistencia. Se trata de mejorar la calidad de la oferta terapéutica integral de tratamiento y rehabilitación; posibilitar la introducción de ofertas de tratamientos de carácter intensivo y cualquier otro tipo de abordaje que haya mostrado su eficacia; profundizar en el desarrollo de los programas de reducción de daños, disminución de riesgos y mejora de las condiciones de salud del drogodependiente; reorganizar y coordinar los recursos asistenciales en materia de drogodependencias; incrementar la capacidad de respuesta asistencial en los programas de reducción de daños y objetivos intermedios evitando las listas de espera.

También pretenden perfeccionar la coordinación con el sistema judicial para personas con problemas penales (alternativas) e impulsar programas específicos para población reclusa con problemas de drogodependencias; abordar el consumo de drogas en los mayores de 35 años prestando atención a la polimedicación; aumentar la interacción en los tratamientos entre prevención, asistencia e inserción mediante jornadas, encuentros y debates que posibiliten el intercambio de experiencias; prestar atención a la presencia simultánea de patologías psiquiátricas y adicción a las drogas (patología dual) reorganizando los servicios y perfeccionando los programas. Finalmente, organizar la cobertura asistencial de emergencia a través del teléfono de emergencias.²³

²² Conforme a lo establecido en la Ley 8/97 de Ordenación Sanitaria de Euskadi

²³ Capítulo 3 del IV Plan Trienal sobre Drogodependencias

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un mantenimiento de los dispositivos, con la excepción de los Centros Ambulatorios de Asistencia que han descendido en el periodo de tiempo analizado. Es notable el incremento de los usuarios en los distintos dispositivos hasta 1999 y el posterior descenso en el último año (ver Tabla 12).

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño, pese al cambio producido en 1999 en la clasificación de los programas, se aprecia la tendencia a la incorporación de mayor número, con una importante cantidad de ayudas económicas a pacientes drogodependientes junto a los programas de intercambio de jeringuillas y otros novedosos como el de reducción de daños a usuarios de drogas de síntesis (ver tabla 13).

Tabla 12

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia*	37		4.785	35		4.743	36		5.001	28		5.386	28		4.788
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	2	7	209	2	7	279	2	7	279	2	7	291	2	7	215
-Centros de Día -Centros Emergencia							2			2					
Comunidades Terapéuticas	2 públicas 2 privadas fin.	44 138	550	5	160	225	5	160	225	2 pub. 3 priv. fin.	42 publ 118 finan	222	2 pub. 3 priv. fin.	42 publ 118 finan	198
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	1 prescrip- tor 122 dispen- sado res 14 pre- scrip- tores y dis- pen- sado res		1.400	2 disp 8 pres y dis		580 964	2 d 8 presc y disp Con- venio con 227 farma- cias		1.602	2 dis 8 presc y disp		2.421	2 dis 8 presc y disp		2.261

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Tabla 13

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1996-1998.

Reducción del Daño	1996		1997		1998	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
P. del Kit Anti-SIDA	351.750 kits disp.		485.160 kits		360.000 kits	
P. de intercambio de jeringuillas	175.931 kits reco-gidos	2000 UDVP	207.000 kits reco-gidos	2.200 UDVP	132.000 kits reco-gidos	2.000 UDVP
Educación sanitaria a pacientes drogodependientes en programas de metadona y Centros Salud Mental						433
P. Ayudas económicas a enfermos VIH para gasto farmacéutico	1.257 recetas	103	659	273	505	296
P. Mantenimiento dormitorio nocturno de djsómanos		159		118		
Intervención familiar				61		
Profilaxis y tratamiento supervisado de tuberculosis				55		55
Apoyo psico-social						
P. intercambio jeringuillas en centro penitenciario					3.792 int. 785 disp. 226 devol.	
P. objetivos intermedios					433	
P. reducción de daños a consumidores de drogas de síntesis						22.500 potenciales

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000

En 1999, como se ha comentado, se produce un cambio en la definición de este tipo de programas en las Memorias del Plan Nacional. La clasificación distingue entre programas de tratamiento con agonistas opiáceos, dispensadores de metadona e intercambio de jeringuillas, con un gran número de usuarios, la participación de las oficinas de farmacia y el tratamiento en los centros penitenciarios, en los de asistencia primaria y salud mental y, finalmente a través de una unidad móvil. (Ver tabla 14)

En la asistencia a problemas de alcoholismo lo más destacado es el incremento en el número de usuarios en las Unidades Hospitalarias y el aumento de los recursos, con la creación de un centro residencial (no hospitalario) para atender a la población con problemas de alcoholismo (ver tabla 15).

Tabla 14*Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial 1999-2000*

Reducción del Daño	1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
<i>Tratamiento con agonistas opiáceos</i>				
Tratamiento con metadona	10	2.421	10	2.261
Tratamiento con LAAM	1	5		
<i>Ubicación de los programas dispensadores de metadona</i>				
Centro de salud o ambulatorio (asistencia primaria)	1	59	1	56
Centro de salud mental	4	480	4	515
Centro tratamiento específico drogodependencias	5	1.882	5	1.222
Unidad móvil	1	142	1	142
Centro penitenciario	3	442	3	348
<i>Programas intercambio jeringuillas</i>				
Oficinas de farmacia	60	1.300 usuarios 161.605 jeringuillas dispensadas	59 6	1.320 usuarios 157.642 jeringuillas dispensadas
Otros	5			

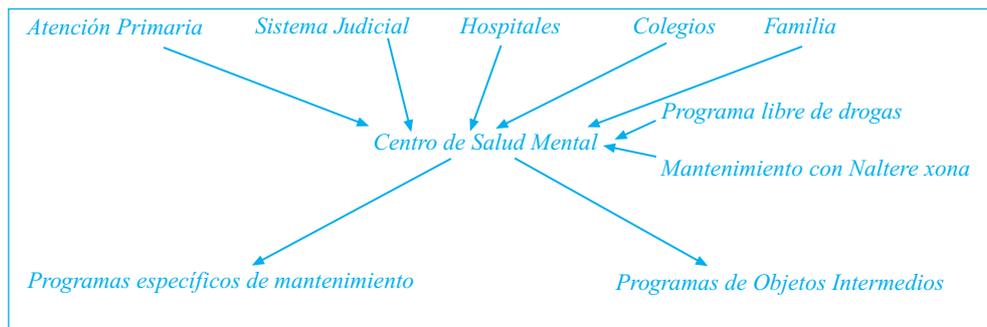
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Comisaría y Juzgados se han mantenido constantes (4), mientras han aumentado los de Alternativas a la Privación de Libertad y descendieron los realizados en Instituciones Penitenciarias aunque han incorporado un programa preventivos (ver tabla 16).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, que en el año 2000 se dirigieron a poblaciones específicas (3) y otros (6). En general, se trata de ayudas económicas a toxicómanos, a enfermos de SIDA, a población en situación de riesgo o marginal, en las que intervienen de modo especial asociaciones sin ánimo de lucro para las que se convocan subvenciones (ver tabla 17).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. La coordinación se realiza en dos niveles, el desarrollado desde la Comisión Técnica de la Comisión Asesora de Drogodependencias, que trataría de un nivel más global y el llevado a cabo desde los propios centros asistenciales con relación a la Organización de servicios a la que pertenecen en Osakidetza.

Gráfico 9
Organigrama de la red asistencial



Fuente: Plan Regional sobre Drogodependencias. 1996

Tabla 15
Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	36	3.622	37	3.961	37	3.910	35	3.874	35	3.724
Unidades Hospitalarias	5	250	6	409	6	409	6	412	6	500
Centros residenciales (no hospitalarios)							1	14		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En cuanto al organigrama de la red asistencial, la Atención Primaria, el Sistema Judicial, los hospitales, colegios y la familia, se dirigen a los Centros de Salud Mental, como dispositivos básicos de atención al drogodependiente. La intervención se puede realizar en Programa libre de drogas o de mantenimiento con Naltrexona. Finalmente, de estos centros se puede derivar al drogodependiente a Programas específicos de mantenimiento o Programas de Objetivos Intermedios (ver gráfico 9). Todos los dispositivos señalados pertenecen al Servicio Vasco de Salud. Además de éstos, existen conciertos con diferentes asociaciones porque proveen de asistencia en régimen de comunidad, etc.

Las evaluaciones de los programas, a nivel puramente asistencial, comparten el funcionamiento global de la Red mediante indicadores de actividad y resultados que se analizan mensualmente por la Gerencia y las Jefaturas de los Centros. Conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones, los responsables consideran muy adecuados los programas de reducción del daño, de asistencia a población con problemas de alcoholismo, los dirigidos a poblaciones con problemas jurídico-penales y otros programas o recursos asistenciales.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. En este sentido, los responsables consideran muy adecuados los centros ambulatorios de asistencia, las

Tabla 16

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000.

Poblaciones Problemas Jurídico- Penales	1996			1997			1998			1999		2000	
	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Actv.	Usu	Prog.	Usu	Prog.	Actv
Comisariás y Juzgados	4	8.106 asis. soc. 984 infor.	549 Det 2.203 otras	4	12.210 asis. 783 infor. m.	573 Det 2.302 otras	4	7.508 asis. 1.261 inform	453 det 3.302 otras	4	551 det 3.662 otros		395 det 3.338 otros
Instituciones Penitenc.	4 amb. 1 Centr o día 3 mod.		4.057 20 837	4 amb. 1 Centr o día 3 mod.		3.912 25 762	3 amb. 3 prev. 1 centr día 3 modul meta- dona		58 329	Amb PIUs	722 en tra- tamiento	1 prev 1 met	250 774
Programas Alternativas Privación de Libertad			50			33			67	2	43	3	18 pisos tut. 19 pisos de reins 19 centro día

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

unidades hospitalarias y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos y poco adecuadas las comunidades terapéuticas, las unidades de desintoxicación rápida y los centros residenciales no hospitalarios. No obstante, hay que señalar la evolución de la atención a toxicomanías en este tiempo que, con su tendencia a la estabilización o disminución, suponen una mayor adecuación de las estructuras.

Por otra parte, en cuanto a las principales deficiencias, un obstáculo importante lo constituyen las dificultades de aceptación de centros de estas características en el entorno social colindante, lo que supone en ocasiones, la imposibilidad de plantear un cambio de ubicación a locales mayores, si ello implica un cambio de barrio o zona de población. Otro obstáculo -la inadecuación de personal asistencial en cuanto al número- se ha ido mejorando con el tiempo.

Las previsiones de la red asistencial en materia de drogodependencias pasan por el desarrollo de estructuras intermedias y las ofertas terapéuticas a nuevos tóxicos. En cuanto a los programas que no se han desarrollado aún siendo necesaria la intervención en la población, el fallo básico se encuentra en el ámbito educativo en la relación familiar y social. Es necesario concienciar a la población sobre la necesidad de una intervención adecuada en los núcleos propios de convivencia.

Por último, en función de los objetivos planteados inicialmente en la programación, el grado de consecución de los mismos, en general, es bueno, basándose en la alta tasa de retención de la población en los programas y en la mejora de la situación a nivel social de los sujetos y de su entorno, con una repercusión clara de reducción de actividades delictivas, etc.

Tabla 17

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Otros Programas	1996		1997		1998		1999		2000	
	Actvs	Usu.	Actvs	Usu.	Actvs	Usu.	Actvs	Usu.	Actvs	Usu.
Subvenciones a asociaciones sin ánimo de lucro para deshabitación tabáquica	6	874	6		6					
Ayudas económicas para tratamiento toxicómanos		23		18		11				
Grupos de autoayuda		59								
Ayudas económicas individuales a exdrogodependientes		45		52		52				
Atención a menores usuarios de drogas o con padres usuarios		538		643		655				
Atención a drogodependientes en situación de marginación		32		43		54				
Atención integral a enfermos de SIDA		22		28		13				
Grupos de autoapoyo		22								
Oficina de información drogodependencias		278	594	503	753	638				
P. Inserción psicosocial					3 programas					
P. reinserción										
Centro día alcoholismo				50	50					
Hospital de día alcoholismo				136	136					
P de apoyo a enfermos de sida										
Autoapoyo a enfermos de sida										
P. atención a poblaciones específicas (3)						12	60	3	12	63
Otros (4)						2.087	1.133	6	20	379/día

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

7.- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley opta por la integración de las personas en su entorno personal, familiar y social y se insta a los poderes públicos para que emprendan medidas que cambien la percepción social de las drogodependencias y logren la aceptación de las personas drogodependientes y de los servicios que precisan.²⁴ Estos objetivos se materializan en el Plan en seis actuaciones prioritarias en materia de inserción. Se trata de desarrollar medidas para que cualquier persona que se encuentre en un programa terapéutico pueda participar en un programa de inserción; potenciar redes sociales complementarias a los tratamientos con funciones de inserción laboral, social, ocupación del tiempo libre, nuevo círculo de relaciones sociales, impulsando la creación de centros de día; formar a los profesionales de los servicios sociales en temas de inserción; impulsar nuevos programas; incrementar la coordinación con la prevención, asistencia e inserción y favorecer la coordinación de personas y entidades que participan en inserción para llegar a un consenso de objetivos y programas.²⁵

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados (1996-2000), en 1999, para hacer frente a esta problemática surgen 2 tipos de centros nuevos, los Centros terapéuticos de actividades y/o programas de reinserción (3) y aquellos que no ofertan tratamiento; estos últimos se han triplicado en el año 2000. Para lograr la incorporación social se ofrece la posibilidad de apoyo residencial cuyos recursos en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), han descendido en términos generales, contando en el último año con 16 pisos tutelados, 1 no tutelado, 2 residencias y 3 recursos de otro tipo (ver tabla 18).

Tabla 18

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000)

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000	
	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Plz.	Nº	Us.	Nº	Us.
<i>Centros terapéuticos con actividades y/o programas de inserción</i>										3		3	
<i>Centros con actividades y/o programas de reinserción (sin tto.)</i>										3		9	49
<i>programas de apoyo residencial</i>													
<i>Pisos tutelados</i>	16	247		19	286	74	18	319	89	13	254	16	318
<i>Pisos no tutelados</i>												1	22
<i>Residencias</i>	3	153	85	10	195	95	6	66 min	73	3	51	2	33
<i>Otros</i>										3	480	3	973

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

24 IV Plan Trienal. Las actuaciones se emprenden de conformidad con lo establecido en la Ley 5/1996 de Servicios Sociales

25 Capítulo 3 del IV Plan Trienal sobre Drogodependencias 2000-2002

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de reinserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Aunque el cambio en la definición de los programas en 1999 dificulta la comparación a lo largo del tiempo, en términos generales se han duplicado desde 1996 (10) hasta 1999 (22), surgiendo nuevos tipos, donde se incluye un módulo Psicosocial realizado por la Universidad de Deusto junto con algunas fundaciones²⁶, que ofrece formación teórico práctica e integración social de personas desfavorecidas, en el que han participado 3.684 personas.

También destaca la existencia de 88 contratos a exdrogodependientes por parte de empresas privadas y Ayuntamientos y otro tipo de programas realizados por diversas asociaciones. Además, han surgido 3 talleres artesanos de encuadración. Aunque en el año 2000 desciende el número de recursos, no ocurre igual con los usuarios que aumentan progresivamente (Ver tabla 19).

Tabla 19
Evolución de programas de incorporación laboral 1996-2000.

Otros Programas	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.
<i>Programas de incorporación laboral</i>										
<i>Preformación laboral</i>	4	191	6	106	4	367				
<i>Formación laboral</i>	2	136	2	29	7	443	8	149		
<i>Integración laboral</i>										
<i>Talleres artesanos otros reserva plazas empra.</i>	3 1	3.627 156	5	2.992	5	2.853 104	3	245	2	94
<i>Otros programas de incorporación laboral</i>		1			11	3.994 y 88 contratos	7	6.489		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación para los profesionales que trabajan en este ámbito. En el último año se ha realizado un importante esfuerzo en formación, con 3 cursos de información, orientación y búsqueda de empleo realizados por 1.703 personas. Por último, otros 12 cursos -entre los que se encuentran aquellos específicos de cualificación profesional, de educador, de técnicos mediadores, de evaluación de resultados y de formación ocupacional- completan la oferta formativa en incorporación social (1996-1999). (Ver tabla 20).

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte del Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social, las 3 Diputaciones Forales y los Ayuntamientos. Los convenios establecidos con las diferentes entidades y Administraciones funcionan bien en opinión de los responsables, con la excepción de aquellos establecidos con el Gobierno Central, que cabría mejorar.

²⁶ Ver Memoria del Plan Nacional 1999, Pp.239

Tabla 20

Evolución de programas de formación en inserción/reinserción social 1996-2000.

Incorporación laboral	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.	Nº	Usu.
Programas										
Cursos reglados	3	202	3	112	3	96	5	115	4	80
Información, orientación y búsqueda de empleo							3	1.727	3	1.703
Otros Programas	1	7			1	7				
Formación Laboral							8	149	12	415

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Entrando más detenidamente en los diferentes programas en función de las Administraciones que los gestionan, la Dirección de Trabajo del Gobierno Vasco se encarga de la contratación de toxicómanos y de la formación ocupacional a colectivos en riesgo de exclusión y el Departamento de Cultura de los Centros con programas de reinserción. La Administración Local gestiona centros terapéuticos con programas de reinserción, de apoyo residencial y talleres artesanos, recursos que también dirigen las entidades privadas, además de gestionar centros con programas de reinserción y cursos de formación laboral. Por último, la Administración Foral se encarga de centros terapéuticos con programas de reinserción y de apoyo residencial. Los responsables consideran que todos estos programas funcionan bien, y reciben una calificación muy buena los gestionados por entidades privadas (centros con programas de reinserción, los de apoyo residencial, los talleres artesanos y los cursos de formación laboral) y los de apoyo residencial que lleva a cabo la Administración Foral. En función de las necesidades estimadas, aumentarían los programas de apoyo residencial, los centros de día y los de apoyo al programa metadona.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar la promoción de empresas de inserción, los pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento), las residencias, las familias de acogida y los centros de día. El volumen de actividades y recursos restantes -Cursos de Titulación Académica; Cursos de Formación Profesional Homologados por el INEM; actividades ocupacionales; actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; escuelas taller; casas de oficios; talleres de empleo; integración en talleres artesanos; reserva de plazas en empresas; integración en programas de empleo municipales; pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos y para usuarios en tratamiento libre de drogas- se considera adecuado. En general consideran muy bueno el funcionamiento de todas estas actividades. Finalmente, el principal obstáculo encontrado en el desarrollo de las distintas actividades y programas ha sido la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento.

8.- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, algunas Universidades y Centros Públicos de Investigación mediante acuerdos estables de colaboración. Las líneas de estudio e

investigación desarrolladas por el Plan Autonómico, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar y jóvenes; características socio-demográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudio de necesidades de la población drogodependiente; situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas; evaluación de implementación de los programas de prevención e inserción social.²⁷

En opinión de los responsables del Plan, la cantidad de estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca se considera suficiente, y la calidad de los resultados buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan las limitaciones de personal en el propio órgano de coordinación, Secretaría de drogodependencias y su Observatorio Vasco. Habría que promover la evaluación de resultados especialmente en los programas preventivos y asistenciales. A nivel estatal, deberían realizarse estudios farmacológicos y bioquímicos de las distintas sustancias; factores orgánicos relacionados con la mayor o menor predisposición a la adicción y al desarrollo de la tolerancia y sobre posibles sustitutos y antagonistas utilizables en el tratamiento de la cocaínomanía.

9- RELACIÓN CON LAS ONG'S

El IV Plan Trienal sobre Drogodependencias 2000-2002 establece como una de las líneas de actuación prioritarias, “el apoyo al movimiento asociativo y al voluntariado que desarrolla sus actividades en este ámbito reorganizando este sector y superando sus actuales déficits”. Si se analizan los programas establecidos por los distintos Ayuntamientos y Diputaciones en esta materia, existen 17 actuaciones emprendidas en este sentido, con un presupuesto de 64.392.056 ptas. Se trata de actuaciones de apoyo al movimiento asociativo, entre las que hay que mencionar la formación de mediadores sociales, de asociaciones que trabajan en prisiones o de acción comunitaria, entre otras. En relación con los convenios establecidos con Organizaciones no Gubernamentales desde 1996 no han seguido una tendencia estable. Si en 1997 y 1998 aumentaron considerablemente, un año más tarde se ha producido un importante descenso contando con 75. Lo más destacado sin duda es el incremento del número de subvenciones en el año 2000, pasando de 29 a 123 y el descenso del número de convenios y conciertos con estas entidades (ver tabla 21). Por último, las ONG's también participan en convenios que se realizan conjuntamente con la Administración autonómica, foral, local. En 1999 este tipo de convenios aumentaron pasando de 1 en 1998 a 9 en el 2000.

Tabla 21

Convenios y conciertos con ONGs

<i>Relación con las ONGs</i>	<i>Subvencionadas</i>	<i>Convenio/concierto</i>	<i>Convenios con la Administración Autonómica, Foral, Local y ONG's</i>
<i>1996</i>	<i>60</i>	<i>24</i>	<i>4</i>
<i>1997</i>	<i>55</i>	<i>80</i>	<i>1</i>
<i>1998</i>	<i>50</i>	<i>75</i>	<i>1</i>
<i>1999</i>	<i>29</i>	<i>46</i>	<i>8</i>
<i>2000</i>	<i>123</i>	<i>19</i>	<i>9</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

²⁷ Las Memorias del PNSD ofrecen una información detallada de las evaluaciones y actividades desarrolladas desde 1996, junto con las publicaciones en materia de drogodependencias.

Según la responsable de Drogodependencias, el papel movimiento asociativo es muy importante y están desarrollando actuaciones a nivel de prevención, inserción y asistencia. Muchas asociaciones están gestionando Centros de Día y de Emergencia Social y otras asociaciones están participando en programas de prevención comunitarias. El contacto con el movimiento asociativo se realiza a través de las comisiones del Consejo Asesor de Drogodependencias, que son la Comisión de Prevención, de Asistencia y de Inserción, donde está representado un estrato social, los que trabajan en drogas en estas comisiones y están elaborando en este momento el Plan quinquenal de drogodependencias 2003-2008. En general, el funcionamiento es bueno, gestionan Centros de Emergencia Social con una perspectiva de abordaje integral, tanto en prevención de riesgos como en programas libres de drogas, pero básicamente en prevención de riesgos, donde están asociadas la problemática de las drogodependencias con la inmigración, la prostitución, con el VIH/SIDA, etc.

La situación actual es que necesitan recursos, porque en muchos casos son intervenciones que se mantienen por la implicación personal de las propias ONGs y estamos ahora en una dinámica de dignificar el papel de varios sistemas de evaluación y formación que puedan complementar y otorgar calidad a la intervención. Básicamente están trabajando en prevención, en cuanto al VIH/SIDA, e inserción como centros de acogida y de derivación a otros espacios de la red sociosanitaria, pero como recursos de baja exigencia: centros de día, albergues, centros de noche, etc. Hay una preocupación importante por trabajar en red social y por crear circuitos de inserción social. A partir de este año se van a hacer convenios-marco renovados anualmente, para que las distintas asociaciones tengan una financiación estable y puedan prever la continuidad de sus actuaciones. Independientemente de esto, se van a otorgar ayudas concretas, tanto de Bienestar Social como de Drogodependencias, para proyectos muy concretos, habrá un marco de convenio estable que permitirá la evaluación, la formación y la supervisión de los equipos²⁸.

CONCLUSIONES

El País Vasco destaca por llevar veinte años trabajando en la búsqueda de soluciones a los problemas relacionados con las drogas. El consumo de estas sustancias y sus consecuencias se considera grave y en los últimos años no ha cambiado. El alcohol es la sustancia más problemática, seguida por el tabaco y por la cocaína. Comparado con España, el porcentaje de jóvenes iniciados en el uso de las distintas sustancias es superior en todas las sustancias con excepción del tabaco y las diferencias son especialmente significativas para el consumo de cánnabis (55,1%), anfetaminas o speed (15,3%) o las drogas sintéticas (8,2%).

Los servicios de tratamiento se caracterizan por el descenso en el número de atendidos en las Comunidades Terapéuticas al tiempo que aumentan los pacientes en los programas de Objetivos Intermedios (dispensación de metadona) y se da una tendencia creciente de las personas por tratamiento de alcoholismo. La sustancia por la que se solicita tratamiento es la heroína fundamentalmente, aunque desde 1995 desciende y aumenta la demanda por consumo de cocaína y cánnabis. La vía de administración inyectada ha descendido, ha aumentado la fumada y cobra protagonismo la vía esnifada. Pese a este descenso, los usuarios más jóvenes son los que presentan un mayor riesgo de utilizar la vía inyectada, por encima de los más veteranos. En relación con la mayor utilización de la vía inyectada no hay que olvidar la presencia de heroína blanca en el norte y costa este de España. Además, el uso compartido de jeringuillas continúa siendo el mecanismo de transmisión más frecuente del SIDA aunque se aprecia el descenso de casos y de la tasa de mortalidad por reacción adversa a las drogas.

Las actuaciones en materia de drogodependencias se asientan en un marco legislativo que ha sido modificado y adaptado a los cambios en 1998. En la década de los noventa se han elabora-

28 Entrevista con Dña. Gemma Calvet, realizada en mayo de 2002.

do cuatro Planes Trienales, cada uno de ellos partiendo de un estudio previo de necesidades y un informe oficial realizado por profesionales del Plan, empleando fuentes primarias. La programación y las pautas seguidas han sido editadas en los diferentes planes. Junto a ello, se realiza evaluación de diseño y de ejecución del Plan para cada año y para el conjunto; de programas concretos por parte de con empresas externas y también se realiza el seguimiento del Plan en el ámbito interno. Para difundir a la población la información en materia de drogodependencias cuentan con los Gabinetes de Prensa correspondientes a cada nivel organizativo.

Sin embargo, existen dificultades con la Administración Autonómica y Local en la coordinación y en el ámbito de recursos (humanos, materiales). De hecho no contamos con datos de los recursos humanos que trabajan en el País Vasco aunque si sabemos que en 1999 se produjo un incremento notable en el número de cursos, seminarios, jornadas y encuentros ofertados y de destinatarios que reciben esta formación. Los recursos económicos descendieron en un 27,7% hasta 1999 pero en el año 2000 se han vuelto a incrementar. El área de intervención asistencial es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la incorporación social y en tercer lugar prevención. Comparando el presupuesto de cada área en el 2000, con el que tenía en 1996, las áreas que notablemente han descendido son asistencia, coordinación institucional y formación, estudios, investigación y publicaciones; como contrapartida, el resto tienen mayor dotación presupuestaria en el último año analizado.

En cuanto a la Prevención se han incorporado Programas de Prevención Comunitaria integrados en los Planes Locales de Drogodependencias. Junto a este aspecto novedoso, destaca la incorporación de planes de prevención en el marco laboral, en colaboración con las distintas administraciones y organizaciones sindicales y empresariales. Para planificar la Prevención, se elabora un mapa de necesidades y se diseñan planes de prevención dirigidos a distintas poblaciones desde estructuras cercanas a ellas. Consideramos positivo la continuidad de los programas escolares, con un mayor número de destinatarios, la coordinación y las evaluaciones; la colaboración con los medios de comunicación para elaborar mensajes preventivos, y los programas familiares. Como aspecto negativo, han descendido los programas de prevención comunitaria, no se realizan mapas de riesgo y los principales problemas encontrados se refieren al consumo de alcohol los fines de semana, de sustancias estimulantes y la prevención en el mundo laboral.

La Ley 18/1998 señala en el campo asistencial la integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en el Servicio de Salud del País Vasco y la equiparación del drogodependiente como cualquier enfermo. En lo que respecta a los recursos y programas, se ha producido un mantenimiento de los dispositivos y de los programas en Comisaría; un aumento de los programas de reducción del daño (con una importante cantidad de ayudas económicas a pacientes drogodependientes junto a los programas de intercambio de jeringuillas y otros novedosos como el de reducción de daños a usuarios de drogas de síntesis), de los destinados a población con problemas de alcoholismo y los de alternativas a la privación de libertad y, finalmente, un descenso de los Centros Ambulatorios de Asistencia y de los programas en instituciones penitenciarias. En líneas generales los usuarios han descendido, con la excepción de los atendidos por problemas de alcoholismo en Unidades Hospitalarias.

Para evaluar los programas, a nivel puramente asistencial, se analizan mensualmente los indicadores de actividad y resultados. Los responsables consideran muy adecuados los centros ambulatorios de asistencia, las unidades hospitalarias y los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos y poco adecuadas las comunidades terapéuticas, las unidades de desintoxicación rápida y los centros residenciales no hospitalarios. No obstante señalan la evolución de la atención a toxicomanías con su tendencia a la estabilización o disminución, suponen una mayor adecuación de las estructuras.

Como obstáculos importantes se mencionan las dificultades de aceptación de centros de estas características en el entorno social colindante y la inadecuación de personal asistencial en cuanto al número aunque este último se ha ido mejorando con el tiempo. Las previsiones de la red asistencial pasan por el desarrollo de estructuras intermedias y las ofertas terapéuticas a nuevos tóxicos y el desarrollo de programas en el ámbito educativo en la relación familiar y social. Es

necesario concienciar a la población sobre la necesidad de una intervención adecuada en los núcleos propios de convivencia.

En cuanto a la incorporación social, la Ley opta por la integración de las personas en su entorno personal, familiar y social y se insta a los poderes públicos para que emprendan medidas que cambien la percepción social de las drogodependencias y logren la aceptación de las personas drogodependientes y de los servicios que precisan. En líneas generales consideramos un punto fuerte el aumento de los distintos programas y recursos empleados: los programas de incorporación laboral se han duplicado desde 1996, surgiendo nuevos tipos y, aunque en el año 2000 desciende el número de recursos, no ocurre igual con los usuarios que aumentan progresivamente. También se aprecia un enorme esfuerzo en formación en los últimos años. Como contrapartida los de apoyo residencial han descendido.

Los responsables consideran que todos los programas funcionan bien, y reciben una calificación muy buena los gestionados por entidades privadas y los de apoyo residencial que lleva a cabo la Administración Foral. Aumentarían los programas de apoyo residencial, los centros de día y los de apoyo al programa metadona y como actividades la promoción de empresas de inserción, los pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento), las residencias, las familias de acogida y los centros de día. Los convenios establecidos con las diferentes entidades y Administraciones funcionan bien en opinión de los responsables, con la excepción de aquellos establecidos con el Gobierno Central, que cabría mejorar. El principal obstáculo encontrado ha sido la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento.

La cantidad de estudios realizados en el País Vasco se considera suficiente, y la calidad de los resultados buena, aunque encuentran limitaciones de personal en el órgano de coordinación, Secretaría de drogodependencias y su Observatorio Vasco. Creen que habría que promover la evaluación de resultados especialmente en los programas preventivos y asistenciales. En el ámbito estatal, deberían realizarse estudios farmacológicos y bioquímicos de las distintas sustancias; factores orgánicos relacionados con la mayor o menor predisposición a la adicción y al desarrollo de la tolerancia y sobre posibles sustitutos y antagonistas utilizables en el tratamiento de la cocaínomanía.

El papel del movimiento asociativo es muy importante y el funcionamiento se considera bueno, gestionan Centros de Emergencia Social con una perspectiva de abordaje integral, tanto en prevención de riesgos como en programas libres de drogas, pero básicamente en prevención de riesgos, donde están asociadas la problemática de las drogodependencias con la inmigración, la prostitución, con el VIH/SIDA, etc. La situación actual es que necesitan recursos, porque en muchos casos son intervenciones que se mantienen por la implicación personal de las propias ONGs y se pretende dignificar el papel con varios sistemas de evaluación y formación que puedan complementar y otorgar calidad a la intervención. En el año 2000 han pasado de 29 a 123 subvenciones, descendiendo el número de convenios y conciertos con estas entidades.

En resumen, se consideran puntos fuertes el descenso de la vía de administración inyectada, del SIDA y de la tasa de mortalidad; el marco legislativo, el número de planes y el proceso de planificación y evaluación seguido; el aumento de los cursos de formación a los profesionales; la planificación de la prevención, la continuidad de los programas escolares y el incremento de destinatarios, la coordinación, evaluación y colaboración con los medios de comunicación y, por último, la incorporación de planes de prevención laboral.

En intervención asistencial el aumento de los programas de reducción del daño, en población con problemas de alcoholismo y de alternativas a la privación de libertad; la evaluación y el buen funcionamiento de los Centros Asistenciales, las Unidades Hospitalarias y los Centros de Prescripción y Dispensación de Opiáceos. En incorporación social, el aumento de los programas, recursos y usuarios en incorporación laboral, el buen funcionamiento de los mismos y el notable número de usuarios con contratos en empresas. Igualmente se considera positivo el buen funcionamiento de los estudios e investigaciones y el acceso a gran número de estudios en la página web; finalmente, el buen funcionamiento de los programas realizados con ONG's, además del incremento de las subvenciones a estas organizaciones.

Como puntos débiles, hay que señalar la grave situación del consumo de drogas con un consumo superior en todas las sustancias salvo en el tabaco y con la utilización de la vía inyectada aun en jóvenes; los problemas de coordinación con la Administración Local en el ámbito de los recursos humanos y materiales; el descenso algunos años de los recursos económicos; la disminución de los programas de prevención comunitaria, el consumo de alcohol los fines de semana y la prevención laboral.

En intervención Asistencial, el descenso del número de Centros Ambulatorios y programas en instituciones penitenciarias; la calificación de “poco adecuados” de las Comunidades Terapéuticas, Unidades de Desintoxicación Rápida y Centros Residenciales no Hospitalarios; el descenso del número de usuarios atendidos; los problemas de aceptación social de los recursos y la inadecuación del personal en número (aunque se está solucionando). En el área de incorporación social, el descenso de los centros residenciales, las necesidades de incrementar estos recursos junto con los centros de día, programas de metadona, empresas de inserción, pisos, residencias y familias de acogida; de mejorar los convenios con la Administración Central. Finalmente, señalan la necesidad que tienen las ONG's de mayores recursos (a la vez que se ha producido un descenso de convenios con las mismas) y de dignificar su papel con mejor formación y evaluaciones de programas.

VALENCIA

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es uno de los principales problemas de la Comunidad Valenciana, situación que preocupa a la sociedad civil de forma notable. Frente a ello, las administraciones públicas diseñan políticas y programas intentando solucionar este problema. Uno de los principales objetivos de las políticas sanitarias, de empleo, educativas y de bienestar social es la prevención en todos los ámbitos y una asistencia sanitaria pública destinada a los drogodependientes, familias, jóvenes y otros colectivos.

Esta labor se inició en junio de 1997, con la aprobación por las Cortes Valencianas de la Ley 3/1997 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, resultado del consenso político y social. Se han diseñado instrumentos normativos y de gestión con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar social de los ciudadanos en materia de asistencia sanitaria, acreditación de centros y servicios y limitaciones a la promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. Es en este desarrollo reglamentario de la Ley donde se encuadra el actual Plan Autonómico Valenciano de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002, donde están implicados los departamentos de Bienestar Social, Sanidad, Empleo, Industria, Comercio, Cultura, Educación y Ciencia y Presidencia. En cuanto a la coordinación con estos departamentos, en opinión del responsable, existen mecanismos teóricos de coordinación, Unidades de Coordinación, pero en la práctica, se realiza verdaderamente teniendo buenas relaciones personales con las demás instancias participantes, con cada uno de los Departamentos del Gobierno. El problema principal está con Sanidad porque el 30 o 40% del presupuesto de cualquier Gobierno está en esta Consejería y drogas no es un gran problema comparado con el resto que se presentan¹.

El Plan se desarrolla en torno a cinco áreas de actuación: Prevención, Asistencia Sanitaria, Inserción Social, Coordinación Institucional y Participación Social, y Formación e Investigación; áreas que pretenden ofrecer un conjunto de prestaciones, intervenciones y ayudas, además de perseguir el máximo rendimiento de las políticas, programas y recursos disponibles. Según el responsable, en términos generales, en la prevención no realizan campañas publicitarias, ya que esto es más de carácter social o político. Aunque en un principio no creía tanto en ella, desde hace un par de años “nos la creemos de verdad”, ya que está dando buenos resultados -demostrados en las evaluaciones realizadas (prevención escolar)-. Aún así, somos claramente defensores extremos de la asistencia, dada la magnitud y gravedad del problema (abuso del alcohol: 200.000 jóvenes). Por ejemplo, en el caso de la heroína, la única forma de que baje es vía asistencia².

1 Entrevista con el responsable, junio 2002.

2 Entrevista con el responsable, junio 2002.

1- SITUACIÓN GENERAL DEL CONSUMO DE DROGAS

1.1.- Consumo de las diferentes sustancias

En líneas generales, los responsables del Plan consideran moderada la situación del consumo de drogas y sus consecuencias. A grandes rasgos, la evolución de la situación de la drogadicción, tomando como referencia los últimos cinco años, ha mejorado. Estos datos son corroborados por el Plan Autonómico Valenciano, donde se señala la tendencia a la baja en el consumo de todas las drogas, con especial atención al descenso en el consumo de alcohol (-37,5%), de cocaína (-31,43%) y de heroína (-50%) (ver Tabla 1). Los responsables ven la heroína como la sustancia más problemática, seguida por el alcohol y por la cocaína. En su opinión, la heroína es una sustancia que genera alarma en la opinión pública y desencadena otros problemas que la sitúan en un primer puesto. Por otro lado, el alcohol ocasiona un gran impacto sanitario y los recursos para hacerle frente son más costosos. Finalmente, la cocaína es considerada una droga con difícil solución. En su conjunto, estas drogas señaladas afectan a un gran número de personas.

En opinión del responsable, haciendo una valoración general de las tendencias en el consumo de drogas en el periodo 1990-2000, se aprecia (Encuestas 1996-1998-2000-2002 de la Comunidad) una bajada general del consumo de sustancias, concretamente del alcohol, cocaína, cánnabis y heroína. En el alcohol se ha producido una bajada más fuerte, concretamente en 1996 en la población de 15 a 24 años estaba aproximadamente en el 9%, en 1998 bajó a 8,1 y, finalmente, en el 2000 ha habido un pequeño repunte (8,4). En la heroína la bajada ha sido muy acusada, fundamentalmente porque en 1996, según las encuestas, la metadona sólo se administraba en Alicante y ahora hay 52 municipios con tratamiento de agonistas³.

Tabla 1
Consumidores de drogas entre 15 y 65 años (absolutos).

	Heroína	Cocaína	Anfetaminas Speed	Alucinógenos	Cánnabis	Drogas de diseño	Abuso de alcohol
1996	21.657	94.748	40.606	32.485	251.760	56.849	194.911
1998	10.828	64.970	35.192	21.657	203.032	48.728	121.819
Dif. 1998/1996	-50,00%	-31,43%	-13,33%	-33,33%	-19,35%	-14,29%	-37,50%

Fuente: PAVDTA 1999-2002

En el caso de la cocaína, aunque haya descendido su consumo, según Bartolomé Pérez Gálvez, director general de drogodependencias, el número de consumidores registrados desde 1996 se ha incrementado en un 200%. En el año 2000, dos de cada diez toxicómanos en tratamiento tomaban exclusivamente esta sustancia y la vía de administración era la esnifada en el 80% de los casos. Se trata de un consumidor con un nivel económico medio alto, ocupado laboralmente (70%) y con una edad media de 30 años.⁴

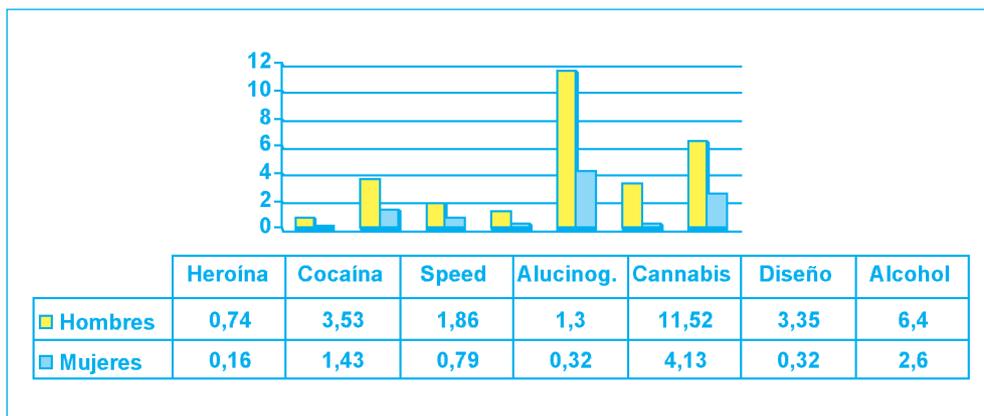
Respecto al sexo, se aprecia un consumo predominante entre los varones, variando la proporción en función del tipo de sustancia. Así, en las drogas de diseño, las diferencias son más acusadas, con un 3,53% de hombres frente a un 0,32% de mujeres (en los últimos doce meses). En

³ Entrevista con el responsable, junio 2002.

⁴ La verdad 15-05-2001.

el resto de las sustancias la proporción disminuye, alcanzando un promedio de tres hombres por mujer en términos generales, como puede apreciarse en el Gráfico 1 ⁵.

Gráfico 1
Consumo en los últimos doce meses hombre/mujer.



Fuente: PAVDTA 1999-2002.

Para profundizar en el perfil de las mujeres jóvenes consumidoras de drogas, es necesario recurrir al estudio «Consumo de drogas por mujeres jóvenes de la Comunidad Valenciana»⁶, que a partir de una muestra de mujeres con edad media comprendida entre los 17 y 26 años, que vive en familia (74,5%), soltera (89%), estudiantes (47%), concluye que consumen drogas normalmente el 61,5%, principalmente tabaco (57%) y alcohol (39,6%). El cannabis es consumido por un 22,9%, el L.S.D. y la cocaína en un 1%, y un 0,7% consume tranquilizantes. Los hipnóticos, anfetaminas, éxtasis y opiáceos aparecen en 3 de cada 100 mujeres jóvenes en esta Comunidad.

Respecto a la edad, según las diferentes sustancias, aprecia una disminución en el consumo de heroína entre los más jóvenes y de forma sobresaliente en el grupo de mayor prevalencia de la dependencia a esta sustancia (25-34 años). La cocaína ha tenido un importante descenso en todos los grupos de edad, especialmente entre los más jóvenes. El consumo de cannabis ha experimentado una tendencia a la baja, con la excepción del grupo de 25 a 34 años, donde se aprecia un ligero incremento. Las drogas de diseño presentan una clara disminución en el consumo por parte de los más jóvenes, lo mismo ha ocurrido en el grupo entre 25-34 años, aunque con menor intensidad. El consumo de anfetaminas y «speed» presenta una tendencia al descenso en la población de 25 a 44 años, mientras que se da un ligero aumento entre los más jóvenes. Igual ocurre en el caso de los alucinógenos, donde los jóvenes poseen los mayores niveles de consumo. Por último, el consumo de tabaco en la población entre 15-65 años ha experimentado un notable descenso, especialmente entre los más jóvenes y el grupo con más fumadores sigue siendo el de 25-34 años (ver Tabla 2).

En cuanto al consumo abusivo de alcohol, la elaboración del «Libro Blanco sobre el abuso de alcohol en la Comunidad Valenciana» manifiesta un especial interés en el alcoholismo, al ser la

⁵ Resultados obtenidos del PAVDTA 1999-2002, Pp. 41.

⁶ «Consumo de drogas por mujeres jóvenes de la Comunidad Valenciana», trabajo que ha contado con el soporte del Instituto de Investigación en Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández. Los datos obtenidos de las mujeres de Valencia capital lo fueron con soporte del PNSD en el Proyecto SONAR realizado por IREFREA.

patología con mayor prevalencia. Los resultados de algunos estudios⁷ muestran importantes descensos en la prevalencia del consumo excesivo, especialmente entre los más jóvenes, siendo la población de mayor edad la única que incrementa su consumo (ver tabla 3). Este importante descenso en el consumo de alcohol entre los más jóvenes se relaciona en el Plan Autonómico con algunas medidas preventivas iniciadas en este periodo: limitación del consumo de alcohol en la vía pública y de la venta en establecimientos tipo «24 horas» (Ley 3/1997), y la mayor incidencia en las campañas y programas de prevención en el abuso de esta sustancia.

Tabla 2

Consumo de drogas en el último mes por grupos de edad 1996-1998 (excepto alcohol).

Consumo de drogas	%	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-65 años	TOTAL
Heroína	1996	0,9	2,6			0,8
	1998	0,3	1,2			0,4
Cocaína	1996	6,2	6,4	1,6	1	
	1998	3,3	5,1	0,9	0	
Cannabis	1996	23,4	10,8			
	1998	14,3	12,5			
D. Diseño (Extasis)	1996	5	3,8	0,4		
	1998	3	3,4	0,4		
Anfetaminas y Speed	1996	2,4	1,8	0,8		
	1998	3,1	1,6	0,4		
Alucinógenos	1996	1,3	1,6			
	1998	3,8	0,6			
Tabaco	1996	54,7	58,6	53,6	29	45,6
	1998	40,3	50,9	45,8	24,1	38,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

Por último, respecto al resto del Estado, el estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999 publicado por la Fundación Santa María, señala que la Comunidad Valenciana se encuentra entre las regiones más consumidoras de anfetaminas (11,5%) y drogas de síntesis (10,6%), ocupando la segunda posición en ambos rankings. Respecto a la cocaína, también se caracteriza por un consumo elevado (13,6%), si la comparamos con el resto de las regiones, pero esta vez ocupando una tercera posición.

1.2. Consecuencias derivadas del consumo

El problema del consumo de drogas ocupa una tercera posición entre los que más preocupan a los ciudadanos de la Comunidad Valenciana, aunque en los últimos años la percepción del pro-

⁷ Encuestas de consumo de alcohol realizadas por la Dirección General de Drogodependencias (FAD-EDIS) y el Plan Nacional sobre Drogas (SIGMA-DOS) para 1996 y 1998.

Tabla 3
Prevalencia del consumo excesivo de alcohol ⁸por grupos de edad 1996-1998.

	15-18 años	19-24 años	25-34 años	35-44 años	45-65 años	TOTALES
1996	5,3	12,5	10,4	8,4	3,1	7,2
1998	2,3	3,6	5,7	5,7	3,8	4,5

Fuente: PAVDTA 1999-2002

blema ha mejorado. Respecto a la delincuencia asociada al consumo de drogas, la población opina que no es un problema grave en su lugar de residencia (1998), sólo el 19,8% ve como grave este problema, porcentaje muy inferior al 31,5% resultado del promedio nacional. En lo que se refiere a los tratamientos por consumo de drogas, según el Plan Autonómico, durante los meses de abril y mayo de 1997 se registraron un total de 795 casos de pacientes que iniciaron tratamiento, de los cuales 150 fueron por motivos de alcoholismo, 525 por dependencia a la heroína, 77 a la cocaína y 43 por otras dependencias tóxicas. La tasa de mortalidad, que en 1992 fue de 11,12 muertes por cada 100.000 habitantes, en 1997 bajó a un 3,35%, donde se registraron 25 fallecimientos por reacción adversa al consumo de drogas. Las urgencias hospitalarias producidas por el alcohol desde enero de 1993 a julio de 1994 fueron de 3693, un 41% del total de urgencias secundarias al consumo de drogas. Según el Registro de SIDA de la Comunidad Valenciana, de un total de 3544 casos acumulados hasta el 31 de marzo de 1998, la vía de transmisión más frecuente es la de usuarios de drogas por vía parenteral, con un 57,8% del total⁹.

2- ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO SOBRE DROGAS

La aprobación por el Gobierno Valenciano del primer Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (1999-2002), Acuerdo 2 de febrero de 1999, pone de manifiesto la prioridad que se le otorga a las políticas y programas en materia de drogodependencias y supone la plasmación de la labor comenzada en 1997 con la promulgación de la Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Este Plan es el instrumento para planificar y ordenar objetivos, recursos y actuaciones en el ámbito de la prevención y atención a las drogodependencias. Su fin principal es unir esfuerzos y recursos de cara a la búsqueda de soluciones al difícil y complejo problema de las drogas.¹⁰

La opinión de los responsables permite conocer otros aspectos relevantes en la estructura y funcionamiento del Plan. En este sentido, éste se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades y de un informe oficial realizado por profesionales del mismo. El último estudio de necesidades se realizó durante el año 2000, y el siguiente está previsto para dentro de dos años. Para ello, se han empleado como fuentes primarias los indicadores del Sistema Autonómico Valenciano de Información en adicciones y como fuentes secundarias, otros indicadores relacionados con este fenómeno, obtenidos del Plan Nacional de SIDA, la Dirección General de Tráfico,

⁸ El consumo abusivo de alcohol se refiere a la ingesta superior a 75 ml. de alcohol/día en varones y 50 ml. de alcohol/día en mujeres.

⁹ PAVDTA, 1999-2002, Pp. 54, 57,80,82,83.

¹⁰ Fuente: PAVDTA 1999-2002 Pp.99.

los Indicadores Policiales, Judiciales y Penitenciarios, los estudios y resultados de otros organismos internacionales (OEDT, OMS, JIFE), etc.

Partiendo del estudio de necesidades se realiza la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos y personal de la Oficina del Comisionado. Esta última, también participa en la definición de los objetivos, presentando el borrador inicial y se ocupa de la ejecución del Plan. Además, hay establecidas estructuras de participación y decisión del mismo, interviniendo otros organismos como el Consejo Asesor, Estructuras Político-Administrativas, la Comisión Interdepartamental y la Comisión Ejecutiva. Las pautas generales seguidas en la programación y elaboración del Plan, han sido editadas en el Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias y otros Trastornos adictivos 1999-2002. Por otra parte, el Observatorio Valenciano se encarga de realizar la evaluación del Plan sin existir una comisión a escala interna que realice el seguimiento del mismo.

Al plantear a los responsables cuáles han sido los principales problemas encontrados con las entidades Administrativas (Central, Autonómica y Local) en la aplicación del Plan, fundamentalmente señalan dificultades con la Administración Central en el ámbito de financiación. En materia de competencias, se considera que el Plan Autonómico tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas, y están bien distribuidas entre la Administración Autonómica y la Local. Pese a esto, surgen dificultades de representación y participación política, que podrían mejorarse tratando el importante problema de las drogas desde un punto de vista más técnico (científico) y menos político.

Siguiendo con los aspectos más destacados de las diferentes administraciones, en lo relativo a la Comunidad Autónoma, han participado en la elaboración las consellerías y/o departamentos de Bienestar Social; Sanidad; Empleo, Industria y Comercio; Educación y Presidencia. Existen convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios, que se realizan mediante convocatoria anual de subvenciones que rigen las obligaciones y coordinación entre ambas partes.

Describiendo en términos generales el organigrama (ver gráfico 2), la Comunidad Valenciana cuenta con una Dirección General de Drogodependencias, que se divide en dos áreas o secciones: una Jefatura de Servicio de Gestión, compuesta principalmente por Licenciados en Derecho, Ciencias Económicas y Empresariales; y una Secretaría Técnica para la Atención y Prevención de las Drogodependencias, constituida fundamentalmente por psicólogos, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales y A.T.S.

Además de esta estructura, existen cuatro órganos consultivos en materia de drogodependencias: la Comisión Interdepartamental, la Comisión Ejecutiva, el Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias y el Consejo Asesor. La Comisión Interdepartamental está presidida por el Presidente de la Generalitat Valenciana y compuesta por representantes de todos los departamentos y órganos de la Generalitat relacionados con la materia, así como de la Administración Local. Es el órgano encargado de establecer los criterios de coordinación, evaluación y seguimiento de las actuaciones que se desarrollen en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos. Se reúnen con una periodicidad de dos veces (mínimo) al año.

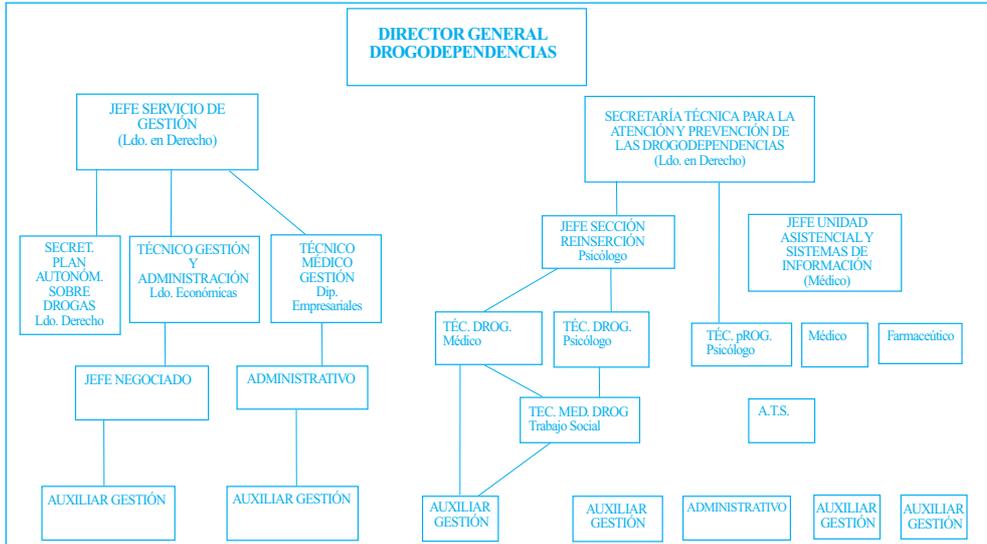
La Comisión Ejecutiva es la encargada de la implementación, evaluación y supervisión de los actos y acuerdos adoptados por el Gobierno Valenciano o la Comisión Interdepartamental. Al igual que la Comisión Interdepartamental, se reúne con una periodicidad de dos veces (mínimo) al año. El Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias, es el órgano unipersonal de asesoramiento, coordinación y control de las actuaciones que, en materia de drogode-

11 Estos tres órganos consultivos fueron constituidos por Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos y desarrollado por Decreto 98/1998, de 14 de julio, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el reglamento orgánico y funcional de las estructuras político administrativas en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

pendencias y otros trastornos adictivos, se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Valenciana¹¹.

Por último, el Consejo Asesor es el órgano colegiado de carácter consultivo, en el que están representados las Administraciones Públicas, las ONG's que trabajan en la materia, las

Gráfico 2
Organigrama del Plan Autonómico Valenciano.



Fuente: Plan Regional sobre Drogodependencias. 1996

Universidades, las centrales sindicales, las asociaciones de usuarios y consumidores, las organizaciones empresariales y los colegios profesionales, con el objetivo de promover la participación de la comunidad y favorecer la coordinación y la racionalización en la utilización de recursos¹². Se reúne como mínimo dos veces al año.

En términos generales, para difundir a la población las labores, programas o actividades que, en materia de drogodependencias, desarrolla el Plan Autonómico Valenciano, esta Comunidad cuenta con la Secretaría Técnica del Comisionado para la atención y prevención de las drogodependencias y con tres fondos de información en esta materia. Los programas sobre los que se suministra mayor información son los de prevención y, en general, la información se difunde a través de revistas, páginas Web, teléfono de información, guía actualizada sobre recursos y programas, memorias, otras publicaciones institucionales, campañas, centros de documentación y servicios de información y orientación.

En cuanto al perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos son, en el caso de la prevención, jóvenes menores de 18 años y población de alto riesgo; en intervención asistencial, sujetos que ya han iniciado el consumo, con la finalidad de evitar la instauración de usos problemáticos y, sobre todo, a los que ya realizan dicho consumo, para intentar impe-

12 Constituido por Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos y desarrollado por Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, del Gobierno Valenciano, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos.

dir que la situación se agrave. Por último, la información que se suministra en el área de incorporación laboral se dirige preferentemente a las personas adictas en fase de deshabitación.

3- RECURSOS HUMANOS

En los últimos cinco años, el personal (excluida la Oficina de Coordinación) que trabaja en las áreas de prevención, intervención asistencial e incorporación social ha aumentado. En líneas generales (ver Tabla 4), la mayor parte son licenciados (198), concretamente psicólogos (122) y, en segundo lugar, existe una proporción similar de diplomados y de personal con estudios de Bachiller o FP. El área de Intervención Asistencial es la que cuenta con más profesionales que trabajan en materia de drogodependencias, seguida de la Incorporación Social y Prevención, respectivamente. Pese a esto, el área de Intervención Asistencial es la única donde los responsables del Plan consideran insuficiente la dotación de personal.

En todas las áreas hay una mayor proporción de licenciados, con la particularidad de que Intervención Asistencial cuenta con más diplomados que el resto de las áreas y en Incorporación Social hay más personal con estudios de Bachiller/FP. Resultados que se corresponden con la materia que trata cada una de estas áreas. Así, no es de extrañar que el área de Intervención Asistencial tenga un elevado porcentaje de médicos, psicólogos y ATS; por otro lado, el área de

Tabla 4
Perfil del personal que trabaja en los distintos ámbitos

TITULACIÓN	PREVENCIÓN	I. ASISTENCIAL	I. SOCIAL	TOTAL
1.Licenciados	46	106	46	198
Psicólogos	38	48	36	122
Pedagogos	3	1	3	7
Médicos	5	56	4	65
Abogados		1	3	47
2.Diplomados	14	46	24	84
Trabajadores Sociales	14	9	21	44
ATS/ DUE		37	3	40
3. Bachiller/FP	4	36	53	93
Monitores/Educadores	4	36	53	93
TOTAL	64	188	123	375

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

Incorporación Social tiene mayor proporción de monitores y educadores, psicólogos y trabajadores sociales; finalmente, estas dos últimas categorías profesionales son las más destacadas en el área de prevención.

En opinión de los responsables, la principal deficiencia que afecta al personal que trabaja en temas de drogodependencias es la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo. En el ámbito de Prevención, se requiere un mayor nivel de formación y en el de Incorporación Social la coordinación con recursos de integración laboral.

Respecto a la formación del personal, a pesar de que la Comunidad Valenciana ha carecido durante muchos años de un pertinente desarrollo de actuaciones formativas y de investigación en materia de drogodependencias, con el desarrollo de la Ley 3/1997 se le otorga al Gobierno valenciano la obligación de «fomentar la formación especializada en drogodependencias así como la investigación aplicada a este campo»¹³. Esta labor requiere la colaboración de instituciones y entidades que actúen extendiendo una formación continuada y especializada a los profesionales que trabajan en esta tarea. En este sentido, el Instituto de Investigación en Drogodependencias es la unidad específicamente encargada en los distintos ámbitos de actuación, además de las Universidades, los Colegios Profesionales o las Organizaciones Sindicales y Empresariales. En opinión del responsable, desde 1997 el INID se encarga de la formación de profesionales en todas las áreas ofreciendo cursos, aunque su enfoque es básicamente hacia la prevención. También financian investigaciones con las universidades (con 5 de ellas), hay un convenio con el INID, subvenciones, becas de investigación, etc. En 1997/98 se introdujeron unos criterios de acreditación muy duros exigiendo para trabajar en los centros de esta comunidad un año de experiencia, si es un grupo A, 300 horas de postgrado y si es B, 150. Se realizó un programa de formación para los profesionales que ya estaban trabajando. La acreditación se basa en los profesionales que son los que verdaderamente prestan el servicio¹⁴.

Si se analizan las actividades de formación de profesionales y mediadores impartidas en los últimos años (1996-2000) en esta Comunidad (ver Tabla 5), se aprecia una tendencia a la espe-

Tabla 5

Evolución de las actividades de formación de profesionales y mediadores (1996-2000)

FORMACIÓN	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios	Nº	Destinatarios
Formación profesionales mediadores										
- Cursos	8	132 p. sanitario	8	50 profesional. 150 personal sanitario	6	150 personal sanitario	4	100 personal sanitario	9	270 personal sanitario policia
- Seminarios/ Jornadas/Encuentros	2	115 p. sanitario	1	40 personal sanitario	4	316 profesionales drogodependencias	3	148 profesional drogodependencias	5	352 profesional drogodependencias
- Congresos	1	Asociaciones Alcohólicas	1	300 profesionales drogodependencia						
- Escuela de Padres	10	50 Familias								
-Programas Acreditación Formación					6	213 profesionales drogodependencias	44	1532 profesionales	25	476 profesional drogodependencias

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

13 PAVDTA 1999-2002.

14 Entrevista con el responsable, junio 2002.

15 Desde 1999, ..., la Dirección General de Drogodependencias deberá ofertar un Programa de Formación Continuada dirigido a los profesionales de los centros y servicios acreditados de atención y/o prevención de las Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, ... PAVDTA 1999-2002 Pp161.

cialización, a través de los Programas de Formación Continuada dirigidos a los profesionales de los centros y servicios acreditados de atención y/o prevención de las drogodependencias. Esta línea de actuación supone la consecución de los objetivos propuestos en el Plan¹⁵.

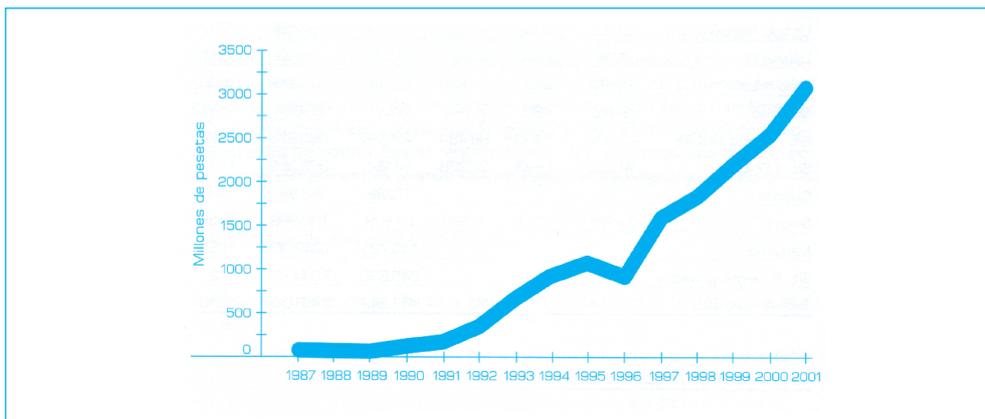
En conclusión, evaluando este ámbito, según el responsable, hay que tener en cuenta la situación de partida al hablar de la evolución de los Recursos Humanos. Se ha conseguido un reconocimiento social a la labor prestada y ha aumentado el número de personal, aunque siempre es deseable un mayor número. Económicamente, en 1996 se disponía de 725 millones de ptas y en el 2002, esta Dirección General que no tiene competencias en materia sanitaria (esto depende del Servicio Valenciano de Salud), dispone de un presupuesto en torno a 2.000 millones de ptas. Sanidad está gastando 700 millones de ptas en asistencia sanitaria. El avance es importante aunque hace falta más. En un principio las Unidades de Conductas Adictivas disponían de un médico, uno o dos psicólogos y un ATS. No había un auxiliar administrativo ni trabajador social¹⁶.

4- RECURSOS ECONÓMICOS

El presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación en materia de drogodependencias, se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años. En 1987, la Comunidad

Gráfico 3

Evolución presupuestaria (en pesetas) 1987-2001.



Fuente: PAVDTA, 1999-2002, Pp. 104.

Valenciana contaba con un presupuesto de 45 millones de pesetas, dato curioso si se compara con los 11.010 millones de pesetas en que se presupuesta el Plan Autonómico 1999-2002 (ver Gráfico3).

Comparando los últimos años (1996-2000) (ver Tabla 6), los recursos económicos han crecido, pasando de 785.483.000 Ptas. en 1996 a 1.769.001.538 en el 2000. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención y, en tercer lugar, coordinación y formación, documentación e información. Comparando unas áreas con otras, mientras que en Prevención, Intervención asistencial e Incorporación social

¹⁶ Entrevista con el responsable, junio 2002.

Tabla 6
Presupuesto por áreas de actuación (en pesetas) (1996-2000).

	1996	1997	1998	1999	2000
Prevención	140.488.000	235.000.000	300.000.000	340.496.595	357.321.428
Intervención Asistencial e Incorporación Social	550.000.000	1.192.000.000	1.174.500.000	1.207.550.433	1.247.107.142
Coordinación Institucional	54.995.000	94.000.000	83.839.000	69.573.912	93.637.892
Formación, Documentación e Información	40.000.000	65.000.000	55.000.000	90.409.060	70.935.076
Total	785.483.000	1.586.000.000	1.613.339.000	1.708.030.000	1.769.001.538

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-1999.

se ha producido un crecimiento progresivo del presupuesto, no ha ocurrido igual en Coordinación institucional y Formación, Documentación e Investigación, áreas en las que se aprecia una mayor fluctuación a lo largo de los años.

Según los responsables del Plan Autonómico, la Oficina de Coordinación para el año 2001, ha contado con un presupuesto de 1.754.469.000 ptas. Aportando al mismo el Gobierno Central

Tabla 7
Presupuesto de la Oficina de Coordinación y del Plan Valenciano sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos (en pesetas) (2001).

Procedencia del Presupuesto				
Aportación del Gobierno Central			Aportación de la Comunidad	TOTAL
M. del Interior (PNSD)	Otros Ministerios	Total		
297.235.000	59.000.000	356.235.000	1.457.234.000	1.754.469.000

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

356.235.000 ptas, de las que 297.235.000 ptas proceden del Ministerio del Interior (PNSD). La Comunidad Autónoma ha destinado un total de 1.457.234.000 ptas en materia de drogodependencias (ver Tabla 7).

Según los responsables del Plan, los criterios que sigue la Administración Autonómica de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales, son el análisis de la situación epidemiológica y de las necesidades locales (población, demanda y recursos), priorizando las actuaciones según los recursos disponibles. Considerando los recursos económicos, en general, el presupuesto en drogas nunca puede ser suficiente (2.100 millones a final de año). En el año 1997 hubo una subida espectacular: 99,6%. Siempre te hace falta más, pero hay que hacer un balance de las prioridades y al analizar la evolución de éste, observar los cambios en las competencias. Hace

falta siempre más dinero, el problema es que a veces se desconocen los costes reales de algunos de los problemas, por ejemplo, el poner en marcha los tratamientos con heroína para pacientes muy deteriorados, supondría un coste aproximado de 2.800 millones de ptas¹⁷.

5- PREVENCIÓN

En términos generales, en esta área se persigue informar, educar, formar, modificar actitudes y comportamientos, intervenir sobre factores de riesgo y eliminar o limitar la presencia, promoción y venta de drogas en la sociedad valenciana¹⁸. En la puesta en práctica de las actuaciones preventivas están implicadas la Generalitat Valenciana (Conselleria de Bienestar Social; Conselleria de Cultura, Educación y Ciencia; Conselleria de Empleo, Industria y Comercio; Conselleria de Sanidad; Conselleria de Agricultura, Pesca y Alimentación; Conselleria de Obras Públicas, Urbanismo y Transporte), la Administración Local (Ayuntamientos y Mancomunidades, Diputaciones Provinciales) y Entidades Privadas. El área de Prevención cuenta con distintos ámbitos de actuación según la población a la que se refiere, concretamente el ámbito escolar, comunitario, laboral, municipal y de la comunicación.

El objetivo general consiste en disminuir el consumo de drogas y otras patologías adictivas y enfermedades relacionadas, especialmente en la población más joven (15 a 24 años). Entre los objetivos específicos, se pretende reducir la edad de inicio en el consumo de drogas; el abuso de alcohol, de tabaco, de drogas ilegales, del juego patológico; la incidencia de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana entre la población drogodependiente; las muertes por reacción adversa al consumo de drogas y la incidencia de patologías asociadas al consumo de alcohol y tabaco. Las áreas de actuación preferente son la población escolar (principalmente el grupo entre doce y dieciséis años), la población laboral, las Escuelas de Padres y otros programas en el marco de la unidad familiar¹⁹.

Según los responsables del Plan, de cara a la planificación de las estrategias de Prevención en la Comunidad Valenciana, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades. Las principales fuentes utilizadas son la encuesta escolar, la base de datos de los centros escolares, los estudios de salud y los cuestionarios de evaluación elaborados por la Dirección General de Drogodependencias. Los principales problemas encontrados en esta fase se refieren a la dificultad que entraña la recopilación de los datos y el elevado coste económico que supone esta tarea, causados por la falta de implicación de algunos sectores de la población y la necesidad de más apoyo entre las diferentes instituciones implicadas en este tema.

De los resultados obtenidos del análisis de necesidades, surgen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación, que se concretan en un Plan y en programas específicos. Para conseguir los objetivos, se ponen en marcha recursos humanos, materiales y económicos. Lo más destacado de los recursos humanos es la conclusión de un nuevo modelo iniciado en 1997 con la creación de Unidades de Prevención Comunitaria. El trabajo conjunto de las UPCs y distintas ONGs constituidas en Equipos de Coordinación, ha supuesto la consolidación del Plan de Prevención Escolar de forma institucionalizada. En cuanto a los recursos materiales, merecen especial mención los programas de prevención escolar -Órdago y Barbacana- con los materiales complementarios que facilitan su implantación. Por último, los recursos económicos, donde la dotación presupuestaria para el área de prevención viene reflejada a través de los presupuestos y convocatorias de ayudas para los Equipos de Coordinación. A su vez, los materiales de programas preventivos para la ESO corren a cargo de la Dirección General de Drogodependencias.

En lo referente a la implicación y participación de otros sectores (sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.), el Programa de Prevención Escolar se realiza conjuntamente con la Conselleria de Cultura y Educación. También la Conselleria de Sanidad desarrolla actuaciones preventivas, espe-

18 Artículo 4 de la Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.

19 PAVDTA 1999-2002

cialmente con referencia al consumo de tabaco, a la vez que coordina medidas encaminadas a la reducción de prevalencia e incidencia de la infección por VIH y SIDA, aspecto relacionado directamente con los programas de reducción del daño entre la población drogodependiente.

Finalmente, dentro de la planificación de la Prevención en la Comunidad Valenciana, se elabora un mapa de necesidades y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo. Concretamente, en el ámbito escolar la población a intervenir es de niños de 12 años en adelante, en el ámbito comunitario se han establecido como objetivo “los Hijos de padres alcohólicos” como experiencia piloto, y en el ámbito de la atención “reducción de daño” un programa de prevención terciaria para población de alto riesgo.

Para evaluar esta área de intervención, se analizan las siguientes variables: Unidades de Prevención Comunitaria; Centros, Unidades Escolares y Alumnos; Escuelas de Padres y/o Programas Familiares, además de los participantes en los mismos; empresas donde se desarrollan programas de prevención laboral y trabajadores beneficiarios; número de materiales editados y de centros donde se distribuyen; número de programas de prevención comunitaria u otros implantados por las UPCs y colectivos a los que van dirigidos; participación en los premios de prevención; evolución de las tasas de comorbilidad asociada y de las prevalencias de consumo, concretamente entre los más jóvenes²⁰.

En líneas generales, en el periodo considerado (1996-2000), se ha producido un aumento de los programas de prevención en todos los ámbitos. El ámbito escolar es el que más ha tenido, seguido por el comunitario, el familiar (con un aumento sorprendente en los últimos años) y el laboral; sin embargo, las campañas institucionales se han ido reduciendo con el paso del tiempo. Es difícil precisar con exactitud el número de recursos materiales empleados y destinatarios en los distintos ámbitos, aunque se observa una tendencia creciente, especialmente en el ámbito escolar, comunitario y familiar.

Haciendo una valoración general de la prevención, en opinión del responsable²¹, destacan dos aspectos cualitativos y cuantitativos importantes. Por una parte, el objetivo nuestro era disponer de una Unidad de Prevención Comunitaria en cada municipio de más de 20.000 habitantes y con el segundo Plan se pretenden establecer en poblaciones más pequeñas. Al final de año vamos a tenerlas todas... Nos hemos convertido en una red extensa de Unidades. Esto revierte en el segundo aspecto importante: la prevención escolar. En ella, no hacemos campañas piloto, jugamos en plan “sábana”: en el primer año, 1998-99, entramos en todos los colegios de la Comunidad Valenciana públicos o privados de 1º de E.S.O., en 1999-2000 fuimos a 1º y 2º y en el curso actual estamos en 3º y 4º. En este curso hay una tasa de seguimiento comunicada en el 80,54%. Les obligamos a los centros a comunicarlo por escrito (para evitar los juegos de que si lo aplico o no lo aplico) y luego nosotros tenemos una “inspección” para comprobar lo que luego han hecho de verdad (en mayo). La tasa bajaría en torno al 65%-70%, vamos a perder un 20% de lo que nos han dicho. Cada Unidad de Prevención tiene adjudicados todos los colegios e institutos que correspondan a su área.

Por otro lado, allí donde no hay prevención lo hacemos directamente nosotros o fundamentalmente ahora con tres unidades que se han creado de la F.A.D. en Alicante, Valencia y Castellón, que recogen los municipios pequeños donde no hay unidades de este tipo. La función que hace es de prevención comunitaria y escolar, la tutela y el pequeño asesoramiento del profesorado porque los programas los aplican éstos. Independientemente de esto, la formación del profesorado corresponde a Educación, a través de un Centro de Formación del Profesorado, convocando cursos de formación aunque los programas Órdago y Barbacana no exigen una formación especial pero si se quiere ampliar... Por otro lado, destaca una campaña, casi un programa, que casi todo el año desde 1997 que se realiza en las discotecas, la lleva una ONG y es una campaña dentro de los locales de ocio.

20 PAVDTA 1999/2002.

21 Entrevista con el responsable, junio 2002.

En conclusión, lo más importante de prevención es la existencia de una red fuertemente financiada y el resultado final mencionado en la prevención escolar (gran número de centros que cumplen). Además, estas unidades también realizan una prevención secundaria: hay un problema claro en la asistencia a los problemas del consumo de drogas, concretamente en la dependencia (consumidores de éxtasis, cánnabis, con los padres angustiados) que no pueden acudir las unidades de conducta adictiva que son específicas para enfermos. Según el número de habitantes, se va a exigir una cartera de servicios diferenciada. En todos los casos se va a incluir la atención directa a padres, a consumidores, etc. Entre los retos pendientes, se pretende bajar a los dos últimos cursos, a edades más tempranas (se empezó con 12 años). Este año se va a hacer una experiencia piloto para trabajar en 5º y 6º de Primaria porque con diez años es bueno que tengan un conocimiento. Hay que conseguir la obligatoriedad de los programas de prevención escolar porque cuesta mucho incluir un programa en la escuela (tienen ya mucho trabajo: xenofobia, etc). Alguien tiene que priorizar. La prevención ahora que la gente se mueve más, es necesario que se haga en toda España. La principal necesidad que tenemos es que no haya políticos en drogas, desvincular el tema de lo político, siendo necesarios debates más profesionales y científicos.

5.1.- Ámbito escolar

El ámbito escolar es un área de actuación preferente dentro de la prevención. Hasta el 2000 ha sido el ámbito con más programas. En 1999 se planificó la implantación de un Programa de Prevención Escolar con contenidos y materiales específicos para cada uno de los cursos de la

Tabla 8

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito escolar (1996-2000)

A. Escolar	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	35	PIPES y Programas Educación para la Salud (75)	5850 (vídeos y manuales)	10000 pob. escolar 400 docentes
1997	70	75 P. Educación para la Salud y de prevención escolar coordinados por UPCs	16000 (manuales, fichas, vídeos)	7000 pob. escolar 500 docentes y 50 centros
1998	70	P. escolar coordinado por UPC y P. de prevención municipales	3500 (manuales profesores y alumnos)	10700 p. escolar, 800 docentes 500 centros, y
1999	2	Órdago y P.Barbacana	2160 manuales para profesores 47397 fichas alumnos	1148 centros, 2160 docentes y 47397 alumnos
2000	2	Órdago y P.Barbacana	1.240 manuales para profesores 102.000 fichas alumnos	759 centros, 3.921 docentes y 96.026 alumnos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

Educación Secundaria Obligatoria (Órdago y Barbacana), aumentando el número de recursos materiales y destinatarios de estos programas, especialmente en el Programa Órdago (ver Tabla 8).

En opinión de los responsables, en este último año, el Plan ha continuado teniendo como prioridad la implantación de un programa de prevención dirigido a los escolares entre 12 y 16 años. Para garantizar el seguimiento de esta línea, la Dirección General de Drogodependencias coordi-

na los 64 Equipos de Coordinación de los que disponen para el seguimiento de los programas escolares institucionalizados. Los centros escolares están participando de forma satisfactoria en esta iniciativa, con un índice de participación superior al 65%. Existe una coordinación con la Administración educativa, la cual se encarga de la formación del profesorado que lleva a cabo los programas. Estos profesores, en su mayoría en tutorías, son los que realizan las intervenciones en los centros educativos, donde existe un sistema de control de aquellos centros que participan en actividades o programas de prevención. En este sentido, se conoce el número de centros implicados en esta tarea (1.205 potenciales) y además, los programas escolares son evaluados a través de evaluaciones del proceso y de resultados, concretamente sobre los programas Órdago y Barbacana.

A los centros educativos se les oferta formación, materiales, apoyo a los docentes y actividades extraescolares, fomentándose la creación de Escuelas de Formación de Padres. De la formación se encarga la Dirección General de Drogodependencias y la Administración Educativa (a través de convocatorias y concursos); de los materiales, la Dirección General de Drogodependencias y la Administración Local (elaboración y adquisición); del apoyo a los docentes, las Unidades de Prevención Comunitaria (estableciendo los objetivos y actividades de estos profesionales); por último, de las actividades extraescolares se encargan conjuntamente la Dirección General de Drogodependencias, la Administración Local y ONGs.

La formación del profesorado en prevención se realiza a través de la Conselleria de Educación, que organiza dentro de su Plan de Formación del Profesorado cursos específicos en prevención de drogodependencias y otros trastornos adictivos. De esta labor se encargan los CEFIRES (Centros de Formación del Profesorado) con la elaboración y participación de profesionales especializados en materia de prevención. El lugar donde esto se desarrolla son las instalaciones de los CEFIRES, los centros escolares o locales de las UPCs (Unidades de Prevención Comunitaria).

Una vez establecidas las necesidades, definidos los objetivos y puestos en práctica los programas y actividades en prevención escolar, realizar la evaluación permite conocer el funcionamiento y detectar posibles debilidades durante el proceso. Como sistema de evaluación (monitorización), la Comunidad Valenciana dispone de un conjunto de indicadores en prevención escolar para poder evaluar el seguimiento de los programas y actividades establecidos. En este sentido, del conjunto de indicadores considerados en la Estrategia Nacional 2000-2008 (Pp.46-53) se puede obtener información sobre el número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias (Conselleria de Educación) y aquellos que han abordado el tema en el aula (todos los centros escolares donde se ha aplicado el programa); el porcentaje de programas que están acreditados (la Dirección General de Drogodependencias, a través del Decreto de Acreditación de Programas, cuenta con la relación de Programas de Prevención acreditados. Los dos programas de prevención que se implantan a nivel de la Comunidad tienen la acreditación hasta el 2004); la proporción de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula (la información la facilitan los Equipos de Coordinación a través de unas hojas de seguimiento elaboradas por la Dirección General de Drogodependencias) y las actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo (hay programas dirigidos a la población gitana, cuyos datos los facilitan las ONGs dedicadas a ello).

También se conoce el porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas especialmente a la familia (a través de las dos Memorias Semestrales que envían las Entidades subvencionadas y de la base de datos de acreditación de Programas de Prevención); el número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias (Conselleria de Educación); el número de Escuelas de Magisterio y de Cursos de Adaptación Pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias (a través de las dos entidades implicadas: Escuela de Magisterio y Dirección General de Drogodependencias); la existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado, elaborados en colaboración con la Administración Educativa (a través de las dos Consellerias implicadas: Bienestar Social, y Educación y Ciencia); por último, se conoce la elaboración de catálogos de materiales y

programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas (facilitado por el Centro de Documentación de la Comunidad).

5.2.- Ámbito familiar

El ámbito familiar ha ido cobrando importancia en el área de prevención, especialmente desde 1998, cuando como objetivo específico del Plan Autonómico, se estableció la intervención sobre los factores de riesgo individuales, familiares y sociales, asociados al consumo de drogas o a conductas adictivas. Este objetivo se ha visto reflejado en el incremento del número de programas de prevención familiar, pasando de uno, entre 1996 y 1997, a 50 en 1998 y a 83 en el último año (2000)

Tabla 9
Programas de prevención en el ámbito familiar (1996-2000).

A. Familiar	Programas	Actividades	Recursos	Destinatarios
1996	1	<i>(incluida en otros programas)</i>	<i>(incluido en otros)</i>	<i>Incluida en otros</i>
1997	1	<i>(incluida en otros programas)</i>	<i>(incluido en otros)</i>	<i>Incluida en otros</i>
1998	50	Charlas, coloquios y m.divulgativo	125000 Trípticos y 1500 libros	3000 familias
1999	78	Charlas, coloquios y m.divulgativo	150000 Trípticos y 40000 folletos informativos	4200 familias
2000	83	Charlas, coloquios y m.divulgativo	150000 Trípticos y 40000 folletos informativos	4200 familias

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

(ver Tabla 9), y en el número de destinatarios, llegando a ser en la actualidad 4200 familias las que se atienden. Las actividades que se realizan son fundamentalmente charlas, coloquios y la distribución de material divulgativo, aumentando también el número de recursos empleados para la difusión y puesta en práctica de estas actividades.

5.3.- Ámbito comunitario

Como señalan los responsables del Plan, la intervención comunitaria integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos. Para ello, se parte de una estrategia global, mediante campañas, aunque también se realizan intervenciones aisladas unas de otras en su conceptualización y ejecución, a través de las Unidades de Prevención Comunitaria. Existe una línea clara de intervención derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema, que se desarrolla con actuaciones como campañas informativas y de concienciación social sobre las patologías adictivas que presentan mayor prevalencia. En este sentido, la sensibilización de la población general a través de estos medios es una prioridad importante establecida por el Plan Autonómico, comprobando su éxito con el análisis de la acogida y seguimiento de las campañas entre la población.

En el ámbito comunitario intervienen ONGs especialmente, en colaboración y coordinación con la Dirección General de Drogodependencia. La coordinación con otras instancias participantes se realiza por medio de reuniones con las ONGs y Fundaciones, y con Empresarios de Ocio. Por otra parte, la coordinación con los profesionales y equipos de atención primaria para promover su participación en programas de prevención, también se realiza a través de reuniones periódicas.

La Comunidad Autónoma Valenciana tiene identificadas a las poblaciones de actuación preferente, utilizando como criterios para determinarlas la prioridad de necesidades e intervención inmediata. Para ello, se elaboran mapas de riesgo, donde las poblaciones con las que se interviene principalmente son los menores en riesgo y la población gitana. En el caso de los programas para jóvenes, las políticas que se promueven son las de información y sensibilización, apoyadas por Educación, Unidades de Prevención Comunitaria, Salud Pública, la Administración Local y las ONGs; estas cuatro últimas, intervienen, además, en su ejecución. Por otra parte, los colectivos hacia los que principalmente va dirigida la formación como mediadores sociales son el movimiento asociativo, los monitores deportivos y los educadores socio-culturales. Por último, en este ámbito también se realizan evaluaciones de los programas, tal es el caso de los de prevención

Tabla 10
Programas de prevención en el ámbito comunitario (1996-2000).

A. Comunitario	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	30	P.Primaria: charlas, coloquios y m.divulgativo	3.500	1.500 jóvenes
1997	40	P.Primaria: charlas, coloquios y m.divulgativo	5.000	3.000 jóvenes
1998	40	P.Primaria: charlas, coloquios y m.divulgativo	130.600 carteles, folletos y libros	10.000 jóvenes
1999	52	Divulgación, charlas y debates	4500 carteles, 200000 folletos, 6000 libros y materiales de apoyo	15.300 jóvenes
2000	54	Divulgación, charlas y debates	4500 carteles, 200000 folletos, 6000 libros y materiales de apoyo	15.600 jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

familiar. Desde 1996, según los datos ofrecidos por el PNSD, se ha producido un incremento del número de programas, recursos y destinatarios (ver Tabla 10).

Para evaluar las actuaciones emprendidas en este ámbito, cuentan como indicadores con el número de escuelas de animación sociocultural que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de las drogodependencias (Programas de Prevención acreditados en este ámbito), el porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre (Memorias semestrales elaboradas por la DGD), el número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias (Memorias semestrales elaboradas por la DGD), el porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo (Acreditación de Programas de Prevención en este ámbito) y el porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general (Memorias semestrales elaboradas por la DGD).

5.4.- Ámbito de la comunicación.

Según explican los responsables del Plan Autonómico, mediante el análisis de los materiales e ideas ofertadas desde los diferentes ámbitos de actuación, seleccionan los mensajes de prevención que considera apropiados para difundir a través de los medios de comunicación. Principalmente, se trata de mensajes de sensibilización e información a la población en materia de drogodependencias. Una vez seleccionados, el Plan establece una serie de mecanismos de colaboración con los medios de comunicación autonómicos, a través de reuniones para la presentación de campañas con espacios de publicidad concertados. Además de realizar campañas dirigidas a la población, el Plan tiene como objetivo la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación, que se lleva a cabo con seminarios y cursos de formación destinados también a estudiantes de Periodismo. Por último, en relación con las nuevas tecnologías, el Plan Autonómico implementa sus actividades y establece una comunicación entre profesionales del ámbito de prevención y la Administración Local, además de la creación de páginas web como soporte para difundir la información.

Si atendemos al contenido de las campañas institucionales difundidas en los medios, se trata principalmente de campañas dirigidas a jóvenes, con especial énfasis en el tema del alcohol; se

Tabla 11
Campañas institucionales en el área de prevención (1996-2000).

A. Comunitario	Nº	Recursos	Destinatarios
1996	2	90000 discos (alcohol) y 10000 ejemplares (Historias de las drogas)	Jóvenes, P.general, profesionales drogodependencias
1997	5	Emisiones, spot TV, radio, carteles, dípticos, etc	Jóvenes, P.general, escolar, profesionales drogodependencias y deportistas
1998	4	Carteles, ruedas prensa, 1000 folletos, premios, etc	Jóvenes, P.general, profesionales drogodependencias y deportistas
1999	2	Folletos, posters, entrevistas, página WEB, etc	Jóvenes y deportistas
2000	2	2 spots de TV (500 emisiones), 2 videoclips, 2000 CD y 2 página WEB	Jóvenes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

celebra el Día Mundial sin Drogas y se promociona el deporte como alternativa al consumo de drogas. En los últimos años, se aprecia un descenso en el número de campañas, aunque los recursos materiales empleados son cada vez más diversos (ver Tabla 11).

Como sistema de evaluación, los responsables del Plan cuentan con indicadores como el número de campañas de sensibilización con información sobre los riesgos derivados del consumo de drogas y el porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias; el número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas y los medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención.

5.5.- Ámbito laboral

El Plan Autonómico también promueve la prevención en el ámbito laboral. En este sentido, según explican los responsables del Plan, se establece una coordinación con patronales y sindicatos, convocando reuniones puntuales para implantar los programas en los diversos sectores (comunicación, servicios), identificando los sectores de alto riesgo y dándole prioridad a las intervenciones con estos colectivos. Estos programas promueven como actividades fundamentales cursos de formación para delegados sindicales en materia de prevención (ver tabla 12), activida-

Tabla 12

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en el ámbito laboral (1996-2000).

A. Laboral	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	4	12 (Formación, Cursos, Seminarios y charlas)	1000	300 Hostelería y Comercio, Servicios, Transportes y Construcción
1997	10	20 (Formación delegados sindicales)	500 carpetas con material didáctico	400 Servicios de Hostelería
1998	5	10 (Formación delegados sindicales)	1500 carpetas con material didáctico	200 Servicios de Hostelería
1999	14	5 (Formación delegados sindicales)	Guías, agendas, trípticos y folletos	450 Empresas de Transportes, Automóvil, Construcción
2000	14	5 (Formación delegados sindicales)	Guías, agendas, trípticos y folletos	450 Empresas de Transportes, Automóvil, Construcción

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

des que se encuadran dentro de los Planes de Seguridad e Higiene en las empresas, cumpliendo la normativa vigente en materia de Seguridad e Higiene. Además de ello, el Plan cuenta con un sistema para garantizar la continuidad de los programas, que, exceptuando 1998, han evolucionado de forma creciente.

Finalmente, como sistema de evaluación, cuentan con fuentes de recogida de información que les permiten diagnosticar cuáles son los sectores de riesgo (siniestralidad por sectores), conocer los acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral, disponen de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito.

5.6.- Ámbito municipal.

Según los responsables del Plan Valenciano, esta Comunidad cuenta con 40 municipios con Planes de Drogas. Aquellos municipios de más de 20.000 habitantes que reciben subvención deben elaborar un Plan Municipal de Drogodependencias. Éstos, que fueron considerados por la antigua legislación como Programas de Prevención en Drogodependencias (PPD), actualmente han pasado a ser Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs), teniendo a un profesional como mínimo dedicado a prevención y financiándose a través de convocatorias de subvenciones. Para aquellos municipios de menos de 20.000 habitantes, no es exigible presentar un Plan Municipal

de Drogodependencias, aunque sí aconsejable. Si se han constituido como Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs), pueden formar parte de los Equipos de Coordinación del Plan de Prevención. Para evaluar esta tarea, se conoce el número de municipios de más de 20.000 y 50000 habitantes con Planes Municipales de Drogas.

5.7. Otros ámbitos

La última categoría a comentar en el área de prevención se refiere a otros ámbitos, donde se incluyen programas destinados a colectivos específicos: población gitana, reclusa, mujeres, policía municipal y autónoma e hijos de alcohólicos. Los programas familiares, que en 1996 y 1997 se incluían en esta categoría, han pasado a considerarse como un ámbito específico en los años posteriores. La mayor parte de los programas van dirigidos a la población gitana, pasando de 3 a 15

Tabla 13

Programas, actividades, recursos y destinatarios de prevención en otros ámbitos (1996-2000).

Otros ámbitos	Programas	Actividades	Recursos materiales	Destinatarios
1996	- Gitanos (3) - Reclutas (1) - Presos (1) - Policía municipal (6) - Familia (1)	30 p. primaria y secundaria	2000	800 población de referencia
1997	- Gitanos (3) - Mujer (1) - Policía autónoma (2) - Policía municipal (3) - Familia (1)	40 p. primaria y secundaria	3000 guías de recursos, familiar, sobre el alcohol y sobre el tabaco	1000 población de referencia
1998	- Gitanos (3) - Mujer (1) - Policía autónoma (2) - Policía municipal (3)	40 p. primaria y secundaria	3000 guías de recursos, sobre el alcohol y sobre el tabaco	1000 población de referencia
1999	- Gitanos (15) - Mujer (2) - Hijos de alcohólicos (2) - Policía municipal (5)	50 p. primaria y secundaria	Guías sobre alcohol, tabaco, drogas en general (2000 libros)	1300 población de referencia
2000	- Gitanos (15) - Mujer (2) - Hijos de alcohólicos (2) - Policía municipal (5)	50 p. primaria y secundaria	Guías sobre alcohol, tabaco, drogas en general (2000 libros)	1300 población de referencia

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

a partir de 1999. En el caso de las mujeres se ha incorporado un nuevo programa en 1999 al ya existente hasta ese año. Como otros datos relevantes, señalar que los programas dirigidos a reclutas y a presos tan solo se han dado hasta 1996, y desde 1999 aparece un nuevo tipo de programas (2), destinados a hijos de alcohólicos (ver Tabla 13).

6- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

En lo que respecta al área de asistencia sanitaria, la Ley 3/1997 considera como enfermos a todos aquellos que padecen algún trastorno adictivo, los cuales tienen derecho a la información sobre los servicios, a la confidencialidad, a la libre elección entre la oferta terapéutica existente, a la información sobre el proceso de tratamiento y a la voluntariedad para iniciar y cesar el tratamiento, salvo en los casos señalados en la legislación vigente²². La asistencia sanitaria y los demás trastornos adictivos se organizarán a través de las Unidades de Conductas Adictivas, integradas en el Servicio Valenciano de Salud; los hospitales generales y especializados que se determinen, del sector público o que tengan establecido concierto o convenio, dispondrán de unidades de ingreso o camas para la desintoxicación; el tratamiento también se podrá realizar con carácter ambulatorio.

El objetivo general del área de asistencia sanitaria consiste en ofrecer una atención adecuada a las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencias u otro trastorno adictivo, en el marco normalizado de la red sanitaria pública. Entre los objetivos específicos se pretende ofrecer asistencia sanitaria ambulatoria en todas las áreas de salud, recursos hospitalarios especializados en todas las provincias y una respuesta asistencial adecuada a los afectados por ludopatía; conseguir la dependencia orgánica y funcional de todas las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) públicas; aumentar la accesibilidad a los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos, las tasas de retención y de abstinencia a 12 meses en los tratamientos por dependencia a la heroína, cocaína y alcohol, incrementándose el número total de nuevos casos atendidos por las UCAs. Las áreas de actuación preferente son las patologías adictivas de mayor prevalencia epidemiológica y asistencial; los tratamientos que hayan demostrado mayor eficiencia; los programas sanitarios en el ámbito penitenciario, principalmente los dirigidos a la reducción del daño; la universalización de tratamientos con agonistas opiáceos y la coordinación entre las UCAs y los recursos de reinserción social²³.

Además, siguiendo con lo establecido en el PAVDTA, es necesario promover programas de reducción de daños, principalmente actividades de educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico a infectados por VIH o enfermos de SIDA y a sus familias; potenciar programas específicos destinados a drogodependientes de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario, permitiéndoles acceder a tratamientos con sustitutivos opiáceos u otros fármacos que hayan demostrado su eficacia. Por último, la dependencia al alcohol, al ser la patología adictiva con mayor prevalencia en esta Comunidad, ha conducido a la creación de Unidades de Alcoholologías como subtipo específico de las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs) (Orden 7 de julio de 1997 de la Conselleria de Sanidad).

Según el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (L.O. 5/1992, de 1 de julio), se considera la asistencia sanitaria como obligación y competencia de esta Comunidad, apoyado posteriormente por el artículo 3 de la Ley 3/1997. Hasta la creación de las Unidades de Conducta Adictiva (excepto el tratamiento del alcoholismo), las Administraciones Locales y las ONG's se encargaban de la asistencia sanitaria, aunque aún existen algunas Administraciones Locales que ofrecen servicios sanitarios mediante relación contractual mercantil o privada con médicos, psicólogos y otros profesionales. También es posible la colaboración de otras entidades, preferentemente sin fin de lucro, demandadas por la Generalitat Valenciana.

Resulta interesante conocer desde 1996 cuál ha sido la evolución de la red asistencial en materia de drogodependencias en esta Comunidad, atendiendo a los diferentes recursos, programas, usuarios y plazas ofertadas. En líneas generales, en lo que respecta a los recursos normalizados, se ha producido un incremento de los dispositivos hasta 1999, con la excepción de las Comunidades Terapéuticas que se mantienen constantes en el periodo de tiempo analizado. Es

22 Artículo 10 de la Ley 3/1997 de la Generalitat Valenciana

23 PAVDTA 1999-2002, pp133-138

Tabla 14

Evolución de los recursos normalizados en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Recursos Normalizados	1996			1997			1998			1999***			2000***		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Centros Ambulatorios Asistencia	57(incl. I. CD)		4270 (incl. CD)	34		4536	40		5725	40		6232	33		9986
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	2	20	164	2	20	153	3	30	503	6	38	689	5	32	530
-Centros de Día -Centros Emergencia				8 1	150 20	320 55	10 1	80 20	396 560	1		572	12 1		347 151 1
Comunidades Terapéuticas	6	184	325	6	210	449	6	96	278	6	96	303	3P 3PF	76 9	194
Centros/Prog Prescripción Dispensación Opiáceos	14	3300	2338	39	3210	6800	35		3500	75 T.A		5595	48		5557

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

notable el incremento de los usuarios atendidos en los distintos dispositivos, especialmente en los Centros Ambulatorios de Asistencia (de 4.270 en 1996 a 9.986 en el 2000), en las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación y en los Centros/Programas de Prescripción/Dispensación de Opiáceos (ver Tabla 14).

Tabla 15

Evolución de los Programas de Reducción del Daño en el área de Intervención Asistencial (1996-2000).

Reducción del Daño	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
P. Intervención comunitaria para U.D.V.P.	1	13560								
P. Intercambio Jeringuillas	1	8757	1	600 Dadas 450 Recib	1	4708Dad. 2457Rec.		104519 Dadas.	1	27182Entregadas 19684Recogidas
P. Intercambio Jeringuillas y de información con Unidad Móvil			1	26876Dad. 23889Rec.	1	47468Dad. 40490Rec.	6	1042	6	175097Entregad 145325Recogidas.
P.Tratamiento Observación Directa (Tuberculosis)	1	100	1	100	1	150			2	257
P. Intervención "Out-Reach" dismi-nución daño con Unidad Móvil			1	13952Dad. 10889Rec.						

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En lo que respecta a los Programas de Reducción del Daño lo más destacado ha sido el incremento del número de programas de intercambio de jeringuillas, gracias a la incorporación de uni-

Tabla 16

Evolución de la Asistencia a Problemas de Alcoholismo en el área de Intervención Asistencial 1996-2000.

Asistencia a Problemas Alcoholismo	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros Ambulatorios	67	1670	38	2426	52	3110	35	3045	45	3.254
Unidades Hospitalarias	3	10	3	245	3	227	6	322	4	292
Centros Residenciales (no Hospitalarios)	1		1		3		3	62		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

dades móviles (6) que han permitido un incremento del número de jeringuillas dispensadas (202.279 en el 2000) (ver Tabla 15).

En la asistencia a problemas de alcoholismo, comparando el periodo 1996-2000, se aprecia un descenso de los Centros Ambulatorios y un aumento de las Unidades Hospitalarias. En cuanto a los usuarios atendidos, se ha dado un incremento (ver Tabla 16).

Tabla 17

Evolución de las Intervenciones Preventivo-Asistenciales en poblaciones con problemas Jurídico-Penales 1996-2000.

Poblaciones Problemas Jurídico-Penales	1996			1997		1998		1999		2000	
	Prog.	Act.	Usu.	Prog.	Usu.	Prog.	Usu.	Prog.	Usu.	Prog.	Usu.
En Comisarías y Juzgados	3 (UVA D,s)	3		3 (UVAD,s)	146	3 (UVAD,s)	298	3 (UVAD,s)	492	3 UVAD,s	567
En Instituciones Penitenciarias	9		1220	10	1525	7	1275	7	1275	7	
Programas Alternativas Privación de Libertad	1 art. 57.1		85	1 art. 57.1	65	1 art. 57.1	70	1 art. 57.1	70	1 art.57.1	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Otro ámbito de interés es el que se refiere a la intervención preventivo-asistencial en poblaciones con problemas jurídico-penales. En este sentido, los Programas realizados en Comisarías

y Juzgados se han mantenido constantes (3), aunque ha aumentado el número de usuarios atendidos y los programas en Instituciones Penitenciarias se han reducido en los últimos años, en una

Tabla 18

Evolución de Otros Programas o Recursos Asistenciales en el área de Intervención Asistencial 1996-1999.

Otros Programas	1996		1997		1999	
	Actividades	Usuarios	Actividades	Usuarios	Actividades	Usuarios
Asociación «La Safor» de Prevención e Información de la ASPID		73	Acogida y derivación	128		
asociación Provincial Valenciana de Ayuda al Toxicómano (APROVAT)		105	Acogida y derivación, a. Psico-sanitaria y Prog. Mantenimiento alto umbral	108		
Centro Valenciano Documentación Drogodependencias	Difusión materiales y documentación	321				
Programa Atención a Poblaciones Especiales (3 BAP)					Información, tratamiento y act. Laborales	80
Programas de Psicoestimulantes (2)					Detección, información y tratamiento	30
Otros Programas (Menores, Mujeres, Marginados Sociales) (3)					Acogida, tratamiento, seguimiento	25

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

proporción similar al número de usuarios (ver Tabla 17).

Por último, el área de intervención asistencial cuenta con otros recursos o programas, que en 1999 se han dirigido a poblaciones especiales (3 BAP), se han realizado Programas de Psicoestimulantes (2) y otros destinados a menores, mujeres y marginados sociales (3) con el fin de proporcionarles información, acogida, tratamiento y seguimiento (ver Tabla 18).

Respecto a la planificación de los distintos programas y actividades, según los responsables del Plan, el área de intervención asistencial cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea. Estas comisiones -distintas según el tema a tratar- se constituyen periódicamente entre responsables de la Dirección General de Drogodependencias, de las distintas unidades asistenciales y, cuando la ocasión lo requiere, de la Conselleria de Sanidad con el fin de programar y revisar las actividades y programas que se quieren implantar o que ya están en funcionamiento. Se han establecido comisiones de seguimiento de los sistemas de información, de los tratamientos con agonistas opiáceos y del abordaje de ciertas sustancias o nuevas adicciones (juego patológico, etc).

En cuanto al organigrama de la red asistencial, existen tres niveles de intervención que giran en torno a las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), como centros específicos y de referencia del tratamiento de estos pacientes. Además de éstas, existen tipificados otros seis modelos de centros o servicios específicos en el tratamiento de las drogodependencias. En el primer nivel,

las Unidades de Prevención Comunitaria (UPCs) y las Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UVADs). En el tercer nivel las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDHs), las Unidades de Deshabitación Residencial (UDRs o CCTT), los Centros de Día (CD) y los Centros de Encuentro y Acogida (CEAs). También existen Programas de Intervención en Comisarias (PICs) y está previsto tipificar, un tipo de centros o servicios intermedios con las UDRs, como son las Viviendas Tuteladas (VTs). Las UCAs, pertenecientes al sistema público valenciano de salud, disponen del resto de dispositivos de la red asistencial pública (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Salud Mental, Centros de Especialidades, Centros Hospitalarios,..., Equipos Sociales de Base, Unidades de Prevención del SIDA, etc.) y de los centros y servicios de entidades privadas sin ánimo de lucro, subvencionadas por el Gobierno Valenciano (ONGs, Asociaciones de Ayuda y Auto ayuda, etc.) para el desarrollo de sus cometidos. Las puertas de entrada a la red son muy variadas, por iniciativa propia o por mediación de otros usuarios, familiares y amigos; por indicación judicial; derivados por cualquier centro o servicio de los anteriormente descritos o por los Servicios Sociales, etc.

Respecto a los entornos institucionales, administrativos o de organizaciones sociales a los que pertenecen cada uno de los dispositivos mencionados, las UCAs dependen del sistema valenciano público de salud (Conselleria de Sanidad), al igual que las UDHs públicas y el resto de dispositivos sanitarios indicados (equipos de atención primaria, USM, hospitales, etc.). La Conselleria de Bienestar Social, a cuyo organigrama pertenece la Dirección General de Drogodependencias, dispone de UDRs públicas, además de subvencionar al resto de centros y servicios descritos, los cuales pertenecen a Corporaciones Locales y entidades privadas sin ánimo de lucro (ONGs).

Para comentar el grado de participación de la iniciativa privada en cada uno de los dispositivos mencionados, hay que partir de que, en general, toda la intervención sanitaria de los pacientes drogodependientes en la Comunidad Valenciana gira en torno a las UCAs. A estas unidades se remiten los pacientes que necesitan tratamiento por su dependencia de una sustancia o cualquier otro tipo de adicción («nuevas adicciones» como el juego patológico) y son ellas las que, tras marcar la pauta terapéutica individualizada para cada paciente, utilizan el resto de dispositivos, los cuales, tras ser acreditados y subvencionados por el Gobierno Valenciano, actúan como cualquier otro centro dependiente de la Administración.

La evaluación de la Intervención Asistencial se basa en parámetros y fuentes de información como el número de nuevos casos atendidos y características de los mismos, aportados por el Sistema Autonómico Valenciano de Información sobre Adicciones (SAVIA); las variables de seguimiento de pacientes, tomando como referencia los registros del Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias (SECAD); el número de actos terapéuticos realizados (SECAD) y el grado de satisfacción de los usuarios y de su entorno familiar, evaluado mediante instrumentos previamente validados.²⁴ En esta Comunidad se realizan evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades de intervención asistencial. Además de la evaluación de la eficacia y eficiencia de las distintas unidades asistenciales, se realizan estudios de seguimiento de satisfacción de los usuarios en tratamiento. Profesionales del Plan Autonómico y externos a él se encargan de realizar las evaluaciones de diseño y de implementación. Del resultado de las últimas evaluaciones realizadas, los responsables consideran muy adecuados los distintos programas conforme a la planificación realizada. Tal es el caso de los programas de reducción del daño, de asistencia a la población con problemas de alcoholismo, otros programas o recursos asistenciales y los programas en poblaciones con problemas jurídico-penales.

Resulta interesante conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos. En este sentido, los responsables consideran que los recursos materiales en intervención asistencial, han sido muy adecuados, donde cabría citar los centros ambulatorios de asistencia, las unidades hos-

24 PAVDTA, 1999-2002 Pp.138

pitalarias, las comunidades terapéuticas públicas y privadas, los centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos, los centros residenciales no hospitalarios y las unidades de desintoxicación rápida.

Por otra parte, en opinión de los responsables, las principales deficiencias u obstáculos encontrados en la red asistencial han sido, además de la falta de recursos económicos -siempre insuficientes en cualquier campo de actuación de la Administración-, la falta de responsabilidad social para abordar un problema que, directa o indirectamente, afecta a todos. Aún con una planificación que, en su opinión, sería adecuada para abordarlo, muchas veces se encuentran con grandes dificultades para ejecutarlo, «la teoría solidaridad social no es tal en la práctica».

En un futuro, se prevé extender la tipología de centros destinados a la captación de la población «oculta» que no quiere o no puede acceder a los sistemas sanitarios. En estos centros se pretende ofrecerles apoyo a sus necesidades básicas y, en definitiva, intentar aumentar su calidad de vida derivándolos, siempre que sea posible, a la red asistencial normalizada o, en su defecto, implementar programas adecuados para este reducto poblacional de drogodependientes. En lo que respecta al desarrollo del conjunto de la red asistencial, las actuaciones irán encaminadas a aumentar la cobertura sanitaria (cubierta en un 90%) y a normalizar los tratamientos de mantenimiento con metadona, administrando dicho fármaco sólo en centros sanitarios, con la desaparición de las unidades móviles y aprovechando la existencia de preparados comerciales específicos para dichos tratamientos. En esta Comunidad aún quedan retos pendientes de cara a la red asistencial, tales como la necesidad de ampliar la red de Centros de Encuentro y Acogida (CEAs) de asistencia sociosanitaria básica y captación de pacientes, del que sólo disponen de uno en Castellón. En breve está prevista la apertura de dos de estos centros en la ciudad de Valencia y se está valorando la apertura posterior de otro en Alicante. También se pretenden realizar estudios para la utilización terapéutica de cualquier elemento que aporte beneficios en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Según los objetivos que el Plan Autonómico Valenciano marca en el área de asistencia sanitaria, el grado de consecución de los mismos, en opinión de los responsables es muy elevado: más del 99% de habitantes de la Comunidad Valenciana disponen de una Unidad de Conducta Adictiva (UCA) en su Área de Salud. Para cumplir al 100% las previsiones del Plan y de la Ley 3/97 de la Generalitat Valenciana (existencia de 2 Unidades de Conducta Adictiva por Área de Salud mayor de 100.000 habitantes) sólo a 5 de las 20 Áreas de Salud les falta una Unidad. En la actualidad existen 33 Unidades de Conducta Adictiva de las 38 necesarias y la cobertura sanitaria está cubierta en el 87%. Así mismo, por estar en proceso activo de ejecución, las Unidades de Conducta Adictiva que en la actualidad pertenecen a Corporaciones Locales, serán transferidas todas ellas a la Conselleria de Sanidad. Este objetivo estará cumplido al 100% antes de que finalice este año. Son objetivos cumplidos la existencia de unidades hospitalarias específicas en las tres provincias o el dar una respuesta asistencial adecuada a los afectados por ludopatías (si bien durante 1999 fueron tratadas 402 personas por esta patología, en el año 2000 superan las 550). Por otra parte, es indudable el incremento de la accesibilidad a los tratamientos con agonistas opiáceos (de dos puntos de administración existentes en 1997 se ha pasado a los 48 actuales). Más del 99% de los pacientes reciben su tratamiento en su Área de Salud correspondiente, el objetivo es, antes de finalizar el año 2002, normalizar dichos tratamientos en los centros sanitarios desapareciendo las unidades móviles.

Finalmente, respecto al desarrollo de la red en su conjunto, en opinión del responsable²⁵, la asistencia es vital. Es muy importante la integración de la red asistencial en el sistema sanitario. No trabajamos en la asistencia sanitaria con las ONG's (salvo un caso que queda en Castellón: la Unidad de Cruz Roja), no trabajamos con Diputaciones ni con Ayuntamientos (quedan 10 que se van a transferir este año), pero sí trabajamos creando unidades propias del Sistema Valenciano de Salud que pertenecen a atención primaria, al igual que otra unidad (pediatría, salud mental) cual-

²⁵ Entrevista con el responsable, junio 2002.

quiera, lo que permite que el paciente tenga el acceso exactamente igual a cualquier otra patología. Esto ha sido lo más destacado en la asistencia. Por otro lado, también han sido importantes los programas de reducción del daño con la metadona y se han creado las unidades de desintoxicación ultracortas en cada provincia, para evitar el trasiego de pacientes hacia la privada.

En cuanto a los problemas encontrados, en su día, fue integrar la red en el sistema sanitario, pero actualmente no hay problemas aparentemente, aunque faltan recursos. Respecto a los retos, se está planteando crear un centro de media-corta estancia para cocainómanos y alcohólicos -lo que realmente está en la calle- y dejar claro a la gente que el problema está en el alcohol y en la cocaína y no en la heroína. En segundo lugar, cerrar el tema de la heroína y no “marear la perdiz” con una metadona que no está normalizada a nivel nacional (acuden personas procedentes de otras Comunidades). Habría que normalizar la metadona y que se dispensara en las oficinas de farmacia contra receta, sería fundamental hacerlo en toda España. Hay que ponerse de acuerdo a nivel nacional en unos mínimos, aunque las redes asistenciales sean diferentes. Luego, potenciar el tema de la cocaína y del alcohol y qué va a pasar con los heroínómanos resistentes. Estamos todavía sin cerrar el tema de la metadona y heroína y tenemos pacientes candidatos a un mantenimiento inexistente de cocaína.

7- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL

La Ley 3/1997, de 16 de junio, define la inserción/reinserción como una progresiva integración de la persona en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma, sin dependencia de drogas. A partir de esta definición, el Plan Autonómico Valenciano pretende establecer los parámetros adecuados para favorecer la inserción de los drogodependientes en todos los ámbitos del entorno social, especialmente integrarlos en el mundo laboral. Sobre tres aspectos básicos debe centrarse la inserción/reinserción: el aumento de la disponibilidad pública de plazas en centros residenciales y de media estancia, el fomento de programas que faciliten la reestructuración familiar y la adaptación del sujeto, y la articulación de medidas destinadas a la integración laboral del drogodependiente. Las acciones puestas en práctica para la inserción/reinserción, deben usar los recursos de los servicios sociales, de protección de la familia, de programas de Formación Profesional, de Talleres de Formación e Inserción Laboral y otras medidas generales de fomento de empleo. Otra de las metas que se persiguen en esta área consiste en evitar la marginalización asistencial de los usuarios.

Tal y como indica la definición, el objetivo general que se persigue es alcanzar la inserción/reinserción del sujeto, una progresiva integración en el medio familiar y social que le permita llevar una vida responsable y autónoma sin dependencia de drogas. Como objetivos específicos se encuentran el fomentar la incorporación de las personas en tratamiento al mercado laboral, favorecer la progresiva reestructuración de la unidad familiar, contar con programas específicos dirigidos a menores y mujeres, aumentar el número de camas residenciales disponibles, poner en práctica programas de actuación especializados para drogodependientes con problemas jurídico penales e incrementar el número de centros de día y de plazas disponibles. A pesar de que todos estos objetivos se consideran de especial interés, las acciones dirigidas a la incorporación de los sujetos adictos en fase de deshabitación al mundo laboral, serán consideradas como preferentes dentro de esta área.²⁶

Si atendemos a la evolución experimentada por los distintos programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social (1996-2000), se observa que desde 1996 se han incrementado el número de Centros de Día (de 3 a 12 en el último año) y se han reducido los Centros

26 PAVDTA, 1999-2002

Tabla 19
Evolución de los centros de inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Centros de Día	3	150	3	150	3	150			12	347
Centros sociales en barrios de actuación preferente	7	100	7	200	7	200			5	178
C. Terapéuticos Actvs. y/o Programas de reinserción							9	211		
C. Actvs. y/o programas de reinserción (sin tratamiento)							1	15		
C. Residenciales de Tratamiento con Programa de Reinserción							6	303		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

sociales en barrios de actuación preferente (de 7 a 5). Los usuarios atendidos han ido aumentando con el paso de los años (ver Tabla 19).

La incorporación laboral es uno de los objetivos principales del área de inserción, los programas disponibles para dicho fin acompañan al drogodependiente en las distintas fases de inserción: preformación, formación e integración en el mercado laboral. Hasta 1998 esta Comunidad contaba con 3 programas de preformación laboral, 30 plazas y 90 usuarios; y hasta este mismo año 4 programas de formación laboral, con 40 plazas y 145 usuarios. En 1999 surge un nuevo programa de formación laboral. Respecto a la última fase, integración laboral, el usuario hasta 1998 podía realizarla a través de 2 talleres artesanos, 5 programas especiales de empleo y 2 programas

Tabla 20
Evolución de los programas de incorporación laboral (1996-2000).

Incorporación Laboral	1996			1997			1998			1999			2000		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*
Programas de Incorporación Laboral															
Preformación Laboral	3	90		3	90	30	3	90	30				2	50	25
Formación Laboral	4	145		4	145	40	4	145	40	5	65		5	200	50
Integración Laboral															
- Talleres Artesanos	2	50	45	2	60	45	2	60	45						
- Programas especiales empleo	5	200	150	5	200	150	5	200	150	2	54				
- Otros	2	50	30	2	50	30	2	50	30						
- Reserva Plazas Empresas										1	6				

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

de otro tipo. En 1999 apareció la reserva de plazas en empresas y un año más tarde se añadió un nuevo programa especial de empleo, aumentando los usuarios atendidos y las plazas disponibles (ver Tabla 20).

Tabla 21

Evolución de los programas de formación en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996		1997		1998		1999		2000	
	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios	Nº	Usuarios
Programas										
Cursos Reglados	1	25	1	25	1	25	1	20	2	30
Otros Programas de Formación	1	50	1				3	35		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

En el área de inserción/reinserción social se ofertan cursos de formación, concretamente orientados a la obtención del Graduado Escolar para los residentes en la Comunidad Terapéutica. En este sentido, la oferta de cursos reglados se ha mantenido constante en los últimos años (1996-1999), apareciendo uno nuevo en el 2000. En el caso de otros programas de formación, se han incorporado 2 más en 1999. En términos generales, el número de usuarios de los cursos reglados han aumentado y en los programas de formación, sin embargo, se han reducido (ver Tabla 21).

Tabla 22

Evolución de los programas de apoyo residencial en inserción/reinserción social (1996-2000).

Incorporación Social	1996			1997			1998			1999		2000		
	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI	Usu*	Nº	PI
Programas de Apoyo Residencial														
Pisos Tutelados	4	100	24	4	100	24	4	100	24	5	110	5	110	30
Pisos no Tutelados	1	20	6	2	20	12	2	20	12	3	25	3	25	15
Residencias	1	24	6	1	24	6	1	24	6	1	24			
Familias de Acogida	2	28	12	2	28	12	2	28	12	3	30	3	30	15
Otros										1	12			

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados de las Memorias del PNSD 1996-2000.

Por último, para lograr la incorporación social esta Comunidad ofrece la posibilidad de apoyo residencial. Los recursos empleados en el periodo de tiempo analizado (1996-2000), se han incrementado en términos generales, especialmente a partir de 1999. Así, en este año aparece un nuevo piso tutelado y una nueva familia de acogida. Los pisos no tutelados también se han incrementado progresivamente y ha aparecido un nuevo programa de apoyo residencial (ver Tabla 22).

Una vez descrita la evolución en el tiempo de los programas y recursos empleados en el área de inserción/reinserción social, resulta interesante contemplar el proceso seguido en la Comunidad Valenciana para el desarrollo y puesta en práctica de esta labor, a través de la opinión de los responsables del Plan. La planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por parte de los técnicos encargados de realizar esta tarea. Esta área cuenta en la actualidad con diecisiete convenios, tres establecidos con Ayuntamientos y catorce con entidades privadas, que funcionan muy bien en opinión de los responsables.

El principal obstáculo encontrado en el desarrollo de las distintas actividades y programas ha sido la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. En términos generales, los responsables del Plan Valenciano, opinan que el funcionamiento de los programas existentes gestionados por la Administración Local (3) y por las entidades privadas (17) es bueno; sin embargo, consideran regular el funcionamiento del programa Empleo-Regulación de Medidas favorecedoras de la integración laboral, gestionado por la Administración Autonómica. Tomando como referencia las necesidades estimadas, aumentarían y mejorarían el funcionamiento de los programas de formación y de integración laboral (Empleo), manteniendo los de apoyo residencial cuyo funcionamiento es bueno.

Respecto al número de actividades y recursos de los programas, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las Escuelas Taller; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y las familias de acogida. El volumen de actividades y recursos restantes -Cursos de Titulación Académica; actividades de información, orientación y búsqueda de empleo; pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos; pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento) y residencias- se considera adecuado. Tomando como referencia estas mismas actividades y recursos, consideran muy bueno el funcionamiento de las actividades de integración en programas de empleo municipales, los pisos de reinserción social y las residencias. Las actividades ocupacionales; las de información, orientación y búsqueda de empleo; los pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos y las familias de acogida también tienen un buen funcionamiento. Existen otras actividades y recursos cuyo funcionamiento cabría mejorar, tal es el caso de los Cursos de Titulación Académica, los de Formación Profesional homologados por el INEM, las Escuelas Taller, las Casas de Oficios, los Talleres de Empleo, la Integración en Talleres Artesanos y la Reserva de Plazas en Empresas.

La evaluación de esta área se basa en analizar la adaptación social y la integración laboral a través de estudios con muestras representativas de la población atendida, con la utilización de instrumentos de valoración previamente validados y de la evolución de la tasa de desempleo entre la población atendida. También se procede al análisis de la evolución del número de Unidades de Deshabitación Residencial y de Centros de Día y plazas disponibles, del número de Programas de Intervención en Comisarías y de Unidades de Valoración y Apoyo al Drogodependiente en juzgados de guardia y de personas atendidas, del número de programas de apoyo a la familia puestos en práctica y de las intervenciones realizadas en cada recurso.²⁷

Finalmente, en opinión del responsable²⁸, en esta área *es muy importante el trabajo con las ONG's con las que se ha hecho un Plan de reconversión, quitándole el acceso directo a la demanda sanitaria como tal y situándolas en el plano de la reinserción social, fundamentalmente mediante la creación de un centro de día. Todos ellos, excepto dos, son municipales y el resto son llevados por ONG's. Luego, las unidades residenciales, excepto tres públicas, son*

27 PAVDTA, 1999-2002, Pp. 144.

28 Entrevista con el responsable, junio 2002.

de ONG's. De cara a un futuro, vamos a intentar ampliar la red a los municipios de 25.000 o 30.000 habitantes (actualmente se ha conseguido en los de más de 50.000 habitantes). Por debajo de esa ratio, no hay suficiente demanda. En el tema residencial, se inaugura un centro de mujeres con hijos porque tradicionalmente ha habido más varones y porque de este modo, aquéllas que no podían asistir por tener hijos podrán hacerlo

8- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones que en materia de drogodependencias desarrolla esta Comunidad, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, en ocasiones, alguna ONG o Universidades y Centros Públicos de Investigación mediante acuerdos estables de colaboración. Las líneas de estudio e investigación desarrolladas por el Plan Autonómico Valenciano, hasta la fecha, han sido las siguientes: epidemiología de los consumos de drogas en población general, escolar, laboral, jóvenes y Tercera Edad; características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en servicios asistenciales; estudio de necesidades de la población drogodependiente; situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.; estudios de seguimiento de usuarios de los servicios asistenciales; evaluación de resultados de los programas asistenciales; factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas; evaluación de implementación y de resultados de los programas de prevención; y sobre la oferta de drogas. Entre otras líneas de investigación, destacan INID y Monografías.

En opinión de los responsables, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente y la calidad de los resultados buena. Entre las principales dificultades para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, destacan las limitaciones de tipo financiero. Habría que promover la investigación clínica y sobre factores de riesgo y preventivos. La valoración de la investigación a nivel estatal también la califican como buena, aunque coinciden en la necesidad de promover investigación clínica.

9- RELACIÓN CON LAS ONG'S

Los ámbitos de actuación de la iniciativa social y los requisitos y condiciones de su participación se encuentran en la Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana y en el Decreto 47/1998, de 15 de abril del Gobierno Valenciano. En lo dispuesto en la citada Ley, estos centros y servicios podrán suscribir contratos y convenios de colaboración siempre que tengan como requisitos que las entidades se encuentren legalmente constituidas, inscritas y acreditadas para la prestación del servicio; adecuación a las normas y programación de la Administración, sometiéndose a los órganos de control e inspección; y democracia interna en la composición y funcionamiento de sus órganos de gobierno.

Los ámbitos de actuación preferente son la concienciación social e información, la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos en el ámbito comunitario y laboral, la inserción social, la investigación y la educación y defensa de los consumidores. Por otra parte, se impulsará el movimiento asociativo no específico por medio de subvenciones u otras ayudas económicas y asesoramiento técnico, tratando de generar un movimiento asociativo específico semi-profesionalizado. Finalmente, respecto al voluntariado social, se fomentará su participación, sujeta a una formación específica por parte de los responsables del centro o servicios, asignándole

Tabla 23
Convenios y conciertos con ONGs (1996-2000)

Relación con las ONGs	Subvencionadas	Convenio/concierto
1996	35	1
1997	46	3
1998	66	-
1999	66	-
2000	64	1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados en las Memorias del PNSD 1996-2000.

tareas puntuales definidas y valoradas, sin poder ser retribuidas económicamente.²⁹ Desde 1996, se ha incrementado notablemente la participación de las ONGs, principalmente a través de subvenciones. En el año 2000, 64 fueron las entidades subvencionadas, aspecto que contrasta con 1 sólo convenio (ver Tabla 23).

En opinión del responsable, el papel del movimiento asociativo es fundamental... Es preciso que demuestren su trabajo... En el tema de metadona, Cruz Roja es la que más ha trabajado en ello. Toda la red de reinserción menos dos centros municipales están en manos de ONG's y las Unidades de Prevención Comunitaria que en su vida estaban limitadas a Ayuntamientos, se han cambiado para darle cabida a ONG's. Tenemos un pensamiento muy público, intervencionista: la asistencia solamente sanidad y la prevención a ayuntamientos, pero ahora la prevención escolar se ha abierto a ONG's... La defensa es que las ONG's cuando se profesionalizan, puedes dejar todo el sistema de reinserción y parte de prevención en sus manos con absoluta libertad, trabajan muy bien... La crítica es que ese dinero procede de las arcas del Estado, el trabajo no solamente lo realizan ellas, el dinero es público y por tanto gubernamental (no es el sistema americano en el que las fundaciones aportan gran parte del dinero)... La relación se establece con ellas principalmente a través de concierto, porque se busca que no haya uso privado desde las ONG's y que sean todas las que hay, que se pueda regular. Actúan como empresas de servicios³⁰.

CONCLUSIONES

Uno de los principales objetivos de las políticas desarrolladas en esta Comunidad es la prevención en todos los ámbitos y una asistencia sanitaria pública destinada a todos los colectivos, incluidos los drogodependientes. Para ello, en junio de 1997, se aprobó la Ley 3/1997 sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. En este desarrollo reglamentario de la Ley, se encuadra el actual Plan Autonómico Valenciano de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 1999-2002.

Respecto al consumo de sustancias, en estos momentos se considera moderada la situación y sus consecuencias, habiendo mejorado en relación a años anteriores. Los responsables señalan la heroína como la sustancia más problemática, seguida por el alcohol y por la cocaína. En general, en cuanto a niveles de consumo, se aprecia una tendencia a la baja en todas las drogas, especialmente en el alcohol (-37,5%), cocaína (-31,43%) y heroína (-50%). En opi-

³⁰ Entrevista con el responsable, junio 2002.

³¹ Entrevista con el responsable, junio 2002.

³² Estudio sobre los Jóvenes Españoles de 1999, publicado por la Fundación Santa María.

nión del responsable, también se ha dado un descenso en el cánnabis, pero en el alcohol se ha producido una bajada más fuerte, concretamente en 1996 en la población de 15 a 24 años estaba aproximadamente en el 9%, en 1998 bajó a 8,1, aunque, finalmente, en el 2000 ha habido un pequeño repunte (8,4)³¹. Sin embargo, respecto al resto del Estado, la Comunidad Valenciana se encuentra entre las regiones más consumidoras de anfetaminas (11,5%), drogas de síntesis (10,6%) -ocupando el segundo lugar en ambos rankings- y de cocaína (13,6%), en una tercera posición³².

Del consumo de sustancias se derivan una serie de consecuencias, entre las que se encuentran los inicios de tratamientos, de los que, en 1997, la mayor parte estuvieron asociados a dependencia de heroína, en segundo lugar por motivos de alcoholismo, en tercero por cocaína y, finalmente, por otras dependencias tóxicas. Por otro lado, la tasa de mortalidad por reacción adversa al consumo de drogas ha ido descendiendo progresivamente; las urgencias hospitalarias producidas por el alcohol tienen un peso importante respecto al total de urgencias secundarias al consumo de drogas y, finalmente, en lo relativo al Sida, se registraron un total de 3.544 casos acumulados (hasta el 31 de marzo de 1998), donde la vía de transmisión más frecuente fue la parenteral.

En cuanto a la estructura y funcionamiento del Plan, éste se ha elaborado partiendo de un estudio previo de necesidades, aspecto necesario de cara a la programación. Los encargados de esta planificación son responsables políticos y personal de la Oficina del Comisionado. Además, hay establecidas estructuras de participación y decisión del mismo, interviniendo otros organismos como el Consejo Asesor, Estructuras Político-Administrativas, la Comisión Interdepartamental y la Comisión Ejecutiva. Por otra parte, el Observatorio Valenciano se encarga de realizar la evaluación del Plan, aunque no existe una comisión a nivel interno que realice el seguimiento del mismo. En la aplicación del Plan, se han encontrado una serie de problemas con las entidades Administrativas, fundamentalmente con la Administración Central en el ámbito de financiación y, en materia de competencias, aunque se considera que el Plan tiene suficientes para hacer frente al problema de las drogas y están bien distribuidas, surgen dificultades de representación y participación política.

Describiendo en términos generales el organigrama, cuentan con la Dirección General de Drogodependencias, que se divide en dos áreas o secciones: la Jefatura de Servicio de Gestión y la Secretaría Técnica para la Atención y Prevención de las Drogodependencias. Además, existen cuatro órganos consultivos en esta materia: la Comisión Interdepartamental, la Comisión Ejecutiva, el Comisionado del Gobierno Valenciano en materia de Drogodependencias y el Consejo Asesor. Finalmente, de la difusión a la población de las labores, programas o actividades que desarrolla el Plan, se encarga la Secretaría Técnica del Comisionado para la atención y prevención de las drogodependencias, junto con tres fondos de información en esta materia, incidiendo fundamentalmente en la prevención.

En materia de recursos, respecto a los humanos, en los últimos años, el personal que trabaja en las diferentes áreas de actuación ha aumentado. En líneas generales, la mayor parte son licenciados y, en segundo lugar, existe una proporción similar de diplomados y de personal con estudios de Bachiller o FP. El área de intervención asistencial es la que cuenta con más profesionales, seguida de la incorporación social y de la prevención, sin embargo, el área asistencial es la única donde se considera insuficiente la dotación de personal. Otras deficiencias que afectan al personal son la falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en este campo; la necesidad de un mayor nivel de formación, en el ámbito de prevención y la coordinación con recursos de integración laboral, en el ámbito de incorporación social.

Sise tienen en cuenta los recursos económicos, el presupuesto destinado a las distintas áreas de actuación se ha ido incrementando de forma considerable durante los últimos años, concretamente en 1987 contaba con 45 millones de ptas y el PAVDTA 1999-2002 se presupuesta en 11.010

33 Entrevista con el responsable, junio 2002.

millones de ptas. El área de intervención asistencial e incorporación social es la que cuenta con mayor dotación económica, seguida por la prevención y, en tercer lugar, coordinación y formación, documentación e información. Sin embargo, en opinión del responsable, en general, *el presupuesto en drogas nunca puede ser suficiente, aunque destacó el año 1997, donde hubo una subida espectacular: 99,6%. Siempre te hace falta más, pero hay que hacer un balance de las prioridades y al analizar la evolución de éste, observar los cambios en las competencias... El problema es que a veces se desconocen los costes reales de algunos de los problemas*³³.

Por áreas de actuación, el Plan se desarrolla en torno a cinco principalmente: prevención, asistencia sanitaria, inserción social, coordinación institucional y participación social, y formación e investigación. Según el responsable, el área prioritaria es la asistencia, debido a la magnitud y gravedad del problema, sin embargo, desde hace dos años, comienzan a “crear” en la prevención, al estar dando buenos resultados, manifestados en las evaluaciones realizadas. En la prevención, se realiza en primer lugar un análisis de necesidades, aspecto necesario de cara a la planificación de las estrategias que se van a desarrollar, aunque se encuentran problemas como la dificultad de la recopilación de los datos y el elevado coste económico que supone esta tarea, causados por la falta de implicación de algunos sectores de la población y la necesidad de más apoyo entre las diferentes instituciones implicadas en este tema, cuestión que habría que considerar. Finalmente, dentro de la planificación de la prevención, se elabora un mapa de necesidades y se definen poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo.

En líneas generales, a lo largo de los años, se ha producido un aumento de los programas de prevención en todos los ámbitos. El escolar es el que mayor número abarca, seguido por el comunitario, el familiar (con un aumento sorprendente en los últimos años) y el laboral; sin embargo, las campañas institucionales se han ido reduciendo con el paso del tiempo. Haciendo una valoración general de este área, en opinión del responsable, destacan dos aspectos cualitativos y cuantitativos importantes: por una parte, el objetivo de disponer de una Unidad de Prevención Comunitaria en cada municipio (de más de 20.000 habitantes y con el segundo Plan en poblaciones más pequeñas) y, en segundo lugar, la prevención escolar, donde no se hacen campañas piloto, sino que actúan en plan “sábana”, pretendiendo abarcar todas las edades (1º de ESO en 1998-99, 1º y 2º en 1999-2000 y 3º y 4º en el curso actual), con una tasa de seguimiento -de los centros- comunicada del 80,54% en estos momentos, aunque en las posteriores inspecciones bajaría en torno al 65%-70%.

Por otro lado, cuentan con tres Unidades que recogen los municipios pequeños donde no hay Unidades de este tipo; la formación del profesorado corresponde a Educación, a través de un Centro de Formación del Profesorado; destaca una campaña, casi un programa, dentro de los locales de ocio durante casi todo el año (desde 1997) llevada por una ONG; la realización, por parte de las Unidades, de prevención secundaria, de cara a los drogodependientes que no pueden acudir las unidades de conducta adictiva que son específicas para enfermos; no realizan campañas publicitarias, ya que esto es más de carácter social o político, etc. En conclusión, según el responsable, lo más importante de este área es la existencia de una red fuertemente financiada y el resultado final en la prevención escolar. Entre los retos pendientes, se quiere bajar a los dos últimos cursos, a edades más tempranas, y este año se va a hacer una experiencia piloto para trabajar en 5º y 6º de Primaria; conseguir la obligatoriedad de los programas de prevención escolar y, por último, intentar desvincular el tema de lo político, con debates más profesionales y científicos.

El área de intervención asistencial, respecto a la planificación de los programas y actividades, cuenta con comisiones específicas de coordinación, encargadas de realizar esta tarea y con comisiones de seguimiento de los sistemas de información, de los tratamientos con agonistas opiáceos y del abordaje de ciertas sustancias o nuevas adicciones. En cuanto al organigrama de la red, integrada en el sistema sanitario, existen tres niveles de intervención que giran en torno a las Unidades de Conductas Adictivas (UCAs), como centros específicos y de referencia del tratamiento de estos pacientes, aunque además de éstas, existen tipificados otros seis modelos de centros o servicios específicos en el tratamiento de las drogodependencias. Las UCAs pertenecen

al sistema público valenciano de salud (Conselleria de Sanidad) y disponen del resto de dispositivos de la red asistencial pública (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Salud Mental, Centros Hospitalarios, etc.) y de los centros y servicios de entidades privadas sin ánimo de lucro (ONGs, Asociaciones de Ayuda y Auto ayuda, etc.), subvencionados por el Gobierno Valenciano y que actúan como cualquier otro centro dependiente de la Administración.

Por otro lado, cuentan con mecanismos de evaluación de la intervención asistencial, concretamente el Sistema Autonómico Valenciano de Información sobre Adicciones (SAVIA) y el Sistema de Evaluación de la Calidad Asistencial en Drogodependencias (SECAD). Respecto a los tipos de evaluación realizados, se trata fundamentalmente de evaluaciones de diseño y de implementación de los programas y actividades, evaluación de la eficacia y eficiencia de las distintas unidades asistenciales y estudios de seguimiento de satisfacción de los usuarios en tratamiento. Del resultado de las últimas evaluaciones, los responsables consideran muy adecuados todos los programas -conforme a la planificación realizada-, así como los recursos materiales empleados.

Los principales obstáculos encontrados en la red asistencial, han sido, además de la falta de recursos económicos, de responsabilidad social para abordar un problema que, directa o indirectamente, afecta a todos, «la teórica solidaridad social no es tal en la práctica». En un futuro, se prevé extender la tipología de centros destinados a la captación de la población «oculta» que no quiere o no puede acceder a los sistemas sanitarios; crear un centro de media-corta estancia para cocainómanos y alcohólicos; aumentar la cobertura sanitaria (cubierta en un 90%) y normalizar los tratamientos de mantenimiento con metadona, administrando dicho fármaco sólo en centros sanitarios; ampliar la red de Centros de Encuentro y Acogida (CEAs) de asistencia sociosanitaria básica y captación de pacientes; realizar estudios para la utilización terapéutica de cualquier elemento que aporte beneficios en el tratamiento de este tipo de pacientes. No obstante, según los objetivos que el PAVDTA marca en el área de asistencia sanitaria, el grado de consecución de los mismos es muy elevado. En opinión del responsable, no trabajamos en la asistencia sanitaria con las ONG's (salvo un caso en Castellón: la Unidad de Cruz Roja), ni con Diputaciones ni Ayuntamientos (quedan 10 que se van a transferir este año), pero sí trabajamos creando Unidades propias del Sistema Valenciano de Salud que pertenecen a atención primaria, al igual que otra Unidad (pediatría, salud mental) cualquiera, lo que permite que el paciente tenga el acceso exactamente igual a cualquier otra patología. Esto ha sido lo más destacado en la asistencia. Por otro lado, también han sido importantes los programas de reducción del daño con la metadona y se han creado las unidades de desintoxicación ultracortas en cada provincia, para evitar el trasiego de pacientes hacia la privada³⁴.

En el área de incorporación social, la planificación de las actividades y programas se realiza anualmente por los técnicos encargados de esta tarea. En la actualidad cuenta con diecisiete convenios, tres con Ayuntamientos y catorce con entidades privadas, que funcionan muy bien en opinión de los responsables. El principal obstáculo encontrado en el desarrollo de las actividades y programas ha sido la falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento. Además, mejorarían el funcionamiento del programa Empleo-Regulación de Medidas favorecedoras de la integración laboral, gestionado por la Administración Autonómica, así como los de formación y de integración laboral (Empleo), que habría también que aumentar. Respecto al número de actividades y recursos, estiman oportuno aumentar los cursos de Formación Profesional, homologados por el INEM; las actividades ocupacionales (fotografía, cerámica); las Escuelas Taller; las Casas de Oficio; los Talleres de Empleo; la reserva de plazas en empresas; la promoción de empresas de inserción; la integración en programas de empleo municipales y las familias de acogida. Finalmente, habría que mejorar el funcionamiento de los Cursos de Titulación Académica, los de Formación Profesional homologados por el INEM, las Escuelas

34 Entrevista con el responsable, junio 2002.

35 PAVDTA, 1999-2002, Pp. 144.

Taller, las Casas de Oficios, los Talleres de Empleo, la Integración en Talleres Artesanos y la Reserva de Plazas en Empresas.

En esta área también se cuenta con mecanismos de evaluación de los programas y recursos, además, se basan en el análisis de la adaptación social y la integración laboral a través de estudios con muestras representativas de la población atendida, con la utilización de instrumentos de valoración previamente validados y de la evolución de la tasa de desempleo entre la población atendida³⁵. En opinión del responsable, es muy importante el trabajo con las ONG's con las que se ha hecho un Plan de reconversión, quitándole el acceso directo a la demanda sanitaria como tal y situándolas en el plano de la reinserción social, fundamentalmente mediante la creación de un centro de día... De cara a un futuro, vamos a intentar ampliar la red a los municipios de 25.000 o 30.000 habitantes... En el tema residencial, se inaugura un centro de mujeres con hijos... de este modo, aquéllas que no podían asistir por tener hijos podrán hacerlo³⁶.

Por su parte, los estudios e investigaciones, en esta materia, son realizados principalmente por técnicos y personal del Plan, aunque también participan, en ocasiones, alguna ONG o Universidades y Centros Públicos de Investigación mediante acuerdos estables de colaboración. En general, la cantidad de estudios realizados se considera suficiente y la calidad de los resultados buena, aunque entre las principales dificultades destacan las limitaciones de tipo financiero. Por otro lado, habría que promover la investigación clínica y sobre factores de riesgo y preventivos.

Los ámbitos de actuación de la iniciativa social y los requisitos y condiciones de su participación se encuentran en la Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana y en el Decreto 47/1998, de 15 de abril del Gobierno Valenciano. En general, el papel del movimiento asociativo, se considera fundamental, concretamente, toda la red de reinserción -menos dos centros municipales- están en manos de ONG's y las Unidades de Prevención Comunitaria, que en su vida estaban limitadas a Ayuntamientos, se han cambiado para darle cabida a ONG's... La defensa es que las ONG's cuando se profesionalizan, puedes dejar todo el sistema de inserción y parte de prevención en sus manos con absoluta libertad, trabajan muy bien... En cuanto al tipo de relación que se establece con ellas, es fundamentalmente a través de concierto, porque se busca que no haya uso privado desde las ONG's y que sean todas las que hay, que se pueda regular, actúan como empresas de servicios³⁷.

En conclusión, haciendo una valoración global del Plan, el responsable considera como el principal punto débil, el hecho de que si quiero gente que conozca el tema de la droga están en la calle. Al final te encuentras con una Administración donde nadie está en contacto día a día con lo que ocurre..., los sueldos del aparato de gestión son más bajos y eso imposibilita que haya gente con un conocimiento de última hora. Esto se suple estableciendo contactos con la gente que está en la calle (reuniones, comidas, etc) pero te enteras de lo que ocurre a última hora. Por otro lado, entre los puntos fuertes se encuentran el reconocimiento de que contamos con el apoyo de las estructuras de poder gordas, hemos ido muy de la mano del Presidente de la Generalitat, desde 1995, con lo que permite cubrir las necesidades económicas. Está muy bien valorada la política de drogas, hay un reconocimiento del trabajo y esto genera un apoyo de las grandes estructuras de poder. Por otra parte, la gente de la red asistencial y de prevención se cree lo que hacen, además te tienes que apoyar en los profesionales y en los usuarios para hacer una política coherente. Tenemos que hacer este modelo todos. En la prevención, cuando se ha planteado entrar en la prevención secundaria, los profesionales, sobre todo a los más veteranos, les ha parecido muy bien. El punto fuerte es que las grandes políticas o las grandes líneas no solo están consensuadas, sino que nacen de la gente, así que tienes a la gente del sistema apoyándote.

36 Entrevista con el responsable, junio 2002.

37 Entrevista con el responsable, junio 2002.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

- (2000). *Memoria 2000*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

- (1997). *Adicciones sin drogas ¿hábitos o enfermedades?*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS.

Arenilla, M. (2000). Planificación y Políticas Públicas. En: A.Trinidad, *Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas* (p.50). Madrid: I.N.A.P.

Bellis, M.A., et al. (2000). Ibiza al descubierto: cambios en el consumo de drogas y el comportamiento sexual de los jóvenes que pasan sus vacaciones en lugares conocidos internacionalmente por su vida nocturna. *Adicciones*, 12 (4), 571-578.

Berk, R. A. y Rossi, P. H. (1999). *Thinking about program evaluation 2*. London: Sage Publications.

B.O.A. 43/2001, publicado el 11/04/2001

B.O.C.M. Núm. 160. Lunes 8 de julio de 2002.

Chelimsky, E. y Shadish, W. R. (Ed.) (1997). *Evaluation for the 21st century*. London: Sage Publications.

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 Autonomíic 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 Autonómico sobre Drogodependencias*. Xunta de Galicia
- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol. *Adicciones*, 11(4), 337-347.
- Cronbach, L.J. (1989). *Designing evaluations of educational and social programs*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Dale, R. (1998). *Evaluation Frameworks for development programmes and projects*. London: Sage Publications.
- De Miguel, M., et al. (1991). *La evaluación de las instituciones universitarias*. Madrid: Consejo de Universidades.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:
- (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.
 - (1997). *Plan de medidas para luchar contra las drogas*. Madrid: Ministerio del Interior (24 de enero de 1997).
 - (2001). *Consumo de drogas en España*. Disponible en <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/consumo.htm>
 - (1998). *Catálogo de Centros de Asistencia a Drogodependientes*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social:
- (2003). *La Salut i els Serveis Sanitaris a Catalunya. La visió dels ciutadans l'any 2002*. Barcelona (disponible en www.gencat.net/sanitat).
 - (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., Vielva, I., Laespada, M.T., Salazar, L. y Comas, D. (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Elzo, J., Andrés Orizo, F., Gonzalez-Anleo, Gonzalez Blasco, P., Laespada, M.T. y Salazar, L. (1999): *Jóvenes Españoles 99*. Madrid: Fundación Santa María.
- Espinoza, M. (1993). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- 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.
- Gual, A. y Colom, J. (1997). Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe?. *Addiction*, 92 (1), 21-31.
- Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. y Colom, J. (2001). El ISCA (Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos): un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. (On line). *Medicina Clínica*, 18 (117), 685-689.
- 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. Consellería de Sanidade e Servizos 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.
 - (1998). *Constitución del Observatorio Español sobre drogas*. Madrid, Ministerio del Interior.
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT):
- (2001): *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*. Lisboa.
 - (1997): *Informe Anual sobre el problema de la droga en los países de la Unión Europea*. 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
 - (1998). *Guía de recursos de Euskadi*. San Sebastián: CDD.
- Paniagua, H.; García, S. et al. (2000). Perfil del Adolescente cántabro en el año 2000: Hacia una estrategia preventiva. *Boletín Epidemiológico de Cantabria*, nº8.
- 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.
- Portella, E.; Ridao, M.; Carrillo, E.; Ribas, E.; Ribó, C.; y Salvat, M. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid: Médica Panamericana.
- Quinn, M. (1987). *How to use qualitative methods in Evaluation*. London: Sage Publications.
- Revuelta, E.; Godoy, P. y Farreny, M. (2002). *Evolución de la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Cataluña, 1988-1997*. *Atención Primaria*, 30(2): 112-118.
- Rossi, P.H. y Freeman, H.E.(1989). *Evaluation a systematic approach*. London: Sage Publications.
- 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.
- Servicio de Información Sanitaria y Vigilancia en Salud Pública (2002). *Observatorio sobre Drogas para Asturias. Informe 1. Año 2001*. Dirección General de Salud Pública.
- Trinidad, A. (1995): *La evaluación de las Instituciones Educativas. El análisis de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada*. Madrid: Ministerio del Interior.

World Health Organization (2002). *The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life*.
Genova.

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



NEXO METODOLÓGICO I

DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DE INVESTIGACIÓN

En primer lugar, antes de realizar una Evaluación Diagnóstico de la situación de los Planes Autonómicos, consideramos fundamental familiarizarnos con los conceptos tratados en el ámbito de las drogodependencias para extraer, a continuación, un conjunto de indicadores que permitieran establecer comparaciones entre las distintas Comunidades. Esta tarea, que en un principio parecía sencilla, puede resultar en ocasiones hasta imposible, por ejemplo, lo que se entiende por “prevención comunitaria” para unas Comunidades engloba las campañas de comunicación y para otras simplemente los programas realizados en la comunidad o, sin ir mas lejos, el concepto de Plan Autonómico, para algunos engloba una estructura funcional y administrativa y para otros es un conjunto de medidas de actuación concretadas en un documento. Por este motivo, el cuestionario que se elaboró a partir de los indicadores, hacía referencia en algunos ítems a definiciones de conceptos, algo que consideramos fundamental antes de poner en marcha una política en materia de drogas. El cuestionario se estructuró en los siguientes bloques: Planificación y Estructura del Plan; Recursos Humanos; Prevención; Intervención Asistencial; Incorporación Social y Estudios e Investigaciones.

Este cuestionario fue modificado en numerosas ocasiones tras tener una entrevista con los responsables del Plan Nacional y después de realizar un estudio piloto. Se trataba de aunar la metodología proporcionada desde la Sociología con una realidad, en principio desconocida, como es el campo de las drogodependencias con sus conceptos y particularidades. Una vez realizado el estudio piloto se envió a las distintas Administraciones el cuestionario con una carta en la que se explicaban los motivos de la investigación. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas envió otra carta como garantía del estudio. Una vez enviados los cuestionarios, hubo que solventar nuevos problemas que hacían referencia a cambio de direcciones, de responsables de los Planes e incluso a problemas en la cumplimentación del mismo. Se trataba de un cuestionario muy extenso, pues hacía referencia a todos los aspectos comentados, iniciándose en el proceso de planificación de las actuaciones en materia de drogas, pasando por la estructura funcional, el organigrama, el presupuesto, la evaluación y, en cada una de las áreas de intervención, los programas, la coordinación, las actividades, los recursos, los problemas, etc. Éramos conscientes de esta realidad y, en ocasiones, no muy optimistas con el envío de los cuestionarios.

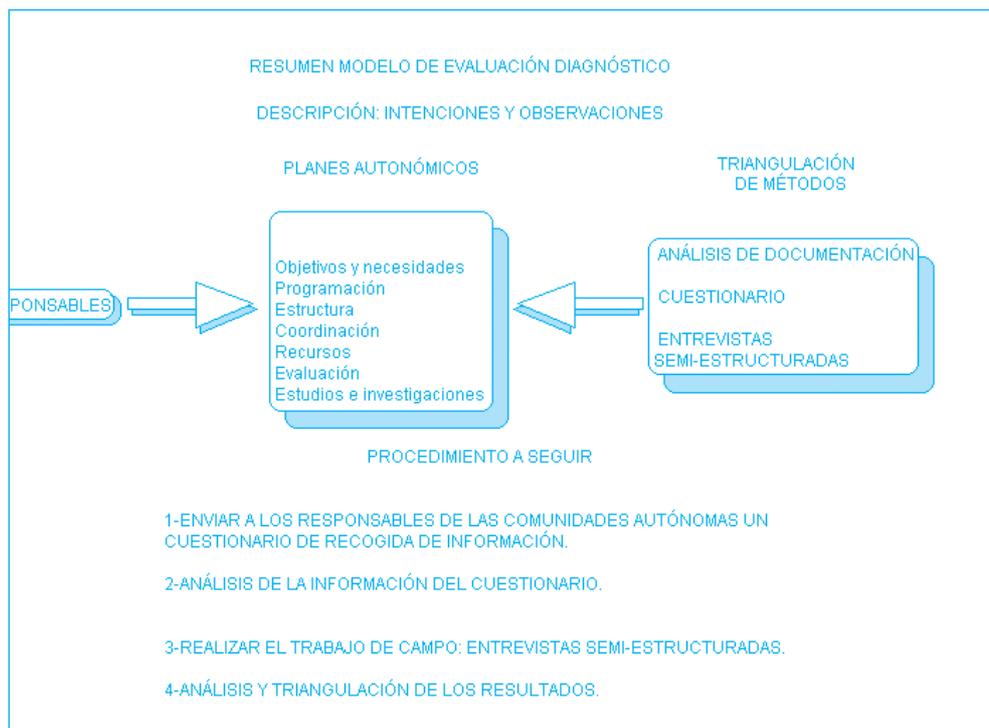
El resultado, tras el envío de los cuestionarios a las Comunidades y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, fue que todas lo remitieron -con la excepción de dos que decidieron no participar en el estudio- e incluso, en ocasiones, tuvieron la amabilidad de enviar nuevos documentos para ayudar a la investigación. Respecto al contenido de las preguntas, el área en la que se encontró más dificultad para cumplimentar el cuestionario fue la de Recursos Humanos, pues se solicitaba el número de profesionales que trabajaban en drogodependencias y el perfil principal en cada una de las áreas. Frente a esta cuestión, algunas Comunidades no llegaron a responder y otras lo enviaron meses más tarde. Finalmente, el envío de los cuestionarios se prolongó durante más de un año, tiempo en el que se realizaron numerosos contactos telefónicos y se enviaron mensajes electrónicos solicitando la información. Tras esta fase de la investigación, pese a los problemas anteriormente mencionados, el resultado se calificó como positivo.

Durante el año de espera de los cuestionarios, se comenzó a trabajar en los informes de cada Comunidad, obtenidos mediante los informes anuales y Planes publicados de cada una de ellas. El informe comenzaba con el conocimiento de la situación epidemiológica del consumo de drogas en cada Comunidad, para lo que se utilizaron fuentes secundarias, procedentes del Observatorio Español sobre Drogas y los estudios disponibles en cada Comunidad. En este momento se encontraron diferencias importantes en la cantidad de estudios realizada, pues mientras en algunas regiones resultaba muy difícil encontrar estudios epidemiológicos, en otras el volumen era mayor, lo que dificultaba incluso la visión de conjunto. Tras la situación general del consumo de drogas, se analizaron las consecuencias derivadas de este consumo, tanto aquellas que afectaban a la salud (enfermedades infecciosas asociadas al consumo como el VIH, la tasa de SIDA, la Hepatitis B y C, tuberculosis, enfermedades mentales, muertes), como otros aspectos sociales (accidentes de tráfico, delincuencia, marginación, violencia y drogas, prostitución, etc.). Finalmente, al informe parcial se le añadieron dos nuevos apartados: el referido al presupuesto (incluido en el cuestionario) y otro que hacía referencia a la relación establecida con las ONG's como organismos que participan estrechamente en el campo de las drogodependencias.

A los informes parciales (aunque se han ido modificando y actualizando en sucesivas ocasiones al conocer nuevos estudios), se le añadieron los resultados de los cuestionarios, los cuales contaban con numerosas respuestas abiertas susceptibles de ser analizadas mediante métodos cualitativos. Considerábamos que el análisis cuantitativo no resultaba adecuado a esta investigación, pues se contaba con muchos datos que pretendían comprender la realidad y profundizar en la misma, para lo cual el método cualitativo era el más apropiado. No obstante, se elaboró una base de datos con el programa SPSS con los datos epidemiológicos para poder recurrir fácilmente, cuando fuera necesario, a este tipo de información.

Realizados los informes, teníamos una primera información descriptiva pero nos encontramos con dos problemas: en primer lugar, los cuestionarios fueron remitidos en el periodo de un año por lo que, además de retrasarse el análisis, había diferencias en la fecha en la que proporcionaron la información entre las primeras y las últimas Comunidades que lo enviaron. El problema era que en un año podían haber cambiado muchos aspectos, al tratarse de una realidad que seguía en funcionamiento, por lo que hubo que actualizar la información continuamente, sobre todo de las primeras Comunidades de las que obtuvimos los cuestionarios. En segundo lugar, nos faltaban explicaciones de algunas preguntas y pensábamos que había cuestiones que no podíamos recoger con este instrumento. Por tanto, iniciamos la segunda fase: las entrevistas personales a los responsables de los Planes Autonómicos. El protocolo de entrevista era sencillo, queríamos obtener los aspectos novedosos en el último año, la evolución de la situación de la drogadicción, los principales mecanismos de coordinación, la situación de los recursos humanos y económicos, los últimos programas y la valoración general de cada una de las áreas de intervención (prevención, intervención asistencial e incorporación social), la relación con las ONG's y, finalmente, los puntos fuerte y débiles en ese momento.

La programación de las entrevistas también fue una parte fundamental de la investigación, pues hubo que organizarlas para conseguir la mayor eficiencia. De este modo, se organizaron tres rutas que englobaban a las Comunidades más cercanas y permitían realizar las entrevistas en días consecutivos. Una vez más hay que destacar que estábamos tratando con profesionales de altos cargos con poco tiempo disponible (reuniones imprevistas, viajes de trabajo, etc.), por lo que hubo que cambiar o modificar las fechas de las entrevistas en más de una ocasión. Por nombrar otros impedimentos, no se pudo contactar con Ceuta y Melilla por problemas de desplazamiento, con Murcia por falta de tiempo e incluso en otras Comunidades se había producido un cambio de responsable durante este periodo, por lo que algunas no pudieron realizar la entrevista (Madrid y País Vasco). Finalmente, analizadas las entrevistas e incluida la información actualizada procedente de nuevos Planes, leyes, estudios, etc., se elaboró un informe final de cada Comunidad y Ciudad Autónoma y otro comparativo con la situación de las drogodependencias a nivel estatal. La última fase ha sido la presentación de los informes en la Comisión Interautonómica para incluir sus sugerencias y aportaciones. Una vez recibidas se han adaptado al documento mostrado a lo largo de estas páginas.





NEXO METODOLÓGICO II

CUESTIONARIO

INDICE GENERAL DEL CUESTIONARIO

BLOQUE I - ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PLAN AUTONÓMICO

- OBJETIVOS Y NECESIDADES
- PROGRAMACIÓN
- EVALUACIÓN
- RELACIÓN ENTRE COMUNIDAD AUTÓNOMA Y LOCAL
- ESTRUCTURA
- COORDINACIÓN
- ESTRATEGIA NACIONAL 2000-2008

BLOQUE II- RECURSOS HUMANOS

BLOQUE III- PREVENCIÓN

BLOQUE IV- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL

- PROGRAMACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROGRAMAS
- ESTRUCTURA FUNCIONAL Y ORGANIGRAMA
- RECURSOS MATERIALES
- EVALUACIÓN FORMATIVA

BLOQUE V- INCORPORACIÓN SOCIAL

- PROGRAMACIÓN
- DESARROLLO Y REALIZACIÓN DE PROGRAMAS
- EVALUACIÓN
- RECURSOS

BLOQUE VI- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

BLOQUE I- ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.

Este primer bloque, abarca aspectos que van desde los puramente organizativos hasta los económicos, es decir, los contenidos más generales del actual Plan desarrollado en su Comunidad. Todo será contemplado desde una perspectiva global o conjunta, ya que, más adelante, se tratarán detalladamente las distintas áreas de actuación (Prevención, Asistencia social e Incorporación laboral).

1- A su juicio, ¿cuáles son las tres sustancias que más problemas generan en su comunidad?

	1 ^a	2 ^a	3 ^a
- Heroína.....	1.....	1.....	1
- Cocaína.....	2.....	2.....	2
- Cannabis.....	3.....	3.....	3
- Drogas de síntesis (éxtasis y similares).....	4.....	4.....	4
- Alcohol.....	5.....	5.....	5
- Tabaco.....	6.....	6.....	6
- Tranquilizantes y somníferos.....	7.....	7.....	7

2- ¿Por qué razón? (Señalar la razón para cada una de las tres drogas citadas anteriormente)

	1 ^a	2 ^a	3 ^a
- Alarma en la opinión pública.....	1.....	1.....	1
- Impacto sanitario.....	2.....	2.....	2
- Afecta a un gran número de personas.	3.....	3.....	3
- Tiene difícil solución.....	4.....	4.....	4
- Los recursos son más costosos ...	5.....	5.....	5
- Porque desencadena otros problemas	6.....	6.....	6
- Otros anotar.....	7.....	7.....	7

1^a.....
 2^a.....
 3^a.....

3- En términos generales, ¿cómo calificaría la situación del consumo de drogas y las consecuencias del problema, en general, en su Comunidad?

- Muy grave.....	1
- Grave.....	2
- Moderado.....	3

4- Con el fin de conocer la evolución de las drogas en su Comunidad, y tomando como referencia los últimos cinco años, la situación actual de su Comunidad...

- Ha mejorado.....	1
- Ha empeorado	2
- Se mantiene igual.....	3

Objetivos y necesidades.

Este apartado, se centra fundamentalmente en los procesos que se siguen en su Comunidad para el establecimiento de los objetivos del actual Plan Autonómicos sobre Drogas, así como en las entidades encargadas, las fuentes empleadas, el grado de consecución de los objetivos, y los obstáculos encontrados al planificar.

5- ¿Realizan en su Comunidad un estudio previo de necesidades de cara a la elaboración del Plan Autonómico?

- Sí..... 1 (Pasar a la P. 6)
- No..... 2 (Pasara a la P.11)

6- ¿Se ha elaborado un informe oficial? ¿Está editado?

- Sí.....1
-
- No..... 2

7- ¿Quién lo realiza?

- Profesionales del propio Plan Autonómico..... 1
- Profesionales externos al Plan..... 2
- Otros (anotar)..... 3
-
-
-

8- ¿Cuándo se realizó el último estudio de necesidades en su Comunidad?

- Este último año (2000)..... 1
- El año anterior (1999)..... 2
- 1998..... 3
- 1997..... 4
- 1996..... 5
- 1995..... 6
- Antes de 1995..... 7

9- ¿Para cuándo está previsto el siguiente?

- Se está realizando en estos momentos..... 1
- Para el año próximo (2001)..... 2
- Para dentro de dos años..... 3
- Para dentro de tres o más años..... 4
- No hay previsto..... 5

10- ¿Qué fuentes han empleado principalmente para elaborar los estudios de necesidades? Cítelas si es tan amable.

- Fuentes primarias (obtenidas de primera mano, por elaboración propia)..... 1
-
-
-
- Fuentes secundarias (a partir de estudios, documentación, estadísticas, etc, aunque hayan sido producidas por otra Administración)..... 2
-
-
-

Programación.

Se trata de conocer el proceso de elaboración del actual Plan desarrollado en su Comunidad: quiénes han sido los responsables, el número de planes puestos en marcha, las tareas a realizar, y el seguimiento y control de éstas.

11- ¿Realizan una programación partiendo de los objetivos del Plan Autonómico?

- Sí.....1
- No.....2

12- ¿Quiénes se encargan de la planificación del Plan Autonómico?

- Responsables políticos..... 1
- La Oficina del Comisionado 2
- Participación ciudadana 3
- Los técnicos..... 4
- Hay alguna fórmula mixta..... 5
- Otros (anotar)..... 6

.....

13- ¿Cuál ha sido la participación de la Oficina del Comisionado en la definición de los objetivos?

.....

14- Las pautas generales que siguen en la programación para la elaboración del Plan, ¿la editan en su Comunidad?. En caso afirmativo, especifique dónde está.

- Sí 1
- No..... 2

.....

15- ¿Cuántos Planes Generales han elaborado desde que tienen competencia en materia de drogodependencia en su Comunidad?

- Uno..... 1
- Dos..... 2
- Tres..... 3
- Cuatro..... 4
- Cinco..... 5
- Más de cinco..... 6

Evaluación:

16- ¿Tienen en su Comunidad algún mecanismo/método de evaluación del Plan como soporte técnico para la acción política?. En caso afirmativo, describanos el proceso seguido y quién /es se encarga/n de realizarla.

- Sí 1
- No..... 2

.....

Quién/es

.....

17- ¿Existe alguna comisión a nivel interno del propio Plan encargada de realizar el seguimiento del mismo?

- Sí..... 1 (pasar a P. 18)
- No..... 2 (pasar a P. 19)

18- Especifique, si es tan amable, la composición de la comisión, y qué periodicidad y objetivos hay para hacer este seguimiento?

.....

.....

.....

.....

.....

Relación entre Comunidad Autónoma y Local

A continuación, vamos a tratar los principales problemas encontrados a la hora de su aplicación con las entidades administrativas (central, autonómica y local), la distribución de las competencias, los obstáculos, el respaldo político y las iniciativas emprendidas.

19- Durante la vigencia del último Plan desarrollado en su Comunidad, ¿con qué tipo de problemas se han encontrado a la hora de su aplicación?

PROBLEMAS	ADMINISTRACIÓN CENTRAL	ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA	ADMINISTRACIÓN LOCAL
<i>Ambito de definición de competencias</i>			
<i>Ambito de coordinación</i>			
<i>Ambito de financiación</i>			
<i>Ambito de recursos (materiales, humanos)</i>			
<i>Otro tipo de problemas (ANOTAR)</i>			

20- Según su opinión, ¿considera que el Plan Autonómico tiene suficientes competencias para hacer frente al problema de las drogas?

- Tiene suficientes competencias..... 1 (pasar a la P.23)
- Les faltan competencias..... 2 (pasar a la P.21)
- Les sobran competencias..... 3 (pasar a la P.22)

21- En el caso de que haya señalado que les faltan competencias, ¿de qué tipo?

.....

.....

.....

22- En el caso de que haya señalado que les sobran competencias, ¿de qué tipo?

.....

.....

23- Dentro de la Comunidad Autónoma, ¿considera que están bien distribuidas las competencias a desarrollar por la Administración Autonómica y la Local para la ejecución del Plan Autonómico?

- Sí..... 1
- No..... 2

24- En el caso de encontrar dificultades, ¿podría indicar de qué tipo?

- De representación/participación política..... 1
- Carácter heterogéneo de los municipios..... 2
- Ambito financiero..... 3
- Problemas de participación de las distintas entidades en el Plan..... 4
- Otros (anotar)..... 5

.....

.....

.....

25- ¿Qué habría que hacer para mejorarlo?

.....

.....

.....

26- Dentro de la Administración Autonómica, ¿qué consejerías y/o departamentos han participado en la elaboración del Plan?

- Sanidad 1
- Asuntos Sociales..... 2
- Educación 3
- Trabajo 4
- Otros (anotar) 5

.....

.....

.....

27- ¿Hay convenios de coordinación/participación/colaboración con los municipios?. En caso afirmativo, cítelos si es tan amable.

- Sí..... 1
- No 2

Convenios.....

.....

.....

28- ¿Qué criterios siguen de cara a la distribución del presupuesto a las entidades locales en su Comunidad en materia de drogodependencias?

.....

.....

.....

Estructura

Hace referencia a cómo se constituye el organigrama del Plan, quiénes son los responsables, la regulación de las competencias, la coordinación interna... es decir, toda la normativa interna o proceso de actuación del actual Plan en materia de drogodependencias.

Información

Nos referimos a los distintos medios que se utilizan en su Comunidad para llevar a cabo la difusión de las labores, programas o actividades, en materia de drogodependencia, desarrolladas por su actual Plan Autonómico.

34- ¿Existe alguna unidad dentro del Plan Autonómico encargada de realizar la difusión/divulgación del Plan en la población de su Comunidad?

- Sí1
- No.....2

En caso afirmativo, díganos, por favor, cuál es

.....

.....

35- ¿Podría señalar cuál es el perfil principal de los sujetos a los que va dirigida la información en cada uno de los ámbitos?.

PREVENCIÓN.....

.....

.....

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL.....

.....

.....

INCORPORACIÓN LABORAL.....

.....

.....

36- En su Comunidad, ¿sobre qué programas se suministra mayor información?

.....

.....

.....

37- ¿Nos podría indicar la cuantía (número) de los fondos de información disponibles en su Comunidad?

.....

.....

.....

38- ¿Cuáles de los siguientes medios utilizan para la difusión de la información?

MEDIOS	SÍ	NO
Revistas		
Páginas web		
Teléfono de información		
Guía actualizada sobre		
Recursos y programas		
Memorias		
Otras publicaciones		
Institucionales		
Campañas		
Centros de documentación		
Servicios de información		
Y orientación		

Estrategia Nacional 2000-2008

- 39- En términos generales, y tomando como referencia la situación actual de su Comunidad en materia de drogodependencias, indíquenos cuáles son las principales dificultades para la aplicación de la Estrategia Nacional en su Comunidad.
- 40- ¿Qué principales requisitos necesita su Comunidad para acomodarse a los objetivos acordados en la Estrategia?
- 41- ¿Cuáles son sus expectativas de logro de estos objetivos de cara a la actual situación de su Comunidad?
- 42- Finalmente, ¿podría indicarnos las perspectivas de futuro para la consecución de estos objetivos?

BLOQUE II- RECURSOS HUMANOS

Trata el tema de los Recursos Humanos en el ámbito de las drogodependencias del Plan Autonómico (excluida la Oficina de Coordinación: el proceso de formación del personal en los distintos ámbitos, las entidades encargadas, así como las obligaciones exigidas para desarrollar en cada puesto.

1- ¿Nos podría indicar, si es tan amable, el perfil principal del personal que trabaja en los distintos ámbitos del Plan Autonómico de su Comunidad?

PREVENCIÓN:

TITULACIÓN	NÚMERO
1. Licenciados	
-	
-	
-	
-	
-	
2. Diplomados	
-	
-	
-	
-	
-	
3. Bachiller/FP.	
4. Graduado Escolar	
5. Sin estudios	

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL:

TITULACIÓN	NÚMERO
1. <i>Licenciados</i>	
-	
-	
-	
-	
-	
2. <i>Diplomados</i>	
-	
-	
-	
-	
-	
3. <i>Bachiller/FP.</i>	
4. <i>Graduado Escolar</i>	
5. <i>Sin estudios</i>	

INCORPORACIÓN SOCIAL:

TITULACIÓN	NÚMERO
1. Licenciados	
-	
-	
-	
-	
-	
2. Diplomados	
-	
-	
-	
-	
-	
3. Bachiller/FP.	
4. Graduado Escolar	
5. Sin estudios	

2- ¿Podría decirnos, según los distintos ámbitos de actuación del Plan Autonómico, si hay un plan o unidad específicamente encargada de la formación del personal? En caso afirmativo, indique de qué unidad se trata.

- Ambito de Prevención:

- Sí..... 1

Unidad.....

- No..... 2

- Ambito de Intervención Asistencial:

- Sí..... 1

Unidad.....

- No..... 2

- Ambito de Incorporación social

- Sí..... 1

Unidad.....

- No..... 2

3- ¿Podría indicarnos si en los últimos cinco años, el personal que trabaja en las distintas áreas en su Comunidad...

PREVENCIÓN:

- Ha aumentado 1
- Se mantiene 2
- Ha disminuido..... 3

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL:

- Ha aumentado 1
- Se mantiene 2
- Ha disminuido..... 3

INCORPORACIÓN SOCIAL:

- Ha aumentado 1
- Se mantiene 2
- Ha disminuido..... 3

4- El personal que trabaja en las distintas áreas, es en su opinión...

PREVENCIÓN:

- Excesivo..... 1
- Suficiente 2
- Insuficiente..... 3

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL:

- Excesivo..... 1
- Suficiente 2
- Insuficiente..... 3

INCORPORACIÓN SOCIAL:

- Excesivo..... 1
- Suficiente 2
- Insuficiente..... 1

5- ¿Qué principales deficiencias afectan al personal que trabaja en temas de drogodependencia en su Comunidad?

- Faltan equipos multidisciplinares 1
- Falta personal especializado en algunas tareas..... 2
- Falta formación..... 3
- Falta de dotación de estrategias más eficaces a los profesionales que están trabajando en estecampo 4
- Otros (anotar)..... 5

.....

.....

.....

6- ¿Cuáles son los principales problemas relacionados con el personal en las diferentes áreas?

PREVENCIÓN:

.....

.....

.....

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL:

.....
.....
.....

INCORPORACIÓN SOCIAL:

.....
.....
.....

BLOQUE III- PREVENCIÓN.

Planificación de la prevención:

1.- ¿Existe un análisis de necesidades con relación a la prevención?. En caso afirmativo, señale, si es tan amable, qué fuentes se utilizan para ello y cuáles son los principales problemas detectados.

- Sí..... 1
- No..... 2

- Fuentes que utilizan.....
.....
.....

- Principales problemas.....
.....
.....

2.- En el caso de que haya señalado que hay problemas, ¿cuáles son, en su opinión, los principales factores causantes o mantenedores de estos problemas, incluyendo tanto a las drogas legales como ilegales?

.....
.....
.....

3.- En función de este análisis de necesidades:

- ¿Existen prioridades en cuanto a objetivos y ámbitos de actuación?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo, ¿se concretan en un Plan y en programas concretos de actuación?

- Sí..... 1
- No..... 2

4.- ¿Qué recursos se ponen en marcha para conseguir los citados objetivos?

- Recursos humanos..... 1
- Recursos materiales..... 2
- Recursos económicos..... 3

En función de el/los que haya señalado, ¿qué características tiene/n (tanto en el ámbito de la oficina de la propia Comunidad Autónoma como de los medios que se ponen para la actuación desde los municipios)?

- Recursos humanos.....
.....
.....
- Recursos materiales.....
.....
.....
- Recursos económicos.....
.....
.....

5.- ¿Cómo se logra la implicación y participación de otros sectores: sanitario, asuntos sociales, educación, política, etc.?
.....
.....
.....

6.- ¿Existe un mapa de necesidades de la Comunidad Autónoma?
- Sí..... 1
- No..... 2

7.- ¿Existe alguna definición de poblaciones de intervención prioritaria o de alto riesgo?. En caso afirmativo, ¿cuáles son?
- Sí..... 1
- No..... 2
Cuáles.....
.....
.....

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Ambito Escolar

1.- ¿Existe en su Comunidad alguna línea clara de intervención, derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema?
- Sí..... 1
- No..... 2

2.- ¿Cuáles son las prioridades establecidas por el Plan Autonómico con relación a la prevención escolar y los mecanismos para garantizar el seguimiento de esta línea?
- Prioridades.....
.....
.....
- Mecanismos para garantizar el seguimiento de esta línea.....
.....
.....

3.- ¿Hasta qué punto esta línea es seguida por todas las instancias que intervienen en prevención escolar?

.....
.....
.....

4.- ¿Existe una coordinación con la Administración educativa para impulsar la prevención escolar?
¿Cuál es el papel de esta Administración?

- Sí..... 1
- No..... 2

.....
.....
.....

5.- ¿Quién realiza intervenciones de prevención en los centros educativos?

.....
.....
.....

6.- ¿Hay algún sistema de control de la oferta de prevención escolar?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo, ¿hay algún sistema de acreditación que garantice la bondad de las intervenciones escolares?

- Sí..... 1
- No..... 2

7.- ¿Qué se oferta a los centros educativos?

- Formación..... 1
- Materiales..... 2
- Apoyo a los docentes..... 3
- Actividades extraescolares..... 4
- Otros (anotar)..... 5

.....
.....

8.- ¿Quién y cómo se hace cada una de estas cosas?

- Quién.....
.....
.....
.....

- Cómo.....
.....
.....
.....

9.- ¿Existe algún sistema de control de los centros educativos que participan en actividades o programas de prevención?.

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo:

- ¿Se conoce cuántos centros participan en los distintos programas o actividades?.

- Sí..... 1

Nº.....

.....

- No..... 2

- ¿Existe algún seguimiento de esta cuestión?

- Sí..... 1

- No..... 2

10.- ¿Cómo, quién y dónde se realiza la formación del profesorado en prevención?

- Cómo.....

.....

.....

.....

- Quién.....

.....

.....

.....

- Dónde.....

.....

.....

11.- ¿Ha realizado o está realizando alguna evaluación de los programas escolares que se aplican en su Comunidad autónoma?

- Sí..... 1

- No..... 2

En caso afirmativo, ¿qué tipo de evaluación y sobre qué programas?

- Tipo de evaluación.....

.....

.....

.....

- Sobre qué programas.....

.....

.....

.....

12.- En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, ¿dispone el Plan Autonómico de algún sistema o fuente de recogida de información sobre los siguientes indicadores?. En caso afirmativo, especifique el sistema o fuente de recogida de la información.

- Porcentaje o número de profesores que han recibido formación en prevención de drogodependencias

- Sí..... 1

- No..... 2

.....

.....

- Porcentaje de profesores que aborda el tema en el aula

- Sí..... 1

- No..... 2

.....
.....
- Porcentaje de programas aplicados en el aula que estén acreditados

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Proporción de estudiantes de secundaria que reciben información sobre drogas en el aula

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Identificación de zonas o centros de actuación preferente

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Actividades de ocio y tiempo libre dirigidas a escolares de alto riesgo

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Porcentaje de programas educativos que incluyen estrategias dirigidas específicamente a la familia

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Número de centros de profesores y recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Número de Escuelas de Magisterio y de cursos de adaptación pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Existencia de criterios de homologación de programas preventivos y de formación del profesorado elaborados en colaboración con la Administración educativa

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....
- Elaboración de catálogos de materiales y programas de prevención clasificados en función del nivel educativo y de riesgo en el consumo de drogas

- Sí 1

- No..... 2

.....
.....

Ambito Comunitario

1.- ¿Existe alguna definición por parte del Plan Autonómico de la prevención comunitaria?

- Sí..... 1
- No..... 2

2.- ¿Qué tipo de actuaciones se incluyen dentro del ámbito comunitario?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.- ¿Existe alguna línea clara de intervención, derivada del análisis y posicionamiento respecto al tema?

- Sí..... 1
- No..... 2

4.- ¿Cuáles son las prioridades establecidas por el Plan Autonómico con relación a la prevención comunitaria y los mecanismos para garantizar el seguimiento de esta línea?

- Prioridades.....
-
-
-
- Mecanismos para garantizar el seguimiento.....
-
-
-

5.- ¿Quién interviene en este ámbito y cuáles son los mecanismos de coordinación con otras instancias participantes en prevención comunitaria?

- Quién interviene.....
-
-
-
-
- Mecanismos de coordinación con otras instancias participantes.....
-
-
-

6.- ¿Hasta qué punto están conectados todos los programas que se desarrollan en un mismo territorio?. Es decir, la intervención comunitaria integra actuaciones y programas dirigidos a diversos colectivos y ámbitos y...

- Se parte para ello de una estrategia global..... 1
- Se trata más bien de intervenciones aisladas unas de otras tanto en su conceptualización como en su ejecución 2

7.- ¿Tiene la Comunidad Autónoma identificadas poblaciones de actuación preferente?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo:

- ¿Qué criterios se utilizan?.....
-
-
- ¿Se elaboran mapas de riesgo?
- Sí..... 1
- No..... 2
- ¿Cuáles son las poblaciones con las que se interviene?
- Menores en riesgo 1
- Padres toxicómanos..... 2
- Menores con fracaso escolar..... 3
- Otros (anotar)..... 4
-
-

8.- En el caso de los programas para jóvenes:

- ¿Qué políticas se promueven?.....
-
-
- ¿Quién las apoya?.....
-
-
- ¿Quién interviene en su ejecución?.....
-
-

9.- En relación con la formación de mediadores sociales, ¿de qué colectivos se promueve la formación?

- Movimiento asociativo..... 1
- Monitores deportivos 2
- Educadores socio-culturales..... 3
- Otros (anotar)..... 4
-
-

10.- En el caso de la prevención familiar, ¿ha realizado o está realizando algún tipo de evaluación de estos programas?

- Sí..... 1
- No..... 2

11.- ¿Existe algún nivel de coordinación con los profesionales y equipos de Atención primaria para promover su participación en programas de prevención?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo, ¿cómo se realiza?.....

.....

.....

.....

12.- En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, ¿dispone el Plan Autonómico de algún sistema o fuente de recogida de información relacionada con los siguientes indicadores?. En caso afirmativo, especifique el sistema o fuente de recogida de la información.

- Número de escuelas de animación sociocultural de su Comunidad Autónoma que contemplan en su curriculum formativo contenidos de prevención de las drogodependencias

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

- Porcentaje de alumnos de centros en zonas de alto riesgo que participan en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

- Número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

- Porcentaje de programas comunitarios que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

- Porcentaje de programas comunitarios que incluyen actuaciones con familias en general

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

- Número de equipos de atención primaria que ofrecen entre sus servicios programas detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas/número total de E:A:P:

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

Medios de comunicación

1.- ¿Cómo se determinan los mensajes de prevención en los medios de comunicación?

.....
.....
.....
.....
.....

2.- ¿Qué tipo de mensajes se consideran prioritarios?

.....
.....

3.- ¿Qué mecanismos de colaboración existen con los medios de comunicación autonómicos?

.....
.....
.....
.....
.....

4.- ¿Es un objetivo del Plan Autonómico la sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo, ¿cómo se lleva a cabo?

.....
.....
.....
.....
.....

5.- En relación con las nuevas tecnologías, especialmente Internet, ¿cómo se contempla su utilización en prevención desde el Plan Autonómico?

.....
.....
.....
.....
.....

6.- En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, ¿dispone el Plan Autonómico de algún sistema o fuente de recogida de información relacionada con los siguientes indicadores?. En caso afirmativo, especifique el sistema o fuente de recogida de la información.

- Número de campañas de sensibilización que incluyen información dirigida a sensibilizar a la población sobre los riesgos derivados del consumo de drogas

- Sí..... 1
- No..... 2

.....
.....

- Porcentaje de campañas que forman parte de estrategias más amplias

- Sí..... 1
- No..... 2

.....
.....

- Número de profesionales de los medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas

- Sí..... 1
- No..... 2

.....
.....

- Porcentaje o número de medios de comunicación que reciben información básica sobre prevención

- Sí..... 1
- No..... 2

Ambito laboral

1.- ¿Existe una línea de trabajo establecida desde el Plan Autonómico para promover la prevención en el ámbito laboral?

- Sí..... 1
- No..... 2

2.- ¿Se pone en marcha algún sistema para garantizar la continuidad de los programas?

- Sí..... 1
- No..... 2

3.- ¿Cuál es el nivel de coordinación con patronales y sindicatos?

.....

.....

.....

.....

4.- ¿Qué tipo de actividades se promueven en los programas de prevención en este ámbito?

.....

.....

.....

.....

5.- ¿Hasta qué punto estas actividades se encuadran dentro de los planes de seguridad e higiene en las empresas?

.....

.....

.....

6.- ¿Existe algún tipo de identificación de sectores de alto riesgo?

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo, ¿se priorizan las intervenciones con estos colectivos?

- Sí..... 1
- No..... 2

7.- En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, ¿dispone el Plan Autonómico de algún sistema o fuente de recogida de información relacionada con los siguientes indicadores?. En caso afirmativo, especifique el sistema o fuente de recogida de la información.

- Disponibilidad de mecanismos de diagnóstico de sectores de riesgo

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

.....

- Acuerdos de colaboración establecidos con patronales y sindicatos para promover la prevención laboral

- Sí..... 1
- No..... 2

.....

.....

- Disponibilidad de instrumentos de prevención validados dirigidos a este ámbito
- Sí..... 1
- No..... 2

.....

.....

Ambito Municipal

1.- ¿Cuántos Municipios existen en la Comunidad Autónoma con Planes de Drogas (a ser posible, conocer la evolución en el tiempo de esta cuestión)?

- Nº.....
- Evolución en el tiempo.....

.....

.....

.....

.....

2.- ¿Cuáles son los mecanismos de colaboración con ellos: financiación (especificando si se trata de subvenciones, convenios, etc.), reuniones o mecanismos de coordinación, etc.?

.....

.....

.....

.....

3.- ¿Cuáles son los mecanismos de actuación y colaboración con los municipios que no disponen de planes de drogas: cómo se actúa en estos casos?

.....

.....

.....

.....

4.- En relación con la Estrategia Nacional sobre Drogas, ¿dispone el Plan Autonómico de algún sistema o fuente de recogida de información relacionada con los siguientes indicadores?. En caso afirmativo, especifique el sistema o fuente de recogida de la información.

- Número de municipios de más de 50.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas
- Sí..... 1
- No..... 2

.....

.....

- Número de municipios de más de 20.000 habitantes con Planes Municipales de Drogas
- Sí..... 1
- No..... 2

.....

.....

BLOQUE IV- INTERVENCIÓN ASISTENCIAL.

Programación, Evaluación y seguimiento de los Programas.

1- ¿Existen comisiones específicas de coordinación en el momento de programar las distintas actividades y programas en el área de intervención asistencial?

- Sí 1 (Pasar a P.2)
- No..... 2 (Pasar a P.3)

2- Indique, por favor, cómo están constituidas estas comisiones.

.....

.....

.....

.....

.....

3- ¿Se realizan evaluaciones de los programas/actividades destinadas al área de intervención asistencial?

* Evaluaciones de diseño de los programas/actividades:

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo:

- Proceso general seguido para realizarlas:

.....

.....

.....

- Encargados de realizarlas:

- Profesionales del propio Plan Autonómico..... 1
- Profesionales externos al Plan..... 2
- Otros (anotar)..... 3

.....

.....

.....

* Evaluaciones de implementación de los programas/actividades:

- Sí..... 1
- No..... 2

En caso afirmativo:

- Proceso general seguido para realizarlas:

.....

.....

.....

- Encargados de realizarlas:

- Profesionales del propio Plan Autonómico..... 1

- Profesionales externos al Plan..... 2
- Otros (anotar)..... 3

4- Conforme a los resultados obtenidos en las evaluaciones, indique, si es tan amable, en general, el grado de adecuación de los distintos programas conforme a la planificación realizada.

PROGRAMAS	NIVELES DE ADECUACIÓN DE LOS PROGRAMAS		
	MUY ADECUADO	POCO ADECUADO	NADA ADECUADO
- Programas de reducción del daño.			
- Asistencia a problemas de alcoholismo			
- Otros programas o recursos asistenciales			
- Programas en poblaciones con problemas jurídico-penales			

5- Visto lo anterior, ¿cuáles pueden ser las previsiones de desarrollo de la red asistencial en materia de drogodependencias en su Comunidad un futuro?

.....

.....

.....

6- Finalmente, ¿qué tipo de programas de intervención no se han desarrollado hasta la actualidad aún siendo objetivable la necesidad de intervenir en la población o área a las que se refieren?

PROGRAMAS.....

.....

.....

Estructura funcional y Organigrama.

7- A fin de conocer en mayor profundidad la estructura existente en el área de intervención asistencial, en materia de drogodependencias, en su Comunidad, nos interesaría que describiera de un modo detallado, el organigrama de la “red asistencial” (cuáles son las puertas de entrada y los circuitos de captación y derivación de los pacientes, cuáles son los dispositivos de atención específicos que centralizan mayoritariamente esta atención y que posteriormente derivan a otros de carácter más específico, etc).

8- Del organigrama antes descrito, indíquenos, si es tan amable, a qué entornos institucionales, administrativos o de organizaciones sociales pertenece cada uno de los dispositivos mencionados.

9- Por último, describanos el grado de participación de iniciativas privadas en cada uno de ellos.

Recursos materiales (equipos, centros).

En este apartado nos interesaría conocer, tras la evaluación de diseño, si se ha dado una adecuada coherencia interna entre los objetivos planteados y los recursos utilizados para su consecución, cuáles han sido los problemas principales y cómo se adecuan estos recursos a los cambios en los objetivos.

10- En relación con los objetivos planteados en la intervención asistencial, indiquenos, si es tan amable, el nivel de adecuación de los recursos materiales (equipos, centros) existentes en su Comunidad en materia de drogodependencias, a los objetivos planteados.

RECURSOS	ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS A LAS NECESIDADES		
	Muy adecuado	Poco adecuado	Nada adecuado
-Centros ambulatorios de asistencia			
-Unidades hospitalarias			
- Comunidades terapéuticas / Públicas			
..... Privadas			
- Centros de prescripción y/o dispensación de opiáceos			
-Centros residenciales no hospitalarios			
- Unidades de desintoxicación rápida			

12- ¿Cuáles han sido las principales deficiencias u obstáculos, encontrados en la red en su Comunidad en materia de recursos (equipos, centros, etc) una vez realizada la evaluación de diseño?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13- ¿Cuáles son las previsiones de adecuación de estos recursos en un futuro?

.....

.....

.....

.....

.....

Evaluación Formativa.

Con este apartado se pretende volcar información sobre el grado de consecución de los objetivos que en la fase de programación del plan autonómico se han recogido, respecto al área de intervención asistencial.

14- Finalmente, en función de los objetivos planteados inicialmente en la programación respecto al área de intervención asistencial, ¿cuáles ha sido el grado de consecución de los mismos?

.....

.....

.....

.....

BLOQUE V- ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL.

Programación.

ENTIDADES	CONVENIOS (Número)	FUNCIONAMIENTO				
		MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
- Con el Gob. Central.						
- Con Diputaciones Provinciales.						
- Con Ayuntamientos						
- Con entidades privadas.						

1- Nos gustaría, si es tan amable, que especificase cómo funcionan, en términos generales, los convenios existentes en su Comunidad en la actualidad en el área de incorporación social.

2- ¿Con qué periodicidad, en términos generales, se realiza la programación de las actividades/programas desarrollados en el área de incorporación social en su Comunidad?

- Mensual..... 1
- Trimestral..... 2
- Anual..... 3
- Más de un año (anotar)..... 4

.....

3- ¿Quiénes se encargan de programar las distintas actividades y programas relativos a la incorporación social en su Comunidad?

- Oficina de Coordinación..... 1
- Comisión Técnica..... 2
- Otros (anotar)..... 3

.....

.....

.....

6- Dentro de estos Programas, indique las actividades y recursos que aumentaría, disminuiría o mantendría, y califique su funcionamiento (muy bien, bien, regular, mal o muy mal).

ACTIVIDADES Y RECURSOS				FUNCIONAMIENTO				
	AUMENTAR	DISMINUIR	MANTENER	MB	B	R	M	MM
- Cursos de titulación académica - Cursos de Formación profesional, homologados por el INEM - Actividades ocupacionales (fotografía, cerámica,...) - Actividades de información, orientación y búsqueda de empleo - Escuelas Taller - Casas de Oficios - Talleres de Empleo - Integración en talleres artesanos - Reserva de plazas en empresas - Promoción de empresas de inserción - Integración en Programas de empleo municipales - Pisos de estancia para usuarios en tratamiento libre de drogas - Pisos de estancia para usuarios en tratamiento con sustitutivos - Pisos de reinserción social (usuarios dados de alta en tratamiento) - Residencias - Familias de acogida - Otros (especificar)								

7- ¿Cuáles son los principales obstáculos, en su opinión, encontrados en el desarrollo de las distintas actividades y programas en el área de incorporación social, en su Comunidad?

- La insuficiente oferta de programas y recursos..... 1
- La insuficiente colaboración con la red de servicios sociales..... 2
- La insuficiente colaboración con las agencias de empleo de:
- Administración Central..... 3
- Administración Autonómica..... 4
- Administración Local..... 5
- La insuficiente colaboración con las entidades privadas..... 6
- La falta de referentes consolidados para la incorporación social, tal y como existen, por ejemplo, para el tratamiento..... 7
- Otros (anotar)..... 8
-
-
-

BLOQUE VI- ESTUDIOS E INVESTIGACIONES.

1.- ¿Cuáles han sido las líneas de estudios e investigación desarrolladas por su Plan Autonómico hasta la fecha?

	SI	NO
<i>Epidemiología de los consumos de drogas en población general</i>		
<i>Epidemiología de los consumos de drogas en población escolar</i>		
<i>Epidemiología de los consumos de drogas en colectivos específicos:</i>		
<i>- Población laboral</i>		
<i>- Jóvenes</i>		
<i>- Otros (anotar)</i>		
<i>Características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en los servicios asistenciales</i>		
<i>Estudio de necesidades de la población drogodependiente</i>		
<i>Situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.</i>		
<i>Estudios de seguimiento usuarios de los servicios asistenciales</i>		
<i>Evaluación de resultados de los programas asistenciales</i>		
<i>Factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas</i>		
<i>Evaluación de la implementación de los programas de prevención</i>		
<i>Evaluación de resultados de los programas de prevención</i>		
<i>Evaluación de la implementación de los programas de inserción social</i>		
<i>Evaluación de resultados de los programas de inserción social</i>		
<i>Oferta de drogas</i>		
<i>Otras líneas de investigación (anotar)</i>		

2.- ¿Cuál es el modelo de referencia utilizado habitualmente para desarrollar las investigaciones promovidos por su institución? (Señale un máximo de tres por orden de importancia).

	1º	2º	3º
<i>Acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación</i>			
<i>Adjudicación a alguna empresa de investigación especializada</i>			
<i>Realización por técnicos y personal de la propia institución</i>			
<i>Realización por parte de alguna ONG</i>			
<i>Otros (anotar)</i>			

3.- ¿Cuáles considera que deben ser las líneas básicas de investigación a promover en su Comunidad?

.....

.....

.....

.....

4.- ¿Cómo definiría la cantidad de los estudios realizados en su Comunidad en materia de drogodependencias?

- Insuficientes..... 1
- Suficientes..... 2
- Excesivos..... 3

5.- ¿Cómo valoraría, en general, la calidad de los resultados de los estudios e investigaciones realizados hasta el momento en su Comunidad?

- Muy buena..... 1
- Buena..... 2
- Regular..... 3
- Mala..... 4
- Muy mala..... 5

6.- ¿Qué dificultades encuentra habitualmente para desarrollar estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias?

- No encuentro ninguna dificultad especial..... 1
- Limitaciones de tipo financiero..... 2
- Ausencia de entidades e instituciones que promuevan la realización de estudios de interés..... 3
- Otras (anotar)..... 4

.....

.....

.....

7.- Con independencia de cuál sea la situación en su Comunidad, ¿cómo valora la situación de la investigación sobre drogas en el conjunto del Estado Español?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

8.- ¿Cuáles son, a su juicio, las líneas de investigación que deberían priorizarse en estos momentos en el Estado Español en materia de drogodependencias?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES: Nos gustaría, si es tan amable, que anotara, una vez finalizado el cuestionario, las sugerencias o comentarios que estime oportunos.

.....
.....
.....
.....
.....