



UNIVERSIDAD DE GRANADA  
Departamento de Sociología

LAS POLITICAS PUBLICAS EN  
DROGODEPENDENCIAS DESDE  
LA PERSPECTIVA COMPARADA: EL  
CASO DE ESPAÑA Y REINO UNIDO

*M<sup>a</sup> Dolores Martín-Lagos López*  
Granada, 2004



**UNIVERSIDAD DE GRANADA**

**Departamento de Sociología**

**“LAS POLITICAS PUBLICAS EN DROGODEPENDENCIAS  
DESDE LA PERSPECTIVA COMPARADA: EL CASO DE  
ESPAÑA Y REINO UNIDO”**

**“COMPARATIVE PERSPECTIVE ON THE CONVERGENCE  
OF SOCIAL POLICIES IN THE FIELD OF DRUG  
DEPENDENCY” - THE CASES OF SPAIN AND UNITED  
KINGDOM”**

**M<sup>a</sup> DOLORES MARTÍN-LAGOS LÓPEZ,  
GRANADA, 2004**

**Presentada para optar al grado de Doctor con “mención de  
doctorado europeo”**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GRANADA**

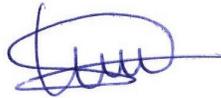
**DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL**



Prof. D. Julio Iglesias de Ussel



Prof. D. Antonio Trinidad Requena



Licenciada: Mª Dolores Martín-Lagos López

Aspirante al Grado de Doctora en Sociología con Mención de Doctorado Europeo

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE GRANADA**



**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO: Ángel Manuel Molina Montoro**

CERTIFICO que el presente trabajo ha sido realizado por la Licenciada M<sup>a</sup> Dolores Martín-Lagos López, en el Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada.

Granada, marzo de 2004

## Agradecimientos

Desde pequeña, siempre me ha gustado en los premios, en los libros, etc. ver los agradecimientos porque constituyen las bambalinas donde tanta gente trabaja sin esperar nada a cambio. Cuando salen a la luz, habla el alma del actor, que se convierte en ser humano y queda en un segundo plano. Tal vez por ello, los agradecimientos son la parte más difícil de esta Tesis y a la vez la que más ilusión me hace. Suena a tópico pero es muy complicado expresar en tan poco espacio todo lo que significan algunas personas para mí y todo lo que les debo. Durante estos años he tenido el privilegio de encontrarme con gente que ejerce su docencia también en la investigación puesto que entienden que esta labor consiste en enseñar a aquellos que se están iniciando. Lejos de la competitividad, he encontrado verdaderos profesionales, compañeros y amigos, que me han animado en los momentos de incertidumbre, inestabilidad y desesperación de los inicios de cualquier investigación.

Quisiera empezar por mis tutores. Gracias Antonio por todo: por ser un buen maestro, por enseñarme tantas cosas, por instruirme en el mundo de la universidad, de la carrera docente, por apoyarme siempre y por ser tan buena persona.

Gracias Julio, porque sin poder estar aquí, he sentido como si estuvieras todo el tiempo y solo los grandes son capaces de permanecer entre nosotros sin estar presentes. Gracias porque tienes el don de, con muy pocas palabras, dar mucho ánimo y aliento a cuantos investigamos con el máximo pretexto de la verdadera vocación.

Gracias Manolo por tus recomendaciones acerca de este trabajo. A Pedro, por ser un buen ejemplo a seguir. Gracias a todos los compañeros del Departamento y del Grupo de Investigación por hacerme sentir como en casa todos los días. ¡Gracias Ana por ayudarme tanto en la traducción!

Mis agradecimientos al Plan Nacional sobre Drogas y a los responsables autonómicos, sin los cuales no hubiera sido posible este trabajo. Al Observatorio Europeo sobre Drogas por ese mes de agosto donde fuimos muy felices, especialmente a Danillo y a Gregor.

Igualmente, millones de gracias a Rowdy Yates, un buen investigador y una persona entrañable, por creer en mí desde tan lejos. A Heike y a Jochen Classen por darme la oportunidad única de trabajar con ellos en las tierras escocesas, para mí un regalo del cielo. A Siri y Ana Luisa por ser como mis hermanas en la soledad de la distancia.

Por supuesto, a Amaya, Loreto y todas ellas, por no olvidarme nunca y ser siempre mis niñas. Sobre todo, gracias a mi familia, porque sin ellos no sería nada. A Paco y Carmen, por vuestro ejemplo, a Mamen por tu fortaleza y sensibilidad, por ser como mi madre y por quererme tanto. A Mamá por ser mi luz, la bondad y el pragmatismo. Y a papá, a papá por ser tú... También quiero dedicar esta Tesis a Paquillo, Jero y Carmen, porque han crecido más rápido durante este trabajo y han aprendido estos años más que yo!

Y, como no, a Migue, por hacerme tan feliz.

Quisiera dedicar esta Tesis a todos ellos. También a los que hoy nos miran desde el cielo y a quienes, por desgracia, hoy su vida con la droga es un infierno.

# **INDICE**

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I- LAS POLÍTICAS SOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA COMPARADA</b> .....	19
1.1. Aproximación a la política social como satisfacción de las necesidades y respuesta a los problemas sociales .....	21
1.2. Orígenes y desarrollo de la Política Social.....	35
1.2.2. La política social a comienzos del siglo XX .....	46
1.2.3. La posguerra y el Estado del bienestar en Gran Bretaña .....	47
1.2.4. El Estado del bienestar en España en la década de los 60.....	50
1.2.5. La política social durante la crisis económica .....	52
1.2.6. La política social ante la globalización y la localización.....	57
1.2.7. El resurgimiento de la ciudadanía y del Tercer Sector en la Política Social .....	68
1.3. La política social comparada .....	78
1.3.1. Modelos de Estado del Bienestar .....	80
1.3.2. Un nuevo modelo de gestión pública: planificación, implementación y evaluación de las políticas de bienestar social.....	94
<b>OBJETO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	109
1. APROXIMACIÓN AL OBJETO.....	110
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	116
3. METODOLOGÍA.....	117
4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	128
5. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS .....	134
6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	138
<b>CAPÍTULO II- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN, SITUACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y RECURSOS</b> .....	142
2.1. Consumo de drogas .....	143
2.1.1. Trayectoria socio-histórica .....	143
2.1.2. Situación epidemiológica.....	158
2.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas.....	164
2.2.- Política de drogas: estructura y planificación.....	171
2.3.- Intervención Asistencial.....	180
2.3.1. Principales Objetivos del Tratamiento .....	180
2.3.2. Programas y recursos: el desarrollo de los servicios de alcohol y drogas en España. ....	187
2.3.3. El papel de las Organizaciones No Gubernamentales. ....	192
2.3.4. Evaluación de resultados: principales problemas asistenciales. ....	195
2.4.- Discusión de los resultados. ....	199
<b>CAPÍTULO III- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA EN EL SENO DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS</b> .....	205
3.1. Consumo de drogas .....	206
3.1.1. Situación epidemiológica.....	206
3.1.2. Consecuencias derivadas.....	214
3.2. Estructura y Planificación de la Intervención Asistencial: los Planes Autonómicos sobre Drogas .....	217
3.2.1. Legislación sobre drogas .....	218
3.2.2. Planificación de la intervención.....	222
3.2.3. Estructura funcional y Organigrama .....	223

3.2.4. Recursos humanos .....	228
3.2.5. Recursos económicos .....	233
3.3. Comparación de la Intervención Asistencial entre las Comunidades y Ciudades Autónomas...	238
3.3.1. Principales objetivos asistenciales .....	238
3.3.2. El circuito terapéutico de captación y derivación de los pacientes y los entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos. ....	243
3.3.3. Programas y actividades .....	250
3.3.4. Evaluación de resultados: Adecuación de los recursos a los objetivos planteados. Principales deficiencias y previsiones de futuro. ....	257
3.4. Discusión de los resultados: puntos fuertes y débiles .....	262
<b>CAPÍTULO IV- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN REINO UNIDO: EVOLUCIÓN, SITUACIÓN SOCIAL, POLÍTICAS Y RECURSOS.....</b>	<b>267</b>
4.1. Perspectiva general de la Intervención Británica .....	268
4.1.1. Situación del consumo de drogas.....	268
4.1.2.- La Política sobre Drogas británica: estructura y planificación.....	288
4.1.3.- Intervención Asistencial en Gran Bretaña .....	294
4.2. Estudio particular del Reino Unido: el tratamiento de las drogodependencias en Escocia .....	313
4.2.1. Situación del consumo de drogas.....	313
4.2.2. Política de Drogas: estructura y planificación .....	331
4.2.3. Intervención Asistencial.....	340
4.3. Discusión de los resultados.....	356
<b>CAPÍTULO V- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN REINO UNIDO Y ESPAÑA .....</b>	<b>365</b>
5.1. Comparación del consumo de drogas .....	366
5.1.1. Evolución del problema de la droga.....	366
5.1.2. Consumo de drogas: situación epidemiológica.....	374
5.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas.....	377
5.2. Comparación de la Política de Drogas: Estructura y Planificación .....	395
5.3. Comparación de la Intervención Asistencial.....	400
5.3.1. Principales objetivos asistenciales .....	400
5.3.2. Programas y recursos: desarrollo de los servicios de alcohol y .....	403
drogodependencias. El papel de las Organizaciones no Gubernamentales .....	403
5.3.3. Evaluación de resultados: principales problemas asistenciales .....	411
5.4. Discusión de los resultados.....	414
CONCLUSIONES .....	421
BIBLIOGRAFÍA .....	450
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	481
ANEXO .....	486

## **INTRODUCCIÓN**

“El tipo de sociólogo que probablemente menos contribuirá en la realización de una brillante sociología futura es aquel que permanece felizmente apegado a su propia sociedad y tiempo. Desde el punto de vista didáctico podríamos considerar seriamente una política de no fomentar simplemente, sino requerir activamente que los futuros sociólogos nunca estudien solo su propia sociedad y que lo hagan siempre en un contexto comparado. La capacidad de la Sociología para preguntar y responder grandes cuestiones aumentará de modo considerable cuando los americanos estudien Alemania, cuando los alemanes estudien España y cuando los españoles estudien Estados Unidos”. Gøsta Esping-Andersen.

A lo largo de estas páginas se ha pretendido conocer de un modo detallado el fenómeno de las drogodependencias desde la óptica del análisis sociológico. Esta disciplina, cuyo objeto de estudio es la vida social humana, de los grupos y sociedades, abarca desde la observación de los encuentros efímeros a los grandes procesos mundiales (Giddens, 1991). En este contexto, el objetivo primordial ha sido analizar e intentar comprender el proceso de formación del problema de las drogas, la respuesta al mismo por parte de los grupos políticos e instituciones implicadas, la puesta en marcha de las actuaciones y las consecuencias de esta acción.

El análisis de la situación se sustenta en las transformaciones que experimentan los problemas sociales a lo largo del tiempo. En 1987, el estudio nacional realizado por

EDIS a 5.074 sujetos de población general y 1.188 usuarios de centros de tratamiento, reflejaba que la gran mayoría de la población (92,5%) consideraba el problema de la droga muy grave o bastante grave a nivel nacional, aunque a nivel local éste parecía ser menos grave (63,4%). La población usuaria compartía la misma opinión sobre la gravedad del problema, aunque era menos negativa (86,7%). Como contrapartida, este sector consideraba el problema de la droga más grave en la esfera local. Además, la población de finales de los ochenta, reflejaba su malestar con la droga por tres razones principales: la delincuencia e inseguridad ciudadana, los problemas familiares y los de salud.

Unos años más tarde, el informe de Amando de Miguel sobre *La Sociedad Española 1993-94*, dedicaba dentro del apartado de Problemas Sociales un epígrafe al consumo de drogas. Según este estudio, en 1991 algo más de la mitad de la población entre 18 y 64 años (52%) decía conocer personalmente a algún “drogadicto”. Además, se les preguntaba sobre los problemas sociales que era preciso resolver y a la cabeza, como más urgente, se situaba droga, especialmente entre las mujeres (32% frente al 20% de los varones). En ese momento, más de la mitad de los jóvenes (55%) confesaba haber probado el *porro*.

Una década más tarde, a finales de los noventa, el término drogadicto ya había sido sustituido por el de drogodependiente, ya no se hablaba tanto de *porro* como del *cannabis* en general y más que la delincuencia a pequeña escala surgían noticias sobre grandes decomisos internacionales. Además, la jeringuilla aparecía en menor medida que el botellón en los medios de comunicación. En este momento, el problema de la droga se asociaba más al ruido que a la inseguridad ciudadana. El barómetro del CIS en diciembre del 2000, reflejaba las expectativas de los españoles en el 2001, sobre una muestra de 2.488 entrevistas a la población de 18 años y más. El primer problema de los españoles a principios de este siglo es el terrorismo de ETA (80,9%), en segundo término, el paro (62,9%) y en tercera posición, la droga, que aparece en una nueva categoría junto con el alcoholismo (16%). Además, entre los problemas que le afectan personalmente a los

ciudadanos, la droga-alcoholismo, desciende a la octava posición (5,6%), tras otras cuestiones como las dificultades económicas, la inseguridad ciudadana, las pensiones, etc.

Aunque una gran parte de los españoles se muestra pesimista con el futuro del problema de las drogas y considera que en años venideros éste empeorará, lo cierto es que a tenor de los resultados, la población está menos alarmada en una época en la que desaparece el porro en la categoría de respuesta y se les pregunta a los jóvenes si han probado alguna vez el cannabis (27%), la cocaína (7%), las drogas sintéticas (5%), el speed (4%), la heroína (1%), el crack (1%) o los inhalantes (1%). No obstante, según el estudio *Los Jóvenes Españoles 99* de la Fundación Santa María, para el grupo de edad de 15 a 24 años, la droga y el sida constituyen el segundo y tercer problema (65% y 56% respectivamente) y solamente son superados por la preocupación por el paro (73%)<sup>1</sup>. Este resultado podría sugerir que, pese a la disminución de la percepción del problema, hoy en día entre los jóvenes la droga puede estar más presente entre sus preocupaciones que entre la población adulta.

Resulta necesario ante tales cambios preguntarse qué ha pasado durante este tiempo. Además, no sólo se ha modificado el problema de la droga, sino que la administración y las políticas del bienestar han sufrido grandes transformaciones e igualmente se ha desarrollado la investigación y la información sobre drogodependencias. Ante esta panorámica, los responsables de las actuaciones en materia de drogas también han considerado necesario obtener un diagnóstico de la situación actual de manera rigurosa, para planificar sus intervenciones. Con tales objetivos, esta investigación se enmarca en todo un campo de estudio que, englobado bajo el término de *evaluación*, pretende proporcionar la visión de cómo es algo, comparado con la manera en la que fue planificado. Todo ello con la finalidad de ofrecer información sobre el valor de cualquier

---

<sup>1</sup> Elzo, Javier; Andrés Orizo, Francisco; González-Anleo, J. et al (1999): *Los Jóvenes españoles 99*. Fundación Santa María. Este estudio se realizó a nivel nacional sobre una muestra de 3.850 entrevistas a jóvenes de 15 a 24 años entre el 15 de septiembre y el 21 de octubre de 1999, con un nivel de confianza del 95,45%.

intervención que pueda ser usado para ayudar a aliviar los problemas para los cuales se han elaborado las actuaciones.

Con este objetivo general, el análisis y revisión de las investigaciones sobre política social constituían un antecedente necesario para obtener conocimiento teórico y comprender el análisis práctico del fenómeno. La incursión por el recorrido histórico de esta realidad y de algunos conceptos arraigados a ella, como la necesidad o el problema social, revelaban como premisas iniciales que las relaciones entre política y sociedad son complejas y dinámicas. La razón de ello es que, a lo largo de esta trayectoria, acontecen procesos de cambio que transforman tanto las necesidades y problemas sociales como las instituciones encargadas de satisfacerlas. Durante este proceso, el Estado del bienestar asumió un rol primordial en la garantía de los derechos sociales a los ciudadanos. Posteriormente, la sociedad global cambió las necesidades percibidas y motivó el replanteamiento del grado de intervención estatal y del propio modelo de Estado. Una de las transformaciones ha sido la sustitución de la burocratización por un nuevo modo de gestión que confiere un especial énfasis a la calidad del servicio.

La comparación ante el nuevo modelo de gestión, centra su interés en el análisis de la puesta en práctica de las actuaciones diseñadas por los gobiernos. Además, este proceso se retroalimenta influyendo en los futuros cambios políticos. La evaluación como análisis de la situación cobra una importancia creciente para garantizar las posibles desviaciones en el proceso o los cambios sociales inesperados que aconsejen la modificación de la programación inicial. La teoría aplicada a la realidad tuvo como resultado la evaluación externa del Plan Nacional y de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Los objetivos específicos han sido describir todos los programas destinados a la intervención asistencial de drogodependientes; conocer el desarrollo y funcionamiento de los mismos y analizar sus resultados. En la misma línea, se ha pretendido revisar los diferentes estudios e investigaciones en el ámbito de las drogodependencias, estudiar la coordinación entre las diferentes administraciones y concluir con un análisis comparativo entre las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas.

Para alcanzar este propósito, se han utilizado como fuentes secundarias, el análisis de las estadísticas y documentos, en los que se incluyen los objetivos y situación de cada Comunidad. Las fuentes primarias han consistido en la consulta a los responsables autonómicos de la situación de las drogodependencias en su propia realidad. Además, se han empleado como técnicas de recogida de datos el cuestionario y la entrevista semi-estructurada. Finalmente, los resultados obtenidos han sido triangulados y ofrecidos a los responsables para que emitan un juicio de valor como expertos. Los temas principales incluidos en esta evaluación han sido el análisis de la situación del consumo de drogas y las consecuencias que se derivan, como indicadores de la gravedad del problema y la planificación, estructura y funcionamiento del Plan; la coordinación con otras Administraciones y ONG's y la organización y toma de decisiones para hacer frente al problema. Además, se ha analizado el organigrama y los recursos humanos, económicos y materiales de los que se dispone para asistir a la población. Por último, como área de actuación, se estudia en profundidad la intervención asistencial, conociendo la evolución experimentada por los recursos y cuáles son los principales problemas y retos.

En segundo lugar, como ya hicieron algunos autores clásicos, entre ellos Montesquieu o Tocqueville, la nueva sociedad global vuelve a conferir atención a la comparación con otras realidades. Nos enseña que, aunque cada sociedad tiene su propia organización, el investigador bajo supuestos weberianos, trata de establecer tipos ideales con características comunes agrupados en modelos de bienestar social. Para ello utiliza como indicadores el papel adquirido por el mercado, el Estado, las organizaciones voluntarias o el sector informal en la satisfacción de las necesidades de la población. En este contexto, la comparación se convierte en una herramienta necesaria que permite encontrar explicaciones ante similitudes y diferencias en el modo de actuación. Del mismo modo, a través de estos hallazgos se puede generalizar u obtener un gran conocimiento y profundizar en el entendimiento de la realidad social en diferentes

contextos. Incluso, a raíz de ello podrían aparecer soluciones alternativas a un determinado problema social objeto de intervención pública.

Por las razones argumentadas, se ha escogido como método para analizar la situación de las drogodependencias, la perspectiva comparada. Al margen de otros objetivos, el interés de este estudio ha sido lograr un conocimiento intensivo de esta área de interés, en España y Reino Unido, comparando los datos en su propio contexto e intentando encontrar tendencias generales en cada caso. En el caso español, la evaluación externa de los planes autonómicos, ha proporcionado una buena base de entendimiento de la situación que ayuda a comprender y analizar el caso británico. En este caso, se ha preferido utilizar fuentes secundarias de estudios nacionales, interpretándolas en el amplio contexto social en el que acontecen. Entre ellas, se pueden mencionar el análisis documental de diferentes investigaciones nacionales, estadísticas, planes estratégicos, leyes en materia de drogas, recursos, etc.

Este análisis pretendía ser similar al realizado en España, con la finalidad de poder constatar si el modelo utilizado era trasladable a la comparación transnacional. No obstante, encontraba algunas diferencias sustanciales. La primera de ellas, era la necesidad de realizar un estudio detallado de los aspectos culturales, sociales e históricos de cada sociedad lo que, en el caso de la española suponía situarse desde la perspectiva del observador externo. En segundo lugar, no se podían emplear las mismas técnicas de recogida de datos, dado que las entrevistas y cuestionarios, resultaban costosos y se podía incurrir en errores de interpretación derivados del lenguaje.

Finalmente, este análisis no podía detenerse en todas las regiones que componen el Reino Unido, por razones de tiempo y nuevamente de coste. Por este motivo, se ha decidido analizar detenidamente la región escocesa, comparándola con la situación general británica. De todo ello, se han obtenido un conjunto de conclusiones fundamentales para ser contrastadas por los expertos, en este caso por los tutores responsables de la investigación. En Reino Unido, por el profesor Rowdy Yates,

investigador en drogodependencias con un amplio conocimiento de la realidad del país. En España, por los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Algunas de las herramientas utilizadas en el análisis de esta realidad, han podido aplicarse a la revisión del estudio comparativo de las Comunidades Autónomas, con una nueva perspectiva.

Se parte del reconocimiento de que se quieren comparar situaciones diversas. Estamos ante dos países con distintas tradiciones en política social: el primero, Reino Unido, conocido por ser el lugar donde se origina la Revolución Industrial y las primeras consecuencias sociales asociadas con ella. El segundo, España, con un proceso de industrialización tardío que prolonga la sociedad agraria y no demanda en un primer momento la intervención estatal en cuestiones como la protección de los trabajadores ante la situación laboral y urbana. En los estudios internacionales, Gran Bretaña se enmarca en el modelo liberal de bienestar, que minimiza los efectos del mercado en la esfera de los derechos sociales, con una asistencia sometida a examen, transferencias universales limitadas y el predominio de esquemas de seguridad social.

El modelo anglosajón se caracteriza por una aproximación selectiva a la política social. En la actualidad, para algunos, la acción pública de bienestar social se acerca al modelo residual en el que la familia y las organizaciones voluntarias son las que desempeñan un papel fundamental en la consecución de estas necesidades. A menudo, los ciudadanos acuden en mayor medida al Servicio Nacional de Salud que a los Servicios Sociales. Éstos se organizan a nivel local y atienden fundamentalmente a los mayores y a las personas con discapacidades físicas y mentales.

Por su parte, España es situada en la esfera internacional junto con los países del “Latin Rim”. Se ha caracterizado por una economía de subsistencia y agrícola que ha originado Estados de bienestar rudimentarios. Este tipo de régimen combina elementos liberales y corporativos, aunque la ausencia de una tradición de pleno empleo y el énfasis en el modelo residual les fuerza a entrar en el mercado. La satisfacción de las necesidades sociales se ha caracterizado por el papel predominante de la familia y de las redes informales, junto con la influencia de la tradición católica.

Históricamente, en el Reino Unido, el Estado del bienestar se inició especialmente tras la Segunda Guerra Mundial y la publicación del informe Beveridge. El Servicio Nacional de Salud (NHS) como servicio gratuito se creó en 1948, sustentado mediante un impuesto general, a cada ciudadano. En la década de los 70 se reorganizó el Ministerio de Servicios Sociales (SSDs) con la responsabilidad de satisfacer las necesidades de todos los grupos. A finales de los ochenta, se introdujo el llamado sistema de “mercado interno”, predominando la iniciativa privada y voluntaria en la esfera local y en 1990 la ley desarrolló ideas similares en el Sistema Nacional de Salud (NHS). No obstante, las dificultades de financiación de los gobiernos locales han retrasado en parte la puesta en práctica de las actuaciones. Pese a las modificaciones, el coste sigue aumentando y el debate se sitúa en la necesidad de racionalizar los servicios.

En la misma línea, el Estado del Bienestar en España tiene sus raíces históricas en la década de los sesenta o del desarrollismo. Se ha consolidado en los últimos quince años mediante un proceso de universalización de los derechos sociales caracterizado por la asistencialización de las prestaciones. Además, se ha modificado la gestión de los servicios sociales, en un contexto de reestructuración económica, de cambio político, descentralización autonómica, desarrollo desigual de la sociedad civil y de cambio en el modelo familiar. Pese a la existencia de la Dictadura, España se incorporó a las políticas keynesianas de reforma social aplicadas desde 1963, con un modelo industrial, corporativo y masculino de protección que quedaba respaldado por el papel reproductor de la familia. Igualmente, este país se vio afectado por la crisis económica de la década de los setenta. No obstante, al coincidir con la transición política y los cambios propugnados en la Constitución (1978), este hecho quedó atenuado.

El cambio político supuso la instauración de la Democracia y la transformación de un Estado unitario y centralista en una organización de autonomías dentro de la Unión Europea (1986). La reordenación administrativa ha originado la delegación de las competencias de los servicios sociales a los gobiernos autonómicos y éstos la gestión a las entidades locales. En cuanto a la sanidad, pasó del seguro obligatorio de enfermedad

(1944) al sistema de asistencia sanitaria de la seguridad social (1967) al Insalud (1978) y al Sistema Nacional de Salud (1985). Finalmente, en la actualidad, ha culminado el proceso de plena descentralización de la gestión sanitaria de la seguridad social a las Comunidades Autónomas y se espera que esta situación permita la mejora del Sistema Nacional de Salud.

En resumen, algunas características que definen al modelo español son la universalización de la protección, que ha supuesto la cobertura de la población en aspectos como las pensiones, el sistema sanitario y la educación; el proceso de asistencialización, que ha permitido reducir, junto con la sanidad y los servicios sociales, los niveles de pobreza absoluta y relativa. En tercer lugar, la descentralización política y administrativa, que a nivel autonómico y municipal ha facilitado la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios públicos, aunque también ha generado desequilibrios interregionales. Finalmente, se caracteriza por la responsabilidad compartida del bienestar entre el mercado, la sociedad civil y la familia. La privatización selectiva ha dado lugar a una gestión concertada de servicios financiados por el Estado. Este aspecto ha coincidido con el crecimiento del voluntariado en los últimos años, aunque sigue siendo muy inferior en número a EEUU o Inglaterra. Por último, el Estado del bienestar español destaca por la presencia fundamental de la familia que, pese a las transformaciones experimentada en los últimos años, sigue siendo “el Ministerio de Asuntos Sociales”, ocupándose de la enfermedad, de la droga, del cuidado de los hijos y mayores, entre otros aspectos.

Como puede observarse, la sociedad de consumo, el aumento de las necesidades, de los temas de política social, el cambio de valores, el incremento del gasto público y del déficit entre otros, han dado lugar a la reforma del sector público. Estas transformaciones han supuesto la reaparición de la ciudadanía en la política social y en este contexto, la gestión local ha adquirido un creciente protagonismo. Junto con ello, han surgido nuevas formas de gestión de los servicios públicos en las que la planificación estratégica, el diseño, la búsqueda de la calidad, la participación de los profesionales y la evaluación también tienen gran importancia.

Por las razones argumentadas, la Tesis ha quedado enmarcada en el estudio de la política social. Se ha considerado necesaria la incursión en este contexto como marco teórico primordial que ayuda a entender la evolución en las transformaciones y el cambio social desde la perspectiva sociológica. Como manifiestan algunos autores (Pérez Sánchez, M.; De Cueto, C., 1997) *“la sociología ha desarrollado un sustancial conocimiento objetivo y teorías sobre el control social, la socialización y el cambio social, que pueden ser útiles en la comprensión de los efectos de la política social (....). También son interesantes sus contribuciones acerca de la percepción de los problemas y su definición (...), por qué ciertas prácticas son consideradas problemas sociales y cómo se abordan y solucionan. Pero, sobre todo, la Sociología aporta dos importantes contribuciones: la primera consiste en la “interconexión de las cosas” y la segunda, se refiere a la importancia dada a las normas y a los valores como el lazo que mantiene a los sistemas unidos (...).”*

Sin ser el objeto de estudio primordial, la comparación de las políticas sociales en ambos países, se ha considerado un punto de arranque necesario para el conocimiento de la política de drogodependencias. Por esta razón, se ha desarrollado un primer capítulo en el que se describen los principales aspectos de la política social como tal y en su dimensión comparada. A continuación, se han expuesto los objetivos perseguidos y la metodología empleada, incluyendo un modelo de comparación que podría ser implantado en futuras investigaciones. Finalmente, se presentan los capítulos obtenidos como resultado del análisis de las drogodependencias.

Concretamente, quedan desglosados para una mejor comprensión, en tres grandes bloques. El primero de ellos versa sobre la política de drogodependencias en España, donde también se incluyen los principales resultados obtenidos con la evaluación externa de los Planes Autonómicos sobre Drogas. En segundo término, se expone la política de Drogodependencias en Reino Unido que, al igual que en el caso anterior, incluye un capítulo descriptivo de la situación en Escocia, como ejemplo de las peculiaridades existentes en el interior de los países. El último bloque contiene el estudio comparativo

de España y Reino Unido. Finalmente, se presentan las principales conclusiones resultantes, distinguiendo entre las obtenidas como consecuencia de la descripción de la situación de cada país, los resultados de la comparación de ambas realidades y por último, algunas conclusiones generales consecuencia del análisis global.

La principal bibliografía consultada, a lo largo de estos años, ha sido comentada con el fin de poder contribuir y ayudar a otros que quieran iniciarse en esta línea de investigación. Además, se añade un anexo metodológico, con el cuestionario empleado en la evaluación externa de los planes autonómicos, el protocolo de entrevista y los recursos de intervención asistencial en las Comunidades Autónomas. Por último, se incluye un índice de gráficos y tablas para facilitar su lectura y búsqueda. Espero que esta investigación sea de utilidad práctica para todos aquellos profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias, que el conocimiento de otras situaciones y de su propia realidad, desde la mirada del espectador externo, contribuya a la mejora de las políticas en la materia y todo ello, en beneficio de aquellos que desean abandonar su adicción a las drogas y llevar una vida saludable libre de ellas.

**CAPÍTULO I- LAS POLÍTICAS SOCIALES DESDE LA  
PERSPECTIVA COMPARADA**

## INTRODUCCIÓN

Como se ha mencionado, este estudio analiza y compara la política de drogodependencias en Reino Unido y España y para poder comprender su posterior aplicación y práctica, se ha considerado adecuada la contextualización de esta realidad en el marco de la política social. La preocupación del Estado por el bienestar social surge en un contexto histórico determinado con la finalidad de satisfacer un conjunto de necesidades consideradas básicas para la población y atendidas hasta entonces por otras instituciones sociales. No obstante, *como dos caras de la misma moneda, en la historia de la Humanidad la pobreza y la preocupación por el bienestar han coexistido con las medidas a hacer frente – de manera parcial o global- a esa situación de pobreza y necesidad (Aleman, 1991:17)*

Dentro de la política social como disciplina investigadora, ha adquirido una importancia creciente la política social comparada. Por un lado, se han analizado y clasificado los países en distintos modelos de bienestar social, atendiendo a diversos criterios como el papel adquirido por el mercado, el Estado, las organizaciones voluntarias o el sector informal en la satisfacción de las necesidades de la población. Aunque no se trata del objetivo de esta investigación, se ha considerado un buen punto de partida prestar atención a la situación particular de la política social en España y Reino Unido, esbozando las notas más distintivas, especialmente en lo relativo a su desarrollo

histórico, el grado de intervención de cada una de las instituciones y los temas fundamentales que conforman la agenda pública.

Por otra parte, en el nuevo modelo de Estado, la política comparada ha prestado atención a la implementación, bajo la premisa de que el impacto de cualquier acción dependerá de cómo sea puesta en práctica por los gobiernos y este proceso se retroalimentará influyendo en los futuros cambios políticos. Como señalan algunos autores (Urzúa, 1997:23-66), ante las transformaciones económicas y sociales, ha surgido en los Estados una nueva agenda pública, se han diseñado un conjunto de políticas públicas encaminadas a orientar esas transformaciones, se han introducido cambios en el sistema político para respaldar las nuevas estrategias y en definitiva, se ha adecuando el Estado a la formulación y aplicación de las actuaciones. Ante estas circunstancias, la evaluación ha cobrado una importancia creciente como análisis de la situación y seguimiento de las posibles desviaciones en el proceso, entre ellas, los cambios sociales inesperados que puedan aconsejar la modificación de la programación inicial establecida (Hill, 1993:8-10). Es en este último caso donde se inserta la presente investigación y por las razones argumentadas, se considera que la evaluación y comparación de la política de drogodependencias podría convertirse en una herramienta útil para la implementación de futuras actuaciones en materia de drogodependencias.

### **1.1. Aproximación a la política social como satisfacción de las necesidades y respuesta a los problemas sociales**

En líneas generales, las políticas públicas surgen con la finalidad de promover y encauzar las transformaciones económico-sociales en cinco planos fundamentales (Urzúa, 1997:23-66). En primer lugar, contribuyen a definir los temas que deben configurar la agenda pública y marcan las condiciones en las cuales es posible emprender estas transformaciones, fijando los márgenes de maniobra de la sociedad y mostrando el consenso o disenso existente; en segundo término, la negociación, formulación y aplicación de las políticas muestra la configuración del poder en cada momento; en tercer lugar, provocan políticamente el alineamiento de posiciones y fuerzas y las posibilidades de conflicto; en cuarto término, reflejan el diálogo entre sociedad y gobierno y

finalmente, en el plano de los valores, construyen el instrumento social apto para enfrentar a la comunidad y a las personas con sus intereses y opciones.

Dentro de las políticas públicas, la política social es definida comúnmente como aquella que se encarga de *la administración pública de la asistencia, es decir, del desarrollo de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales en aspectos como la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, la asistencia y los servicios sociales*. Este enfoque, desarrollado por T.H.Marshall (1965), entiende la política de los gobiernos encaminada a tener un impacto directo en el bienestar de los ciudadanos, a base de proporcionarles servicios o ingresos (Montagut, 2000:20). En la misma línea, Doménech (1995:441) entiende la política social como *el conjunto de acciones desarrolladas por la Administración para mejorar las condiciones de vida en los aspectos sociales, económicos y jurídicos de manera que favorezcan la igualdad de los ciudadanos*. Este aspecto está estrechamente vinculado con otros conceptos como Estado de Bienestar, bienestar social, servicios sociales y trabajo social, que actúan conjuntamente con similar propósito de garantía del bienestar. (Ver Tabla 1.1).

**Tabla 1.1.: La política social y otras definiciones vinculadas con ella**

Estado del bienestar	Instrumento para asegurar el Bienestar colectivo o Bienestar social
Bienestar social	Pretende mejorar las condiciones de vida a través de leyes, programas y servicios
Política Social	Acciones desarrolladas por la Administración para mejorar las condiciones de vida
Servicios Sociales	Plataforma de acción para canalizar la Política Social
Trabajo Social	Intervención profesional

**Fuente: Doménech i Ferrer, Rosa (1995): “La iniciativa social y la gestión de recursos”. En *Avances en Política Social*. Diputación Provincial de Granada. Pp.441.**

No obstante, existe cierta discrepancia en la función de satisfacción de las necesidades. Para C.Offe (1972), en la línea de los autores citados, el modo de producción capitalista genera requerimientos funcionales en la política del bienestar sobre los que el Estado o cualquier otro cuerpo fuera de la economía debe actuar necesariamente. Sin embargo, esta no es la postura de Gough (1979), para quien es útil analizar los requerimientos funcionales cambiantes de las economías capitalistas, pero esto no implica necesariamente que el Estado lleve a cabo estas funciones. Para ello hay que considerar otras cuestiones como son, el eslabón entre el Estado y la economía capitalista, los requerimientos del capital mediados y el papel que juega el conflicto de clases en la determinación de la provisión estatal.

Siguiendo con la aportación de Gough, quien aplica la economía política marxista al Estado del Bienestar, éste se concibe como *un producto del desarrollo contradictorio de la sociedad capitalista que ha generado nuevas contradicciones que cada día se hacen más manifiestas. Puede entenderse como la utilización del poder estatal para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y para mantener a la población no trabajadora en la sociedad capitalista.* En la producción de la fuerza del trabajo el Estado puede intervenir modificando la cantidad de dinero que las personas reciben (sistema de impuestos y seguridad social); ciertos bienes y servicios (a través de subvenciones estatales), proporcionando valores de uso en forma de servicios (sanidad o educación) o a un coste reducido. Por otro lado, la reproducción de la fuerza de trabajo implica la transmisión de pautas de comportamiento de socialización, conducta, capacidades específicas, etc. y la reproducción generacional. Por último, este modelo de Estado sirve para mantener a ciertos grupos que no trabajan en la sociedad como son los niños, ancianos, enfermos, discapacitados, entre otros.

En este mismo esclarecimiento conceptual, Offe (1990:24) sostiene que la definición funcional de política social es *la manera de efectuar transformaciones duraderas de obreros no asalariados en obreros asalariados.* A diferencia de Gough, para este autor, las políticas de bienestar ya no sirven necesariamente a los intereses de la clase capitalista puesto que aquellas acciones cuyos objetivos eran garantizar y promover

procesos de mercantilización orientados capitalistamente, amenazan hoy el poder colectivo del capital generando contradicciones. Junto con ello, los intentos del Estado del Bienestar por intentar administrar subsistemas económicos y de socialización se han convertido en empresas extraordinariamente caras.

En todo caso, las definiciones expuestas aluden específicamente a la labor del Estado como responsable de la satisfacción de las necesidades, aunque, junto con él se observa un interés creciente de las agencias privadas con o sin fines de lucro en lo que Habermas denominó la nueva esfera pública (1981) y por esta razón, otros autores (Montoro, 1997:34) se refieren ampliamente a la política social como *“diseño y ejecución programada y estructurada de todas aquellas iniciativas adoptadas para atender una serie de necesidades consideradas básicas para la población, con arreglo a un baremo de civilización definido en lo que denominamos sociedades industriales avanzadas”*. Hay que tener presente que los sistemas de bienestar son variados en función del papel desempeñado por el Estado, el mercado, el sector voluntario y el informal. Algunos sistemas se sustentan en la familia o en las redes de amistad que proporcionan bienestar amparados en creencias filosóficas o religiosas y valores de “altruismo obligatorio” (Land and Rose, 1985) o “entramados de obligaciones y emociones interconectadas” (Hill, 1996:5), por lo que, cualquier investigación comparativa debe tener en cuenta la importancia de estas redes en la provisión de servicios de bienestar<sup>2</sup>.

Como se verá a lo largo del capítulo, “con el tránsito de la sociedad post-industrial, la des-normativización de la sociedad y las transformaciones del Estado-nación, la política social entendida y ofertada por las instituciones públicas (integración sistémica), ha pasado a entenderse como expresión de grupos sociales interrelacionados entre sí y con las instituciones (integración social) mediante un concepto más difuso de política y ciudadanía” (Herrera y Castón, 2003:16-18) . Junto con ello, la centralidad del Estado como referente vertical ha sido sustituida por una organización reticular en la que intervienen una pluralidad de actores. Además, se ha producido la delegación de competencias a los diferentes niveles territoriales (europeo, nacional, regional y local) y

---

<sup>2</sup> En Kennett, Patricia (2001): *Comparative social policy*. Open University Press. Buckingham.

ha adquirido una relevancia considerable la política social a nivel local bajo el amparo de la *community care*. Estos cambios cuestionan la incursión de la política social como política pública.

Junto con la participación de las diversas instituciones, la clave para distinguir una política como “social” reside en la distribución de recursos y oportunidades de vida entre los diferentes grupos y personas (Donnison, 1975:26) o dicho de otro modo “la mejora de la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo personal y de satisfacción de necesidades”<sup>3</sup>. Sin embargo, junto con la transformación de las instituciones encargadas de satisfacerlas y de otros factores (Montagut, 2000:23), el contenido de las necesidades básicas también está sometido a los cambios sociales, lo que constituye un antecedente fundamental para el análisis, entendiendo que las necesidades son producto de la acción humana y evolucionan formando parte del proceso histórico.

Al tratar el papel del Estado en cuanto a la redistribución también surgen diferencias entre unos y otros autores. Mientras que las teorías pluralistas lo consideran un mecanismo neutral para reconciliar los intereses en conflicto y representar los “intereses comunes” de la nación, las teorías marxistas coinciden en la subordinación del Estado al modo de producción capitalista y a las clases dominantes. Desde el punto de vista de Marx, para que tuviera lugar la explotación, el sistema capitalista requería libertad e igualdad ante la Ley. Sin embargo, éste representa los intereses de la clase económica entre otras razones porque las personas que están en lo alto de la cúspide suelen tener el mismo origen social y por los límites estructurales que el modo de producción capitalista impone sobre el Estado de modo que, por ejemplo, la importancia de las multinacionales hace que el Estado no pueda ignorar sus requerimientos. (Gough, 1979:107).

No obstante, Gough (1979:110), entiende que lo que diferencia a la perspectiva marxista del resto no es el hecho de que una clase particular domine la institución del Estado sino que, quien quiera que sea el que ocupe esta posición está limitado por los imperativos del proceso de acumulación del capital. Por tanto, este autor rechaza la

---

<sup>3</sup> En Doménech, 1995: 441.

opinión pluralista del Estado y también la economicista cruda, en el sentido de que sea solamente un instrumento de la clase dominante en la sociedad.

En cualquier caso, paralelamente a las transformaciones sociales, emergen nuevas preocupaciones que forman parte de las políticas sociales e incluso se modifica el concepto de necesidad a lo largo del tiempo. Este término se encuentra en el corazón de la política social puesto que el reconocimiento y satisfacción de las necesidades diferencia las funciones de bienestar de un Estado de sus otros roles y actividades. Consciente de ello, Liddiard (1999:11), entiende que junto con los debates sobre la naturaleza, eficacia y coste del Estado del bienestar, ha sido fundamental el planteamiento de cómo identificar las necesidades, cómo decidir cuáles son válidas y cuáles no, si algunas necesidades son más o menos legítimas que otras, cuáles son consideradas como un derecho de los individuos y una obligación del Estado o si se pueden establecer indicadores de “necesidades básicas” y en qué medidas su satisfacción es responsabilidad del Gobierno o de otras instituciones, como la familia o la caridad. Los distintos grupos e individuos han tenido ideas muy diferentes sobre qué debía ser definido como “necesidad” y aquello que no, gozando de grandes dosis de subjetividad. Estos dilemas han sido cruciales ante una dotación de recursos limitada y asunto de debate en numerosas áreas, como en la asistencia sanitaria, donde la profesión médica ha tenido que decidir en ocasiones sobre la necesidad de salud de algunas personas por encima de otras.

La búsqueda de la satisfacción de las necesidades ha sido una constante a lo largo de la historia. Desde la perspectiva de la naturaleza humana, Alemán y García (1999:15-16) han delimitado dos concepciones fundamentales. Por un lado, aquellas corrientes que, en la línea darwiniana o de Hobbes, sitúan al ser humano en su esfera individual como aquel que consigue sus propios intereses. En este sentido, merece la pena señalar la Teoría de la Elección Racional, expresada en autores como Olson. En una segunda perspectiva, con representantes como Rousseau, el hombre se supone bueno y es la sociedad la que lo corrompe. No obstante, en ambos casos, el enfoque individual soslaya

la posibilidad de entender la búsqueda del bienestar colectivo. Desde otras esferas, autores como Donati, han entendido el carácter relacional de la persona y es por esta razón por la que en este capítulo se tratarán los diversos enfoques de las necesidades sociales a las que se hace frente de forma colectiva y estructural. Ante esta situación, la acción pública cobra un importante protagonismo.

Por esta razón, las definiciones de necesidad social resultan fundamentales para la política social más allá del debate teórico y adquieren una importancia práctica. Sin embargo, la característica básica de la “necesidad” es que puede ser definida y medida desde una gran variedad de perspectivas, aunque si se llegase a un acuerdo sobre cuáles son las necesidades básicas de la sociedad sería más fácil legitimar la existencia de los Estados de bienestar que tienen como objetivo alcanzarlas y quizás por ello, los intentos de producir un listado de necesidades humanas han adquirido multitud de formas. Para Malinowski (1931), existen necesidades primarias, como la de nutrirse o resguardarse y para satisfacerlas se han elaborado técnicas que originan las necesidades instrumentales; a su vez, éstas han dado lugar a respuestas institucionales como los sistemas de comunicación, de control social, simbólicos, rituales, etc. encargados de garantizar la función de integración social<sup>4</sup>.

Desde el campo de la psicología, Abraham Maslow, en *Motivation and Personality* (1954) formuló el análisis de las motivaciones humanas como el estudio de los fines, de los deseos, de las necesidades últimas del ser humano y las ordenó en una jerarquía de cinco necesidades básicas en forma piramidal, distinguiendo entre necesidades inferiores y superiores. Estas últimas se pueden retrasar más tiempo, pero su consecución depara más felicidad y conduce a un mayor crecimiento personal. En su jerarquía, las primeras son las necesidades fisiológicas; una vez satisfechas, surgen las de seguridad, de tipo físico o económico; posteriormente, las de sentido de pertenencia y las vinculaciones sociales; en cuarto lugar, las necesidades psicológicas de estima o de amor propio y finalmente, cuando todas ellas están satisfechas, aunque no suceda

---

<sup>4</sup> En Giner, Salvador; Lamo de Espinosa, Emilio; Torres, Cristóbal (eds.)(1998): *Diccionario de Sociología*. Pp.526. Alianza. Madrid.

completamente, surge la necesidad de autorrealización, actualización de sí mismo o de “hacer realidad lo que se es en potencia, llegando a ser lo que uno es capaz de llegar a ser”. Pese al interés que suscita su teoría, plantea problemas de aplicación práctica por la dificultad que entraña medir las necesidades. Al entenderse desde el plano individual, esta lógica sería deseable pero, con ciertas dosis de pragmatismo, sería imposible que cada Estado pudiera garantizar a cada ciudadano sus demandas.

Por su parte, Bradshaw (1972), clasificó en su análisis cuatro tipos de necesidades sociales: las *normativas*, se refieren a aquellas que definen los expertos en función de un conjunto de estándares según los cuales se establece si existe o no necesidad y en este último caso, cuál sería el mejor modo de “solventarla” con los recursos disponibles; las *percibidas*, son aquellas que las personas o grupos creen que “necesitan” y por tanto, podrían describirse mejor como lo que “quieren” puesto que no siempre los grupos más necesitados son conscientes de su situación. En la misma línea, cuando las necesidades percibidas son convertidas en demanda, se definen como *expresadas*, aspecto estrechamente vinculado con las demandas económicas y políticas, aunque el que las personas tengan poder para demandar algo tampoco implica forzosamente que lo requieran. En último término, las necesidades *comparadas* se precisan mediante el análisis de las diferencias en el acceso de las personas a los recursos, entendiendo que la necesidad es un concepto relativo, por lo que puede ser definida en términos de la media encontrada en una comunidad o sociedad o comparando los recursos disponibles en contraste con otros que son definidos en igualdad de derechos.

A modo de resumen, Raymond Plant (1985:18) ha tratado de identificar lo que las personas necesitan para lograr sus fines en la vida: “Estas necesidades aluden principalmente al bienestar físico y a la autonomía: un individuo sería capaz de actuar eficientemente con una entidad física y teniendo libertad para deliberar y elegir entre alternativas siendo capaz de perseguir cualquier concepción de lo bueno”. Por este motivo, identifica dos necesidades básicas en cualquier sociedad: la primera es la de supervivencia física, sin la cual no podemos esperar lograr nada y ésta, en muchas ocasiones, se ve enormemente afectada con la adicción. En segundo término, la necesidad

de autonomía o de libertad. Son realmente básicas porque si carecemos de alguna de ellas no podremos lograr los fines propuestos en la vida.

Si se aplican los análisis citados a las drogodependencias, se observa que la política en la materia tiene como objetivo atender un conjunto de necesidades alrededor de ella. La adicción afecta a la salud, al bienestar físico y a otras necesidades puesto que supone por parte de quien la padece un descuido por el resto de aspectos vitales y una preocupación exclusiva por la droga. Del mismo modo, afecta al bienestar familiar y comunitario, a los miembros de la unidad familiar, amigos, relaciones sociales; igualmente, al bienestar social, porque en ocasiones conlleva delitos como robos para obtener la droga o traficar con ella, accidentes de tráfico al conducir bajo sus efectos, puede provocar violencia en el hogar, etc. aspectos todos ellos sancionados judicialmente. Además, la adicción redundante en la libertad, porque supone la pérdida de autonomía de la persona, que se haya completamente dependiente de la sustancia. Por este motivo, con la atención a las drogodependencias, se quiere devolver a las personas su libertad y capacidad para elegir. Sin embargo, la política de drogodependencias se encuentra con frecuencia sometida a polémica y las acciones emprendidas varían de unos países a otros.

Esta polémica surge porque las medidas de actuación han de emprenderse en un terreno que no sobrepase la libertad de elección del individuo, en el caso de decidir consumir sustancias en sus momentos de ocio, pero ha de estar preparada para atender a ese sujeto si el ejercicio de su libertad llega a tener problemas con las mismas. Se mueve, por tanto en dos márgenes de libertad: por un lado, la que le permite elegir y por otro, la de recibir la atención asistencial para devolverle la libertad perdida y las herramientas personales necesarias para insertarse en la sociedad nuevamente (ver Gráfico 1.1). Algunas de las medidas expuestas pueden atender a necesidades últimas, que hacen referencia a los fines, como el tratamiento de las drogodependencias y en contraste, otras pueden ser necesidades intermedias, precisas para alcanzar los objetivos últimos, en este caso, se podría entender la estabilidad física como requisito para lograr la inserción en la sociedad. No obstante, también se observan las contradicciones del Estado del Bienestar en estas políticas, cuando se obtienen ingresos a través de los impuestos indirectos

procedentes del alcohol y el tabaco que sirven para financiar los servicios de atención de los problemas ocasionados por estas sustancias.

**Gráfico 1.1.: Las necesidades sociales en relación con las drogodependencias**



Fuente: elaboración propia

La taxonomía de Bradshaw ha sido muy útil para conocer las diversas aproximaciones a la necesidad y en este sentido, Folder (1974), para denotar su carácter dinámico, acuñó el concepto de necesidad *técnica* como una nueva forma de provisión que es inventada o resulta mucho más efectiva. Los avances en la tecnología médica son el ejemplo más común y dentro del área de Drogodependencias, el modelo de reducción de daños y la dispensación de metadona. Por todo ello, pese al carácter subjetivo de las necesidades, debemos de concluir que también están influidas por la dimensión espacio temporal y pese a la importancia del juicio político, ha de existir cierto consenso social en torno a los valores e ideas consideradas esenciales para vivir como miembros de la sociedad.

No obstante, las clásicas teorías ocupan distintas posiciones en torno a esta cuestión. Para el marxismo la necesidad está vinculada con el modo de producción como consecuencia de la división del trabajo y por esta razón se produce un cambio fundamental en la sociedad industrial y en la economía de mercado. En la misma línea,

Marcuse<sup>5</sup>, distingue entre necesidades verdaderas, que surgen socialmente y aquellas falsas que persiguen la dominación mediante un aparato burocrático/mercantil. Además, desde la perspectiva postmoderna, para Baudrillard, en la sociedad del signo desaparece la necesidad y se hace referencia a los simulacros virtuales.

En la década de los noventa, los términos de felicidad o bienestar social se sustituyen por la *calidad de vida* como un nuevo concepto que encierra en su definición multitud de variables. Puede referirse a un estado objetivo por las condiciones materiales mínimas o a un estado subjetivo puesto que cada individuo tiene su particular concepto de calidad de vida. Por otro lado, este término se refiere a la sociedad, aunque un individuo también lo puede describir. Es un concepto dinámico, una utopía asociada al desarrollo y tiene entre sus dimensiones la situación personal de cada individuo, los recursos disponibles o las actividades realizadas. Aunque existe en todos los países, su estrecha vinculación con la situación económica hace que la percepción sea diferente según el nivel de desarrollo.

Así, las condiciones de vida de los países “en desarrollo” desvelan la falta de recursos considerados básicos, necesidades en la escala de Maslow y la atención a ellos deja a un lado otros aspectos que sí aparecen en la sociedad desarrollada. En resumen, la condición postmoderna supone que una vez satisfechas las necesidades materiales esenciales, los ciudadanos se preocuparán de otros aspectos no materiales. Paralelamente a este proceso, ha surgido el interés en la investigación por medir la calidad de vida de un modo riguroso mediante numerosos indicadores. En las políticas de drogodependencias, coincidiendo con los cambios sociales, se han ido delimitando nuevas necesidades y ya no solo se presta atención a la asistencia sanitaria, sino que se intentan fomentar la prevención e inserción social con un enfoque global de educación para la salud que persigue la mejora de la calidad de vida prescindiendo de las drogas. De la misma forma, se realizan grandes esfuerzos para lograr un acuerdo acerca de los indicadores utilizados para “medir” la gravedad del problema.

---

<sup>5</sup> Marcuse, H. (1984). *La agresividad en la sociedad industrial avanzada y otros ensayos*. Madrid: Alianza.

Por otra parte, resulta crucial para la transformación de una necesidad en política social, la percepción como tal por parte de los ciudadanos. En este sentido, Doyal y Gough (1994) apuntan el momento en el que una necesidad percibida se convierte en normativa, reconocida por las instituciones políticas en un proceso de decisión colectiva que remite al fenómeno de construcción de los problemas sociales<sup>6</sup>. En efecto, en la definición de necesidad por parte de una institución social, juega un papel fundamental la percepción de ésta como problema social.

Sin embargo, al igual que los conceptos anteriores, el problema social ha cambiado a lo largo del tiempo, como consecuencia de las modificaciones en las costumbres tradicionales y en la legislación. Para Blumer, H. (1971: 298-306), el problema social es distinto según las épocas y las regiones, como resultado de procesos sociales de creación, cambio y ajuste de las representaciones subjetivas de los grupos y como consecuencia de la influencia de los medios de comunicación, de las agencias oficiales, de las asociaciones profesionales (grupos de presión), entre otros. Además, Titmuss (1981:65-66), establece que en función de la estructura política que se construya las necesidades tendrán mayor o menor importancia.

Para el funcionalismo, los problemas sociales se derivan de los desajustes en la organización particular de la vida social. En este sentido, Robert K. Merton (1976), afirma que existen problemas derivados de disfunciones que no son *manifiestas* para los individuos sino que se encuentran *latentes* en el sistema social. Por su parte, para el marxismo, los problemas sociales son expresiones del sistema capitalista como un modo de explotación y de lucha de clases. Por esta razón, se ha considerado adecuado iniciar nuestro análisis del fenómeno de las drogodependencias conociendo cuál ha sido la evolución de la droga como problema social en cada país, delimitando los principales grupos que lo han “percibido” y “demandado” y en qué momento las sustancias psicoactivas han adquirido una mayor repercusión como problema y motivado la actuación gubernamental para solucionarlo.

---

<sup>6</sup> En Bradshaw, J. (1972): The concept of social need. New society. Pps. 30 march : 640-643. En *Health Policy Review*, 2002, Vol. 3. N.2. Harvard.

Según esta lógica, en la consideración de una nueva necesidad o de un nuevo problema social por parte del Estado, juegan un papel muy importante los movimientos sociales. Estas conductas aparecen en situaciones de malestar social en las que las personas sienten la urgencia de actuar como “consecuencia de cambios en sus formas de vida” (Park, 1939:226) y porque perciben que esas necesidades no pueden satisfacerse en el marco de las instituciones sociales (1939:224). En este sentido, Laraña (1999: 48; 110-111) también alude a fenómenos colectivos que tienen lugar cuando se producen graves daños a las personas, que llegan a considerarse catástrofes colectivas, como ocurrió con la heroína en los años 80, cuando numerosas organizaciones, entre ellas “Madres contra la droga”, se movilizaron en España exigiendo recursos<sup>7</sup> adecuados. Otro ejemplo ha surgido en los noventa con el alcohol, siendo las protestas vecinales la génesis de la demanda de prohibición del botellón juvenil, con gran difusión por parte de los medios de comunicación. Las asociaciones de afectados se manifiestan por ello y pueden dar lugar a grupos más organizados.

Para Gough (1979:257), no siempre las medidas de bienestar tienen que ser consecuencia de la presión de las clases subordinadas puesto que las reformas también pueden iniciarse por representantes de la clase dirigente para evitar algún movimiento de protesta de las clases subordinadas. No obstante, los países con fuertes sindicatos y movimientos obreros, como es el caso de Reino Unido, han tenido un papel primordial como movimientos de protesta aunque también han aparecido fuerzas en oposición al gasto para bienes y servicios sociales porque esto supone un aumento del nivel impositivo.

Según Offe (1990:89) en la agenda de los políticos y en la prioridad de sus asuntos, resulta difícil identificar actores específicos puesto que las fuerzas que operan

---

<sup>7</sup>Sobre las Madres contra la Droga, Celia Valiente ha profundizado en esta movilización en “¿Movilizándose por otros? El caso de las “Madres contra la Droga” en España”. REIS, nº96, Oct-Dic. 2001. Pps.153-184.

son casi siempre resultado acumulativo de una multitud de acciones y actores anónimos, aunque el acceso al poder se distribuye de modo desigual. En este sentido, en ocasiones las causas que subyacen en la implantación de una determinada política pueden llevar a grupos muy dispares a coincidir en determinadas actuaciones, tratándose de diferentes motivaciones. La implantación de programas de reducción de daños, puede derivarse del deseo de las familias por mejorar la salud de los drogodependientes, del intento del Estado por acabar con un problema de salud pública o por los factores desencadenantes de la misma. Del mismo modo, la prohibición del botellón o consumo de alcohol en espacios públicos, puede estar motivada por el deseo de reducir el nivel de bebida en los jóvenes, por eliminar la suciedad y ruido que provoca malestar entre los vecinos o incluso, podría derivarse de intereses urbanísticos por frenar la depreciación de su valor de mercado.

En último término, hay que prestar atención a la influencia ejercida por los medios de comunicación de masas en la formación de un problema social y en su inclusión en la agenda pública. En este aspecto, Benedicto y Morán (1995: 262-266) ofrecen una síntesis de la evolución experimentada por los medios de comunicación. En las primeras etapas de desarrollo de los mass media, los postulados de G. Tarde, F. Le Bon o J. Ortega y Gasset aludían al enorme impacto directo que los medios de comunicación ejercían sobre las opiniones y actitudes de la audiencia. A partir de los años cuarenta, las teorías concluirán que los medios son sólo un elemento más dentro del proceso de comunicación y que los efectos que provocan dependerán de la exposición del público a informaciones que sintonizan con sus opiniones o en este proceso influirá la intermediación de los grupos que filtran los mensajes y actúan como referente en la interpretación de la realidad (Klapper, 1974). En las últimas décadas, han predominado aquellas teorías que intentan mostrar la importancia social de los medios de comunicación por encima de las actitudes y opiniones individuales.

En este marco, han pretendido analizar su impacto en la comprensión de la política por parte del público, atendiendo a la capacidad de los medios para incluir en la agenda temas que entran a formar parte del debate político. Además, se observa la

selección previa de los temas y contenidos que van a convertirse en cuestiones relevantes en los medios de modo que, en ocasiones, da la impresión de que aquello que no aparece en la televisión no existe o no es importante. Sin ser éste el tema que nos ocupa, es necesario tener presente la relevancia de los medios de comunicación como agencias de socialización y el impacto de sus mensajes en relación con las drogas, su consumo, la publicidad a favor o en contra, la moda, etc. y otros factores asociados al mismo.

## **1.2. Orígenes y desarrollo de la Política Social**

### **1.2.1. Antecedentes de la Política Social**

Una vez conocida la definición de la política social, en relación con la satisfacción de las necesidades, es importante insertarla en la perspectiva histórica y observar en qué momento el Estado adquirió mayor protagonismo en la búsqueda del bienestar social de la población y cuáles eran los temas fundamentales en la agenda pública. En líneas generales, se observa que los autores destacan distintos momentos clave en el origen de la política social, según se aluda a las primeras intervenciones estatales o a la participación de otros entes; a la aplicación de un conjunto de actuaciones sectoriales, a la preocupación por el bienestar general de la población o al carácter normativo de las medidas propuestas.

Por esta razón, Herrera y Castón (2003:24-28), delimitan cuatro grandes concepciones de la política social desde el enfoque histórico-sociológico, que aluden a doctrinas, ideologías y prácticas estatales de periodos históricos concretos. En primer lugar, la *concepción asistencial*, ha pensado en las intervenciones con una percepción caritativa, altruista y de beneficencia; una segunda opción, con similar objetivo de bienestar, ha tomado como finalidad el *control social* o la regulación de las relaciones sociales y condiciones de vida de la población para garantizar la paz y la integración social. Posteriormente, la política social se ha concebido como un conjunto de *intervenciones dirigidas a los trabajadores* y establecidas por el Estado para asegurar que

el sistema económico disponga de fuerzas productivas adecuadas. En último término, la concepción más madura de política social es aquella que la entiende como expresión de los *derechos sociales de la ciudadanía* puesto que hace hincapié en la consecución de la igualdad de oportunidades en la vida. En resumen, estos autores entienden que la política social, puede ser concebida como sistema de estratificación social, donde se persigue el equilibrio entre la igualdad de oportunidades y la igualdad de resultados y a la vez como forma reflexiva de la sociedad sobre sí misma. Sin pretender adelantar los “descubrimientos” posteriores del capítulo, estas notas resultan muy esclarecedoras para el análisis que se va a desarrollar.

Desde un punto de vista histórico, las primeras manifestaciones de previsión, asistencia y seguridad social ante los infortunios y riesgos de la existencia se deben al despliegue de la cultura europea a partir de sus raíces grecorromanas, cristianas y germánicas. Los colegios profesionales y asociaciones ya existían a finales de la República romana y con la expansión del cristianismo, aparecieron las cofradías y las sociedades de ayuda que se desarrollarán a lo largo de la Edad Media junto con los gremios profesionales. En el siglo XVI comenzó el planteamiento moderno de la previsión social frente a modelos de beneficencia y caridad, con referencia al papel del Estado y de las autoridades públicas (González Seara, 2000: 37-129).

En este sentido, Demetrio Casado (1997:4-29) analiza los antecedentes de la política social en España señalando que en la Edad Media (siglos XII al XV), en los reinos españoles, las relaciones familiares fueron muy importantes para la cobertura de las necesidades y junto con ella, surgieron diversas asociaciones paritarias con funciones de cooperación social y ayuda mutualista, delimitadas en muchas ocasiones por límites territoriales, de vecindad o parroquiales. Las hermandades o cofradías territoriales, que surgían con una finalidad religiosa, también cubrían otras necesidades sociales, especialmente en las comunidades rurales.

Por su parte, en la sociedad estamental los caballeros tenían asignadas tareas de protección personal y social; algunas órdenes militares y de caballería, asistían a

peregrinos y enfermos y la misión clerical implicaba una especial vocación caritativa y asistencial, ejercida individualmente y en los monasterios. En cuanto a las instituciones seculares, sobresalían el reino, el señorío y la villa y durante el reinado de los Reyes Católicos surgirán los gremios como corporaciones económico-laborales. Su expansión obligó a la ordenación por parte de los municipios aunque en la práctica era la Corona la que intervenía formalmente regulando jurídicamente los derechos y deberes de municipios en favor de los necesitados.

La transformación del Antiguo Régimen en sociedad burguesa en España tuvo lugar en el siglo XIX aunque fue preparándose desde la Ilustración, época en la que apareció la figura del montepío como garantía de la provisión de pensiones en situación de viudedad. El Estado, por su parte, tuvo un papel activo en el intento de evitar las situaciones de pobreza; de concentrar los recursos en favor de los hospicios y hospitales, con criterios de racionalización y centralización; de incluir la participación de las Diputaciones de barrio para el socorro de pobres jornaleros y enfermos y de fomentar la educación como uno de los más importantes ideales ilustrados.

En este sentido, Alemán Bracho (1991:33-81) ofrece más detalles de la época precedente. Para esta autora, el debate sobre la pobreza responde a los cambios que se producen en la España del siglo XVI. En primer lugar, el desarrollo económico y la prosperidad de los Reinos de Castilla provocan el crecimiento de la economía española pero simultáneamente, este país se transforma en núcleo de grandes problemas sociales. Junto con ello, el pensamiento humanista del Renacimiento centra su preocupación en el hombre. Posteriormente, el siglo XVII se presenta como una continuidad del anterior, caracterizado por la importancia de la iglesia en la asistencia aunque el Estado progresivamente se expansiona. Los pobres, siguen encontrándose en una situación dramática, más si cabe, por las crisis económicas, la peste y el paro crónico. Junto con ello, ante una nueva concepción del trabajo asociado con la felicidad, surge una nueva manera de entender la pobreza unida a la justicia social, que viene a atribuir más responsabilidad al Estado. La pobreza es considerada un obstáculo al desarrollo económico y un riesgo ante posibles desórdenes sociales. En definitiva, los ilustrados

rechazan la limosna porque piensan que ésta fomenta la ociosidad, la pobreza y los vicios anexos a ella (bebida, juego, etc.).

En opinión de Seara (2000:40), parece que en ese momento en España se producen los debates teóricos más avanzados en torno al tratamiento de la pobreza y de los riesgos básicos mediante medidas asistenciales pioneras. Este aspecto significaba la distinción entre derecho y beneficencia, entre seguro social y limosna, lo que supuso un principio esencial de la modernidad. Junto con ello, el cambio de valores generado por el ascenso de la burguesía y el desarrollo urbano en el mundo moderno, contribuyeron de un modo fundamental a la nueva consideración de la pobreza y en este marco, la Reforma Protestante y los cercados de tierras situaron a Inglaterra a la cabeza de esta cuestión, con la creación de las leyes de pobres. Mucho después, a comienzos del siglo XVII, el protestantismo tendrá influencia en otros países. Como recuerda Ritter, G.A.(1991:54), dentro de éste, el *pietismo* intentó revivir en Prusia el carácter cristiano-asistencial de la atención a los pobres<sup>8</sup>.

Además, siguiendo con Seara, pese a que la cuestión de la pobreza como asunto estatal tuvo un tratamiento anterior en España, se trataba de ideas demasiado avanzadas en un país impulsor de la Contrarreforma. En Inglaterra, por el contrario, se prolongarán las decisiones durante la etapa isabelina hasta la Primera Revolución Industrial, cuando se adelanta en su desarrollo y estudio de la ciencia económica, que llevaba aparejada la discusión sobre la pobreza y sus leyes. En este contexto, surgió la denominada Poor Law (1601) con la intención de garantizar con los fondos locales el bienestar de un creciente número de trabajadores, fundamentalmente pobres y enfermos y de un modo similar, aparecieron leyes de esta naturaleza por toda Europa. Posteriormente, en el siglo XIX la Poor Law dará paso a la creación del sistema nacional de Seguridad Social (Alcock, 1996:18-41)<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Este autor compara los orígenes del estado social en diferentes países.

<sup>9</sup> No obstante, la Ley de Pobres de 1834 estaba impregnada de la concepción utilitarista y liberal de la época. Pretendía acabar con los crecientes subsidios a los agricultores, para evitar la falta de estímulo en el trabajo, el ahorro y la previsión. Malthus lideró uno de los movimientos en contra de estas ayudas, como consecuencia del crecimiento de la población. Aunque la ayuda a los pobres persistió, ésta debía ser menos deseable que el trabajo. Pese a las críticas recibidas, esta Ley favoreció indirectamente la extensión de las leyes de socorro mutuo de los sindicatos y las Cajas de las *Friendly Societies*. Además, a partir de ella, se

Para Alemán (1991:109), el retraso en la configuración de los servicios sociales en España se debe a tres razones fundamentales: la primera, el influjo de la iglesia en la sociedad y la vida política española, que ocasionó la prolongación de la fase de caridad y beneficencia. En segundo lugar, su retraso económico respecto a otros países europeos, con una revolución industrial tardía y en muy pocas regiones. En tercer lugar, por este retraso tampoco se desarrollaron los movimientos obreros hasta finales del siglo XIX. No obstante, en su opinión, católicos sociales y socialistas coincidieron al protestar contra el espíritu individualista de la Revolución francesa y preconizar la asociación de los trabajadores y la intervención del Estado.

En último término, la Política Social ha sido vinculada al Estado moderno, entendiéndose como una herramienta que permitía limar los conflictos sociales existentes desde el siglo XIX, aunque alcanzó su máximo auge bajo la forma de Estado del Bienestar en Europa tras la II Guerra Mundial. El antecedente a este modelo fue el Estado Social y de Derecho, que surgió como intento de adaptar el Estado liberal burgués a las condiciones sociales emergentes en la sociedad industrial y post-industrial, sus nuevos problemas y posibilidades técnicas, económicas y organizativas para enfrentarlos (García Pelayo, 1982:18). Algunos autores (Picó, 1987:1) sitúan el origen del intervencionismo estatal en la Alemania de finales del siglo XIX, con el contenido de la legislación establecida por Bismarck en materia de asistencia y seguridad social aunque, para la mayoría de los autores, la consolidación del Estado del bienestar no ocurrirá hasta mediados del siglo XX. Como señala Bell (1973), el crecimiento y desarrollo del Estado del Bienestar puede relacionarse con el de la sociedad industrial y su posterior transformación en Post-industrial.

Para Offe (1990:89), la política social se ha visto impulsada por los riesgos del proceso de industrialización capitalista y por la fuerza organizativa de la clase trabajadora, que ha elevado y defendido demandas adecuadas ante el Estado. Algunos

---

creó un cuerpo administrativo central encargado de la pobreza. En Ritter, G.A.(1991): *El Estado Social: origen y desarrollo en una comparación internacional*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid. Pps.70-77.

escritores perciben el Estado del bienestar como respuesta funcional a las necesidades del capital mientras que otros lo observan como consecuencia de la lucha de la clase trabajadora aunque la mayoría señalan estos dos aspectos. En el crecimiento del Estado del Bienestar han influido el conflicto de clases y la capacidad del Estado para aplicar políticas que aseguren la reproducción de las relaciones sociales capitalistas. (Gough, 1979:132).

En los años 70, Marshall esboza una de las más populares teorías sobre el bienestar, definiéndolo como resultado del desarrollo de los derechos de la ciudadanía que acompaña al crecimiento de las sociedades industriales. Distingue tres momentos clave en su análisis de la sociedad británica: en el siglo XVIII, se lograron los derechos civiles, como la libertad de expresión, pensamiento y religión; el derecho de propiedad y del trato legal justo. En el siglo XIX, se obtuvieron los derechos políticos al voto, a ostentar cargos, derechos de participación, etc. y finalmente, en el siglo XX, se alcanzaron los derechos sociales de seguridad económica y social, mediante la educación, la asistencia sanitaria, la vivienda, las pensiones, etc. Para Giddens (2001:428), esta teoría se refiere a la sociedad británica y pese a su importancia, cada sociedad ha experimentado su propio proceso histórico<sup>10</sup>.

En la misma línea que Marshall, Soledad Murillo (2003:93-107), circunscribe la aparición de la ciudadanía a los cambios sociales que acontecen con el tránsito de la sociedad estamental a la burguesa. La ciudadanía política, implica que el sujeto del contrato social será un ciudadano con obligaciones y al que se le otorgarán derechos. Por otro lado, la ciudadanía civil, tiene su máxima expresión en el voto, como expresión de las discrepancias o acuerdos de los ciudadanos con el Estado. Además de ello, la ciudadanía social, tiene unos derechos, promovidos por políticas sociales y garantizados en ocasiones mediante servicios de esta naturaleza. En la sociedad actual se asiste a un cambio de escala en el que se menciona la democracia local, con un aumento de los espacios de autogobierno, como el tejido asociativo o los espacios consultivos y de

---

<sup>10</sup> Además, otros autores como Beine y Donatti, entienden que no se trata de un proceso evolutivo en el que las fases hayan estado perfectamente delimitadas. Por el contrario, la aparición de los diferentes derechos de ciudadanía ha tenido lugar de un modo más difuso que el mostrado por Marshall.

participación, en los que se plantean temas como las demandas ciudadanas sobre calidad de vida o desarrollo sostenible.

En general, se observa una estrecha vinculación entre el origen de la intervención estatal y el cambio social. La sociedad feudal transformada en burguesa y los cambios sociales, económicos, políticos, religiosos, etc. que le acompañaron, originaron la preocupación por la cuestión social. Entre estas transformaciones, cabría citar las revoluciones políticas, americana (1776) y francesa (1789) y el pensamiento ilustrado que subyace según el cual “todos los hombres son iguales y la existencia de gobernantes no se debe a la desigualdad sino al consenso por el cual los ciudadanos los eligen”<sup>11</sup>. En segundo término, la revolución industrial y los cambios sociales aparejados también han tenido una enorme importancia. En tercer lugar, vinculado a la emergencia de la industria y los problemas sociales que genera, la aparición del socialismo, que frente al ideal de libertad del pensamiento liberal, pondrá el énfasis en la igualdad de clases.

Además, el urbanismo y la concentración de la población en las ciudades modificará el comportamiento social a la par que generará nuevas bolsas de pobreza. Por otro lado, la reforma protestante y la progresiva secularización de la sociedad, contribuirán enormemente al cambio en la concepción del individuo en el mundo. Finalmente, el avance de la ciencia y de la tecnología permitirá el progreso de disciplinas como la medicina y la biología y la mejora de las condiciones sanitarias de la población. A este respecto, la salud se convierte en una cuestión fundamental y crece el intento por acabar con la enfermedad y las grandes epidemias, como la peste o la gripe aunque en un primer momento se limita a un sector muy reducido de la sociedad.

Sin pretender ofrecer una visión evolucionista, estos cambios varían en función de las sociedades y se observan de un modo importante en Inglaterra. La pionera Revolución Industrial inglesa, transformó la sociedad agrícola imperante, las tradicionales formas de asistencia existentes dentro de las familias y las comunidades comenzaron a venirse abajo y como consecuencia de la desaparición de las tierras comunales, muchos campesinos se

---

<sup>11</sup> Thomas Jefferson “Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano”

desplazaron a la ciudad en busca de trabajo. La demanda de mano de obra fue aprovechada inicialmente por los dueños de las fábricas, quienes contrataron a los obreros a cambio de salarios muy bajos, trabajando más de catorce horas diarias e incluyendo en esta labor a mujeres y niños.

Además, en el siglo XIX, la población se había cuadruplicado en más de un siglo en Inglaterra, especialmente la población urbana. El crecimiento de Londres y el hecho de ser la ciudad central, hizo que surgiesen numerosos problemas en ella. No obstante, los gobiernos se concentraron más bien en las consecuencias con las Leyes de Salud Pública (1848 y 1875) y no en las causas, por lo que la Legislación en materia de planificación urbana comenzó solo en 1909 con la Ley de Planificación de Viviendas y Ciudades y la concesión de viviendas estatales, tuvo que esperar hasta después de la Primera Guerra Mundial (Gough, 1979).

La doctrina liberal, representada por el economista Adam Smith que, en 1776, publicó “Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones” defendía que el Estado tenía que mantenerse apartado de la economía del país. Ante esta situación, con el objetivo de mantener el orden social existente y de reducir las desigualdades producidas por el capitalismo, fue necesario ofrecer asistencia a los miembros de la sociedad que se encontraban desamparados en la economía de mercado<sup>12</sup>.

En esta cuestión también existen discrepancias entre las teorías marxista y funcionalista. Para la primera, el Estado debía desaparecer mediante la revolución del proletariado y la ayuda se consideraba una justificación al mantenimiento del sistema capitalista; por el contrario, para los funcionalistas, el Estado ayudaba a integrar a la sociedad de forma ordenada en las condiciones imperantes de las sociedades industriales. En definitiva, la creación de una sociedad industrial derivó en el proceso de urbanización y el desplazamiento del campo a la ciudad; el desarrollo de los transportes y comunicaciones; el rápido crecimiento demográfico; la desaparición de la familia tradicional protectora y la preocupación del Estado por garantizar una gran variedad de

---

<sup>12</sup> En Giddens, A. (2001): “Pobreza, bienestar social y exclusión social”. En *Sociología*. Alianza. Madrid. (4ª Edición).

políticas e instituciones sociales tradicionalmente satisfechas por el sector informal (Miller, 1999:16).

En España, una de las consecuencias más relevantes de la transformación del Antiguo Régimen en sociedad burguesa, fue la pérdida de recursos y privilegios de la nobleza y la iglesia. Además, la desamortización no solo supuso la pérdida de los bienes de las instituciones eclesiásticas, los hospitales, las cofradías, etc. sino que, como consecuencia de ello, el derecho de asociación comenzó a estar mal visto (Ruíz, J.I., 2000:54). Ante esta situación, se ensombreció también la actividad caritativa y durante el siglo XIX los poderes públicos comenzaron a encargarse de la ayuda vertical mediante las leyes de Beneficencia<sup>13</sup>. Además, desde el plano normativo, lo establecido en la Constitución de 1812 por las Cortes de Cádiz en educación, beneficencia y sanidad sirvió de base orientadora para las reformas legislativas del siglo XIX (Herrera, 1999:22). No obstante, la aplicación práctica de la beneficencia, “resultó un fracaso, sirvió de pretexto para las acciones desamortizadoras, adoleció de penuria, gestión autoritaria, técnica inadecuada e inhumanidad”. La política liberal, disolvió importantes bases organizativas y materiales de autoayuda, sin proveer ningún cambio de identidad y de este modo, creó las condiciones para el debate sobre la cuestión social.

En un principio, se propuso como solución la previsión individual mediante ahorro pero la situación social reclamaba más iniciativas. En la tercera etapa de la revolución burguesa, el gobierno autorizó la creación de asociaciones obreras mutualistas y cooperativas, como precursoras del sindicalismo y mutualismo contemporáneo. A finales del siglo XIX, las condiciones de trabajo motivaron la creación de varias leyes sobre protección de niños en el medio laboral y de la Comisión de Reformas Sociales (1883), que tenía como objetivo estudiar las cuestiones que interesaban al bienestar de la

---

<sup>13</sup> Al respecto, Alemán Bracho (1991:113-117) señala la Ley de beneficencia de 1822 como el primer plan organizativo de la beneficencia pública. Regula tres tipos de establecimientos de beneficencia: las casas de maternidad, las casas de socorro y la hospitalidad pública. Además, esta ley sobresale por la reducción de los fondos de la beneficencia a una única clase y se controlan también los fondos privados (p.117). Tendrá vigencia entre 1836-1849. En este tiempo ya se entiende que la gestión de la asistencia pública será competencia del Estado, de la provincia y del municipio. Del mismo modo, la Ley de 20 de junio de 1849 contiene modificaciones hacia el intervencionismo estatal.

clase obrera, tanto agrícolas como industriales<sup>14</sup>. Junto con el movimiento sindical, las propias estructuras liberales comenzaron a elaborar un sistema de intervención social para remediar las necesidades del individuo en la sociedad. En el exterior, destacan las influencias del movimiento obrero y del socialismo, la implantación de las primeras medidas de previsión social de Bismarck (1883), la sociedad Fabiana en Inglaterra y la encíclica *Rerum Novarum* (Alemania, 1891:125).

En efecto, a finales del siglo XIX, algunos Estados como el británico, comenzaron a aprobar leyes en materia de educación, salud y bienestar social. Concretamente, la política sanitaria data del siglo XIX y se trataba de un modelo mixto de intervención, que centraba la atención en la prevención de epidemias garantizando unos niveles de higiene aceptables. Un siglo más tarde, la cuestión básica será curar la enfermedad de modo individual mediante nuevos tratamientos, medicinas y terapias con un volumen de doctores cada vez mayor. Además de las ayudas garantizadas a toda la población en igualdad de condiciones, existían algunos grupos con necesidades especiales que eran percibidas desde el siglo XIX por parte del Estado, del sector privado y del tercer sector<sup>15</sup>.

Pese a la importancia del Estado, este tipo de ayuda fue proporcionada fundamentalmente por el sector informal de amigos, familiares o por la comunidad local. Concretamente, observando su evolución histórica, en los siglos XIX y principios del XX, el sector voluntario era el principal protagonista en la asistencia social a la población británica. No obstante, es preciso señalar que en Alemania el Estado adquiere protagonismo en esta materia a finales del citado siglo. En efecto, se creó el primer sistema moderno de seguridad social con las leyes de 1880 para la protección de los trabajadores frente a los riesgos de enfermedad, accidente, invalidez y vejez (Ritter, G.A., 1991:82-83).

---

<sup>14</sup> A partir de ella se regula el derecho de asociación (1887) al amparo del cual nace la UGT en 1888 y el partido socialista. También se dictan disposiciones legales sobre accidentes de trabajo, seguridad e higiene en el trabajo o trabajos peligrosos.

<sup>15</sup> Hay que hacer especial mención a los sindicatos, las “Friendly Societies” que desempeñaron un importante papel en la mejora de la situación social de los obreros.

En España, la influencia del movimiento ilustrado, convirtió a la enfermedad en un fenómeno que podía ser erradicado a través de la ciencia. Además, la nueva reordenación administrativa que acontece con la instauración de la dinastía borbónica, supuso la intervención estatal en facetas de la vida social, económica y política. La Salud Pública, tradicionalmente responsabilidad de la Iglesia, pasará a depender a lo largo del siglo XVIII del Estado. En el siglo XIX, se configura un sistema sanitario caracterizado por la reducción de la intervención estatal a los casos en los que la enfermedad individual afecte a la comunidad, por la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles y en definitiva, por la ausencia de prestaciones asistenciales individuales (Herrera, 1999:625-632)<sup>16</sup>.

En resumen, para Rodríguez, G. (2003: 199-213), después de la revolución de 1848, se dieron tres procesos sociales complejos: por un lado, los requerimientos de la producción capitalista,; por otra parte, la necesidad de garantizar la reproducción laboral e intergeneracional de la clase obrera; finalmente, lograr mecanismos de integración social y política que garantizaran el orden social y la legitimidad política del nuevo orden industrial. La conciliación de estos tres procesos originarán distintos modos de reforma social, desde la Asistencia Social, a la Seguridad Social y por último, al Estado del Bienestar. De hecho, en algunos países dio lugar al liberalismo social (Reino Unido, Francia) en otros al despotismo protector (Alemania de Bismarck) y en los de industrialización tardía (Italia, España) provocó situaciones intermedias.

### **1.2.2. La política social a comienzos del siglo XX**

El primer tema fundamental de la política social británica en el siglo XX continuó siendo erradicar la pobreza en la sociedad capitalista, entendiéndose como uno de los problemas sociales más importantes y una necesidad básica. No obstante, la cuestión no era tan sencilla puesto que había que definir qué grupos serían objeto de esas medidas y qué actuaciones se emprenderían para erradicarla. En este sentido, la medida prioritaria

---

<sup>16</sup> Este autor menciona entre las reglamentaciones del siglo XIX en España, el Proyecto del Código Sanitario de 1822, la Instrucción para el gobierno económico y político de las provincias de 1823 y la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855.

fue la redistribución de recursos entre la población, mecanismo al que se ha denominado seguridad social y ha sido el aspecto más importante de la política social británica. Como señala Hill (1993, 23-37), desde 1900 a 1914 la National Insurance Act introdujo el “principio de seguro” en la legislación británica y durante la I Guerra Mundial el “Estado colectivista” avanzó considerablemente, mientras que los ciudadanos percibían que las políticas gubernamentales tenían una influencia en áreas de la vida en las que nunca habían participado. En 1929, la Local Government Act otorgó la responsabilidad de la ley de pobres a las autoridades locales, lo que supuso la creación de un servicio público unificado por parte de los hospitales y un gran paso hacia la instauración del posterior Servicio Nacional de Salud.

En España, la Ley 30 de enero de 1900 responsabilizó al patrono en la reparación de daños en accidentes laborales. Uno de los avances más notables fue la creación del Instituto de Reformas Sociales, por Real Decreto de 23 de abril de 1903. Adscrito al Ministerio de Gobernación, tenía como objetivo la preparación de la legislación laboral. Tal vez, la representación de todos los sectores ideológicos y una gran experiencia organizativa fueron las claves del éxito en el impulso de numerosas medidas legales en relación con el trabajo de la mujer y de los niños. No obstante, aún la legislación consideraba el problema social como una cuestión de caridad (Alemán, 1991:133-34). En 1908, el Instituto Nacional de Previsión intervino en medidas de acción social como el fomento de casas baratas, de seguros y en la resolución de conflictos y mediaciones. Este Instituto se considera la base del sistema español de seguridad social, aunque en este periodo y durante muchos años se constata la discrepancia entre la legislación y su cumplimiento (Alemán, 1991:137).

Dos décadas más tarde, la importancia creciente de esta problemática devino en la sustitución del citado instituto por el Ministerio de Trabajo. La Constitución de 1931, siguió prestando atención al trabajo, con numerosas medidas asistenciales especialmente relativas a la cuestión agraria, al paro obrero e introdujo nuevos temas en la agenda política como la protección de la familia bajo el Estado, especialmente en caso de precariedad personal y la institucionalización de la enseñanza obligatoria y gratuita a

nivel primario. Algunos factores como la poca vigencia de la Constitución, la crisis económica (1929) y la inestabilidad política influyeron en que no todos los compromisos se llevaran a la práctica. Durante la Guerra Civil, en ambos frentes se crearon organizaciones de beneficencia para asistir las penurias del conflicto.

### **1.2.3. La posguerra y el Estado del bienestar en Gran Bretaña**

Años más tarde y como consecuencia de la II Guerra Mundial, comienzan a definirse como Estados del Bienestar algunos países del oeste de Europa. Como señala Jones (1999:15-33), se trataba principalmente de economías capitalistas/libres de mercado, políticas liberales-democráticas y gobiernos a los que el final de la Guerra les hacía cuestionarse la necesidad de garantizar unos mínimos de bienestar a todos los ciudadanos/votantes. Las reformas aludían a un tipo de Estado benefactor, protector, basado en el principio según el cual todos los gobiernos tenían el derecho y el deber de garantizar a los ciudadanos un nivel de vida aceptable y además éstos serían tratados de igual forma aunque no contribuyeran económicamente de la misma manera, sino en función de sus capacidades. De este modo, a diferencia de lo ocurrido anteriormente, desde este momento el Estado ya no se concentra en los pobres o enfermos sino que los servicios sociales se extenderán a toda la sociedad.

Otros autores ponen el énfasis en el acuerdo de postguerra entre el capital y el trabajo para lograr una estructura estatal más intervencionista. Históricamente, la postguerra trajo consigo un nuevo panorama internacional caracterizado por el liderazgo de EEUU y el desarrollo del comercio internacional, de las multinacionales, etc. Gran Bretaña, contó en este periodo con dos rasgos fundamentales que le hicieron prosperar en su preocupación por el bienestar: por un lado, la fuerza de la clase trabajadora organizada y el movimiento obrero, con un gran crecimiento de los sindicatos. Este aspecto se reflejó en la coalición del Partido Laborista y el conjunto de acuerdos con los sindicatos que más tarde darían lugar a las políticas sociales. En segundo término, la temprana industrialización arrastraba una profunda debilidad de la economía desde finales del siglo

XIX, que le impedía ser competitiva (Gough, 1979:154-155) y le permitirá desarrollar los servicios sociales.

Para garantizar la extensión de los servicios, el Gobierno actuaría sobre tres frentes fundamentales (Montoro, 1997:39). El primero de ellos, la regulación de la economía de mercado; el segundo, la provisión de servicios sociales con carácter universal, entre ellos, la educación, una renta de garantía, la atención sanitaria, la vivienda y los servicios para evitar la marginación. En tercer lugar, implantando una red de seguridad en los servicios asistenciales para atender los casos especiales de pobreza. En concreto, estos países adoptaron la doctrina del informe británico Beveridge (1942:170) sobre seguridad social y la política económica keynesiana.

El informe Beveridge trataba de afrontar las circunstancias de la guerra y suavizar las desigualdades sociales. Para ello, se intentaría garantizar la redistribución de la renta, amparados en la seguridad social y en otras subvenciones estatales. El objetivo último sería evitar lo que el autor denominó *los cinco gigantes*, a saber, la necesidad física, la enfermedad, la ignorancia, la miseria y la ociosidad (Miller, 1999:6)<sup>17</sup>. Por su parte, la teoría keynesiana intentaba paliar los efectos del mercado actuando sobre la demanda a través del Estado. De este modo, se justificaba la expansión de los programas de bienestar con el objetivo de satisfacer las necesidades más primarias de la población y como política para regular el mercado y reavivar el consumo. Un ejemplo de ello era el aumento del gasto público durante las recensiones para mantener el pleno empleo, ya que la Gran Depresión había demostrado que la economía capitalista no funcionaba adecuadamente sin ningún tipo de intervención (Mishra, 1992:30).

En Gran Bretaña el informe citado supuso la sustitución de la estructura de seguridad social existente y la extensión de la ayuda a desempleados y enfermos. En esta misma década, el voluntariado, pasó a depender de las agencias de servicios sociales como trabajadores sociales de la autoridad local. Además, unos años más tarde, en 1948,

---

<sup>17</sup> Información más detallada sobre el caso británico puede consultarse en Timmins, Nicholas (1995): *Los cinco gigantes*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

se instauró el Servicio Nacional de Salud, con el objetivo de garantizar un servicio gratuito a cada ciudadano. Algunas de las novedades implantadas fueron la actuación mediante un impuesto general, la asistencia general a través de los médicos de cabecera (GPs) y específica en los hospitales (Alcock, 1996: 18-41). Al igual que las áreas mencionadas, la educación se convirtió en un asunto estatal en la década de los cuarenta, entendiéndose la política educativa como mecanismo para garantizar la igualdad de oportunidades.

Algunos autores como Giddens (2001), han señalado que la sociedad del momento hacía que este modelo de Estado pudiera basarse en la posibilidad del pleno empleo, en una idea patriarcal de la familia en la que el hombre debía de mantenerla y la mujer se ocupaba del hogar y en el fomento de la solidaridad nacional y el acuerdo de clases. Sin embargo, esta sociedad también va a cambiar y las premisas en las que se fundamenta van a cuestionar el modelo de Estado del bienestar<sup>18</sup>.

#### **1.2.4. El Estado del bienestar en España en la década de los 60**

A diferencia del caso británico, donde se presta atención a la posguerra, según Rodríguez Cabrero (1999:135-152), “el Estado del Bienestar en España, ha tenido sus raíces históricas en la década de los sesenta y se ha consolidado en los últimos quince años mediante un proceso de universalización de los derechos sociales. En líneas generales, se ha caracterizado por la asistencialización de las prestaciones y la privatización en la gestión de servicios sociales, en un contexto de reestructuración económica, de cambio político, descentralización autonómica, desarrollo desigual de la sociedad civil y de cambio en el modelo familiar”.

Al igual que en el caso italiano, el modelo español puede ser definido como latino dejando atrás otras definiciones como la de *tradicional*, que minusvaloran los cambios

---

<sup>18</sup> Como recuerda Mishra (1992:32), hay que tener presente que Keynes y Beveridge estaban preocupados por solucionar los problemas que acosaban a Gran Bretaña y a otros países capitalistas en los años 30. Por esta razón, no podían anticipar las posibles consecuencias negativas y limitaciones que con el paso de los años tendría el estado del bienestar.

experimentados en estos países y los sitúan como modelos universalistas corporativos con importantes componentes de asistencialización o residualismo. Como recuerda Casado (1997:4-29), en 1959 se inició el Plan de Estabilización mediante el cual el milagro español trajo consigo abundantes puestos de trabajo en la industria y servicios (turismo) y nuevas iniciativas político-sociales, como los Fondos Nacionales para la Aplicación del impuesto y del ahorro (1960) o la reforma educativa (1970). Pese a la existencia de una Dictadura, España se incorporó a las políticas keynesianas de reforma social aplicadas desde 1963 a través de un modelo industrial, corporativo y masculino de protección que quedaba respaldado por el papel reproductor de la familia.

Al respecto, Alemán entiende que, durante el Franquismo, se pueden delimitar dos periodos en relación a la atención de las necesidades: una primera etapa de beneficencia, desde la guerra civil a 1959 y una segunda de asistencia social, desde 1959 a 1978, al final de la cual se encuentra el germen de los servicios sociales. No obstante, para esta autora, las actuaciones se caracterizan por la descoordinación y la ausencia de una legislación sistematizada. Otro aspecto clave de este periodo es la importante labor desempeñada por el sector privado, incluyendo a la Iglesia (1991:154).

Otra cuestión relevante fue la restricción del derecho de asociación aunque, el Régimen también fomentó asociaciones afines a su ideología, principalmente entre los jóvenes, entre ellos la Falange española o las asociaciones católicas de inspiración franquista (Ruíz, J.I., 2000: 57).

Como fruto de estas actuaciones y de otros aspectos estructurales, el Estado del Bienestar se ha ido consolidando durante las últimas décadas y paralelamente se han producido un conjunto de cambios sociales, económicos y políticos de enorme magnitud. Como describe Jesús De Miguel (1998), durante los años 60, se originaron modificaciones en la estructura poblacional, con el descenso de la natalidad y el retraso del matrimonio, aunque sobrevivieron aún elementos tradicionales. En la estructura socioeconómica, se redujo la población activa agraria y aumentó la industrial y de servicios. Además, la industrialización y la urbanización, concentraron progresivamente a

la población en Madrid, el País Vasco y Barcelona y abrieron el debate sobre la desertización de las zonas rurales.

Esta “España rural” donde persistía el modelo social dualista y contaba con un equipamiento deficiente, convivía con una creciente España urbana e industrializada, con ciertas mejoras en el suministro de electricidad, agua corriente, baño y teléfono. En esta ciudad, donde surge la figura del nuevo rico como consecuencia de un incipiente consumo de masas, también preocupa la aparición del chabolismo puesto que la pobreza ya no se puede solucionar con limosna y caridad sino que se convierte en un problema social que requiere de actuación pública. Pese a las mejoras, la población española se caracterizaba por estar mal alimentada, con un bajo consumo de carne y leche y la clase trabajadora en muchos casos padecía una situación de hambre. Además, en salud España se encontraba a la cola de Europa con un número de médicos aceptable pero una proporción de camas insuficiente. La vivienda se consideraba el problema social por excelencia del franquismo y aunque la educación de masas parecía progresar a mayor velocidad que el desarrollo económico, resultaba deficitaria en primaria y secundaria. Por otro lado, comenzaba a cuestionarse la crisis de la familia tradicional, porque el modelo de familia extensa, cristiana y autoritaria estaba siendo sustituido por otro nuclear, urbano y tolerante, donde la mujer trabaja fuera del hogar y se controla la natalidad.

### **1.2.5. La política social durante la crisis económica**

Las esperanzas puestas en el modelo de Estado del bienestar, se frenaron en algunos países durante la crisis de los años setenta, que supuso el final del crecimiento económico, la inflación, la crisis fiscal y de recursos para el gasto público, el fin del pleno empleo y contradicciones que afectaron al intervencionismo estatal (Picó:1987:3). Para Giddens (2001), el consenso político existente hasta entonces comenzó a resquebrajarse más si cabe cuando en los años 80, los gobiernos de M. Thatcher en Reino Unido y de Reagan en EEUU, hacían retroceder el modelo de bienestar social, basándose en el aumento de los costes de financiación, en la recesión económica, el aumento del

desempleo, la aparición de enormes burocracias en los servicios asistenciales y la futura inversión de la pirámide de población, que haría aumentar el gasto en pensiones y reducir el volumen de la población trabajadora. Por otro lado, junto con la cuestión económica, constituía un argumento de peso la dependencia psicológica que estaba generando el estado nodriza y las prestaciones físicas, que daba lugar a un enfoque pasivo y resignado por parte del ciudadano.

Como solución, según este autor, algunos gobiernos implantaron reformas en los servicios asistenciales en las que, junto con el Estado, el sector privado, el tercer sector y las comunidades locales cobraban protagonismo en la ejecución de los servicios. Además, otros cambios fueron la introducción de criterios de mercado en la provisión de servicios, tales como la competencia, en aras de una mejor calidad.

Tal vez por estas razones, el Estado del Bienestar se considera hoy un término desfasado y se habla de crisis<sup>19</sup>. Sin embargo, algunos autores han participado de este debate argumentando lo contrario. Según las aportaciones de Gough (1979:247), no puede hablarse de desmantelamiento, puesto que el Estado capitalista se adaptará y alternará las políticas sociales para acomodar las necesidades manifiestas del capital. Para Pierson (1998), los Estados del bienestar salieron de la era conservadora relativamente intactos y aunque aumentó la desigualdad de la población y se emprendieron reformas hoy cuenta en Reino Unido con una sanidad y educación públicas. Según este autor, pese a las críticas al Servicio Nacional de Salud, éste no ha desaparecido, sino que ha sido reorganizado. Por este motivo, sustituye el término “crisis” por el de “ajuste estructural” aunque reconoce que en Estados Unidos los servicios son más residuales y se basan principalmente en el mercado. Ante la pregunta de la continuidad de los Estados del bienestar su opinión es que sobrevivirán pero en constante cambio, en función de las

---

<sup>19</sup> Al respecto, Mishra, en su obra *El Estado del bienestar en crisis* (1984), se planteaba si el Estado de Bienestar tenía futuro. Para este autor, no parece que la derecha vaya a tener éxito en desmontar el estado del bienestar y regresar al capitalismo primitivo. Por su parte, la izquierda tampoco parece capaz de conducir a un régimen socialista que sirva para marcar el fin del capitalismo de bienestar. En estas circunstancias, para este autor, es muy importante entender el híbrido entre capitalismo, democracia y bienestar.

demandas políticas y electorales: “no desaparecerá la preocupación por el bienestar de la población” (1991:216-17).

En la misma línea, Beltrán (2000:26) ha sostenido que aunque la crisis económica frenó este proceso no puede decirse que se haya asistido a un desmantelamiento significativo de los logros del Estado del bienestar. Como señala Tortella (2000), el cuestionamiento y limitación del Estado del Bienestar, redefinido, adaptado y reorientado, no implica postular su desaparición, ya que se trata de una conquista histórica. Su modificación ha sido realizada para su preservación y conservación, en modo alguno para su destrucción<sup>20</sup>. En último término, tras una década, las palabras de estos autores parecen predecir a Offe (1990:141) cuando afirmaba que “resulta extremadamente duro hoy en Europa occidental concebir una estrategia política prometedora orientada a eliminar siquiera parcialmente los componentes institucionalmente establecidos del Estado del Bienestar, por no hablar de su total abolición. En otras palabras, el Estado del Bienestar se ha convertido en una estructura irreversible”. No obstante, en esta reestructuración ha jugado un papel importante la alianza entre los sindicatos centrales, el Estado y las organizaciones de empresarios.

En el Reino Unido, en el año 1976, la política social se convirtió en una parte del contrato social entre capital, trabajo y Estado y fruto de ello se promulgaron leyes sobre relaciones industriales, precios, impuestos, a cambio de la contención salarial (Gough, 1979). En España, un año más tarde se firmaron los Pactos de la Moncloa como conjunto de medidas de saneamiento de la economía (reducción del déficit público, fijación de los salarios según la inflación, medidas de desempleo, etc.) acordadas entre las fuerzas políticas y con el apoyo de los sindicatos.

Tal vez por los motivos expuestos, para Bryson (1992:36) el término Estado del bienestar hoy día está desfasado y solo es utilizado analíticamente cuando una nación tiene al menos un mínimo de provisión institucional para satisfacer los requerimientos

---

<sup>20</sup> En Canales Aliende, Jose Manuel (2002): *Lecciones de Administración y Gestión Pública*. Universidad de Alicante. Pp.67.

económicos y sociales de sus ciudadanos. Junto con ellos, los sistemas de bienestar se refieren a todas las instituciones que tienen objetivos de esta naturaleza, incluyendo a las organizaciones del tercer sector, a las conveniadas con el Estado para la realización de servicios y a las pertenecientes al sector privado lucrativo (Miller, 1999:10). Al tratarse de una responsabilidad compartida, resulta hoy más acertado referirse a la *sociedad del bienestar*.

Con independencia de las transformaciones experimentadas en otros países, resulta fundamental tener presente que, en la década de los setenta, la crisis económica quedó en España ensombrecida por la transición política, la legalización de los partidos políticos y las primeras elecciones generales tras 40 años de dictadura. La transición política como proceso de legitimación institucional de la economía de mercado y de una democracia parlamentaria, tenía objetivos prioritarios a los que hacer frente y solamente unos años más tarde podrá abordar la cuestión del bienestar. En ese momento, se prestará especial atención a las políticas de reestructuración industrial, freno del déficit público, contención del gasto social, remercantilización selectiva de los servicios públicos y desviación de algunas funciones asumidas por el Estado hacia el mercado, la sociedad civil y la familia (Rodríguez Cabrero, 1999:135-152).

Desde la perspectiva de la sociedad, la década de los setenta en España, trajo consigo un gran cambio en la estructura ocupacional, provocando la asalarización de la población activa, una baja tasa de empleo femenino y el excesivo empleo en edades jóvenes y avanzadas. La tasa de paro aumentó en las zonas urbanas aunque el éxodo rural se extendió al resto de Europa. El sector servicios creció a mayor velocidad que el industrial y comenzaron a adquirir importancia en número los empleados en el sector público al tiempo que crecían las clases medias. Además, persistían los problemas sanitarios de una década atrás y parecía necesario reformarlo para lograr la universalización y la unificación de los servicios. También se criticaba la seguridad social, por mutualista, incompleta y favorecedora de la desigualdad de clases.

Por su parte, la alimentación en este periodo parecía mejorar aunque comparativamente seguía siendo deficiente. En el plano familiar también se produjeron cambios: la familia nuclear representaba las dos terceras partes de la población y dentro de ella se distinguían las nucleares reducidas (59%), las ampliadas por otros parientes (15%), los hogares sin núcleo familiar (11%), las nucleares numerosas (9%) y las plurinucleares (6%). Además de la estructura, se asiste a un cambio en los valores de la familia: se modifican los roles tradicionales de autoridad, el papel de la mujer en el hogar y las encuestas muestran que un 72% de los ciudadanos está a favor del divorcio. También se aprecian mejoras en la educación de los ciudadanos, descendiendo el analfabetismo (8,9%) y aumentando el volumen de estudiantes en preescolar, bachillerato y en la universidad, en este último caso especialmente las mujeres. La preocupación por el desarrollo de los años sesenta, se sustituye por una sociedad en la que el tiempo libre y el ocio ligado al consumo comienzan a ser objeto de debate. No obstante, bajo esta óptica subyace un país en el que se sigue gastando mucho en alimentación y con grandes diferencias entre el campo y la ciudad (De Miguel, Jesús,1998).

Además, Pérez Díaz (1993:15-21) señala que, gradualmente, se fue gestando en España una tradición liberal-democrática en la sociedad civil que precedió y permitió que este proceso culminase con una nuevo régimen democrático. En particular, el crecimiento económico, los cambios sociales y demográficos de los años sesenta, vistos anteriormente, fueron inseparables de otras transformaciones institucionales en las relaciones sindicales, los medios de comunicación y la iglesia. Como resultado, se desarrolló un área institucional privada, al margen del Gobierno; instituciones de autoorganización en la sociedad, como mercados, asociaciones voluntaria y movimientos sociales y finalmente, una esfera de debate público.

Junto con las transformaciones sociales e institucionales mencionadas, la Constitución de 1978 significó entre otros aspectos, una reforma legal y política, la supresión del Movimiento Nacional y de la organización sindical y la instauración del sistema autonómico. La reforma legal y administrativa, supuso la unificación de los órganos administrativos de asistencia y servicios sociales, concentrados en 1977 en el

Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Ese mismo año, el Libro Blanco de la Seguridad Social propugnaba las transferencias de los servicios sociales al Estado. Estas medidas serán reforzadas por los Pactos de la Moncloa. Además, el Real Decreto 36/78 de 16 de noviembre pone en práctica las medidas acordadas<sup>21</sup>.

A partir de este momento y como se señala en la Constitución Española, el sistema de servicios sociales actuará atendiendo a leyes de universalidad, igualdad, solidaridad y prevención, preocupado por la responsabilidad pública. Así mismo, se ejecutarán las actuaciones mediante criterios de descentralización, normalización e integración, con la participación de los ciudadanos, la planificación y coordinación de los servicios y otorgando un enfoque global al tratamiento de los problemas. Los servicios sociales se entienden a partir de este momento “como un sistema público a disposición de las personas y grupos que se integra en acciones, recursos y prestaciones para el logro de su pleno desarrollo, así como la prevención, tratamiento y eliminación de las causas que conducen a la marginación”.

Desde el punto de vista estructural, como señalan Alemán y García (1999:215-218), los servicios sociales quedaron organizados en Comunitarios y Especializados. Los primeros, constituyen la estructura básica del sistema público y son desarrollados en las Zonas de Trabajo Social, con el objetivo de lograr unas mejores condiciones mediante una acción integrada y polivalente. Los Especializados se dirigen hacia determinados sectores de la población que necesitan una actuación específica, entre ellos, infancia, familia y juventud; mayores; mujer; disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales; toxicómanos y alcohólicos; minorías étnicas; presos, ex reclusos; colectivos marginados, pobreza y transeúntes y otros grupos en situación de emergencia. Además, la satisfacción de las necesidades de todos ellos tiene lugar en los Centros de Día, de Acogida y Ocupacionales; en Residencias, Guarderías, Comunidades Terapéuticas, Albergues y Comedores.

---

<sup>21</sup> RD de reforma de Gestión Institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Supone la universalización de los servicios sociales y la transformación en servicios públicos estatales. La Gestión de la Seguridad Social se llevará a cabo mediante el Instituto de la Seguridad Social (INSS), el de la Salud (INSALUD) y el de Servicios Sociales complementarios de la Seguridad Social (INSERSO). Alemán, C. (1991:175-78).

### **1.2.6. La política social ante la globalización y la localización**

Para entender las transformaciones ocurridas en los últimos años, es preciso enmarcarlas en el ciclo de reestructuración y cambio del bienestar mencionado que, Subirats y Gomá (2000:33-63) resumen en cinco dimensiones fundamentales: en primer lugar, respecto a la estratificación social, la sociedad de clases se ha transformado en una sociedad con múltiples espacios de desigualdad, con mayores niveles de riqueza y nuevas bolsas de exclusión que afectan al fomento y desarrollo de políticas contra el paro juvenil, la vivienda, la regeneración de barrios, etc. En segundo término, sobre la esfera económica, se ha producido la transición hacia una sociedad terciarizada, con procesos de globalización y revalorización del ámbito local, que han afectado y modificado las políticas de empleo con la aparición de nuevos modelos de relaciones laborales y yacimientos de empleo.

La tercera dimensión se ubica en las relaciones de género y en la esfera familiar, puesto que se ha transformado la familia nuclear en una pluralidad de nuevas formas de convivencia y de roles, que han originado la aparición de nuevas políticas sectoriales en materia de género, en relación con el empleo, los servicios a las familias, programas de igualdad, etc. En cuarto lugar, y en relación con el campo simbólico-cultural, se asiste a la transformación de nuevas identidades que se expresan en formas de acción colectiva más allá de las tradicionales, lo que da lugar a nuevos espacios de participación en los sistemas democráticos y modelos de gestión postburocrática. En quinto y último lugar, la dimensión territorial también se ha modificado dejando a un lado al Estado-nación como único eje y sustituyéndolo por un gobierno con varios niveles en el que adquieren protagonismo las redes locales-globales.

Sin embargo, nuevamente, no se pueden olvidar las características particulares de cada país. En líneas generales, la acción pública de bienestar social británica se acerca en la actualidad al modelo residual en el que la familia y las organizaciones voluntarias desempeñan un papel fundamental en la consecución de estas necesidades y a menudo,

los ciudadanos acuden en mayor medida al Servicio Nacional de Salud que a los Servicios Sociales, los cuales se organizan a nivel local (Alemán y García, 1999:168). Por su parte, en España, la satisfacción de las necesidades sociales se ha caracterizado por el papel predominante de la familia, de las redes informales y la enorme influencia de la tradición católica.

Desde mediados de los 80 hasta finales de los noventa, se produjeron en España numerosos cambios sociales, principalmente, en el plano demográfico, con una escasa fecundidad, una alta esperanza de vida y la reconversión de un país que expulsaba población (emigración) en un país receptor (inmigración). Además, la población dejó de concentrarse en el interior, provocando un movimiento centrífugo hacia el mediterráneo, sur, este y Canarias. Por otra parte, en la esfera familiar, descendió el número de matrimonios y aumentaron los divorcios. En lo que se refiere al ámbito laboral, el paro juvenil creció considerablemente y asociado con ello se observaba que los españoles comenzaban a no abandonar el hogar “ni se casaban mucho”. La atracción de población supuso el desarrollo de un proceso multicultural aunque también la introducción de inmigrantes ilegales en situación de exclusión social.

Siguiendo con los cambios más destacados, la mujer se incorporaba en mayor medida al trabajo aunque la proporción en aquellos momentos era baja comparada con otros países por lo que las políticas de género también comenzaron a surgir. En la esfera estructural, se produjo un proceso de mesocratización de la población activa y de marginación de la infraclass. La pobreza es difícil de medir pero se percibe cada vez más urbana y marginada, asociada a la falta de trabajo, al paro sin subsidio, al desempleo y a las bajas pensiones. En este sentido, los mayores han comenzado a preocupar en una sociedad cada vez más envejecida y también se debate la miseria de aquellos jóvenes que no tienen capacidad de gestionar sus vida con bajos ingresos (De Miguel, J.,1998).

En los últimos años, como resultado de los informes sobre Políticas Sociales y Estado de bienestar en España (1999 y 2000), Garde (2000: 141-152), señala once propuestas de desarrollo y mejora. Se considera fundamental preservar el Estado del

bienestar, comprometerse con la creación de empleo, orientar las actuaciones hacia la integración social, garantizar la sostenibilidad del sistema público de pensiones y mejorar la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Junto con ello, se señala la necesidad de profundizar en la calidad de la enseñanza, de avanzar en las políticas compensatorias de igualdad de la mujer, centrar la atención en los derechos humanos de los inmigrantes, mejorar la política medio ambiental, garantizar la seguridad ciudadana, aumentar la rapidez de justicia y asegurar la equidad del sistema tributario.

La sociedad contemporánea, se caracteriza por profundos cambios sociales y queda definida por la globalización, el riesgo, la incertidumbre y la complejidad. Las *teorías de la Postmodernidad y del Individualismo Contemporáneo* contemplan el estudio de la nueva sociedad en la complejidad de las interrelaciones del mundo cotidiano y hacen referencia a la multitud de cambios significativos que se han producido en las sociedades contemporáneas denominadas “avanzadas” (Lyon, 1994).

Frente a la lógica anterior, el cambio social ya no es el paso de un sistema social a otro sino que se ha instaurado como la situación normal de nuestras sociedades. Castells (2001) atribuye a la sociedad red un nuevo paradigma caracterizado por las tecnología de la información; la globalización como capacidad tecnológica, organizativa e institucional que permite a los componentes de un sistema real poder funcionar en cualquier parte del planeta; la articulación de culturas; la crisis del patriarcalismo y la transformación de las estructuras y procesos de socialización; los cambios sociales que integran la naturaleza y la cultura; la transformación del Estado nación en nodos que actúan junto a las ONG's y de los movimientos sociales que pasan por el cambio de ideas<sup>22</sup>.

Para Kennett (2001:12), en la esfera económica, se asiste al aumento de las relaciones financieras y de las corporaciones transnacionales, a la expansión del capitalismo y al desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación. A nivel social y cultural, se observa la fragmentación, la polarización, la cultura global y la socialización de políticas globales como los derechos humanos o el medio ambiente. En

---

<sup>22</sup> Castells, M. (1997), en *La era de la información*. Conferencia de apertura del VII Congreso Nacional de Sociología (Septiembre de 2001).

el plano ideológico, se asiste a la hegemonía del libre mercado y del neoliberalismo. Finalmente, desde el punto de vista político e institucional, se ha producido la expansión de la democracia, el aumento de las organizaciones internacionales, el crecimiento de las organizaciones no gubernamentales, la erosión de las funciones del Estado y la gobernanza supranacional. Como consecuencia de este último aspecto, ha crecido el interés por analizar las políticas sociales en el seno de la Unión Europea.

Además, desde la década de los cincuenta se asiste al crecimiento del consumo y a la sociedad de masas, lo que ha supuesto la fragmentación de estilos de vida, gustos y mercados y un cambio en la identidad y satisfacción privada. En este contexto, la política social también se ha transformado e incluye junto con los tradicionales servicios sociales otras nuevas preocupaciones como el ocio, el transporte, el deporte, el consumo y en la sociedad de la información, el acceso a las tecnologías aparece como una nueva necesidad. Junto con tales cambios, las políticas tradicionales también han evolucionado adaptándose a la sociedad y utilizando nuevos modelos de atención.

Un ejemplo de ello lo constituye la sanidad que, aunque en el último siglo sigue preocupándose por las grandes epidemias como el SIDA, ha incorporado un nuevo enfoque y junto con su clásico carácter curativo, tiene hoy un interés preferentemente preventivo. A nivel organizativo, también sigue transformándose intentando mejorar la calidad y la gestión. En el Reino Unido, durante 1951-64 se produjo un periodo importante de construcción de lo privado aunque este sector se ha mantenido e incluso ha crecido en los últimos años. Además, ha sufrido numerosas reformas desde su constitución y a finales de los ochenta, se introdujo el llamado sistema de “mercado interno”, que trató de desarrollar una versión de servicios públicos en la cual la asistencia comunitaria la proporcionarían una gran variedad de organizaciones, predominando la iniciativa privada y voluntaria. Más tarde, la 1990 Act desarrolló ideas similares en la autorización por parte del NHS, aunque las dificultades gubernamentales sobre la financiación de los gobiernos locales retrasaron su puesta en práctica. Pese a estas modificaciones, el coste en sanidad sigue aumentando y el debate se sitúa en la necesidad de racionalizar los servicios.

Por su parte, la sanidad española también ha experimentado numerosas transformaciones, desde el seguro obligatorio de enfermedad (1944), al sistema de asistencia sanitaria de la seguridad social (1967), al Insalud (1978) y al Sistema Nacional de Salud (1985). En la década de los noventa, la sanidad comenzó a descentralizarse aunque este fenómeno no fue acompañado de un proceso de privatización. Además, aunque la cobertura de la atención ya alcanzaba el 99% de la población, el sistema sanitario se enfrentaba a numerosos problemas de organización. Concretamente, Irigoyen (1996) se refiere a “crisis permanente del sistema sanitario” desde los años 70 a 90, donde se mantiene una imagen asociada a conflictos y tensiones motivadas por la resistencia del interior a la intervención externa. Las reformas de los años ochenta no consiguieron superar su naturaleza de “organización desorganizada” (De Miguel, 1979:109).

En 1990, la segunda reforma de Abril Martorell, se basaba en la experiencia británica y perseguía mejorar la eficiencia del sistema, controlar los costes, lograr la satisfacción de los usuarios y la vinculación de los profesionales en estas transformaciones. Sin embargo, parece que no prestó mucha atención a los factores específicos de la realidad española y encontró problemas en su aplicación, imperando el sistema y la cultura organizativa burocrática (Irigoyen,1996). Pese a estas dificultades, el Quinto Informe FOESSA mostraba que, en la década de los noventa España era uno de los países con mayores niveles de salud. Sin embargo, junto con ello, también destacaba por ser un país con muchos casos de SIDA dentro de la Unión Europea, especialmente en usuarios de drogas por vía parenteral (66%), en Cataluña (25%) y Madrid (21%).

En la actualidad, ha culminado el proceso de plena descentralización de la gestión sanitaria de la seguridad social a las Comunidades Autónomas lo que, junto con un nuevo sistema de financiación desde julio del 2001, asienta las coordenadas en el desarrollo del nuevo Sistema Nacional de Salud. Este proceso de descentralización sanitaria se ha caracterizado por el desfase entre la asunción de competencias y los medios precisos para llevarla a cabo. Las primeras Comunidades en asumir las competencias fueron Cataluña,

Andalucía, la Comunidad Valenciana, el País Vasco, Navarra, Galicia y Canarias; posteriormente, desde 1988, las restantes reivindicaron la reforma estatutaria, aunque ésta no se produjo hasta el periodo 1996 y 1999. Finalmente, en diciembre de 2001, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia publicaron los Reales Decretos que contemplaban las transferencias (Moreno, 2002).

Este aspecto tiene importancia en la medida en que se espera que con la gestión de las competencias en el plano autonómico se pueda mejorar la coordinación en la atención de algunos problemas que precisan de los servicios sociales y sanitarios, como es el caso de las drogodependencias. No obstante, al margen de esta esfera, la salud sigue mejorando y se plantea que no depende tanto de los recursos sanitarios como de las condiciones y estilo de vida de los ciudadanos: la dieta mediterránea, la red de apoyo psicosocial, las estructuras familiares, etc. Por esta razón, es preciso que se desarrollen políticas sociales no sanitarias que aumenten la calidad de vida y que la salud dependa cada vez menos del sistema sanitario.

En cuanto a los servicios sociales, en el Reino Unido, los principales grupos que quedan cubiertos por estos servicios son los mayores y las personas con discapacidades físicas y mentales. En 1970 se reorganizó el Ministerio de Servicios Sociales (SSDs) con la responsabilidad general de satisfacer las necesidades de todos los grupos; no obstante, al igual que en otros tantos temas de la agenda pública británica, en la década de los noventa el sector voluntario ha vuelto a asumir su papel principal como proveedor de los servicios, coordinado por la autoridad local. Aquellos que necesitan cuidados intensivos, tradicionalmente han sido atendidos en los centros residenciales por parte de la autoridad estatal, local y cuando ha sido preciso, médica aunque, en este caso, también ha adquirido un mayor protagonismo la iniciativa privada.

En España, en 1996, el Ministerio de Asuntos Sociales se convirtió en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y desde entonces queda estructurado en la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, la Subsecretaría de Trabajo y Asuntos Sociales, la

Secretaría General de Empleo, de la que depende la Dirección General de Trabajo y Migraciones y finalmente, la Secretaría General de Asuntos Sociales, a la que se adscriben la Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia. Un año más tarde, el Instituto de Servicios Sociales (INSERSO) se transformó en Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

Los temas hacia los que se dirige la Secretaría de Asuntos Sociales son entre otros, la planificación, coordinación y evaluación de los servicios sociales; el fomento de la cooperación con las organizaciones no gubernamentales; la Tutela de las entidades asistenciales ajenas a la Administración y el Protectorado sobre las Fundaciones de Beneficencia. Otras cuestiones de interés son el fomento de la igualdad social de sexos, la protección jurídica del menor, la inspección de entidades de integración familiar, la política de juventud y la dirección y gestión de los programas derivados de la asignación tributaria del I.R.P.F. Además del Ministerio citado, otros tres tienen funciones relacionadas con las políticas de acción social: el Ministerio de Sanidad, el Ministerio de Educación y el Ministerio del Interior. Este último, es el encargado del Plan Nacional sobre Drogas y de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, la cual tiene entre sus competencias la prevención, tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias en prisión (Aleman y García, 1999: cap.VI).

Por otro lado, en la sociedad también surgen nuevas formas de desigualdad, de exclusión y bolsas de pobreza y aquellos que no acceden a las nuevas necesidades carecerán de las oportunidades ofrecidas en su condición de ciudadanos. La drogodependencia, se sitúa en estos nuevos cambios, apareciendo ligada a las nuevas formas de ocio de los ciudadanos que participan en la sociedad y como contrapartida, también a las nuevas situaciones de exclusión social. (Ver Tabla 1.2).

Resulta paradójico que la cuestión de la pobreza, que surgió como la primera necesidad del Estado del bienestar, hoy día sigue siendo un problema social de gran magnitud especialmente en algunos países como el Reino Unido donde se persiguen estrategias para intentar erradicarla sin crear dependencia o el etiquetaje de “pobres”. De

hecho, en 1997 se puso en marcha la Unidad de Exclusión Social que, con el apoyo de organizaciones del tercer sector, tiene como objetivos fomentar la prevención, asegurar el funcionamiento de los servicios y reintegrar en la “red” a las personas que fracasan en este propósito de integración social<sup>23</sup>. Las situaciones de exclusión social son un aspecto estrechamente relacionado con las drogodependencias. Aunque no se sabe en qué casos la exclusión precede a la adicción y en cuáles esta última conlleva el abandono del hogar, son políticas que en muchas ocasiones han de caminar paralelas para lograr la reinserción social y el abandono de la adicción.

**Tabla 1.2: Nuevas formas de exclusión social**

<i>Exclusión</i>		<i>Laboral</i>	<i>Formativa</i>	<i>Étnica y de Ciudadanía</i>	<i>De Género</i>	<i>Socio-sanitaria</i>	<i>Espacial y Habitativa</i>	<i>Penal</i>	<i>Otras</i>
<i>Sin circunstancias intensificadoras</i>			Población analfabeta	-Inmigrantes ilegales -Refugiados y demandantes de asilo -Mujeres inmigrantes -Población gitana		-Personas con minusvalías -Drogadictos	Habitantes de barrios marginales y zonas rurales deprimidas	Presos y ex presos	
<i>Con circunstancias intensificadoras</i>	<b>Contexto familiar</b>	Familias con hijos, con los dos adultos en paro o precariedad			-Mujeres y violencia doméstica -Madres solas				Niños en familias pobres y desestructuradas
	<b>Edad</b>	-Jóvenes parados en precario procedentes del fracaso escolar -Niños inmigrantes desescolarizados (niños de la calle)			jóvenes y con rentas bajas -Mujeres mayores solas -Mujeres ligadas al cuidado de otras dependientes	Personas mayores dependientes y con pocos ingresos			
	<b>No acceso a la protección social</b>	Parados de larga duración sin cobertura							

Fuente: Subirats, Joan; Gomá, Ricard (2000): “Estado del bienestar: nueva agenda para la innovación social”. En *Informe 2000: Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*. Madrid. Fundación Hogar del Empleado. Pp.56.

Como se mencionaba anteriormente, junto con la globalización, se ha producido la *explosión de lo social*, o “la ruptura de la sociedad como campo unificado de organización en base a unos pocos principios que lo estructuran. Por el contrario, aparece una pluralidad de escenarios ocupados por actores con distintos intereses específicos que

<sup>23</sup> Pueden verse más detalles en [www.socialexclusionunit.gov.uk/what\\_is\\_SEU.htm](http://www.socialexclusionunit.gov.uk/what_is_SEU.htm)

obligan a redefinir el lugar y el sentido del Estado y la política como espacio donde se juegan los intereses de lo social” (Tenti,1997:23-66). Como señala Giddens se asiste “a la búsqueda del crecimiento personal, lo que supone el cuestionamiento de las instituciones, la liberalización de las relaciones sociales frente a los sistemas abstractos y la consiguiente interpenetración entre lo local y lo global” y lo público y lo privado.

Por este motivo, la nueva sociedad se caracteriza por la localización y el acercamiento de los servicios a la esfera más próxima al ciudadano, lo que se ha manifestado en la descentralización de los servicios. La accesibilidad resulta crucial para la aplicación correcta de las actuaciones programadas, especialmente en las zonas rurales donde es difícil alcanzar las prestaciones ofrecidas por los servicios. En cuanto a la descentralización, en España, el cambio político supuso la instauración de la Democracia y la transformación de un Estado unitario y centralista en una organización de autonomías dentro de la Unión Europea (1986). La reordenación administrativa originó la delegación de las competencias en materia de servicios sociales a los gobiernos autonómicos y éstos de la gestión a las entidades locales e igualmente, a lo largo de los años, se han ido descentralizando numerosas políticas sociales (educación, sanidad, empleo, etc.).

A partir de ese momento y a lo largo de la década siguiente, se aprecian igualmente los inicios de la planificación de las políticas sociales para resolver las necesidades, estableciendo en ellos un conjunto de objetivos, entre ellos el Plan Nacional sobre Drogas (1985), de Desarrollo Gitano (1988), para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer (1988-90), Gerontológico (1992), para la Integración Social de los Inmigrantes (1993), entre otros. No obstante, como consecuencia de estos cambios, las administraciones sufren algunos problemas, entre ellos la insuficiencia de presupuesto para poner en práctica los objetivos, la duplicidad de funciones entre organismos, el aumento de las demandas sociales a raíz de la crisis económica, desigualdades regionales y entre los colectivos y finalmente, dificultades para llevar a cabo las funciones de prevención y reinserción (Alemán y García, 1999:220). En el Reino Unido, desde 1999 también se han producido nuevos cambios administrativos con la regionalización y

creación de asambleas separadas para Gales y Escocia, aunque se espera poder seguir haciendo presión para que se incremente el gasto en bienestar en todas las Administraciones (Davies, C.; Finlay, L.; Bullman, A., 2000).

Frente al debate suscitado durante los años ochenta, en el que se afirmaba que Gran Bretaña avanzaría irreversiblemente hacia el modelo residual norteamericano, como señala Hill (1990) se asiste a los últimos años a un nuevo modelo de Estado donde los niveles de provisión permanecen estables. Aparecen nuevos temas en esta esfera como el énfasis en las aproximaciones de mercado, la emergencia de nuevas formas de economías mixtas o el pluralismo del bienestar en la provisión de servicios y el presupuesto. Se persiguen formas más eficientes y responsables de realizar los servicios, incluyendo a otras organizaciones y la relocalización espacial de las decisiones políticas desde la esfera nacional convencional a la toma de decisiones local realizada en foros, expresada en lenguaje de devolución, descentralización, autorizaciones para realizar servicios, capacitaciones y el allanamiento de las jerarquías.

Siguiendo con los aspectos más destacados de la nueva situación (Clarke, John; Cochrane, Allan & McLaughlin Eugene, 1995: 1-11), se experimenta un complejo proceso de reestructuración de la fuerza de trabajo con la regulación del empleo; la sustitución del tradicional modo de actuación político y burocrático por nuevas formas de responsabilidad en las que un equipo/organización/departamento pone en práctica indicadores de rendimiento, precios de referencia (benchmarking) y sistemas de evaluación individualizada, con contratos renovables, incentivos y sanciones.

Un ejemplo de ello lo ofrece la política británica, donde la iniciativa “Citizens Charter” del gobierno de Major (1991) quería aumentar la calidad de los servicios con estándares, adaptando la idea de mercado, la competencia, la privatización y la contratación en el sector público y compensando aquellas situaciones donde no se cumpliera. A nivel nacional ha supuesto un aumento de la eficiencia del sector público aunque, la autoridad local, al igual que en el caso español, ha tenido que solventar las deficiencias del municipio tradicional, ha provocado duplicidad de competencias en la

realización de los servicios, y la falta de presupuesto para poner en marcha las actuaciones ha derivado en la paralización de los servicios inicialmente previstos. En este marco, las organizaciones no gubernamentales han cobrado un protagonismo creciente, participando en el desarrollo de los programas mediante convenios y subvenciones mientras que el Estado ha adquirido un papel cada vez más destacado en la planificación y regulación de sectores y en la inspección de bienes y servicios.

En la misma línea, el Gobierno Laborista, elegido en mayo de 1997 señaló la adopción de una “tercera vía” en el bienestar en la que el modelo de mercado sería modificado por sectores públicos e independientes trabajando conjuntamente para proporcionar una economía mixta de bienestar. La asunción de que los costes del bienestar pueden dejar de crecer y bajar los impuestos ha sido abandonada, las aproximaciones keynesianas se han dejado a un lado y la inflación ha sido aceptada como el mayor enemigo.

El Primer Ministro Tony Blair comentaba en 1999 que “la gran visión de Gran Bretaña” era la de una “economía basada en fundaciones estables con bajos tipos de interés y sensatas finanzas públicas”. Detrás de esta visión subyace una aceptación de que el bienestar debe demostrar su eficacia y eficiencia expresado en políticas como el “mejor valor” de los servicios sociales. Además, el Nuevo Laborismo señala la importancia de incluir nuevas necesidades y entre las reformas se encuentran las prestaciones a cambio de trabajo y el aumento de la participación de los individuos y las comunidades a “ayudarse a sí mismos”. Este sistema también ha recibido críticas por el peligro de perder las prestaciones sociales o la dificultad de combatir la pobreza localmente (Giddens, 2001). Sin embargo, este es un ejemplo de que las necesidades sociales se han instaurado como un derecho alcanzado por los ciudadanos y apoyado por todos los grupos políticos en la sociedad del bienestar.

### **1.2.7. El resurgimiento de la ciudadanía y del Tercer Sector en la Política Social**

Al margen de las necesidades percibidas, en la actualidad, como señala Rodríguez Cabrero (1999:138-141), el modelo español de Estado del bienestar puede ser definido por seis rasgos principales. El primero de ellos es la universalización de la protección, que ha significado la cobertura de la práctica totalidad de la población en cuanto a las pensiones, el sistema sanitario y la educación. En segundo lugar, se ha producido un proceso de asistencialización, que ha permitido reducir en parte los niveles de pobreza absoluta y relativa. En tercer término, se ha asistido a la descentralización política y administrativa que a nivel autonómico y municipal ha facilitado la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios públicos y como contrapartida, ha generado desequilibrios entre las regiones.

Las tres últimas características mencionadas por este autor se refieren a la asunción de responsabilidad en el bienestar por parte del mercado, la sociedad civil y la familia. En este sentido, la privatización selectiva del Estado del Bienestar ha dado lugar a una gestión concertada de servicios financiados por el Estado y a la oferta de servicios y pensiones a grupos de población con rentas altas. Además, la sociedad civil se ha renovado y ha entrado en escena para solucionar algunos problemas de la intervención estatal. El sector voluntario español, con raíces profundas de carácter religioso y asistencial, se vio frenado en su actuación durante el franquismo. En la actualidad, posee las características del patrón latino de sociedad civil, interrelacionado con el Estado, aunque escasamente regulado, dependiente económicamente y altamente fragmentado. No obstante, en los últimos años ha crecido en número y se ha dignificado su imagen.

Muy ligado a estos aspectos, ha recobrado importancia el concepto de “ciudadanía” en la Política Social. Acuñado en 1949 por T.H. Marshall en pleno auge del Estado del Bienestar y resurge ante la situación descrita y se cuestionan las responsabilidades u obligaciones que los ciudadanos tienen en la sociedad, en su

comunidad, con su familia y amigos. Significa que, para que las políticas sociales se cumplan, es preciso que, además del pago de impuestos y del cumplimiento de la ley, los individuos participen activamente en la sociedad de modo que, el éxito de las políticas sociales se garantice con la cooperación de los ciudadanos (Cahill, 1994:173-193). Además, las transformaciones sociales experimentadas han dado lugar a que, a través de las políticas públicas se construyan en la actualidad las identidades colectivas y se sometan por este motivo a debate. Un ejemplo de ello es que las campañas de prevención del SIDA hayan terminado en debates sobre la moral sexual y el papel del Estado en la representación de los intereses de los ciudadanos (Varas, 1997).

Por estas razones, la participación ciudadana aparece como un principio inspirador de la política social, controlando la toma de decisiones del proceso político, participando en diferentes órganos. Además, en un contexto de intervención social, se precisa la implicación activa de la población, de modo individual y colectivo en la solución de los problemas, participando en los distintos programas, actividades y servicios (Vintro,1995:179-187). El acercamiento a la realidad social significa la aplicación por parte de los profesionales de los modelos de intervención comunitaria desarrollados en los años setenta (Sánchez Vidal,1997:77-94). Este tipo de intervención supone el desarrollo de las actuaciones en el seno de la comunidad como *conjunto humano arraigado en un territorio socialmente organizado y cuyos miembros tienen sentimiento de pertenencia*; realizarse en la comunidad o “contexto natural” (escuela, familia); perseguir objetivos de desarrollo humano y no sólo terapéuticos; y en definitiva, maximizar la participación, la interdisciplinariedad y la integración social. Por otro lado, este tipo de intervención ha de ser flexible, preocupado por la búsqueda de la demanda y basado en una relación igualitaria. En último término, debe fundamentarse en la planificación y la organización global, con un análisis previo del contexto y una evaluación a largo plazo.

Como señalan Herrera y Castón (2003:171-199), los límites estructurales de la acción social estatal, el aumento de la demanda asistencial y su creciente diferenciación, han motivado el interés creciente por la *community care*. Se trata de un modelo de

intervención en el que participan diversas fuentes de ayuda, que pueden proceder de la asistencia pública, privada mediante pago, de voluntarios e informal. Para que la acción sea eficaz, en cada intervención es preciso delimitar qué tipo de necesidad es precisa y que nivel de profesionalidad se requiere. Además, conocer el grado de familiaridad entre el asistido y su red informal de apoyo. En último término, respecto a la red privada, de quién dependen otros para realizar sus acciones cotidianas.

No obstante, para estos autores, es importante reconocer que en algunas necesidades el sector informal puede ejercer un mejor papel que el formal y viceversa. De mismo modo, resulta básico racionalizar los recursos para evitar duplicidad de competencias y entender que todo aquel que ejerce una acción sobre el bienestar forma parte de esta red. Desde el punto de vista de la actuación, se inserta en la lógica del case-manager en la que se otorga la función de director a la misión de buscar todos los vínculos posibles para solucionar el problema.

Como ejemplo de lo señalado, en la atención a las drogodependencias, resulta crucial el análisis del perfil del paciente, la delimitación de los recursos sociales de que dispone, la situación laboral en la que se encuentra y si existe algún familiar que pueda colaborar en este proceso. Se entiende que la existencia de algunos actores que conocen mejor al paciente puede ser fundamental para colaborar conjuntamente con la red de atención sanitaria y social en su rehabilitación. Además, algunas asociaciones del Tercer Sector pueden ser una fuente de relaciones sociales que pueda suplir las carencias de algunos pacientes y en otros casos la aparición de nuevos actores que, como miembros de la red, propugnen y colaboren en una nueva inserción social.

De lo expuesto se deduce que en el cambio de valores que enunciábamos en un principio y en la necesidad de intervenir en la esfera comunitaria, las organizaciones no gubernamentales aparecen como actores ideales. Esta realidad, al margen del Estado y del mercado tiene rasgos específicos como el predominio de las interacciones cara a cara y unos valores distintivos de solidaridad y participación que han ocasionado su proliferación así como el número de miembros. La sociedad muestra hoy tendencias

contradictorias, al combinar el “individualismo” con una apertura a lo social, que busca un tipo de vida preocupada por los otros, por la sociedad en la que se vive, con sus problemas y urgencias.

En las últimas décadas, la descentralización y el crecimiento de las Comunidades Autónomas ha dado lugar a un mayor protagonismo de las instituciones autonómicas y municipales y en este marco, se ha abierto la posibilidad al resurgimiento de las asociaciones, corporaciones y fundaciones. No obstante, como señalan Rodríguez Cabrero y Monserrat Codorniú (1996), “no se trata de una sustitución del Estado del bienestar por una hipotética sociedad del bienestar, sino de una redefinición de las formas de satisfacción de las necesidades sociales en base a políticas públicas más abiertas, participativas y descentralizadas en las que los agentes y movimientos sociales (...) puedan tener expresión y desarrollo” (Ruíz, J.I., 2000:58).

Estas organizaciones se caracterizan porque el compromiso social les lleva a movilizarse por valores y aspiraciones que las hacen implicarse en tareas de cambio, apoyo y cooperación social. Las organizaciones voluntarias son grupos o asociaciones con múltiples expresiones y están formadas por personas que buscan un cambio en su entorno, aportando tiempo y esfuerzo para modificar situaciones a las que no llega ni el Estado ni otras instituciones. Han crecido en el Estado del Bienestar, donde emerge la sociedad civil y son el producto de un sistema de valores y aspiraciones que intenta paliar los desequilibrios e injusticias imperantes en esta cultura.

En líneas generales, la definición de Tercer Sector<sup>24</sup> constituye un problema a nivel mundial, por la gran variedad de términos que existen para denominarlo, haciendo cada uno de ellos hincapié en una característica del sector. Como consecuencia de lo anterior, y por las causas históricas en las que renace, se define unido a los otros dos

---

<sup>24</sup> Para Herrera (2003:489-494), las organizaciones del Tercer Sector disponen de una cultura propia, por su carácter relacional y la lógica del don; de una normatividad propia; un modo de funcionamiento y un papel social específico, especializadas en la producción de bienes “relacionales”. Además, en ocasiones actúan como *remedios espontáneos para carencias generadas por procesos sociales sobre los que carecen de control*.

sectores implicados: Estado y mercado. De esta forma, como se señalaba en el “Estudio Comparativo Internacional sobre las ENL” dirigido por L. Salomón de la Universidad John Hopkins, cada uno de los diferentes términos utilizados pone énfasis en algunos de los aspectos que poseen las entidades pudiendo ser denominadas no lucrativas, entidades filantrópicas, sector independiente, organización no gubernamental, sector del voluntariado, economía social o entidades exentas fiscalmente.

El origen de estas iniciativas es antiguo y como señala Demetrio Casado (1998), parece que la primera aproximación a este sector surge con la idea cristiana de Caridad, para después transformarse en la edad moderna en la de Beneficencia. Tras la transición política comenzaron a adquirir protagonismo las organizaciones sociales privadas, que se denominaban por aquel entonces “iniciativa social”. Hoy ha declinado este uso sustituyéndose por el de organizaciones no lucrativas de carácter internacional y origen en el derecho. Aunque estas organizaciones pueden tener un referente religioso, se han ido secularizando a lo largo de la historia y el paso de la idea de caridad a solidaridad ha dado lugar a un sinnúmero de entidades no lucrativas “laicas”, más numerosas que las religiosas, pero sin que éstas hayan perdido influencia. Este movimiento nace paradójicamente de la misma matriz que el individualismo: el ejercicio de las libertades individuales, que expresa el ascenso de la iniciativa social y el desarrollo de la ciudadanía civil.

De un modo resumido, algunos autores atribuyen cinco características necesarias para considerar una organización de este tipo. En general, ha de tratarse de una organización formal, es decir, donde haya unos objetivos generales y los recursos se dispongan para su consecución. En segundo lugar, ha de referirse a una organización privada, que no esté relacionada jurídicamente con la Administración Pública y no esté regida por el Derecho Administrativo. Otra característica necesaria e importante es que los beneficios resultantes de su labor no pueden ser distribuidos entre sus miembros o dicho de otro modo, el objetivo es lograr la máxima utilidad de sus recursos. Además, tienen que estar gobernadas autónomamente por sus órganos internos y no controladas por entidades exteriores. Finalmente, debe tratarse de una organización altruista, con

algún grado de participación voluntaria, porque canalice trabajo del voluntariado o porque la gestión la realice de manera voluntaria o el objetivo de contribuir al “interés general”. Junto con las características mencionadas, Donati (1997:118) aporta dos notas distintivas de estas organizaciones. La primera de ellas, es el hecho de poseer una cultura propia que induce a los individuos a relacionarse de forma solidaria con otros y en segundo término, cuentan con un rol societario que les hace especializarse en la producción de nuevos bienes denominados relacionales.

En este marco, y con el interés de mostrar las peculiaridades de los sectores mencionados, el concepto de red adquiere relevancia con un significado diferente en cada uno de ellos (Herrera, 1998:39). La red de burocracias es formal-legal y está orientada a la ejecución de objetivos. La red de Mercado es productiva-informativa y está encaminada a la maximización de la eficiencia. Por último, la red del Tercer Sector debe tener el propósito de lograr la *intercambiabilidad social* que interactúa en las esferas informal y formal, dando prioridad a la primera pero sin perder de vista la maximización de la eficiencia.

En los últimos años, en España el Tercer Sector ha crecido en número<sup>25</sup> aunque comparativamente el resultado es inferior a EEUU o Inglaterra. Quizás por esta razón, el Estado ha intentado impulsar estas iniciativas a través de la publicación de dos Planes específicos (1997-2000 y 2001-04) en los que se pretende sustituir la idea del tercer sector como prestador de servicios por la de participación ciudadana<sup>26</sup>. La escasa participación de los ciudadanos españoles quedaba reflejada en el barómetro del CIS de Abril del 2001, que mostraba que solo un 4,4% de ellos pertenecía a una ONG. Sin embargo, existe una opinión favorable acerca de ellas, valorando la gran mayoría sus actividades como muy buenas y buenas (78,7%), manifestando interés en conocer las

---

<sup>25</sup> Según el estudio comparativo de la Universidad John Hopkins (J.I.Ruiz, 2000), en términos de creación de empleo, el asociacionismo español es muy similar al existente en Francia, Alemania o Austria. Ascende al 4,6% del empleo equivalente no agrícola y se eleva al 6,8% si se tiene en cuenta el trabajo de los voluntarios. Aunque estos resultados son similares a la media de los 22 países analizados (4,8% y 6,9%), resulta inferior a Reino Unido (6,2% y 10,6%, respectivamente). En 1995, el número de entidades que componen el Tercer Sector superaba el cuarto de millón, aglutinaba a casi tres millones de personas voluntarias, comprende 475.179 empleos remunerados y 253.599 empleos voluntarios.

<sup>26</sup> Mogín, Teresa (2001): “Marco general del voluntariado en España”. En Curso de Periodismo Solidario. El País. Madrid.

actividades que desarrollan (52,9%) y creyendo que estas organizaciones ayudan bastante a solucionar los problemas de los países en vías de desarrollo (49,3%).

Respecto al tipo de colaboración que establecen con las ONG's, un 54,1% de los ciudadanos confiesa ayudar económicamente en catástrofes naturales, entregando ropa (70,1%) o alimentos (50,3%) e hipotéticamente elegirían productos de comercio justo (62,5%). Finalmente, los encuestados consideraban bastante probable volver a colaborar con ellas (40,1%) y les auguran mayor protagonismo en un futuro (49,5%) que por ejemplo, a los partidos políticos. Prueba de ello es que un 57,6% de los encuestados manifiesta haber participado alguna vez en un trabajo voluntario (ayuda a enfermos, ancianos, pobres, a la iglesia o grupos religiosos y otro tipo de trabajo voluntario) frente a un 7,2% que confiesa haber ayudado a partidos y/o movimientos políticos, campañas electorales, etc.

Los resultados del estudio realizado por la Fundación Tomillo *Empleo y trabajo voluntario en las ONGs de acción social* (2000) muestran que estas organizaciones representan un sector muy joven puesto que, aproximadamente la mitad de ellas, se han constituido en la década de los noventa y sólo el 18% de las entidades actuales datan de antes de 1980. Además, su patrón *latino* se refleja al observar que el 82,5% de las entidades de acción social tiene establecido algún acuerdo o convenio de gestión de servicios con un organismo público, por orden con la Administración Local, la Autónoma y por último con la Central (Mogín, 2002).

Quizás por la definición ideal expuesta, la existencia de organizaciones que trabajan con el Gobierno mediante convenios o subvenciones como entidades prestadoras de servicios es criticada desde su propia realidad y se intenta “romper con el pesebrismo” o gran dependencia económica de las Administraciones públicas, lo que les coarta en cierta medida su libertad. Aunque se cuestionan su papel y la necesidad de fomentar la participación ciudadana, Administración y ONG's son complementarios y la cercanía de estas organizaciones a la exclusión, les permite desvelar, denunciar y proponer, al tiempo que, por la cultura postmaterialista y su carácter relacional, la ayuda

a otros resulta un modo de realización para muchas personas en el seno de estas organizaciones<sup>27</sup>. Estas organizaciones cumplen una función complementaria y enriquecedora de la oferta de servicios de la Administración Pública, al tiempo que actúan como mecanismos de mediación social que colaboran en el desarrollo de la solidaridad orgánica en las sociedades modernas (Ruíz, J.I., 2000:267).

En efecto, la lógica de la donación implica un altruismo no desinteresado totalmente sino que se espera algo a cambio y estas organizaciones cubren otras necesidades sociales y personales como sentirse a gusto consigo mismo, pasarlo bien, desarrollarse personalmente y obtener relaciones sociales, afectos, adquirir experiencia profesional, etc. Prueba de lo expuesto es que, en los últimos años, se ha modificado el perfil del voluntario y aunque sigue predominando la población femenina, se incrementa el número de jóvenes universitarios que buscan una ocupación remunerada, mujeres sin trabajo, personas con desequilibrios psíquicos, varones en paro y jubilados con necesidad de sentirse útiles.

Sin embargo, hay que tener presente que la percepción de los problemas y la creación de organizaciones no tendría ningún sentido si no fuera porque algún sistema de valores e ideología motiva a la gente a actuar (Inglehart, 1991:419). La participación activa implica que un determinado punto se ha vuelto importante, uno ha meditado sobre el tema y se ha hecho consciente de las implicaciones cognitivas con los valores centrales que defiende.

En resumen, aunque en el surgimiento de los nuevos movimientos sociales han contribuido problemas objetivos, organizaciones e ideologías, la dimensión de valores materialistas/postmaterialistas ha jugado un papel crucial. Los valores postmaterialistas subyacen a muchos de los nuevos movimientos sociales y dan relevancia a prioridades valorativas diferentes a las dominadas en la sociedad industrial. La clave está en que las antiguas orientaciones ya no reflejan temas conflictivos nuevos como el movimiento

---

<sup>27</sup> Fuentes, Pedro (2001): "El asociacionismo frente a la exclusión social". En VII Jornadas sobre familia y drogodependencias. Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y su familia (Fermad). Ayuntamiento de Madrid.

feminista, ecologista o la oposición a la energía nuclear. En la fase inicial de la Revolución Industrial el problema central era el crecimiento económico pero, en las últimas décadas, los cada vez más numerosos postmaterialistas, confieren más importancia a la calidad de vida no relacionada con lo económico, buscan relaciones menos jerarquizadas, íntimas e informales.

Como señala la Encuesta Europea de Valores, en España se observa desde la década de los ochenta el creciente aumento de los valores postmaterialistas (del 12% al 18% en el periodo 1980-1999) y especialmente de los mixtos (del 26% al 61%) y por el contrario se asiste a la pérdida de importancia de los valores materialistas (del 62% al 21% en el mismo periodo). Otro resultado relevante de la citada encuesta es que en España la familia y el trabajo siguen siendo lo más importante, los valores de libertad crecen a costa de los de igualdad, justicia y orden; se registra un elevado nivel de confianza social, de tolerancia y aceptación de los demás. En resumen, en los últimos años se asiste al aumento del capital social (Orizo, A.; Elzo, J.,1999:14, 291).

En este sentido, las entidades no gubernamentales son hoy un lugar privilegiado para expresar este tipo de participación y al mismo tiempo por su cercanía con la realidad, para actuar en las nuevas políticas públicas que tratan de solucionar los problemas de exclusión predominantes en la nueva sociedad. Además, como se verá en el siguiente apartado, la evaluación de las políticas públicas ya no está motivada exclusivamente por necesidad de gestionar los recursos limitados sino que, crece su importancia si existe una ciudadanía consciente de su tarea y dispuesta a exigir mejores recursos<sup>28</sup>. No es de extrañar, que en la aparición de la drogodependencia como problema de salud pública y en la creación de los servicios y recursos, estas organizaciones hayan tenido un papel muy destacado y por este motivo, en la investigación desarrollada se ha incluido un análisis de su evolución histórica.

---

<sup>28</sup> No obstante, como señala Mariano Torcal, tras el análisis de la Encuesta Social Europea, comparativamente los españoles tienen un bajo interés por los temas políticos, lo que él denomina *desafección política*. En “III Jornadas sobre el Papel de las Administraciones Públicas en la sociedad del Bienestar”. Universidad de Granada. Noviembre de 2003.

Por último, el Estado del bienestar español se caracteriza por la presencia fundamental de la familia, como modelo profesionalista de la Seguridad Social con reparto de funciones entre el hombre y la mujer. Pese a las transformaciones experimentadas en los últimos años, con la incorporación de la mujer al mercado laboral y el cambio de valores, hoy en día persiste su papel de garante del bienestar e incluso las presiones del Estado del bienestar se orientan a reforzar su papel y responsabilidad. Como menciona Iglesias de Ussel (1998:62-63), esta institución social “goza de buena salud, sigue siendo el Ministerio de Asuntos Sociales”, ocupándose entre otras cuestiones de la enfermedad, de la droga, del cuidado de los hijos y mayores, entre otras. Prueba de ello es que sigue siendo la institución más valorada por los españoles y ha mostrado una gran capacidad de adaptación.

Como contrapartida, el desarrollo de la política social y económica familiar se ha hecho de espaldas a los profundos cambios experimentados, que precisaban de un impulso de respuestas públicas y que han afectado a la estructura social. Entre estos cambios cabría citar el descenso de la natalidad, la participación de la mujer en la vida activa, innovaciones legales como la ley del divorcio, la emergencia del pluralismo familiar y la aparición de nuevas formas familiares. La expansión del Estado del bienestar ha hecho a la familia protagonista de necesidades sociales y a su vez ésta ha tenido una gran importancia supliendo o complementando al Estado y adaptándose a las necesidades cambiantes (Montoro,1997:1-7).

Al igual que en el caso español, la familia no ha sido objeto tradicional de la política social británica, tal y como ha ocurrido por ejemplo en Francia, aunque muchas de las actuaciones realizadas han tenido impacto en esta institución. Además, las políticas emprendidas han ido encaminadas a reforzar el papel de la familia y de la mujer para con sus hijos aunque se han dirigido a la familia nuclear, que ha perdido importancia y han recibido críticas al no incluir nuevas formas familiares como las familias reconstituidas o las de homosexuales. En las décadas de los ochenta y noventa, los partidos presentaron sus políticas e impulsaron medidas para reforzar ciertos valores familiares y responsabilidades. Por ejemplo, en 1993 el gobierno estableció la Agencia para el Apoyo a la Infancia (CSA) con el objetivo primordial de garantizar que los padres

proporcionasen el apoyo económico adecuado a sus hijos. Este aspecto introduce un nuevo significado a la política con el fin de reforzar el papel de la familia y su responsabilidad en una era de extensión del divorcio. En la actualidad, estas medidas siguen siendo impulsadas por el gobierno y apoyadas por la oposición. La familia y el empleo hoy han adquirido una gran importancia acaparando la mayor parte de los contenidos de la política social en Reino Unido.

### **1.3. La política social comparada**

La política pública comparada como área de investigación creció de modo considerable durante los años 70 y 80, centrandó su interés en los efectos de las actuaciones emprendidas por el gobierno. Como recuerda Freeman (1999:80-94), en ese momento surgieron dos problemas básicos de eficiencia. En primer lugar, a nivel macro, era preciso controlar el creciente volumen de recursos públicos empleados por los servicios sanitarios. En segundo término, a nivel micro, se hacía imprescindible asegurar que, por su carácter limitado, los recursos fueran utilizados adecuadamente. En la actualidad, la política social comparada ha recobrado protagonismo entre otras razones por la creciente importancia de la esfera internacional y la participación de nuevas organizaciones y administraciones en el desarrollo de las políticas. Todo ello aconseja la comparación de las actuaciones en diferentes sociedades, estructuras e instituciones, con un creciente énfasis en la comparación transnacional. Este desarrollo ha coincidido en las Ciencias Sociales, con el incremento de la colaboración interdisciplinar e internacional mediante redes de investigación, especialmente en el seno de la Unión Europea.

En este sentido, la Comisión Europea ha emprendido numerosos programas a gran escala y se han creado observatorios y grupos de trabajo para evaluar e informar del desarrollo económico y social en los Estados Miembros. En el área de las drogodependencias, en 1997 se creó el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), que recibe información de cada uno de los observatorios de los países miembros. Al mismo tiempo, los gobiernos y organismos de investigación han mostrado un creciente interés en la comparación internacional, especialmente en el área

de la política social, con el objetivo de evaluar las soluciones adoptadas para resolver problemas comunes o valorar la posibilidad de incorporar políticas de otros Estados Miembros<sup>29</sup>.

Como señala Landwerlin (1997:133-153), la perspectiva comparada en las políticas públicas tiene dos finalidades precisas. La primera de ellas es el análisis de los modelos de bienestar por parte del Estado. En segundo término, es relevante en su faceta de evaluación de las políticas puestas en marcha. En esta segunda acepción se incluye nuestro estudio que, en términos generales, adopta como reto el análisis y evaluación de la política social en drogodependencias desde esta perspectiva. Pese a ello, resulta fundamental conocer la provisión y el modelo de bienestar estatal en el que se insertará y evaluará este fenómeno, con especial atención a la política social británica y española.

### **1.3.1. Modelos de Estado del Bienestar**

La vinculación del Estado del Bienestar con el proceso industrial y la existencia de una amplia variedad de criterios que lo determinan, permiten encontrar diferencias entre los países. Por este motivo, algunos estudios han establecido modelos de bienestar atendiendo a distintas dimensiones como el nivel de gasto público, la provisión de servicios y la participación de otras agencias junto al Estado, como el mercado o la iniciativa privada (Miller, 1999:13).

No obstante, merece la pena resaltar el análisis de Montoro (2000:157-162) acerca de los modelos de bienestar social, y comprender que el Estado del bienestar es algo más que un modelo o fenómeno cuantificable. “Al margen de cómo se ha materializado, la multitud de interpretas que se han acercado a él han volcado sus visiones globales con frecuencia de manera poco científica lo que ha dado lugar a infinidad de conclusiones distintas. Hay que tener en cuenta que a lo largo de la historia del Estado del bienestar

---

<sup>29</sup> Más detalles en Linda Hantrais: *Comparative Research Methods*.  
<http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>

todos los países han generado un gran número de políticas sociales y económicas, planes estratégicos, acciones, etc. que dificultan ser un experto en cualquier área de protección social en un país concreto. Todo esto hace que no exista una idea clara acerca de los modelos de bienestar social y que en el fondo, sean modelos forzados que describen pobremente la realidad pero tienen la ventaja de ser claros aunque inexactos”.

Pese a esta afirmación, puede resultar esclarecedor el análisis de los principales modelos diseñados para comprender esta realidad aunque, posteriormente, este estudio se centrará en la comparación de un sector concreto: la política de drogodependencias. En este sentido, Herrera y Castón (2003:37-39), entienden que incluso dentro de un mismo sector se pueden utilizar distintos modelos para actuaciones diferentes. Además, estos autores esclarecen los distintos modelos de intervención que se han establecido en función del grado de participación estatal. En primer lugar, destaca el *modelo residual*, que solo ayuda a los sujetos privados después de que sus acciones hayan fracasado o sean insuficientes. En segundo término, se encuentra el *modelo adquisitivo-performativo*, que satisface las necesidades sociales en función del mérito. En tercer lugar, el *modelo institucional-redistributivo*, considera el bienestar social como un valor de máximo relieve que debe ser garantizado por las instituciones universales de la comunidad política e intenta compensar a quienes no acceden a los recursos. En último término, el *modelo total de bienestar* se caracteriza porque el Estado es el único agente que programa las intervenciones eliminando todo criterio de distribución que no sea la “pura necesidad” de los ciudadanos.

En esta esfera, una teoría ampliamente utilizada en la década de los noventa fue la de Titmuss (1968, 1974:30-1), quien compara la política social de los países europeos con la de Estados Unidos. Según este autor, se puede establecer una clasificación en tres tipos de modelos fundamentales en función del grado de intervención del Estado y del mercado en la Política Social: residual (residual welfare model); basado en el logro personal-resultado (laboral industrial achievement-performance model) y por último, modelo institucional redistributivo (institutional redistributive model). El primero de ellos, en el que se adscribe a Estados Unidos, entiende al mercado privado y a la familia como caminos fundamentales para satisfacer las necesidades del individuo y según esta

lógica, el Estado debe intervenir, solamente y de modo temporal, cuando desaparezcan las anteriores vías descritas.

Por su parte, el segundo modelo sostiene que las necesidades deberían satisfacerse sobre la base del mérito, de los resultados alcanzados y de la productividad. Por último, para el modelo institucional redistributivo, el bienestar social es una institución integrada en la sociedad, encargada de la provisión de servicios generales fuera del mercado, basándose en el principio de necesidad, en la teoría de los efectos múltiples del cambio social y el sistema económico y en el principio de igualdad social (Montagut, 2000). En la misma línea, Bryson (1992:36) pone como ejemplo del modelo residual a Estados Unidos y a Japón y del modelo institucional a los países Escandinavos<sup>30</sup>.

Durante la década de los noventa, Esping-Andersen (1990) supuso una nueva aportación en el terreno de la política social y de los estudios comparativos transnacionales. En *The Three Worlds of Welfare Capitalism* desarrolla la noción de regímenes de bienestar (welfare regimes), clasificando a 18 países de la OCDE en tres tipos fundamentales: conservador, liberal y socialdemócrata. El régimen conservador, reúne a países como Alemania, Italia, Austria y Francia y se caracteriza por una fuerte tradición corporativista, enormemente influenciada por la iglesia. El principio de subsidiariedad sirve para enfatizar que el Estado intervendrá exclusivamente cuando la capacidad de la familia para proporcionar estos servicios se agote, con un alto compromiso en la garantía de preservar el tradicional papel de la familia y la ausencia de la mujer en el mercado laboral.

Por otro lado, EEUU, Canadá, Australia y Gran Bretaña quedan incluidos en el modelo liberal de bienestar, que minimiza los efectos del mercado en la esfera de los derechos sociales (Esping-Andersen 1990:27). En este tipo de régimen hay una asistencia sometida a examen, las transferencias universales están limitadas y predominan los esquemas de seguridad social. El modelo anglosajón se caracteriza por una aproximación selectiva a la política social con entrada del mercado por la coerción más que por la

---

<sup>30</sup> En Miller, Stewart (1999): *Social Policy*. Oxford University Press. Pp.13.

formación política o la subsidiariedad del modelo de Bismarck. Por su parte, Leibfried (1991:19) asocia la experiencia británica y estadounidense por los efectos del thatcherismo en la política de bienestar aunque, en su opinión, pese a producirse una erosión de la estructura institucional establecida durante la postguerra, hay diferencias entre ambos. *Las filosofías y retórica de Thatcher y Reagan fueron dominantes en los ochenta en ambos países pero el trasfondo de cada uno fue distinto.*

“En Gran Bretaña el avance del partido laborista fue evidente, situando a este país a la cabeza en la década de los cincuenta; el modelo social universalista de ciudadanía de Beveridge lanzó a Gran Bretaña de los primeros puestos internacionales. Aunque ciertamente el sistema no fue deshecho en los ochenta, se frenó su progreso considerablemente” (Esping-Andersen, 1990:54). Además, aunque las estrategias gubernamentales de los ochenta debilitaron las *trade unions* y el apoyo societal de las instituciones del Estado del bienestar, Gran Bretaña ha contado siempre con una compleja mezcla de alianzas entre clases (Taylor-Gooby 1988) y continuará haciéndolo.

Por su parte, Leibfried establece un cuarto régimen de política social que incluye a los países del sur de Europa, entre los que figuran España, Grecia, Portugal y en menor medida, el sur de Italia y Francia. En su opinión, los países del “Latin Rim”, con una predominante economía de subsistencia y agrícola se caracterizan por tener Estados del bienestar rudimentarios, acentuados en el modelo residual y forzados a entrar en el mercado de trabajo. Este tipo de régimen combina elementos liberales y corporativos, pero la ausencia de una tradición de pleno empleo y el énfasis en el modelo residual les fuerza a entrar en el mercado (Leibfried, 1993:141). Su análisis es uno de los primeros que incluye a los países del sur de Europa, muchos de los cuales han sido ignorados en las investigaciones sobre política social (Ferrera, 1996). No obstante, su aproximación ha sido criticada (Marinakou, 1998:235) por el énfasis que realiza en la modernización y convergencia, sin tener en cuenta los rasgos políticos y económicos distintivos. Como

resultado, persiste el etnocentrismo que ha caracterizado a la investigación de la política social transnacional<sup>31</sup>.

Pese a ello y por las razones históricas analizadas en los anteriores epígrafes, Rodríguez, (2003: 119-213), entiende que España es un caso específico de régimen de bienestar denominado Latino o del Sur de Europa. Por un lado, forma parte del proceso histórico experimentado por el resto de países, pero al mismo tiempo, es específico. Al igual que Italia y Portugal, se trata de países de modernización capitalista tardía (reforma agraria dilatada en el tiempo), escasa sociedad civil y sistemas políticos de populismo autoritario, conservador y particularista. Estos países solamente en la década de los sesenta del siglo XX lograron una estabilidad relativa de la reforma social, universalizando los servicios, si bien con bajas tasas de intensidad protectora, un fuerte corporativismo, una amplia responsabilidad de la familia en los cuidados personales y una sociedad civil que sólo recientemente está empezando (en el caso de España) a reconstituirse.

A modo de resumen, Jones (1999:15-33) recopila las aportaciones de estos autores y clasifica a los Estados de Bienestar en dos grupos principales, en función de la afiliación cultural y geográfica: el mundo anglosajón de las viejas naciones de la “commonwealth”, incluyendo a EEUU y el mundo de los países de la Europa continental con tradición francesa y especialmente con aculturación alemana. Junto a ellos, hay dos grupos de la “periferia”, por un lado, el supermodelo de Estados del Bienestar de Escandinavia (“the Scandinavian rim”) versus el llamado modelo rudimentario del Sur de Europa (“the Latin rim”). Finalmente, Deacon ha estudiado los países postcomunistas de Europa del Este. (Ver Tabla 1.3).

---

<sup>31</sup> En Kennett Patricia (2001): *Comparative social policy*. Open University Press. Buckingham. Chapter 3: Theory and analysis in cross-national social policy research.

**Tabla 1.3: Aportaciones a la tipología de Estados del Bienestar**

Tipo	Ejemplo
Liberal	Reino Unido (Esping-Andersen)
Conservador Corporativista	Alemania del Oeste (Esping-Andersen)
Social Demócrata Corporativista	Suecia (Esping-Andersen)
Post- comunista Corporativista	Poland (Deacon)
Rudimentario latino	Portugal (Leibfried)

Fuente: Jones Finer, Catherine (1999): "Trends and Developments in Welfare States". En Clasen, Jochen (1999): *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*. Blackwell Publishers Ltd, Oxford. Pp. 15-33.

Otra de las comparaciones de los modelo de bienestar, alude a la clasificación según el porcentaje de gasto público en el PIB y lo que aportan sus economías a la protección social. De hecho, en el análisis del Estado del Bienestar, Gough se centra en este indicador para reflejar el aumento en el gasto social experimentado en Gran Bretaña tras la posguerra. La participación del gasto público en el PIB de la Unión Europea alcanzó el 47,1% en el año 2001, descendiendo desde 1993. España, Irlanda, Reino Unido y Luxemburgo tienen un gasto público inferior al 40% y en el caso español, es inferior en más de siete puntos a la media comunitaria (39,9%). La reducción del gasto público ha sido motivada por la reducción del déficit público (del 6% al 0.8% del PIB en el periodo 1993-2001). España (-0.1) ha reducido su déficit público en 4.8 puntos, de los cuales 3.8 proceden del gasto público y un punto del aumento de sus ingresos y Reino Unido ha pasado de -7.7 en el año 1993 a tener un superávit en el 2001 (0.7).

Aunque este aspecto constituye solo una parte de la cuestión estudiada, el escaso crecimiento económico y el elevado desempleo en algunos países de la UE se está atribuyendo a excesivos Estados de bienestar y a la rigidez de sus mercados de trabajo. Siguiendo la misma lógica, se asocia el éxito de EEUU (alto crecimiento económico y bajo desempleo) a un gasto social como porcentaje del PIB muy reducido y a la desregulación de sus mercados laborales. Los gastos en protección social en Europa también han descendido en los últimos años, pasando del 28,4% en 1996 al 27,3% en el año 2000. Alemania y Francia han seguido la línea estadounidense, reduciendo los

beneficios sociales y desregulando el mercado laboral. Estas actuaciones se han considerado positivas entre algunos sectores y se ha aconsejado a países como España que sigan su ejemplo, reformando el Estado de bienestar.

Sin embargo, autores como Navarro (2003) critican esta situación. Para este autor, los últimos datos no apoyarían esta medida puesto que señalan que el Estado de bienestar español tiene el gasto público de protección social más bajo de la UE después de Irlanda, siendo en el 2001 de 19,1% del PIB, muy por debajo del 27,6% que tuvo como promedio la UE. Además, el gasto social como porcentaje del PIB ha ido descendiendo notablemente desde 1993, cuando alcanzó un 24%, a menor distancia de la media europea (28,8%). Esto significa que la diferencia porcentual respecto a los países de la Unión ha aumentado en este periodo, de 4,8 a 8,5. Los resultados descritos muestran que, pese a que el crecimiento económico en España ha sido mayor y ha aumentado la carga fiscal, no se ha gastado en reducir el déficit social sino en eliminar el déficit presupuestario, lo que ha situado al país entre los que cuentan con menor déficit presupuestario y mayor déficit social.

Esta situación contrasta con la de otros países como Alemania, Francia y Suecia que tienen el gasto social más elevado de la UE (30%, 29,6% y 33% respectivamente) pero al contrario de los dos primeros, Suecia y Holanda, tienen menor desempleo, son los países más globalizados de la UE (suma de sus exportaciones e importaciones) y en los años noventa, el gasto público social alcanzó en Suecia la cifra más elevada de la Unión Europea, permaneciendo como uno de los países con mayor tasa de ocupación y menor de desempleo (incluso de EEUU). Este aspecto no es achacable a todos los países en su condición de socialdemócratas puesto que, otros gobiernos como el británico, han incorporado elementos sustanciales de las tradiciones liberales que no han sido muy exitosos.

Según Christopher Huhne, Gran Bretaña se caracteriza hoy por ser uno de los países europeos con menor tasa de producción de empleo, con uno de los Estados de bienestar menos desarrollados, los gastos públicos en sanidad y educación más bajos,

menor movilidad social y mayor pobreza entre niños y pensionistas. Además, es el país de la UE con mayores desigualdades de renta. En definitiva, para el semanario liberal *The Economist*, los gobiernos deberían aprender que el gasto público tiene un impacto estimulante mucho mayor que la reducción de impuestos. Según el Banco Federal Estadounidense, un incremento del gasto público de un dólar en producir bienes y servicios estimula tres veces más el PIB que el obtenido a través de los impuestos. Según esta lógica, sería recomendable continuar con las políticas de bienestar social<sup>32</sup>.

Además, Navarro (2002:90-91) recuerda que el gasto público en sanidad en España es inferior a la media Europea (5,8% y 6,8% del PIB respectivamente) y se convierte en el más bajo si se excluye el enorme gasto farmacéutico en España, quedando un 4,6% del PIB. Según este autor, el número de personas ocupadas en el sector sanitario también es menor, representando un 2% de la población en edad de trabajar frente al 5% de media europea.

En este sentido, según la función a la que va destinado el gasto social, en Europa el mayor porcentaje se sitúa en vejez y supervivencia (46,4%), seguido por enfermedad (27,3%), familia e hijos (8,2%), invalidez (8,1%) y desempleo (6,3%). Si se compara España con Reino Unido, el gasto en vejez y supervivencia es similar (46,3% y 47,7%), en enfermedad es superior en España (29,6% y 25,9%) y especialmente en desempleo (12,2% y 3,2%), mientras que Reino Unido destina porcentualmente mayores cantidades a invalidez (9,5% y 7,6%) y de un modo destacado a familia e hijos, donde España sobresale por destinar la menor proporción de la Unión Europea (7,1% y 2,1%). (Ver Tabla 1.4).

---

<sup>32</sup> Navarro, V. (2003): “¿Excesivos Estados de Bienestar?”. *El País*. 12 de julio de 2003.

**Tabla 1.4. Gasto en protección social de la Unión Europea, Reino Unido y España (2000-2001)**

<b>GASTO SOCIAL</b>	<b>Unión Europea</b>	<b>España</b>	<b>Reino Unido</b>
<b>Protección social (% PIB)</b>	Descenso 27.3% 2000 27,6% en 2001	Descenso 20.1% 2000 19,1% 2001	Descenso 26,8% 2000
<b>Vejez y supervivencia (2000)</b>	46.4%	46.3%	47.7%
<b>Enfermedad (2000)</b>	27.3%	29.6%	25.9%
<b>Familia e hijos (2000)</b>	8.2%	2.1%	7.1%
<b>Invalidez (2000)</b>	8.1%	7.6%	9.5%
<b>Desempleo (2000)</b>	6.3%	12.2%	3.2%

**Fuente: Anuario Estadístico 2002 (EUROSTAT). En Fernández de Santiago, R.V. “Estadísticas comparadas. Principales Indicadores Económicos y Sociales en España”. Informe 2003. Fundación Hogar del Empleado. Garde, Juan Antonio.(Ed.). Págs.516-517.**

No obstante, aunque los temas de la agenda pública están motivados por otros factores, la comparación del gasto social puede estar estrechamente vinculada con el resultado de algunos indicadores sociales y en función de ello, los responsables pueden considerar prioritaria la inclusión en la agenda pública de alguna cuestión sobre el resto. Durante el periodo 1996-2001, el crecimiento de la población en la Unión Europea fue inferior al anterior quinquenio (1.4% frente al 2%), motivado por el descenso de la fecundidad y las restricciones a la entrada de inmigrantes.

Sin embargo, Portugal y los países anglosajones han aumentado el crecimiento especialmente por la inmigración, puesto que la fecundidad continua descendiendo. Pese a esta tendencia, Reino Unido se encuentra entre los países con mayor fecundidad (número medio de hijos por mujer 1,64) mientras que España, aunque con mayor porcentaje que en 1995, continúa a la cola (1,22). Paralelamente a estos cambios, la Unión Europea ha experimentado un progresivo envejecimiento de la población, reflejado por el descenso de la proporción de jóvenes, especialmente en los países del sur y el incremento de la población mayor de 65 años. Mientras que Reino Unido se mantiene con las mismas cifras de la década de los noventa (19% población menor de 16 años y 16% mayor de 65 años), en España se ha producido una gran transformación de su

estructura poblacional, con el descenso de los más jóvenes (del 20% al 15% en el periodo 1990-2000) y el aumento de los mayores (del 13,8% al 16,7%).

En 1999, España fue uno de los países con una esperanza de vida más alta, en mujeres y hombres, (82,5 y 75,3 respectivamente), aunque especialmente en el primer caso con grandes diferencias en función del sexo. La esperanza de vida en Reino Unido es ligeramente inferior (78,5 y 72,9) con una menor diferencia en función del sexo. No obstante, este factor tradicionalmente se atribuye a aspectos ligados a la calidad de vida y no necesariamente a una mejor asistencia sanitaria. (Ver Tabla 1.5).

**Tabla 1.5. Indicadores demográficos en la Unión Europea, Reino Unido y España (1999)**

INDICADORES	Unión Europea	España	Reino Unido
Número medio de hijos por mujer (2000)	1.53	1.22	1.64
% población menor 16 años (2000)	Descenso 18%	Descenso 15%	Mantiene 19%
% población mayor 65 años (2000)	Aumento 16,7%	Aumento 16,7%	Mantiene 16%
Esperanza vida (1999)	81.2 mujer	82.5 años mujer	78.5 años mujer
	74.9 hombre	75.3 años hombre	72.9 años hombre

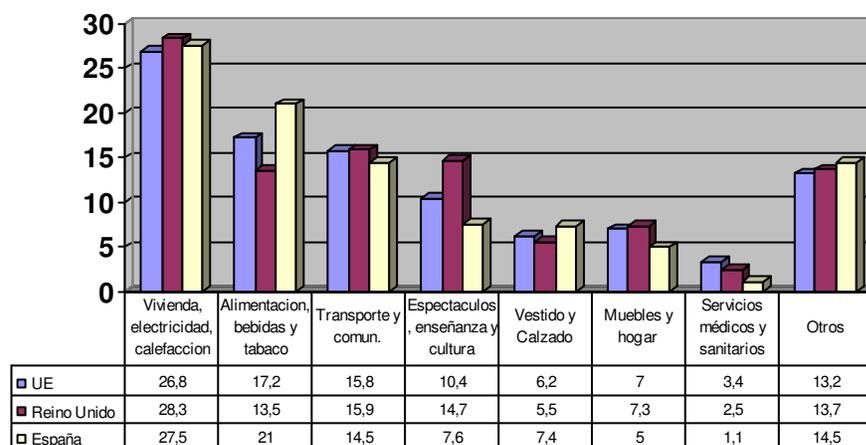
**Fuente:** Fuente: Anuario Estadístico 2002 (EUROSTAT). En Fernández de Santiago, R.V. “Estadísticas comparadas. Principales Indicadores Económicos y Sociales en España”. Informe 2003. Fundación Hogar del Empleado. Garde, Juan Antonio.(Ed.). Págs. 492-496.

En la misma línea, la proporción de gasto en los hogares puede ser un indicador de lo que cada sociedad considera prioritario. En 1999, la mayor proporción de gasto en los hogares europeos se destinó a vivienda, electricidad y calefacción (26,8%); alimentación, bebidas y tabaco (17,2%) y transporte y comunicaciones (15,8%). Tradicionalmente, la alimentación ha representado la mayor partida de los hogares pero ha sido superada en la mayoría de los casos por vivienda y transporte. No obstante, las familias españolas siguen destinando un elevado porcentaje de sus gastos en alimentación (21%) y en menor medida a otras partidas como muebles y enseres del hogar (5%), transporte y comunicaciones (14,5%) y espectáculos, enseñanza y cultura (7,6%).

En el Reino Unido, el gasto en alimentación, bebidas y tabaco (13,5%) es muy inferior a la media de la Unión y sin embargo, destaca frente a otros países en el gasto destinado a vivienda, calefacción y electricidad (28,3%), muebles y enseres del hogar

(7,3%) y especialmente, en espectáculos, enseñanza y cultura (14,7%). El mayor gasto en vivienda puede estar vinculado con el aumento en Europa de los hogares propietarios de vivienda en los últimos años (del 56% al 59% en el periodo 1990-98) aunque existen grandes diferencias entre unos países y otros y España destaca porque una gran mayoría de la población es propietaria de una vivienda (82% en 1998), lo que supone un porcentaje superior a otros países como Reino Unido (69%).

**Grafico 1.2. Gasto por hogar en la Unión Europea, España y Reino Unido (1999)**



**Fuente: Anuario Estadístico 2002 (EUROSTAT). En Fernández de Santiago, R.V. “Estadísticas comparadas. Principales Indicadores Económicos y Sociales en España”. Informe 2003. Fundación Hogar del Empleado. Garde, Juan Antonio.(Ed.). Págs.542.**

En cuanto al nivel educativo, en las últimas décadas se asiste a la mejora, especialmente en las mujeres. Además, la inversión en educación secundaria superior y universitaria representan los mayores porcentajes respecto al PIB en Bélgica y Reino Unido (superior al 3,5%) mientras que en España es de un 3%. Por otro lado, Portugal (43%), Italia (29%) y España (28%) registran porcentajes más elevados de jóvenes con baja cualificación. El acceso al mercado laboral aún es difícil para las mujeres aunque la tasa de actividad femenina ha mejorado, pasando del 49,1% en la década de los noventa al 53,8% en el año 2000. Aunque la tendencia ha sido ascendente en la mayoría de los casos, se observan grandes diferencias entre los países nórdicos (69,2%) y los del sur de Europa (41,6%). En el caso de España (40,3%) ha aumentado la tasa de actividad femenina en nueve puntos porcentuales desde la década de los noventa, aunque sigue encontrándose a gran distancia de otros países como Reino Unido (64,5%).

Además, en la Unión Europea la tasa de paro ha descendido en los últimos años, pero un 7,7% de los ciudadanos se encuentra en situación de desempleo. Este aspecto preocupa especialmente en el caso de España, que aunque ha mejorado considerablemente su situación en los últimos años (pasando del 22,7% al 13%), tiene una tasa mayor de paro que otros países como Reino Unido (del 10,5% al 5,1%). Esta podría ser una explicación de la mayor protección destinada al desempleo en España y en menor medida a otros aspectos como la familia.

Si algo distingue especialmente a los países anglosajones de los mediterráneos es la composición de sus hogares. España se caracteriza por tener el menor número de hogares unipersonales de la Unión Europea (5%), mientras que el Reino Unido (13%) supera la media europea (12%). El porcentaje de parejas de hecho (1998) es mayor a la mitad de población entre 15 y 30 años (53%) mientras que en España representa el 12%. Además, Reino Unido destaca entre los países con mayor tasa bruta de divorcio (2.7) mientras que España (0.9), junto con Italia (0.6), se encuentra entre las menores. Aunque la proporción de menores que viven con un adulto aún es pequeña, se ha duplicado prácticamente en los últimos 15 años y España (2.8) y Reino Unido (19.8) representan los dos extremos de la Unión Europea (9.7).

Además, como señalaba Iglesias (2000:768), las relaciones familiares en España tienen unas notas distintivas que las distinguen de otros países. Entre ellas, destacan porque no se circunscriben solamente a la familia nuclear sino que lo peculiar es “la estructuración de la cotidianidad en contacto con la red familiar”. Prueba de ello es que, Italia (70,7%), Grecia (64,8%) y España (60,7%) sobresalen por tener contactos familiares todos los días, frente a Reino Unido (21,9%), Países Bajos (19,2%) y Dinamarca (13,8%) donde esta práctica resulta menos frecuente<sup>33</sup>. Este aspecto es muy importante para el análisis de las políticas de drogodependencias y de todas iniciativas en

---

<sup>33</sup> M.T.Bazo y C.Maiztegui, Sociología de la Vejez, cit. por Iglesias de Ussel, J. (2000): “Familia y estructuras de solidaridad en España”. En *Las estructuras del bienestar en Europa*. Muñoz Machado, Santiago; García delgado, José Luis; González Seara, Luis (Dir.). Escuela Libre Editorial y Cívitas. Pps.761-777.

las que se precisa para lograr el éxito del paciente un gran apoyo de las estructuras de solidaridad familiar.

Para comprender de un modo global la situación en la que se encuentran los países respecto al bienestar, se han elaborado diversos indicadores y en función de los aspectos que se consideren prioritarios, el ranking varía considerablemente. Un ejemplo de ello es el índice de desarrollo humano (IDH) que elabora anualmente la ONU a partir de cuatro indicadores básicos: esperanza de vida, proporción de adultos analfabetos, tasa de escolarización y PIB real per. Cápita. Según este indicador, España se situaba en el año 2000 en las últimas posiciones, seguido por Grecia y Portugal mientras que el Reino Unido se encontraba en la sexta posición. Este resultado se debe a que aunque España ocupaba la cuarta posición en cuanto a la esperanza de vida, obtenía peores resultados en el índice de escolaridad y especialmente en el índice de riqueza o PIB real per. Cápita.

Sin embargo, aunque la renta media en España es menor a otros países, la tasa de riesgo de pobreza, medida como el porcentaje de población con ingresos inferiores al 60% de la media del país, resulta similar a la media europea (25 y 26 respectivamente). Este resultado contrasta con el Reino Unido donde el riesgo de pobreza es del 33% y resulta especialmente llamativo el elevado porcentaje de población mayor de 65 años que se encuentra en esta situación (40% frente al 14% de España). El índice de pobreza humana es menor en España a Reino Unido, porque aunque la tasa de paro es superior en el primer caso, existe un elevado porcentaje de población británica (13,4%) por debajo del límite de la pobreza, con mayores desigualdades sociales.

Este resultado nos recuerda a Tocqueville, cuando en su análisis de la democracia en América, se vio sorprendido al estudiar la sociedad inglesa y observar que, *los países que parecen más miserables para el viajero son aquellos que cuentan con menos indigentes y los más admirados por su opulencia son los que tiene mayor porcentaje de población obligada a vivir de socorros ajenos, públicos y privados. En Inglaterra, el país más rico de Europa, la sexta parte de la población vivía de la caridad pública.* Para este autor, la explicación deriva de los mayores peligros de las sociedades industriales: a

medida que avance la población, se verá crecer el bienestar de la mayoría pero, al mismo tiempo, aumentará el número de personas que tengan necesidad de recurrir al socorro y apoyo de sus conciudadanos (González Seara, 2000:31-129). Puede que de aquí derive la mayor preocupación actual del gobierno británico por solventar el problema de la exclusión social.

**Tabla 1.6. Otros Indicadores sociales en la Unión Europea, Reino Unido y España (1998-2001)**

TEMAS	INDICADORES	Unión Europea	España	Reino Unido
VIVIENDA	% población propietaria vivienda (1998)	59%	82%	69%
EDUCACION	% PIB educación secundaria superior y universitaria	2.9%	3%	3.6%%
EMPLEO	Tasa de actividad femenina (2000)	Aumenta 53.8%	Aumenta 40.3%	Aumenta 64.5%
	Porcentaje de desempleados	Desciende 7.7%	Desciende 13%	Desciende 5,1%
FAMILIA	% hogares unipersonales	Aumentan 12%	Aumentan 5%	Aumentan 13%
	% parejas de hecho de 15 a 30 años (1998)	Aumentan 33%	Aumenta 12%	Aumenta 53%
	% menores que residen con un adulto	Aumenta 9,7%	Aumenta 2,8%	Aumenta 19,8%
	Tasa bruta de divorcio	1,8	Aumenta 0,9	Aumenta 2,7
DESARROLLO HUMANO	IDH (2000)		0.913 (posición 13)	0.928 (posición 6)
POBREZA	Tasa de riesgo de pobreza	25%	26%	33%

Fuente: elaboración propia a partir de OECD indicators (2002), EUROSTAT, Human Development Report 2002 United Nations. En Fernández de Santiago, R.V. “Estadísticas comparadas. Principales Indicadores Económicos y Sociales en España”. Informe 2003. Fundación Hogar del Empleado. Garde, Juan Antonio.(Ed.). Págs.489-557.

Por último, si se utiliza el índice de Lagares (1988:158 y ss.) y se compara España con Alemania, Italia, Francia y Gran Bretaña en el indicador norma comunitaria (el valor que tomaría el gasto público por habitante si coinciden con el nivel de renta y otras variables geográficas y demográficas), resulta que los niveles de cobertura en este país en los años ochenta eran muy parecidos al resto. La cobertura era superior en servicios generales (aparato burocrático y administrativo público) y en servicios económicos (intervención del Estado en el mercado), siendo inferiores en las funciones típicas del

bienestar: defensa, enseñanza y cultura, vivienda y urbanismo, otros servicios colectivos y sociales y sanidad.

A modo de conclusión, Montoro (2000:175-176) señala que el retraso en el Estado del bienestar español se debería de explicar porque el gasto público ha soportado un gran entramado burocrático y se ha dirigido en exceso a intervenciones en el mercado, dejando a un lado las funciones propias del bienestar. Para este autor, en los ochenta aún faltaba el tema que hoy nos parece fundamental: la época de las grandes cifras ha pasado a la historia y desde finales de los noventa, se empieza a entender la importancia de analizar la calidad y la adecuación del servicio al interesado, por encima del estudio del incremento del gasto.

### **1.3.2. Un nuevo modelo de gestión pública: planificación, implementación y evaluación de las políticas de bienestar social.**

#### **La planificación de las políticas de bienestar social**

Como se ha señalado anteriormente, en el contexto de la sociedad de consumo, el aumento de las necesidades y de los temas de política social, el cambio de valores, el incremento del gasto público y del déficit entre otros, han dado lugar a la reforma del sector público, afectando a dos dimensiones fundamentales. En primer lugar, a la devolución de responsabilidad por parte del Estado a la ciudadanía y en este contexto, la gestión local ha adquirido un creciente protagonismo, entendida como marco de cercanía e interacción con los ciudadanos. En segundo término, a una nueva forma de gestión estratégica, basada en el modo en que se proporciona el liderazgo central y la dirección de la organización (Clarke, 1995:3).

Las principales recomendaciones de la Nueva Gestión Pública (NGP) implican la reducción del tamaño del sector público. En segundo lugar, la descentralización de las organizaciones, acercándolas al ciudadano. Junto con ello, en tercer lugar, la eliminación de los excesivos escalones jerárquicos. Como cuarta recomendación, la creación de

agencias más pequeñas y adaptadas al entorno. En último término, se propugnan otros aspectos, algunos de los cuales se presentan más difíciles de implantar. Entre ellos, la introducción de la competencia en el sector público, el desmantelamiento de la estructura estatutaria en los recursos humanos, la orientación al cliente en el modo de trabajo, la evaluación y la implantación de una nueva cultura en los empleados públicos (Olías, 2001:12-20).

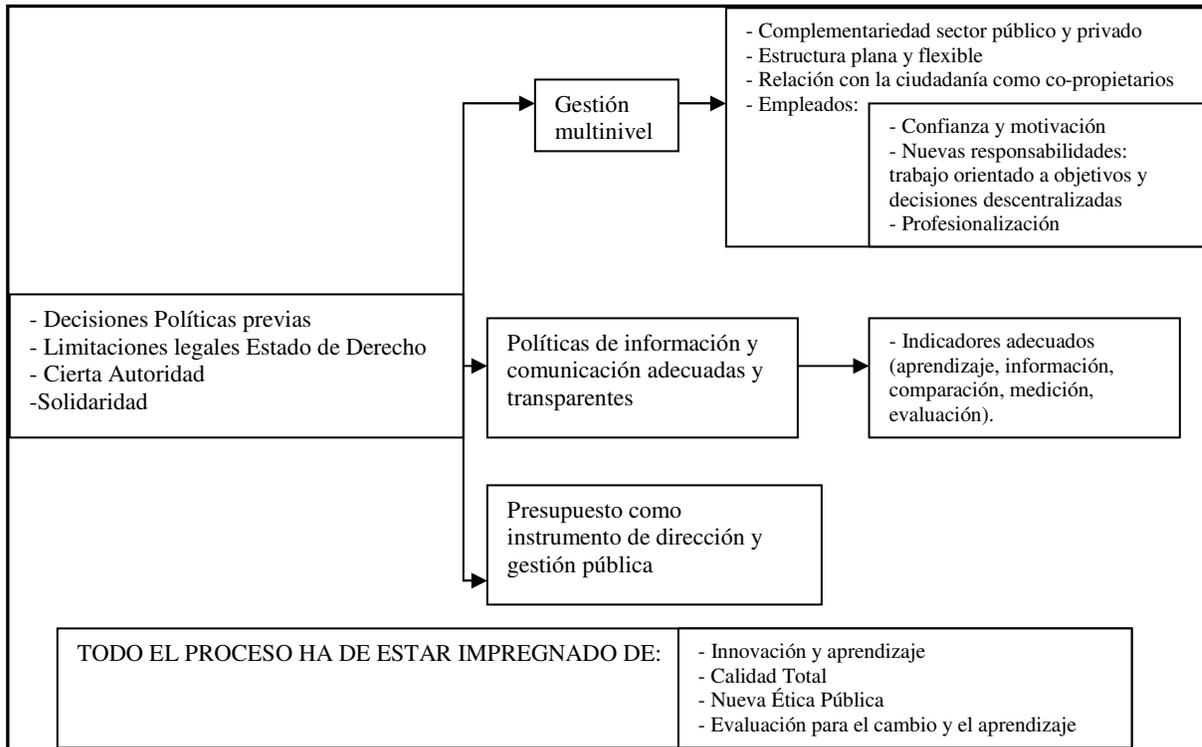
Uno de los análisis más relevantes de la gestión de los servicios públicos lo proporciona Pollit (1990). Según este autor, se pueden distinguir dos tipos de gestión, por un lado, el “Neo-Taylorismo” que persigue la eficiencia, por medio de las tres E (economía, eficiencia y eficacia) y por otra parte, el modelo de “nueva gestión” (“new managerialism”) definido a veces como “Excellence School” o “new wave management”, que hace hincapié en el valor de las personas para producir “calidad” y luchar por la excelencia, siendo entendida cercana al consumidor (o cliente) y a los procesos de innovación. Este último modelo, desarrollado en EEUU, ha supuesto la implantación de un conjunto de transformaciones internas y externas de la organización para dotarla de dinamismo frente a los modelos tradicionales burocráticos. En palabras de Sulbrandt (1997:263-292), “las nuevas políticas persiguen hoy metas de eficiencia, efectividad, equidad y autosustentabilidad, para lo que han desarrollado programas participativos, descentralizados, intergubernamentales e interorganizacionales en los que trabajan conjuntamente el Estado y la sociedad civil.”

Al igual que estos autores, Olías (2001:XIII), se refiere a la transformación histórica experimentada por la Nueva Gestión Pública. En su opinión, la euforia inicial del gerencialismo en los años sesenta, tuvo en un principio un menor impacto en la Administración, al olvidar las características políticas y su carácter público. En los últimos años, se ha adaptado y ha dado paso a soluciones que combinan al Estado y al mercado en la gestión. Entre otros aspectos, se rescatan del olvido los valores esenciales del espíritu público bajo la premisa de una necesaria garantía de contar con proveedores del servicio que actúen con honestidad.

No obstante, ante los cambios descritos, ha surgido el concepto de *governabilidad*, como una visión distinta del gobierno orientada en función de la sociedad civil y de la ciudadanía, que utiliza la negociación, pacto o consenso antes que la jerarquía. Como señala Canales (2002), algunas de las características que se le atribuyen al modelo son: una nueva forma de actuación en la que, además del cumplimiento de los fines, se hace hincapié en la coordinación, interrelación y complementariedad entre los distintos actores y subsistemas sociales. Implica la utilización de un conjunto de indicadores de comparación, teniendo en cuenta la transparencia y la responsabilidad en la gestión pública. La gobernabilidad viene a complementar, superar y reorientar la gestión pública tras la experiencia de la “Nueva Gestión Pública”, que para Subirats, aunque logró superar el modelo weberiano, hizo excesivo énfasis en la gestión y en los costes, dejando a un lado el papel del ciudadano que, además de opinar, participa, decide y controla.

Además, de las conclusiones extraídas por Canales (2001:45-46), se desprende que, a diferencia de las visiones anteriores, bajo los presupuestos de la Gobernabilidad, la gestión pública parte de las condiciones propias de la Administración, a saber, de decisiones políticas previas, las limitaciones del Estado de Derecho, cierta autoridad y el principio de solidaridad. Además, se considera fundamental la gestión en red, las políticas de información y comunicación y un nuevo modo de entender el presupuesto, lejos de la exclusiva rendición de cuentas. Por último, la calidad total; la innovación y el aprendizaje; la nueva ética pública y el aprendizaje, ya no se ciñen exclusivamente a unos sectores específicos sino que impregnan todo el proceso (Ver Gráfico 1.3).

**Gráfico 1.3: Retos de la Gestión Pública dentro de la Gobernabilidad**



Fuente: elaboración propia a partir de las conclusiones de Canales (2001:45-46)

Siguiendo con los cambios fundamentales experimentados por la administración pública, junto con el tradicional concepto de *policy*, como “red de decisiones y actuaciones encargadas de la dirección, coherencia y continuidad de las políticas” hoy cobra importancia la *gestión estratégica*, concepto que surge en la década de los 80, pero se comienza a aplicar una década más tarde para referirse a la nueva gestión pública en una economía global y desregularizada (Greer, A.; Hogget, P.,1999:235-256). Sin embargo, el concepto de estrategia adquiere en la Administración Pública un significado distinto al de *respuesta a la competitividad* en las empresas y se entiende como un conjunto de acuerdos explícitos que expresan las preferencias surgidas del debate entre los actores de estas administraciones (Gomá, R.; Subirats, J., 1998: 29-32).

En este contexto, han adquirido relevancia los conceptos de planificación, diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas (Arenilla, 2000: 37-68). Tales aspectos forman parte del proceso de las políticas públicas, entendido como un conjunto de fases ligadas en una cadena de medios-fines y que se retroalimenta influyendo en los

cambios posteriores. En líneas generales, se inicia con la formulación de la decisión y posteriormente se asignan los recursos y algunas órdenes para poder ejecutarla, lo que se conoce como implementación. Una vez concluida esta fase, se ejecutan las actividades programadas y finalmente, se realiza la evaluación o la comprobación de la eficacia y eficiencia de la decisión. No obstante, como se verá en el apartado metodológico, es recomendable que la evaluación aparezca a lo largo de todo el ciclo para detectar las posibles debilidades durante el proceso.

La planificación aparece vinculada con la estrategia política, entendida como “un intento de influir en el futuro por los cambios en la organización y su medio, estableciendo objetivos y desarrollando estrategias para la consecución de estas metas” (Capon et al. 1987). Concretamente, la planificación racional supone un esfuerzo por la explicación rigurosa y sistemática, utilizando medios científicos que ayuden a resolver los problemas planteados. En la misma línea, Arenilla (2000:47), distingue la *decisión estratégica*, que ofrece respuestas racionales al problema del mejor empleo de los recursos y está conectada con la planificación o programación, de la decisión táctica o *administrativa-discrecional*, asociada con la configuración jerárquica de la organización y dirigida a solucionar los problemas de control y coordinación y de la *operativa*, realizada una vez que se dispone de la información y se han asumido las decisiones (ver Tabla 1.4). Para este autor, la programación o planificación supone la definición de un marco de actuación, teniendo en cuenta los medios y la situación de partida, con el objetivo de *establecer una declaración de intenciones políticas que definan el marco de las futuras políticas*.

**Tabla 1.7: Tipos de decisión, objetivos y soluciones**

TIPOS DE DECISIÓN	OBJETIVO	SOLUCIÓN
ESTRATÉGICA	PLANIFICACIÓN	RACIONAL
TÁCTICA	CONTROL Y COORDINACIÓN	JERÁRQUICA
OPERATIVA	EJECUTIVO	CONCRETA LA DECISIÓN

**Fuente:** Arenilla, Manuel (2000): “Planificación y Políticas Públicas”. En Trinidad, Antonio (coord): *Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas*. Ministerio de Administraciones Públicas. Madrid. Pps. 37-68.

Por otra parte, en el momento de planificar, hay que tener en cuenta una serie de dimensiones. Entre ellas, es preciso observar la formalidad o plasmación de los objetivos y estrategias en un documento escrito (plan); la definición del ciclo completo, incluyendo los resultados esperados, el pronóstico de los acontecimientos externos y organizaciones, la generación de estrategias alternativas y la evaluación y el control de los resultados. Además, hay que tener en cuenta la disponibilidad de recursos en cada estadio; la calidad, medida con estándares e indicadores de resultados debidamente validados; la comprehensividad o inclusión de todas las funciones de la organización en el plan y el compromiso de todo el personal (Hopkins and Hopkins, 1997). Por último, la implementación, o el modo en el que el plan es realmente puesto en práctica y la flexibilidad, entendida como la revisión regular del plan y la adaptación a las nuevas circunstancias (Boyne, G., 2001:73-88).

Es cierto que se pueden encontrar algunos argumentos en contra de la planificación racional, que aluden a la existencia de problemas técnicos y dificultades políticas. Para Offe (1990: 29,38,68-69), la planificación provoca sistemáticamente dificultades imprevistas, “atolladeros”, revocaciones de planes y desafíos a su eficacia y legitimidad, fruto de las constantes presiones en las fuerzas sociales y políticas. Para alcanzar la racionalidad administrativa, es fundamental la distancia del sistema político administrativo con su medio (independencia) y la diferenciación interna que evite interferencias. También es fundamental asegurar la coordinación entre centro y departamentos, tener la información sobre los procesos que acontecen en el medio y garantizar la capacidad de previsión, con un alcance congruente con el horizonte planificador.

A este respecto, Offe se muestra pesimista y sugiere que “la expansión sustantiva, temporal y social de la acción administrativa se ve acompañada por una irracionalización interna de la estructura organizativa de la administración estatal”. Además, estos límites se ven recortados por la falta de coordinación entre las burocracias estatales y la eficacia de las políticas del bienestar social va dependiendo cada vez más de compromisos

informales entre planificadores estatales y elites de grupos sociales de interés. No obstante, son muchos los que rebaten esta postura (Boyne, G., 2001:73-88), con la creencia de que este modelo de planificación proporciona resultados positivos a la organización, clarificando objetivos, enmarcando la provisión de recursos en función de los propósitos, comunicando los objetivos a todo el personal implicado, anticipándose a cambios internos y externos, basando las decisiones en un conocimiento y elección entre otras estrategias alternativas y por último, contribuyendo a la integración de nuevas actividades en la organización.

### **La puesta en práctica de las acciones planificadas**

Además, en el análisis de una política social determinada resulta fundamental conocer cuál ha sido su implementación o puesta en marcha puesto que, hasta ese momento solo se han formulado intenciones. Para esclarecer este concepto, Hill realiza una comparación con la construcción de una vivienda, entendiendo que “el proceso de toma de decisiones es como el diseño del edificio que realiza el arquitecto para un ocupante determinado; la implementación afecta al diseño de la política bastante temprano y continuarán influyendo algunos detalles después de su puesta en marcha, igual que ocurre con las modificaciones que se hacen en una vivienda después de ocuparla”. Muchas iniciativas nuevas se basan en el reconocimiento de que las antiguas medidas ya no satisfacen los objetivos iniciales, como consecuencia de un cambio en la situación social, que en el caso de este estudio, es la situación del consumo de drogas. Junto con ello, para comprender la ineficacia de las políticas hay que preguntarse cuál ha sido su puesta en práctica y quiénes se han encargado de ella. Además, es importante prestar atención a aquellos que reciben la política social, lo que se describe como “impacto” más que como implementación.

Junto con estos aspectos, para Hill (1993: 75-82) resulta básico el diseño adecuado de los objetivos y metas, lo que afectará a su puesta en práctica y evitará problemas como la falta de claridad en la finalidad de la política; la ausencia de grupos prioritarios y de medios presupuestarios, humanos y materiales acordes con los objetivos;

el desconocimiento de la autoridad responsable de su puesta en marcha y finalmente, la adopción de procedimientos administrativos paralelos que afecten al impacto de la política. Pese a ello, es importante reconocer la dificultad que entraña especificar los objetivos en términos del futuro impacto que tendrán. Gomá y Subirats (1998:29-32) han participado de este debate, entendiendo que, las organizaciones públicas no acostumbran a tener claramente definidos sus objetivos, en ocasiones por la dificultad y conflicto que entraña la formulación de las líneas de actuación. Para estos autores, es preciso incorporar el análisis del conflicto político en la gestión pública como una *conexión necesaria*.

Otro aspecto clave en el éxito de la implementación, supone tener en cuenta la participación de diversos actores en este proceso, lo que dificulta la coordinación entre otras cuestiones. Debido a que las políticas públicas tienen como función convertir la variedad de intereses particulares en intereses colectivos, surge el problema de asegurar su presencia en la puesta en práctica de los mismos y esto resulta más difícil cuando se trata de políticas multisectoriales, como es el caso de las drogodependencias, que exigen un mayor esfuerzo para implicar a la variedad de intereses. Entre ellos, es necesario armonizar los intereses corporativos, demandados por los grupos de presión, sin anular el funcionamiento de las instituciones democráticas.

En definitiva, las políticas públicas deben incluir a la Administración del Estado y a la ciudadanía, lo que ha motivado la formación de un tipo de participación ciudadana organizada que interviene en su formulación y puesta en marcha, con una forma más democrática de gestión. En todos estos casos, se han buscado fórmulas que integran a los diferentes colectivos en la toma de decisiones y en la puesta en práctica de los programas y actividades, participando por ejemplo, en las instancias asesoras del Ejecutivo a niveles nacionales (Varas, 1997).

Por otro lado, la participación de la ciudadanía ha dado lugar a la descentralización, otorgando a los gobiernos locales y regionales mayor autonomía en la toma de decisiones y en la asignación de recursos. El análisis del grado de repercusión de

este aspecto, depende de las relaciones entre el “centro” (toma de decisiones) y la “periferia” (ejecución) y la distancia entre ambos. El modelo más simple es aquel en el que el centro y la periferia pertenecen a la misma organización, mientras que el más complejo es aquel que depende de la cooperación entre organizaciones autónomas y donde la responsabilidad es delegada a muchas organizaciones separadas territorialmente que deben de coordinar sus acciones, como es el caso de España. Además, en ocasiones, cuando la dificultad de poner en práctica una actuación ha generado la creación de un nuevo servicio, el problema surge con la comunicación entre ambos y el solapamiento de funciones.

En la misma línea, descendiendo desde la toma de decisiones a la ejecución de las actuaciones, resulta primordial conocer el contexto en el que se desarrollan las políticas, interpretadas en relación con las necesidades sociales del público, organizado o no, y las organizaciones afectadas por tales políticas. En el primer caso, en cuanto al contexto y la población, durante décadas, la desertización de las zonas rurales y la aparición de Zonas Urbanas Desfavorecidas (ZUD), ha motivado que muchos países hayan iniciado acciones específicas de actuación. El Consejo de Europa también ha sido consciente de esta situación, elaborando el informe *Los servicios de proximidad en las zonas urbanas desfavorecidas y en las zonas con baja densidad de población (2001)*. Algunas de las conclusiones del informe han sido: en las ZUD, la posición privilegiada de los gobiernos locales en el acercamiento de los servicios al ciudadano, aunque sin sustituir las responsabilidades del resto de Administraciones; la necesidad de emplear una perspectiva global e integrada. Este aspecto exige situar al usuario en el centro de las preocupaciones, interconectar los servicios como respuesta a la interconexión de las necesidades y establecer relaciones fluidas entre todas las administraciones afectadas y entre el sector público y privado.

Por otro lado, la *proximidad*, ha de ser superada por la *accesibilidad*, que incluye la consideración simultánea de los factores de tiempo, coste, simplicidad y relacional y la atención a los casos especiales. Además, la *flexibilidad* en la acción pública se considera fundamental para la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Finalmente, se

constata la necesidad de evaluación, intentando utilizar distintas instituciones e indicadores en este proceso. En cuanto a las zonas con baja densidad de población, aunque los servicios no son siempre de mala calidad, sí son más limitados por lo que resulta fundamental la cooperación entre los servicios públicos y la implicación de la población. Además, el informe destaca la necesidad de crear servicios a medida, tales como las ventanillas únicas, los servicios a tiempo parcial, itinerantes y otros específicos. En último término, en este terreno también se constata la necesidad de aplicar unos sistemas adecuados de evaluación.

En segundo lugar, respecto a los actores y organizaciones que participan en la intervención, se encuentran, los profesionales de servicios sociales y asistenciales y, junto con ellos, la familia, los vecinos y allegados que también juegan un importante papel. Cualquiera de estos ingredientes actúa sobre el resto en el día a día de la puesta en marcha de cualquier política en un Estado que se ocupa de la gestión y de las relaciones con los otros elementos (Hill,1993:92-94).

Respecto al primer colectivo, la implicación de los profesionales es primordial y para Etzioni (1961) el cumplimiento con sus organizaciones descansa en compromisos “normativos” aunque, la eficacia de sus actuaciones, dependerá también de su formación y experiencia y de la autonomía de la que dispongan para desempeñar su labor. Este último aspecto no siempre resulta “cómodo”, puesto que hay un gran número de situaciones en las que se espera que los profesionales tomen decisiones, algunas cara a cara con el cliente, cuya resolución en ocasiones afecta al plano moral (ejemplo: aborto, dispensación de heroína) o disponen de pocos recursos (materiales, humanos, tiempo, conocimientos, etc.) para enfrentarse de forma adecuada. Otra complicación añadida esta relacionada con las políticas multisectoriales y se produce cuando el éxito de la acción implica la coordinación y comunicación de dos o más grupos de profesionales, en ocasiones con rivalidades y diferentes culturas de la organización.

Junto con los profesionales, la comunidad, familia y amigos, desempeñan un papel fundamental y una política con objetivos controvertidos o impopulares podría encontrar dificultades en la adquisición de la legitimidad precisa para el desempeño de sus actividades. Un ejemplo de ello se observa cuando la instalación de algunos recursos, como centros de dispensación de metadona en un barrio, se enfrenta con la oposición de los vecinos. La solución a esta tensión generada por la existencia de valores en conflicto y la posición entre la autoridad y las expectativas del público, en ocasiones se encuentra en lo que Etzioni llama recompensas “utilitarias” y “normativas”, por ejemplo, la prohibición de hacer botellón en algunas zonas. En este nivel, como afirma Hill (1993:89-91), la motivación es una importante cuestión para lograr la implementación. En ambos casos, se observa la asociación de los valores con las políticas públicas, que sirven en la sociedad actual para la formación de identidades colectivas (Varas:1997).

Además de ello, la sociedad civil, expresada a través de las organizaciones, la comunidad, la familia, los amigos, el colegio, etc. tiene un papel fundamental en el éxito de las medidas emprendidas, entendido como una “labor de todos” en la que cada actor ha de desempeñar su propio rol. El surgimiento de los partidos atrapa todo (*catch-all*), ha provocado la disminución en la confianza popular en los partidos políticos y el crecimiento de movimientos sociales autónomos, dirigidos a abordar problemas y asuntos marginales o excluidos de los medios informativos (Offe, 1990:38). Este aspecto, queda expresado en todas las áreas de las drogodependencias, desde la prevención, lo que se muestra en la última campaña de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) “La educación lo es todo” como en la intervención asistencial, cuando los profesionales afirman que sin el apoyo de las redes sociales no es posible el éxito en el proceso terapéutico o en la reinserción social, en la que es necesario contar con empresas que “crean” y “colaboren” en esta etapa.

## **La evaluación de las políticas de bienestar social**

El cambio impulsado en la gestión, obliga a los encargados a realizar un enorme esfuerzo de diseño, programación y flexibilidad durante la implementación (Sulbrandt, 1997:263-292). Ante esta nueva situación, la evaluación cobra una enorme importancia como herramienta para conocer la planificación, el proceso y los resultados de las “políticas basadas en la evidencia”. En la actualidad, esta herramienta adquiere un papel fundamental, por un lado, proporcionando información acerca del rendimiento bajo la premisa de la responsabilidad y el “control a través de resultados” y por otra parte, como evidencia de la puesta en marcha de las actuaciones y la mejora, proporcionando un conocimiento de los resultados e impactos alcanzados, con la finalidad de mostrar a los ciudadanos transparencia en las actuaciones emprendidas e implicarles nuevamente en el proceso. La evaluación, como se ha señalado anteriormente completa el ciclo y permite la retroalimentación para mejorar la política (Parsons, 1995). Se entiende estrechamente vinculada al proceso democrático y a la mejora de la comunicación con los ciudadanos (Quinn, 2002: 125-139).

Como señala Canales (2002:191), la evaluación es un tema actual y necesario, pero a la vez equívoco y difícil. Se trata de un análisis, que implica una medición rigurosa y una valoración posterior. Puede ser lo más completo posible o tener una amplitud variable, utilizar datos, indicadores, así como efectos e impactos sociales, combinando la metodología cualitativa con la cuantitativa. En todo caso, independientemente del tipo de evaluación seleccionada (interna o externa, ex ante, concomitante o ex post; comparativa, analítica o dinámica; de efectos, procedimientos, prácticas o actores sociales; endoformativa o dirigida a los protagonistas y recapitulativa o dirigida a terceros, etc) es recomendable tener en cuenta el mayor número de informaciones, informes y propuestas procedentes de diferentes medios.

Además, la evaluación ya no se dirige solamente a los programas realizados por las Administraciones Públicas sino que, la creciente presencia de la sociedad civil en la política social hace que se considere fundamental la evaluación de las organizaciones

responsables de estos servicios y el seguimiento de todas las acciones realizadas, desde el diseño y planificación a la coordinación con el resto de implicados, los problemas encontrados en el proceso, los resultados obtenidos, la percepción de los usuarios de los servicios y profesionales y finalmente, las consecuencias no esperadas de la acción. Esta situación ha sido expresada por Rodhes (1996:652-67) como *la nueva gobernanza: gobernando sin gobierno*.

En este sentido, aún queda mucho por hacer en las organizaciones no gubernamentales puesto que hay muy pocas evaluaciones externas (Proyecto Hombre o Cruz Roja que es mixta), y es precisa la formación, recursos económicos para realizar evaluaciones externas, mayor coordinación, entre otros problemas. Es importante entender que la evaluación no solo sirve para rendir cuentas a las Administraciones sino *como instrumento para mejorar la calidad y el profesionalismo de un equipo de trabajo frente a un proyecto determinado*.<sup>34</sup>

La importancia adquirida por este proceso requiere un buen entendimiento de qué objetivos se persiguen con ella. Siguiendo a Sanderson (2002), desde la perspectiva de la racionalidad instrumental se pretenden alcanzar resultados económicos y sociales “racionalmente” con una metodología apolítica y científica. Esta visión, deriva en la utilización de metodologías cuantitativas, empíricamente testadas y validadas y se materializa en la preocupación por obtener información, con indicadores de resultados objetivos y organismos encargados de ello. Este modo de entender la evaluación, iría encaminado a promover la responsabilidad (accountability), en términos de resultados y demostrando de esta forma si el gobierno trabaja eficazmente.

Sin embargo, la posición constructivista o interpretativa entiende que el conocimiento del mundo social se construye cultural y socialmente y además es históricamente contingente. La noción de conocimiento y su papel en la “policy making” es más complejo y precisa utilizar algo más que los métodos cuantitativos. La evaluación y las ciencias sociales desde esta perspectiva son vistas más por su utilidad conceptual

---

<sup>34</sup> Mesa redonda “Métodos de evaluación de proyectos”. Grasa, Rafael; Gambara, Hilda; Manovel, M<sup>a</sup> Jesús (2001). En *Curso de Periodismo Solidario*. El País. Madrid.

que por la instrumental, lo que supone una metodología cualitativa. Se persigue con la evaluación la mejora a través de programas y políticas más eficaces que muestren cómo se trabaja en diferentes contextos, conociendo de este modo cómo la intervención cambia en los sistemas sociales.

Por este motivo, la “policy making” y la evaluación tienen que ser concebidas como ejemplo de “razón práctica” más que como un ejercicio simplemente técnico y si la evaluación es capaz de mostrar su potencial para proporcionar aprendizaje de la política, debe ser integrada en el discurso, capaz de apoyar la “voz evidencial” y ayudar a los responsables en el dominio en el que están trabajando (Weiss, 1995)<sup>35</sup>. Como señala Ballart (1993:27), *en el análisis de las políticas públicas, la evaluación surge como una técnica que sirve a las Administraciones Públicas para mejorar los procesos de planificación y decisión; el funcionamiento y gestión de las operaciones diarias y, los resultados finales de la Administración en relación con los recursos invertidos y por tanto, su eficacia y eficiencia*<sup>36</sup>. Significa que esta herramienta ha de ser vista como resultado de tres elementos: la identificación de los efectos y consecuencias de la política de intervención; el entendimiento de cómo han sido causados y finalmente, la valoración, nuevamente, de la intervención, esta vez en relación con otros marco alternativos (Sandersons, I., 2000:433-454).

Ante esta situación, la comparación de políticas vuelve a adquirir protagonismo como mecanismo de evaluación, con el interés de analizar similitudes y diferencias en una determinada política entre uno o varios Estados, regiones o Comunidades Autónomas; entre diferentes políticas en el mismo Estado o incluso, en el modo de actuación de la Administración Pública en comparación con otras instituciones privadas, como las organizaciones no gubernamentales. En este estudio, se intenta evaluar la política de drogodependencias en España, mediante la comparación externa, con Reino

---

<sup>35</sup> En Sandersons, Ian (2002): “Evidence-based policy making”. *Public Administration*. Vol.80. No 1, 2002 (1-22).

<sup>36</sup> Además, este autor realiza un recorrido histórico de la evaluación en la Administración Pública, distinguiendo entre la tradición americana y europea. Explica, así mismo, la tardía implantación de la evaluación en España. Además, describe diferentes procedimientos de evaluación, sus ventajas e inconvenientes. Finalmente, presenta algunos estudios de casos.

Unido y en segundo lugar, entre las diferentes Administraciones Autonómicas, teniendo presente todas las características mencionadas a lo largo de este capítulo y su relación con la iniciativa privada. Conociendo en qué consiste la política social y cómo ha evolucionado en las últimas décadas, en relación con el cambio social y las propias características de cada país, es posible que comprendamos la naturaleza de la política en drogodependencias.

En segundo lugar, la descripción de un nuevo modelo de gestión pública y sus parámetros fundamentales, nos permitirá analizar y evaluar la situación de los planes autonómicos sobre drogodependencias y comparar los diferentes modos de actuación. Las acciones a estudiar se enmarcan en estrategias generales de racionalización política y administrativa, entre las que se encuentran la prevención, que supone el interés en el arreglo de pretensiones y funciones que ahorre costos en el punto inicial del problema; los programas finales, que se entienden por la eficacia percibida de la intervención para lograr los resultados específicos; la asistencia institucionalizada, cuando la planificación opera a través de relaciones de escolarización, cuidados, atención, cura, etc. Entre otros aspectos, se encuentra el problema de equilibrar las exigencias institucionalizadas y los medios financieros e instituciones para satisfacerlas (Offe,1990). Como se verá en el siguiente apartado metodológico, este análisis se centra en la estrategia de intervención asistencial y el procedimiento utilizado y los objetivos perseguidos, se especifican detalladamente.

## **OBJETO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **1. APROXIMACIÓN AL OBJETO**

Antes de emprender el análisis de la política de drogodependencias hay que tener presente su realidad estructural y esclarecer algunos conceptos necesarios para iniciar este objeto de estudio. En el capítulo anterior se ha aludido a las transformaciones experimentadas en la gestión de la administración pública, donde los conceptos de estrategia, planificación, diseño y evaluación han adquirido una importancia creciente y este fenómeno también se ha percibido en las actuaciones en materia de drogodependencias.

En ocasiones, el análisis de una realidad concreta conlleva la percepción de que el modo de actuación es la única posibilidad de organización y funcionamiento existente o por el contrario la crítica permanente al sistema propio pensando que en otros países se organizan mejor. Por estas y otras razones, se ha considerado fundamental conocer la organización y planificación de la política de drogodependencias en el Reino Unido, observando las características comunes y las diferencias con la realidad española.

El estudio “Strategies and Coordination in the field of drugs in the European Union”, ha supuesto una comparación de los planes europeos sobre drogas mediante el análisis documental y las entrevistas a los responsables. Esta investigación muestra la

dificultad de establecer algunos conceptos comunes en la esfera internacional y aplicado a las drogodependencias, concluye que la Política Nacional sobre Drogas (National drug policy) incluiría la filosofía global, principios, actores, acciones e iniciativas en el campo de las drogas. No implica necesariamente su formalización en documento escrito. Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas, se referiría al conjunto de instrumentos y mecanismos orientados a la consecución de los principios de la política en drogas a través de objetivos. Esta estrategia tampoco tiene que aparecer en documento escrito aunque, en los últimos años, ha crecido la tendencia a codificar en documentos oficiales los principios adoptados por el gobierno y en algunos casos, por los Parlamentos nacionales.

En último término, el Plan de Acción Nacional sobre Drogas sería el paso siguiente a la estrategia. Se refiere a un instrumento (como documento) orientado a la implementación de los principios de la estrategia, en el cual los objetivos, indicadores, recursos, responsabilidades son detallados e identificados para lograrse en un periodo de tiempo establecido. Además, estos autores señalan por las entrevistas realizadas a los responsables europeos en materia de drogas, que existe un desfase entre estos documentos y la realidad puesto que no siempre, el que un país no disponga de un documento escrito implica necesariamente que no tenga una estrategia. No obstante, la existencia de una unidad encargada de las drogodependencias implica cierta preocupación gubernamental por esta problemática (EMCDDA, 2002:13).

Durante la década 1987-1997 se crearon solamente 4 estrategias en el entorno europeo y desde esa fecha se han elaborado más de 25 documentos de esta naturaleza. En 1985 surgió el Plan Nacional sobre Drogas (P.N.S.D.) como iniciativa gubernamental destinada a coordinar las políticas que, en materia de drogas, se llevaban a cabo entre las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España. Tras el análisis de la situación de las drogodependencias, se establecieron unos objetivos prioritarios concretados en líneas de actuación. Los mecanismos de intervención programados pueden intentar actuar sobre la demanda de drogas o sobre la oferta de las mismas y en la misma línea, pueden referirse a drogas ilegales, legales o a los dos tipos de sustancias.

Posteriormente y paralelamente al desarrollo de nuevas estrategias en el panorama europeo, el Decreto 1911/1999 de 17 de diciembre aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 con la finalidad de “actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en España en el periodo de tiempo establecido y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y las Organizaciones no Gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias”. Del mismo modo, en Reino Unido, se aprobó la estrategia sobre drogas “Tackling Drugs to Built a Better Britain 1998-2008” y anualmente se revisa y adapta la misma tras las evaluaciones realizadas.

Las estrategias nacionales cuentan con su propia estructura, objetivos, programación, etc. pero la investigación del Observatorio Europeo distingue algunos rasgos comunes entre los que cabe mencionar la definición de la situación; los principales elementos o áreas de intervención: prevención, tratamiento, cooperación internacional, control de la oferta, etc.; los objetivos principales y en el caso de España, Portugal, Reino Unido e Irlanda, metas o indicadores de consecución de cada uno de esos objetivos en un periodo determinado; la duración de la estrategia (10 años en Reino Unido y España); las agencias responsables de su puesta en práctica y los recursos necesarios; la evaluación y por último, los aspectos regionales.

La Estrategia española revisa la situación del consumo de drogas y los principales logros alcanzados en los últimos años. Posteriormente, se definen los objetivos generales de intervención y las áreas específicas. Estas áreas se han agrupado en tres niveles básicos estratégicos: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional. La reducción de la demanda, a su vez, incluye como áreas de intervención la prevención de los consumos y sus consecuencias, como línea de actuación prioritaria; la reducción de aquellos daños que no hayan podido ser evitables y la asistencia e integración social del drogodependiente y terceros afectados por medio de un sistema que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimite las funciones de cada uno de ellos.

Por su parte, la reducción de la oferta, encamina sus actuaciones a la lucha contra el tráfico de drogas de las organizaciones internacionales, de las que operan en el interior de España y de la lucha contra la venta al por menor. Por último, la cooperación internacional se considera un área muy importante debido al carácter global del fenómeno de las drogodependencias, de un modo destacado en lo que concierne a la coordinación, financiación, relaciones multilaterales y bilaterales y la evaluación. Por su parte, la estrategia británica cuenta con cuatro pilares básicos de actuación: comunidades, jóvenes (prevención), tratamiento y disponibilidad (oferta). También incorpora objetivos mensurables y otros aspectos relativos a la evaluación.

Esta investigación presta atención a la planificación, estructura y organización general, para posteriormente centrarse en el área de intervención asistencial. Si la prevención contempla como ámbitos de actuación el escolar, familiar, comunitario, de la comunicación y laboral entre otros, prestando atención a las actividades y programas establecidos para conseguir los objetivos precisos, la intervención asistencial incluye el modo en que se establece toda la organización y coordinación de los recursos disponibles en un circuito terapéutico; los programas y recursos disponibles para tales fines y la evaluación de los mismos.

Además, es preciso en este análisis tener en cuenta la vertebración del Estado de las Autonomías, donde todas las administraciones, instituciones y entidades mantienen competencias diferentes, en muchos casos exclusivas, en otros delegadas y en otros, asumidas subsidiariamente. En la actualidad en Reino Unido y España la Agencia encargada de la coordinación se encuentra en el Ministerio del Interior. Además, en muchos países europeos se constata una creciente tendencia al nombramiento de un coordinador estatal en materia de drogas, tal es el caso de Irlanda (1997), Alemania y Reino Unido (1998), Luxemburgo (2000) e Italia y Suecia (2002). En España, la responsabilidad de coordinar las actuaciones recae en el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Junto con la participación de la Administración Central, Autonómica y Local, en España las Organizaciones no Gubernamentales también tienen un papel destacado, participando mediante convenios o subvenciones en la realización de algunos servicios. Las Administraciones Autonómicas tienen entre otras responsabilidades, el diseño y elaboración de Planes Autonómicos en materia de drogodependencias con el soporte legal correspondiente y en materia de intervención asistencial, la planificación, coordinación y desarrollo, en base a sus competencias, de un sistema público de asistencia a los drogodependientes, en el marco del Sistema Nacional de Salud y la regulación normativa de autorización y acreditación de centros, servicios y programas de formación y prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.

En cuanto a Reino Unido, los Equipos de Acción en Drogas (DATs) creados en 1995 tienen un papel muy destacado en la puesta en marcha y coordinación de las actuaciones en esta esfera. Además, el Gobierno británico, al igual que el español, tiene un papel primordial en el establecimiento de la estrategia proporcionando una guía o marco global de actuación mientras que algunas regiones han adoptado su propio plan inspirado en el británico como es el caso de las estrategias de Escocia, Irlanda del Norte y Gales.

Por las competencias señaladas, en el análisis de la intervención asistencial resulta crucial el estudio de las actuaciones de las diferentes Administraciones. Este aspecto ha sido proporcionado por la participación en el estudio “Evaluación Externa de los Planes Autonómicos sobre Drogas” en España y por el análisis de la realidad escocesa en Reino Unido. Los resultados reflejan diferentes modos de actuación en el diseño de los planes, su estructura organizativa, la Consejería a la que están adscritos, la organización de la intervención asistencial, etc. No obstante, todas las Comunidades han aprobado la Estrategia Nacional y adaptan los principios básicos a la situación particular de cada una. Por todo ello, ha resultado muy esclarecedor el análisis de los objetivos asistenciales y de los medios materiales, humanos y económicos puestos a disposición.

En este sentido, la mayoría de las Comunidades Autónomas envían información sistematizada al Plan Nacional y a partir de ella se publican las Memorias Anuales con la información más destacada de los programas, recursos y usuarios atendidos. En intervención asistencial, se distinguen programas libres de drogas, de reducción de daños, de asistencia a la población con problemas de alcoholismo, intervención en poblaciones con problemas jurídico-penales y finalmente, otros programas de atención. Los recursos en los programas libres de drogas son los centros ambulatorios de asistencia, las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y los Centros de Día.

Los programas de reducción del daño, incluyen los de dispensación de metadona y el intercambio de jeringuillas entre otros y se realizan en Oficinas de Farmacia, Unidades Móviles, Centros de Dispensación de Metadona o en los Centros ambulatorios. Los programas de asistencia al alcoholismo se realizan en centros ambulatorios, unidades de desintoxicación hospitalaria o centros residenciales (no hospitalarios). Junto con estos programas, existe una categoría de “otros”, que incluye programas de patología dual, atención al menor o a otros colectivos específicos. En último término, en las instituciones penitenciarias, se llevan a cabo programas de atención al detenido, de intervención o de cumplimiento alternativo en Comunidades Terapéuticas.

Además de analizar e intentar sintetizar esta información, ésta ha sido completada en el caso español con la opinión de los responsables acerca del funcionamiento de cada uno de los programas y actividades y su percepción sobre los principales problemas y retos existentes en intervención asistencial. Finalmente, se incluye un recorrido por la participación de las Organizaciones no Gubernamentales en la realización de estos servicios y la percepción que tienen los responsables autonómicos de su labor en esta área de intervención. Junto con ello, la información proporcionada por el Observatorio Europeo, el Observatorio Español y otros organismos encargados de elaborar información rigurosa, ha sido crucial para el desarrollo de este estudio. A continuación se exponen los objetivos perseguidos y la metodología empleada para su consecución.

## 2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Esta investigación se sustenta en la importancia adquirida por la evaluación de las políticas sociales y la necesidad de conocimiento objetivo de la situación por parte de los responsables políticos para planificar sus actuaciones. Por este motivo, el objetivo general de este estudio ha sido conocer el alcance del problema de las drogodependencias y sus características básicas en el área de intervención asistencial, lo que se conoce como Evaluación Diagnóstico. Esta investigación en sus inicios ha formado parte de un estudio global de “Evaluación de los Planes Autonómicos sobre Drogas”, lo que ha permitido obtener una visión comparativa de las diferentes áreas de intervención.

Los objetivos específicos han sido:

1. Elaborar un modelo de análisis que permita en la realidad española y en las Comunidades Autónomas:
  - 1.1. Conocer la evolución del problema social de la drogodependencia.
  - 1.2. Examinar las posibles consecuencias sociales de la droga.
  - 1.3. Analizar la estructura, organización, coordinación y planificación de las políticas de drogodependencias; los objetivos propuestos y los medios económicos, humanos y materiales disponibles para la consecución de los fines.
  - 1.4. Describir la evolución experimentada por el modelo de intervención asistencial en drogodependencias y las instituciones implicadas en este proceso, incluyendo a las entidades públicas y privadas.
  - 1.5. Conocer las principales debilidades detectadas en la intervención asistencial de las drogodependencias por diferentes evaluaciones y estudios, que aconsejen la revisión de la planificación inicial.
2. Aplicar el mismo modo de análisis a la realidad general de Reino Unido y a la situación particular de Escocia.
3. Poder comparar ambas realidades para obtener un juicio de valor sobre la situación de cada país, contemplando las similitudes y diferencias entre ambas; procesos generales y problemas particulares de cada una de ellas y la planificación política empleada para dar respuesta a cada una de las situaciones.

### 3. METODOLOGÍA

En términos generales, la evaluación persigue proporcionar la visión de cómo es algo, comparado con la manera en la que fue planificado. Debería ofrecer información sobre el valor de cualquier intervención que pudiera ser usado para ayudar a aliviar los problemas para los cuales las intervenciones son relevantes. El sentido del término evaluación se refiere al proceso de determinar el mérito, valor o importancia de algo o del producto de ese proceso (EMCDDA, 2001:17). Como señala el Observatorio Europeo sobre Drogas y otras Adicciones (2001:16), la evaluación es frecuentemente asociada con la demanda de justificar fondos pero no simplemente ha de verse en este sentido, puesto que ha de ser más importante su función de mantener o mejorar el servicio ofrecido.

En los últimos años, el interés de la evaluación en el ámbito de las drogodependencias se ha visto asociado a la reducción de daños, intentando conocer si las intervenciones puestas en marcha han tenido los efectos esperados. Motivado por los cambios que se producen en el contexto, es fundamental conocer cómo transcurre la situación. En resumen, 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 ella. Además, entre los cambios ocurridos, hay que señalar la descentralización de la política y al igual que la curiosidad por comparar la situación en otros países, crece el interés por conocer y evaluar las actuaciones en cada una de las regiones (Bondonio, D., 2002:101-124).

Por las razones expuestas, 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. Desde una perspectiva amplia, se puede definir la evaluación de programas sociales como *la aplicación sistemática de métodos cualificados de las Ciencias Sociales con la intención de conocer y juzgar el diseño, procesos, resultados y efectos de las intervenciones causadas por un conjunto de medidas aplicadas en un tiempo y en un contexto determinado* (Trinidad, A.: 2001). En la misma línea, se encuentran autores como

Francisco Alvira, quien sostiene que evaluar es *emitir un juicio de valor sobre el objeto que se está evaluando* (1991:7) donde intervienen las “partes interesadas”. Para Mario Espinoza, *evaluar es comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa* (1993: 14). Más recientemente, Evert Vedung la define como *el proceso de diferenciar lo valioso de lo que no lo es, lo precioso de lo inútil*, o siguiendo una definición más completa, se trataría de una *cuidadosa valoración retrospectiva de los méritos, importancia y valor de la aplicación, productividad y resultados de las intervenciones gubernamentales, que se pretende desempeñe un papel en futuras situaciones y acciones prácticas* (2000: 19).

Por la importancia de esta metodología y porque todavía se puede hablar de ciertos puntos débiles en algunos programas de drogodependencias desarrollados en España, se trataba de evaluarlos, conocer su funcionamiento y el grado de efectividad y eficiencia de los mismos. Para ello, se ha desarrollado en un principio una evaluación externa realizada por investigadores ajenos a los Planes Autonómicos, lo que permite una mayor objetividad por haber un elevado grado de libertad para enjuiciar el programa. Además, este tipo de evaluación cuenta con múltiples ventajas, siendo la principal la gran información que proporcionan las distintas fuentes que utiliza. En definitiva, este estudio pretendía realizar un análisis objetivo y riguroso sobre la actual situación de la drogodependencia, un diagnóstico externo que facilitase información descriptiva sobre los problemas, retos, puntos fuertes y débiles, etc., que podría resultar de gran utilidad.

Para lograr estos objetivos, se ha utilizado la perspectiva comparada, entendiendo tras la comparación nacional que, *“la investigación comparativa que se centra exclusivamente en la provisión social por parte del Gobierno, puede ser irreal, y el análisis transnacional de la política social es mucho más apreciativo en cuanto a las relaciones entre las distintas áreas y la variedad en los diferentes proveedores en el contexto nacional, como en el reconocimiento e integración en la perspectiva global en la investigación comparada* (Kennett, P., 2001:5).

Para Beltrán (2000,15-55), “el método comparativo, es consecuencia de la diversidad, de la variedad de formas y procesos, de estructuras y comportamientos sociales, tanto en el espacio como en el tiempo, que llevan al examen de dos o más objetos que tienen algo en común y algo diferente”. Responde al interés de “desarrollar teorías que sean aplicables por encima de las fronteras de una sola sociedad” y permitir la universalidad de la ciencia. Este tipo de análisis proporciona una perspectiva transnacional y enseña como las políticas van cambiando para hacer frente a los diferentes problemas; cuál ha sido el tipo de respuesta dada y qué problemas se han encontrado.

Siguiendo a Etzioni (1970: viii) el análisis comparativo “es más que una técnica científica, pues proporciona una base intelectual que ayuda a superar las naturales inclinaciones a ver el mundo a través de la mirada egocéntrica”. Para Durkheim (1947:37), esta actividad no constituye una rama de la Sociología sino que es la Sociología misma, al tener como objetivo la explicación de los hechos. Esta actividad debería de alcanzar cuatro objetivos: describir contextualmente el fenómeno y los eventos de un determinado país o grupo de países; como modo de simplificación cognitiva, establecer diferentes clasificaciones conceptuales para un amplio número de países, sistemas políticos, eventos, etc. agrupados en distintas categorías con características identificables y compartidas; comprobar hipótesis, lo que permite la eliminación de explicaciones rivales sobre particulares eventos, actores, estructuras, etc. y ayuda a construir teorías generales; por último, se puede perseguir la predicción sobre lo que puede resultar en otros países no incluidos en la comparación original o resultados en el futuro dándose la presencia de ciertos factores antecedentes. Este último objetivo es el más difícil y en ocasiones imposible de alcanzar (Lanmand, 2000:4-10).

Siguiendo con las ventajas de este método, Sartori y Morlino (1999:14), consideran que, “cuando se afrontan aspectos centrales del proceso cognoscitivo, como la elaboración de nuevas hipótesis o la explicación de un fenómeno determinado, la comparación nos permite alcanzar resultados de gran relevancia”.

En la misma línea, para Caïs (1997, 99:100), “la comparación debe posibilitar la realización de una conclusión sintética entendida no como resumen sino como estructura intelectual construida a partir de hallazgos empíricos que tiene como objetivo ser explicativa. La síntesis, ilumina los detalles generales revelados por la comparación y los integra dentro del marco teórico. Aunque los hechos sociales nunca se repiten de modo idéntico, esto no impide que se hagan predicciones que permitan evaluar la probabilidad de ciertos cambios, crisis o procesos”. Como señala este autor, “lo que motiva a los científicos sociales no es solo la curiosidad intelectual sino la necesidad de dar respuestas a las personas, por ejemplo, en la planificación de la política social pueden ayudar mucho”.

No obstante, esta tarea no siempre resulta fácil puesto que estas investigaciones entrañan la dificultad de aunar y comparar situaciones dispares, zonas geográficas diversas, tanto en densidad como en tamaño de la población y con una situación particular respecto al consumo de drogas. Además, estos estudios encuentran con frecuencia otros problemas comunes provocados por diferentes factores lingüísticos y culturales, disparidad en las tradiciones y estructuras administrativas, dificultad de acceso a datos comparables y distintos conceptos y parámetros en la investigación, etc. los cuales se han intentado superar porque, como contrapartida, estas investigaciones tienen mucho beneficios, por ejemplo, los contactos personales establecidos, con diferentes experiencias y conocimiento de cada tradición intelectual.

Las comparaciones permiten en ocasiones entender las situaciones en diferentes países y ello podría detectar “debilidades” en el conocimiento, soluciones y nuevas perspectivas. Otra aportación relevante es la posibilidad de identificar similitudes y diferencias, no solo en las características observadas de una institución en particular, sistemas o prácticas, sino también en la búsqueda de posibles explicaciones con diferentes perspectivas culturales. Esta herramienta metodológica, permite al investigador analizar su propio país desde la perspectiva del observador externo.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> Hantrais, Linda (2002): *Comparative Research Methods*. Loughborough University. Cross-National Research Group. In <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>

Desde el punto de vista metodológico, Caïs (1997:11) reconoce dos estrategias comparativas de investigación: el estudio de casos y el estudio de variables. El primer tipo, al cual se aproxima este análisis, tiene su origen en Max Weber, y trabaja con un número pequeño de casos definidos de forma teórica, comparados de forma global para obtener generalizaciones. En este caso, el investigador confiere un mayor énfasis a la explicación, citando circunstancias periféricas y esta atención a los detalles permite un diálogo fructífero entre el investigador y la evidencia. Se utilizan técnicas cualitativas históricas basadas en un método de naturaleza lógica no estadística, para identificar tendencias de asociación y no para explicar la variación. El segundo tipo, es el estudio de variables, cuyo origen se debe a Durkheim y su objetivo principal es comprobar hipótesis abstractas derivadas de teorías concernientes a relaciones entre características de las unidades sociales. Además, el análisis binario es una comparación limitada a dos países que se seleccionan según el objeto de estudio e implícita, pues se compara un país de referencia (Reino Unido) con aquel al que pertenece el investigador (España), lo que en su opinión incrementa la capacidad analítica del investigador/observador de manera importante.

Hace unas décadas, Lijphart (1971), se refería al empleo de un menor número de casos (N pequeña) en la investigación comparada. Para este autor, ante esta elección, que en muchas ocasiones estaba motivada por la falta de tiempo, energía y presupuesto, se podía recurrir a la *parsimonia teórica o cuidada elaboración teórica que permitiese concentrarse sobre un número más reducido de factores explicativos*. En los últimos años, la comparación de un menor número de casos no está ligada necesariamente con los problemas citados y se le atribuyen las ventajas de poder confrontar explicaciones rivales. Al respecto, Collier (1999) ha sintetizado los últimos avances en el método comparado. Según este autor, en la actualidad los investigadores hacen referencia al papel de las investigaciones interpretativas, con la idea de que nos hallamos en un *ciclo de investigación en el cual cualquier enfoque puede sugerir la utilización de nuevos enfoques* (Skocpol y Somers, 1980). Además, algunos autores pueden utilizar el “N pequeño”, con un enfoque configurativo disciplinado (Verba, Almond y Genco); para evitar el estiramiento conceptual, es decir, *cuando un número de significados conectados*

a un concepto original no se adaptan a la realidad que caracteriza a nuevos casos (Sartori); porque este procedimiento facilita la descripción densa (Geertz) y porque puede perseguirse la profundidad analítica del “case oriented” (Ragin)<sup>38</sup>.

El método comparativo puede utilizar como técnicas de investigación el análisis de sistemas similares y diferentes. El primero elige como objetos de investigación sistemas idénticos en el máximo de variables posibles con la excepción del fenómeno que se quiere examinar; por el contrario, en la técnica de sistemas diferentes las variables externas son eliminadas escogiendo sistemas para comparar que no se diferencian en el fenómeno que se investiga. En este caso, se han escogido dos países con tradiciones culturales, económicas y modelos de bienestar diferentes, con la pretensión de observar si las relaciones entre A y B desiguales son constantes a través de sistemas y experimentan el mismo resultado (Caïs, 1997:23-30). La justificación a esta elección la aportan autores como Ragin (1994:105-130), para el cual la nota realmente distintiva de la investigación comparada es su interés primordial por la diversidad, por la interpretación cultural o la importancia histórica y el avance en la teoría.

Para Hopkins y Wallenstein (1970: 185), en los *Estudios transnacionales* los elementos son sociedades nacionales o “partes” de estas sociedades (política, economía, sistemas de estratificación, estructuras ocupacionales...), las propiedades son predicados de sociedades o sus partes y las proposiciones son las relaciones entre las propiedades a estos niveles de sociedad analizados. Más recientemente, Linda Hantrais define el estudio comparativo y transnacional “*cuando individuos o equipos examinan una investigación particular o fenómeno en dos o más países con la intención expresa de comparar sus manifestaciones en sus diferentes aspectos socio-culturales (instituciones, costumbres, tradiciones, sistemas de valores, estilos de vida, lenguaje, modos de pensamiento) usando los mismos instrumentos de investigación en ambos casos verificados con el análisis de fuentes secundarias de datos nacionales o a través de un nuevo trabajo empírico. El objetivo podría ser buscar explicaciones de similitudes y diferencias,*

---

<sup>38</sup> Collier, D. “El método comparativo: dos décadas de cambios”. En Sartori, Giovanni; Morlino, Leonardo (comps)(1999): *La comparación en las Ciencias Sociales*. Alianza Editorial. Pps. 51-79.

*generalizar desde ellas u obtener un gran conocimiento y profundizar en el entendimiento de la realidad social en diferentes contextos nacionales*<sup>39</sup>”.

No obstante, algunos autores señalan que la comparación internacional ha de tener siempre en mente la existencia de diferencias intranacionales más o menos grandes que deben de constituir el objetivo de tales comparaciones. “La heterogeneidad interna, la diferenciación regional y los desequilibrios en el desarrollo constituyen alguna de las características esenciales de muchas sociedades y son responsables de muchos de sus problemas” (Linz y De Miguel, 1966:272). Este es el motivo por el cual, junto con el análisis trasnacional y la comparación de las Comunidades Autónomas en España, el estudio consta de un análisis específico de Escocia, como descripción de una realidad particular de Gran Bretaña.

En resumen, el interés por analizar, comparar y evaluar las políticas sociales en materia de drogodependencias, además de obtener un gran conocimiento de la situación de la intervención asistencial en España y Reino Unido, ha derivado a nivel metodológico en la búsqueda y propuesta de un modelo de evaluación a través de la comparación. Hay diferentes metodologías para realizar análisis comparativos de la política social y la utilización de una u otra está fuertemente condicionada por los objetivos que se persiguen con la comparación: algunas intentan obtener una explicación científica de los factores que se encuentran tras el desarrollo de la política social para contrastar en el plano empírico diversas teorías; otras, como la investigación presentada y en la línea de algunos autores (Landwerlin: 1997: 133- 153; Mabbet, Deborah; Bolderson, Helen (1999): Pps. 34-56), utilizan la comparación como criterio de evaluación de las políticas públicas; finalmente, como variante de la anterior, se buscan soluciones alternativas a un determinado problema social puesto que, gracias a ella pueden extraerse lecciones positivas y negativas de los distintos instrumentos aplicados para resolver el problema social objeto de la intervención pública (Meil, 1997:133-153).

---

<sup>39</sup> Linda Hantrais es Directora del European Research Centre, de la Universidad de Loughborough, responsable del Grupo de Investigación trasnacional y editora de la serie *Cross-National Research Papers*. En <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>

En la misma línea que otros estudios en materia de evaluación (Hanberger, 2001: 45-62), el propósito general de este modelo es alcanzar un conocimiento práctico y teórico de los procesos y resultados de la política en drogodependencias a través de un conjunto de aspectos y dimensiones en los cuales se centra la evaluación. Además, este instrumento se ha construido en base a cinco categorías o componentes, todos ellos son esenciales para ayudarnos a entender y explicar una política en su contexto social. En el último paso, se utilizaría la perspectiva transnacional y el método comparado como modo de evaluación. Dichas categorías son:

1ª.- El contexto en el que surge el problema, como reflejo de la estructura y dirección de la evaluación. El análisis contextual como punto de partida sugiere que la política se relaciona con el problema en el contexto socio-histórico y político en el que se ha desarrollado. Las preguntas a responder serían:

- ¿Cuál es contexto social y cultural? ¿Cuál ha sido la evolución del problema social?
- ¿Cuál es la situación epidemiológica del consumo de drogas? ¿Cuáles son las principales sustancias y los actores implicados?
- ¿Qué consecuencias sanitarias y sociales se perciben asociadas a este problema?

2ª.- La planificación y estructura de la política pública, que permite conocer los objetivos principales establecidos por los responsables políticos para resolver el problema, su plasmación en un documento o estrategia y la organización de los actores implicados en su resolución. Junto con ello, es necesario identificar qué medios (materiales, económicos y humanos) y programas disponen para la consecución de los objetivos descritos y cuál es la población diana. Finalmente, que consecuencias esperadas u objetivos finales se persiguen con la planificación. Las preguntas básicas serían:

- ¿Cuáles son los objetivos de la política en drogodependencias?
- ¿Qué teoría subyace a esta política y cuál es la lógica que se persigue con la programación?
- ¿El significado de la política formulada puede ser utilizado y puesto en práctica?

3ª.- El proceso de implementación, que se refiere a cómo la política, línea de acción o inacción es puesta en práctica. En este caso, se ha descrito la evolución y situación de los recursos económicos, humanos y materiales dirigidos a la solución de la problemática para conocer el punto de arranque de la política actual. En particular, en nuestra investigación cobra especial protagonismo la evolución de los servicios de alcohol y drogodependencias y el papel desempeñado por las organizaciones no gubernamentales en la ejecución de las actuaciones. Por último, los principales problemas encontrados en el desarrollo de la atención. En este caso, las cuestiones principales serían:

- ¿Cuál es la línea de acción seguida en la práctica?
- ¿En qué medida la organización pone en práctica lo anteriormente expuesto?
- ¿Hay suficiente competencia entre los actores?
- ¿Los recursos son utilizados con eficacia y de modo correcto?
- ¿Qué problemas inesperados han ocurrido?

4ª.- Los resultados obtenidos y las implicaciones de la política en la materia, contrastando las consecuencias esperadas con las reales y aportando las principales debilidades de cara a la retroalimentación y modificación de algunos objetivos durante el proceso. En este caso, las preguntas serían:

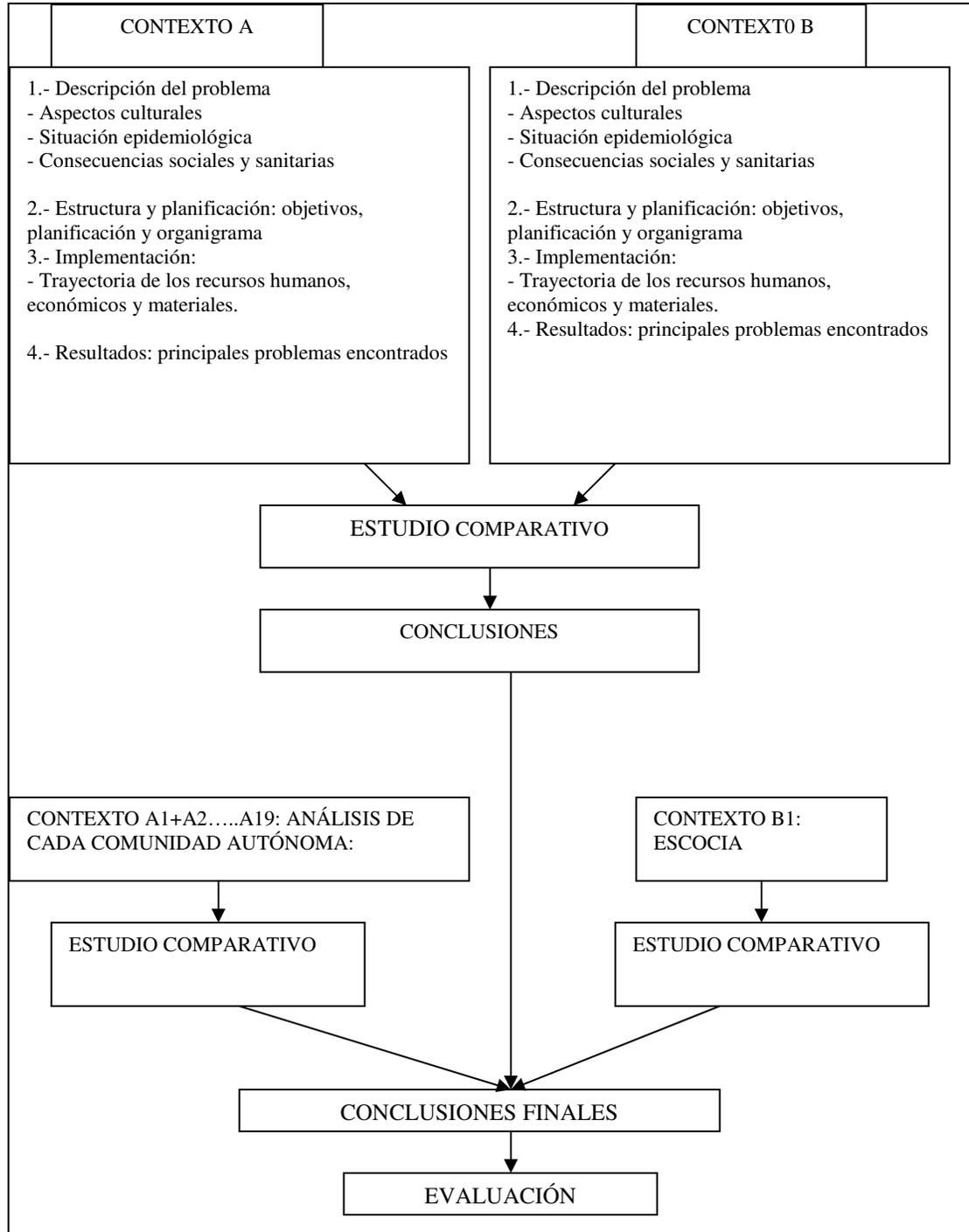
- ¿En qué medida se han extendido y alcanzado los objetivos?
- ¿Se han producido resultados inesperados?
- ¿Cuáles son los efectos de la política?

5ª.- El análisis y aplicación del modelo de evaluación en dos contextos sociales diferentes puede mostrar importantes resultados a nivel teórico y metodológico. Para emplear con éxito esta herramienta habría que cuestionarse:

- ¿Es posible extender este modelo a diferentes países?
- ¿Es viable comparar dos tradiciones distintas? ¿Qué características tienen en común y en cuáles difieren respecto a la política de drogodependencias?

Una de las ventajas del modelo expuesto es la posibilidad de poder comparar distintos contextos regionales y describir una situación particular dentro de uno de los países, por ejemplo, las drogodependencias en Escocia (Reino Unido) y en las Comunidades Autónomas en España. (Ver Gráfico 1.4).

**Gráfico 1.4: Modelo de análisis de la Política comparada como evaluación**



Fuente: elaboración propia.

#### **4. FASES DE LA INVESTIGACIÓN**

Como señala Alvira (2000), “el diseño de la investigación ha de incluir un plan global de investigación que integre de modo coherente las técnicas de recogida de datos a utilizar en los análisis previstos y los objetivos”. El procedimiento ha conestado de diversas fases:

##### **Comparación intranacional:**

- 1- Recopilación de toda la información disponible en las administraciones autonómicas (estadísticas, planes autonómicos, etc.) y otras estadísticas procedentes de algunos organismos como el Plan Nacional y el Observatorio Español sobre Drogas, el Centro de Investigaciones Sociológicas, el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otras.
- 2- Elaboración de una base de datos con la información obtenida en las Memorias de cada Comunidad, intentando extraer bloques temáticos que comprendieran la información de todas las Comunidades Autónomas. Como señala González Blázquez (2000), “para medir en las Ciencias Sociales es preciso descomponer la noción (en nuestro caso de la política de drogodependencias) en diferentes aspectos o dimensiones de la misma; posteriormente, en indicadores que puedan ser mensurables e incluso obtener índices a partir de varios indicadores.
- 3- 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 y posteriormente analizado. El cuestionario es el instrumento más utilizado para obtener datos en los estudios de sociología empírica. Pretende colocar a todos los entrevistados en la misma situación psicológica y mediante un sistema de notaciones simples, facilita el examen y asegura la comparabilidad de respuestas. Este era el objetivo principal del cuestionario, puesto que en muchas ocasiones los documentos de los planes autonómicos no resultaban comparables en las facetas que se pretendían investigar. Por esta razón, el cuestionario estaba

- compuesto por un gran número de preguntas abiertas de recogida de información, aunque otras tantas eran de opinión sobre la situación de las drogodependencias en cada Comunidad Autónoma.
- 4- Realización de entrevistas semi-estructuradas a los responsables de los Planes con la intención de ampliar y profundizar en algunas cuestiones, aclarar algunos temas del cuestionario y obtener más información sobre la opinión de la situación.
  - 5- Análisis y triangulación de los resultados obtenidos a través de las distintas fuentes informativas y elaboración de informes parciales de la situación de las drogodependencias en cada Comunidad Autónoma y de un informe comparativo.
  - 6- Envío de estos documentos a los responsables con el fin de someterlos a su juicio de valor, como expertos en la materia. Algunas Administraciones Autonómicas aprovecharon esta oportunidad para actualizar información y aportar algunas sugerencias.

#### **Comparación trasnacional:**

- 1- Selección de la estructura del informe comparativo con los aspectos más destacados: contexto social, situación del consumo, consecuencias sociales y sanitarias, planificación, estructura y funcionamiento, evolución de la intervención asistencial, evaluación de resultados: puntos fuertes y débiles.
- 2- Búsqueda documental de fuentes secundarias: estadísticas nacionales sobre situación del consumo en Reino Unido y España, Planes sobre Drogas, evaluaciones de los planes, investigaciones sobre el contexto social y cultural del consumo, estadísticas sanitarias, etc.
- 3- Elaboración de informes sobre la situación de la drogadicción en Reino Unido, en Escocia y en España utilizando los mismos indicadores.
- 4- Búsqueda de estudios, estadísticas y planes europeos sobre drogodependencias para obtener una visión de la situación de la drogodependencia en España y Reino Unido en el contexto europeo.
- 5- Elaboración del informe comparativo de tendencias en el tratamiento y política de drogodependencias en España y Reino Unido.

- 6- Comparación de todos los informes en España y Reino Unido para la generación de conclusiones y valoraciones finales sobre la situación de las drogodependencias, similitudes y diferencias de ambas situaciones y procesos y problemas comunes y particulares de cada situación.

### **Breve descripción del proceso 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 mantener 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 peculiaridades. 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 y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas envió

otra carta como garantía del estudio. 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 su cumplimentación. 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 éxito en la remisión de los cuestionarios.

El resultado, tras el envío de los cuestionarios citados 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. Esta fase de la investigación, pese a los problemas anteriormente mencionados, tuvo un resultado positivo.

Durante el año de espera de los cuestionarios, se comenzó a trabajar en los informes de cada Comunidad, obtenidos mediante las memorias 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 realizados, 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 aquéllas 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/PC+ (versión 11.0) 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 dinámica, 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 con grandes responsabilidades y poco tiempo disponible (reuniones imprevistas, viajes de trabajo, etc.), por lo que fue preciso modificar las fechas de las entrevistas en más de una ocasión. 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 el envío de los resultados a los responsables del PNSD y de cada una de las Comunidades para que hagan la valoración como expertos, tal y como estaba programado. De este informe comparativo, y tras la finalización de la última fase, se han analizado cualitativamente los objetivos asistenciales para esta investigación. Nuevamente, las modificaciones esenciales se han referido a la actualización de los datos epidemiológicos y a la nueva denominación de algunas Consejerías. Las Comunidades que han participado esta vez han sido Cataluña, La Rioja, Extremadura y la Ciudad Autónoma de Ceuta, que ha contestado al protocolo de entrevista por escrito.

En la comparación trasnacional la estructura seguida ha sido la misma en todos los casos: en primer lugar se citan algunos aspectos culturales en la evolución de las drogas. En segundo término, la situación epidemiológica y las principales consecuencias del consumo; en tercer lugar, la estructura y planificación, incluyendo el desarrollo

normativo, los planes y estrategias, principales objetivos, estructura y mecanismos de coordinación y presupuesto; por último, el tratamiento. Este apartado a su vez se subdivide en algunas secciones: principales objetivos del tratamiento; programas, recursos y el desarrollo de los servicios para atender a la población con problemas de alcohol y drogas; el papel de las organizaciones no gubernamentales en el tratamiento de las drogodependencias y finalmente, los últimos estudios de evaluación de la intervención asistencial y los principales problemas detectados. De todo ello se obtienen un conjunto de conclusiones fundamentales para ser contrastadas por los expertos, en este caso por los tutores responsables de la investigación. Se ha considerado fundamental la contrastación con el juicio de los expertos, especialmente, en el caso de Reino Unido, con la del Doctor Rowdy Yates como investigador en la materia y conocedor de la realidad del país. Además, la comparación transnacional nos permite la retroalimentación, pudiendo analizar nuevamente los resultados obtenidos en España desde una nueva óptica.

## **5. TÉCNICAS DE PRODUCCIÓN DE DATOS**

Una vez reducidos los componentes del requerimiento es necesario seleccionar las técnicas de investigación que van a permitir responder a la demanda (Ibáñez, 2000)<sup>40</sup>. Como se ha comentado, la aproximación a la realidad proviene de la perspectiva sociológica, analizando el rol de los principales “actores”, en ocasiones con una visión histórica del problema social útil para entender el desarrollo de los acontecimientos en el marco de la realidad cultural en la que acontecen.

Para la comparación de los Planes Autonómicos en España se han combinado fuentes primarias y secundarias. Entre las primeras hay que señalar la elaboración del cuestionario de recogida de información y de la entrevista semi-estructurada. Como fuentes secundarias, se han utilizado las siguientes:

- Estadísticas nacionales sobre la situación del consumo de drogas:
- Encuesta domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas

---

<sup>40</sup> Ibáñez, Jesús: “Perspectivas de la investigación social: el diseño de las tres perspectivas”. En García Ferrando, Manuel (2000); Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco (compilación): *El análisis de la realidad social*. Alianza. Madrid.

- Encuesta sobre el consumo de drogas a la población escolar del PNSD

Ambos estudios han ampliado en algunas regiones la muestra para facilitar la comparación regional. Aunque hay estudios regionales, las diferentes metodologías empleadas llevan a descartarlos para la comparación.

- *Informes (1-5)* del Observatorio Español sobre Drogas.
- Base de datos sobre legislación de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción
- Documentos de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

En la comparación entre España y Reino Unido la aproximación se realiza utilizando el análisis de fuentes secundarias de estudios nacionales y la interpretación de los mismos, se busca en el amplio contexto social en la que ha acontecido. Las fuentes provienen de diferentes estudios nacionales y transnacionales (europeos), estadísticas, planes estratégicos, leyes en materia de drogas, recursos, etc. Como señala González Rodríguez (2000), la línea de programas científicos iniciadas a partir de datos secundarios no ha hecho más que empezar y está sujeta a un dinamismo intenso, creciente y prometedor. En los últimos años, la aparición del uso de Internet y de nuevos sistemas de información ha dado lugar al surgimiento de nuevas perspectivas en la explotación y aprovechamiento de los datos secundarios. El valor de esta información proporcionada por numerosos centros de documentación depende del contexto teórico en el que se enmarque el contexto o hipótesis. Con los datos adecuados pueden llevarse a cabo comparaciones locales, nacionales e internacionales y la Unión Europea está tratando de potenciar proyectos que permitan conocer el resultado de distintas políticas y la posibilidad de transferirlas de un país a otro.

Por otro lado, la naturaleza de las fuentes secundarias utilizadas es diversa, puesto que en la línea de Panebianco (1999:81-104), se ha entendido que la comparación estadística y la histórica no tienen por qué excluirse, sino que la posibilidad de recurrir a ambas puede enriquecer la investigación explicando específicos fenómenos histórico-políticos e identificando sus mecanismos causales.

Entre las fuentes utilizadas cabría citar:

España:

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2001): *Indicadores de Tratamiento, Urgencias y Mortalidad. Informe año 2000*. Registros de urgencias y mortalidad del SEIT
- DGPNSD:
  - Encuesta domiciliaria del Plan Nacional sobre Drogas
  - Encuesta sobre el consumo de drogas a la población escolar del PNSD
  - *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*
- Algunas conclusiones del estudio *Evaluación Externa del Plan Nacional sobre Drogas y de los Planes Autonómicos*. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Trinidad, A.; Martín-Lagos, M.D.; Fernández, M. Et al. (2002) (sin publicar).
- Investigaciones contenidas en la revista Adicciones de Socidrogalcohol.
- Investigaciones históricas y cualitativas sobre la evolución del fenómeno de la drogodependencia en España: investigaciones de Gamella, J.F.; Megías, Eusebio; Comas, Domingo; Elzo, Javier; Navarro, Jose; Romaní, Oriol; Usó, Juan Carlos, entre otros.

Reino Unido:

- UK Drug Report 2001. The Drug Situation in the UK.
- British Crime Survey
- Northern Ireland Office
- Scottish Crime Survey
- Communicable disease surveillance centre (2002): HIV and AIDS in the UK in 2001
- The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator. *Tackling Drugs to Build a Better Britain*.
- Documentos disponibles en la base de datos del Scottish Training Project.
- Alcohol Concern
- Strategy Unit and Department of Health (2002): *National Alcohol Harm Reduction Consultation*
- Audit Commission (2002): *Changing habits. The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing*

- National Treatment Agency for Substance Misuse (2002):
- District Audit (2002): *Fundamental principles of handling public money. A good practice guide for drug action teams.*

#### Escocia:

- Plan for Action on alcohol problems, 2002, Scottish Executive, Edinburgh.
- *Drug Misuse Statistics Scotland*, 2001
- *Protecting our Future*, Scottish Executive's Drugs Action Plan, 2000
- Scottish Executive, *Plan for Action on alcohol problems*, 2002
- Scottish Executive (2002): *Better communities in Scotland: Closing the gap*
- Dr Joanne Neale, Esther Saville and Prof Neil McKeganey (2002): *Project Drug Outcome Research in Scotland study (DORIS)*. Centre for Drug Misuse Research. Glasgow University.
- Investigaciones históricas y cualitativas de autores como Douglas Allsop; Willy Slavin; Daniel Paton; Bruce Ritson o Rowdy Yates, entre otros.

#### Europa:

- Norström, Thor (2001): *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm. National Institute of Public Health. European Comisión
- Swedish National Institute of Public Health (2001): *The statistics on drug-related deaths in Europe*. Informe de la conferencia de Stockholm en Abril del 2001,
- Corkery, John: *Drug-related mortality perspectives across Europe*. Drugscope, UK
- EMCDDA:
  - (2002): *Classifications of Drug Treatment and Social Reintegration and their availability in EU Member States plus Norway*,
  - (2001): *Drug Coordination Arrangements in the EU Member States*.
  - *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea*.
  - (2001): *Drug Demand Reduction: An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*.
  - (2000): *Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level*.
  - The European Legal Database on Drugs (ELDD)
- Morel, Alain (Dr.); Morales, Luis (1999): "Prácticas Profesionales Europeas en materia de reducción de riesgos". Federación Europea de Profesionales en Toxicomanía (ERIT).
- Council of the European Union (1999): *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*

## 6. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el momento de analizar los datos es preciso recordar que la realidad social no es solo material sino también simbólica por lo que el método cualitativo y el cuantitativo se complementan. Esta combinación de métodos es lo que se conoce como triangulación y Beltrán aboga por el pluralismo metodológico, escogiendo entre los posibles el que mejor se adecue a los objetivos del estudio (2000: 15-55)<sup>41</sup>. Por los motivos señalados, a lo largo de la investigación y enmarcado en la lógica de la comparación, se describe la evolución de las drogodependencias a lo largo del tiempo y los cambios experimentados; se muestran indicadores que cuantifiquen la situación y se analizan los objetivos perseguidos interpretando el lenguaje de modo creativo.

El método cualitativo es frecuentemente adoptado cuando se cuenta con un reducido número de países y los investigadores están buscando una buena definición de la situación en dos o más contextos nacionales requiriendo en este caso tener un conocimiento profundo de todos los países bajo los que se desarrolla el estudio. Por este motivo, se persigue el conocimiento intensivo y los datos son comparados en su propio contexto, intentando encontrar tendencias generales en cada caso y combinando el análisis de los hechos con el de los discursos. Hay que tener en cuenta que, el método comparativo “se funda en la lógica y no en las estadísticas, en una lógica inductiva que no utiliza una metodología única sino que explota todas las técnicas de investigación social para explicar e interpretar los fenómenos dentro de un marco de referencia comparativo, intentando descubrir relaciones empíricas entre las variables y no como método de medición”.

En palabras de Ruíz Olabuénaga (1996:192) “...cuando un investigador observa o entrevista a alguien tiene buen cuidado de anotar o grabar todo aquello que observa o escucha, de manera que su investigación analítica acaba convirtiéndose en un análisis de contenido de textos previamente escritos o grabados por el propio investigador”. Luis

---

<sup>41</sup>Beltrán, Miguel: “Cinco vías de acceso a la realidad social”. Pps. 15-55. En García Ferrando, Manuel (2000); Ibáñez, Jesús; Alvira, Francisco (compilación): *El análisis de la realidad social*. Alianza. Madrid.

Enrique Alonso en “La mirada cualitativa” (1998) dedica un capítulo específico al análisis de discurso que resulta muy esclarecedor para la perspectiva sociológica. Diferencia tres tipos de análisis de discurso: un nivel informacional/cuantitativo, que tiende a analizar el contenido de los textos en un conjunto de palabras; un nivel estructural/textual, que pretende encontrar un modelo lógico interno que otorgue sentido al entramado textual, dejando a un margen el contexto histórico y finalmente, un nivel social/hermenéutico, en el que se enmarca esta investigación.

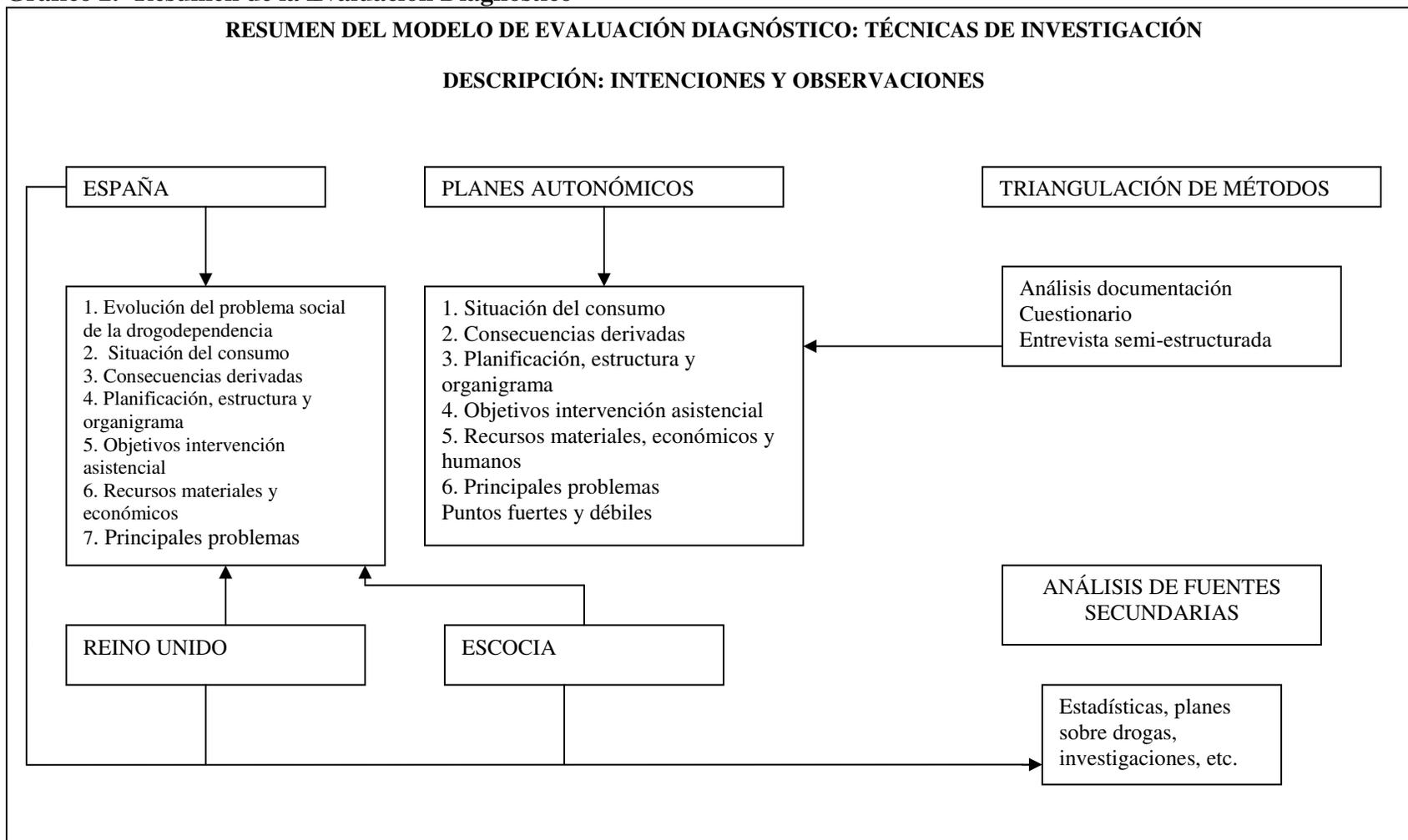
Según este autor, el análisis de los discursos desde esta óptica, no es un análisis interno de textos, ni lingüístico, ni psicoanalítico, ni semiológico; no persigue la búsqueda de una estructura subyacente a la enunciación sino que se trata de realizar la reconstrucción del sentido de los discursos en su situación micro y macrosociológica de enunciación. En otras palabras, los sociólogos analizamos los discursos y no los textos, los cuales nos interesan como soporte y materialización de un espacio social concreto. El texto tiene valor hermenéutico porque nos sirve como herramienta para interpretar y hacer visibles las acciones de los sujetos.

Además, complementariamente, la historia resulta fundamental como principal generadora de los contextos, por lo que es imprescindible enmarcar cada situación social- en este caso la drogodependencia- en una dimensión temporal e histórica. En definitiva, con el análisis sociológico “detectivesco” se va más allá de la mera descripción tratando de buscar indicios que nos permiten revelar e interpretar los fenómenos sociales más generales. La interpretación sociológica supone la reconstrucción de las intenciones del texto y de los intereses de los emisores y receptores a través de la formulación de preguntas que nos acerca a la comunidad lingüística, cultural, histórica y sociopolítica.

En este caso, se ha analizado el contenido de los documentos y de los discursos, en su propio marco teórico, intentando lograr una sistematización en categorías que permitieran comparar y dar una respuesta a la situación. Un ejemplo de ello lo ofrece el análisis de los objetivos, distinguiendo entre aquellos referidos a programas, a pacientes o a los recursos; las definiciones de intervención asistencial, los objetivos primordiales de

cada uno de los Planes Autonómicos, la opinión de los responsables sobre la situación de la intervención asistencial, etc. Por otro lado, se han analizado las diferentes estadísticas y registros con el objetivo de contribuir al análisis de la situación y a la comparación. En último término, se han comparado las intenciones con la realidad social intentando contextualizar históricamente y espacialmente el problema social de las drogodependencias e interpretándolo desde esta perspectiva global.

**Gráfico 2.- Resumen de la Evaluación Diagnóstico**



Fuente: elaboración propia

**CAPÍTULO II- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN  
DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN,  
SITUACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y RECURSOS**

## **2.1. Consumo de drogas**

### **2.1.1. Trayectoria socio-histórica**

El consumo de drogas en España, muestra sus peculiaridades propias del contexto social; como consecuencia de las transformaciones sociales y en ocasiones de circunstancias asociadas que han dado lugar a la percepción de *riesgo* entre los ciudadanos. Las drogas en algunos momentos, han adquirido un mayor protagonismo como problema social lo que ha motivado la creación de iniciativas gubernamentales para resolverlo. Al respecto, el estudio histórico de Usó (1996), nos ayuda a esclarecer algunos de los aspectos más destacados de la evolución de las drogodependencias en este país. Siguiendo a este autor, hasta 1918, la elaboración y venta de medicamentos era competencia de los farmacéuticos y la de drogas y plantas medicinales, de los drogueros y herbolarios, aunque en ocasiones estos dos últimos grupos vendían a precios más baratos las medicinas. Por este motivo, la legislación del momento, se preocupaba, aunque no excesivamente, por intentar evitar que los farmacéuticos, que habían comenzado sus estudios en el siglo XIX, vendiesen cantidades de preparados superiores a las estipuladas o remedios secretos. La Ley de Sanidad de 1855 prohibía anunciar fármacos en periódicos distintos de los especializados (Medicina, Cirugía, Farmacia o Veterinaria) y el Código Penal de 1870, castigaba con penas de arresto mayor y sanciones económicas la elaboración de medicinas por parte de personas no autorizadas.

Durante este periodo, el consumo de drogas fue una práctica bastante minoritaria, conocida y tolerada socialmente, entre grupos marginales (prostitutas, homosexuales, gente del hampa, etc.) y colectivos muy determinados (artistas, escritores, hombres del mar, etc.). La sustancia más consumida era el opio y sus derivados, principalmente como analgésicos y la utilización con fines recreativos era propia de algunos marineros, comerciantes, funcionarios y militares que habían tenido contacto con las rentas de anfión en Oriente. El consumo de heroína, morfina y cocaína aún era caro en una España sin cobertura sanitaria pública y gratuita y esta última sustancia solo era utilizada por quienes habían participado en alguna guerra, el estamento terapéutico, ciertos miembros de la aristocracia y de la alta burguesía y algunos artistas y escritores. En su lugar, otros sectores, utilizaban sustancias con un precio inferior como el cloroformo, hidrato de cloral o el éter. Por último, el cáñamo, dejando a un lado los usos terapéuticos, era consumido por soldados, militares y otro personal en el norte de África.

Pese a que la situación no revestía gravedad, el Gobierno español firmó el Convenio Internacional de la Haya (1912) sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales, al que se habían sumado Gran Bretaña, Alemania, Francia, Rusia, Países Bajos, Japón y China. Este proceso en EEUU coincidió con la sustitución del “Estado mínimo” por el “Estado asistencial”, con el descubrimiento de nuevos psicofármacos y con cierta “nerviosidad” del hombre contemporáneo por consumir nuevas drogas. Desde 1918 a 1921, se crearon en España diversas órdenes sobre el comercio e importación de sustancias, con el fin de garantizar el cumplimiento del acuerdo internacional establecido. En la España de entonces influyeron otros aspectos, tales como las aspiraciones del estamento terapéutico por monopolizar el mercado compartido con curanderos, herbolarios, drogueros, etc.. La confesionalidad del Estado español responsable de la moral de la sociedad, pudo ocasionar que los sectores prohibicionistas no tuvieran la misma repercusión ni demandasen con la intensidad que en Estados Unidos o Reino Unido. Sin embargo, también aparecieron algunos colectivos que luchaban contra la pornografía, la blasfemia y el alcoholismo entre ellos, la Liga Antialcohólica Española (1911)<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup>Fundada por A. Ecroyd y el doctor Gallart y presidida por el doctor R. Rodríguez Méndez en el Congreso Antialcohólico en 1914. En Usó, Juan Carlos (1996): *drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*.

Por otro lado, el urbanismo hasta 1930, tuvo como consecuencia la concentración en las ciudades de algunos problemas sociales como la hambruna, la insalubridad, la tuberculosis, el chabolismo, la promiscuidad, la delincuencia y la prostitución. En la misma línea, el urbanismo también supuso las transformaciones en el ocio que modificaron el modo de consumir las drogas, haciéndose cada vez más visible hacia el exterior. Por último, la neutralidad de España en la I Guerra Mundial y su situación geográfica, pudieron motivar que fuera visitada por un gran número de espías que venían iniciados en el consumo de drogas de su país de procedencia.

Además, durante el periodo 1920-30 confluyeron en España tres factores que conformaron la política de drogas: la medicalización de la sociedad, las presiones prohibicionistas y la reacción opuesta a la laicización de la sociedad. Como consecuencia de ello, el Gobierno intervino aludiendo al principio jurídico de “salud pública” en defensa de la “enfermedad” y del “vicio” y a favor de “la moral y las buenas costumbres”. En 1921 tuvo enorme repercusión la publicación de un artículo en el periódico “Las Provincias” en el que se denunciaba el tráfico y consumo de cocaína y morfina en los cabarets y music-halls, acusando a las autoridades de su inhibición. Ante esta campaña, el gobernador civil de Valencia promulgó un escrito ordenando la persecución policial a los vendedores y al comercio ilícito de los farmacéuticos. No obstante, en ese mismo año, el fiscal de Tribunal Supremo solamente mencionaba como ilícito el consumo inmoderado de vinos y licores, proponiendo cerrar antes las tabernas y medidas para evitar la adulteración de bebidas alcohólicas.

En 1924, el asalto al expreso de Andalucía, asociado a un negocio de contrabando en materias tóxicas, generó un clima de crispación social e inseguridad ciudadana que condujo a crear una nueva orden en materia de seguridad para “intervenir y reglar la vida ciudadana, de forma que el recreo y el placer no degeneraran en vicio y perversión”. Se ordenaba el cierre a “hora conveniente” de cafés cantantes, colmados, cervecerías y tabernas; la vigilancia de este tipo de locales; el castigo de quince días de cárcel para “degenerados” y traficantes de drogas, aunque ni el consumo ni la tenencia para consumo propio constituían un delito penal.

Un año más tarde, en 1925, apareció el “Escándalo” como periódico sensacionalista desde el que se publicaban artículos que parecían intentar inducir a los lectores a degustar los efectos de

la cocaína o el opio. Ese mismo año, el Convenio Internacional de Ginebra al que se unió España, limitó las drogas sometidas a control a “usos médicos y científicos” y se creó el Comité Central Permanente como primera institución internacional en materia de drogas. Además, por parte de la profesión médica, ya se había acuñado el término “abuso de drogas” y algunos realizaban desintoxicaciones aunque la rehabilitación aún ni se sospechaba. Se asociaban estos pacientes con enfermedades mentales y en muchas ocasiones la solución pasaba por el ingreso en el manicomio. Con el fin de prevenir y curar a la sociedad “contra los venenos sociales”, en el año 1926 se fundó la Asociación contra la Toxicomanía, por el gobernador civil de Barcelona, y desde ella se solicitaba la creación de sanatorios dedicados a tratar exclusivamente a estos enfermos.

En 1927 se celebró en Madrid una asamblea nacional contra la inmoralidad pública y la persecución policial se acrecentó. Un año más tarde, se aprobaron las Bases para la Restricción del Estado en la Venta y distribución de Estupefacientes y se preveía la creación de una Brigada especial de agentes destinada a la inspección del tráfico y represión del contrabando de las sustancias sujetas a restricción. Sin embargo, la junta creada, a diferencia del caso estadounidense, tenía menos carácter policial y sí terapéutico, dejando en manos del facultativo la decisión de qué cantidad debía entenderse como “uso médico”. El Código Penal de 1928 separaba las “drogas tóxicas o estupefacientes” de las sustancias nocivas para la salud o productos químicos “que puedan ocasionar graves estragos” y aumentaba la cuantía de las multas y condenas, con una pena de arresto mayor (hasta tres años) para los responsables de la elaboración y tráfico ilícito. Además, a partir de ese momento, los “alcohólicos” y los “toxicómanos” que cometieran cualquier tipo de delito tendrían que cumplir la misma reclusión en un establecimiento o asilo especial cuando delinquieran con ocasión o consecuencia de tal vicio.

Las restricciones impuestas fomentaron la aparición de un mercado negro de cocaína entre los vendedores callejeros, en los cabarets, los music-halls, tablaos flamencos, etc. de Barcelona y se extendió a Madrid y Valencia. Los vendedores se empleaban en esta actividad por una necesidad económica más que para satisfacer su propio consumo y la mercancía procedía de desviaciones de suministros legales de droguerías y farmacias y de cada vez mayores importaciones, especialmente de Alemania. A medida que aumentaban las restricciones, el

precio de la droga se encarecía y se comenzaba a adulterar la sustancia. No obstante, aún no existía una subcultura de la droga y el delito y tampoco estereotipos, por lo que los españoles no se sentían amenazados por el uso de estas sustancias.

Entre la I Guerra Mundial y la Guerra Civil, la cocaína fue la droga con mayor demanda y sus usuarios pertenecían a todas las capas sociales urbanas del momento, generalmente personas que, influidas por el espíritu de la modernidad, intentaban llevar una vida frívola, bohemia y mundana, apasionando su consumo especialmente a la alta sociedad, a las prostitutas y al colectivo de homosexuales; no obstante, parece que progresivamente pierde su atractivo entre este primer grupo y se asocia más a los dos últimos. La morfina ocupaba un segundo puesto y se relacionaba principalmente con personas pertenecientes al estamento terapéutico; en tercer lugar se encontraba el opio, aunque se aseguraba que no se había conseguido implantar en España y no existía ningún fumadero en Barcelona. Por su parte, la heroína, se entendía como un buen sucedáneo de la codeína y la morfina. En 1932, como consecuencia de los controles internacionales, esta sustancia se convirtió en la primera droga ilegal, justificándose esta medida porque empezaba a destinarse para fines ilícitos y de esta forma, al decretarse la prohibición de fabricar e importar heroína se pasó de una política restrictiva a otra prohibicionista. Igual ocurrió con el cannabis, que fue propuesto como ilegal por la delegación inglesa como consecuencia de la utilización subversiva en Egipto y el Cairo, opuesta al colonialismo y se equipararon a efectos legales el hachís y la marihuana con el opio y la cocaína.

Parece que en la actitud prohibicionista tuvo que ver la implantación inminente de la Sanidad Pública subsidiada por el Estado, puesto que la eficacia de la actuación pública era cuestionada desde el momento en que la cocaína se encontraba bastante extendida en el mercado negro y en las farmacias se vendían preparados a base de opiáceos y analgésicos. Entre el estamento terapéutico seguía siendo muy asequible y en 1935 se produjeron en Barcelona denuncias a boticarios y médicos por irregularidades en la dispensación y anomalías en las recetas, respectivamente. En 1931, se publicó un decreto por el que se anulaba el Código Penal de 1928 y se volvía al Código de 1870 en el que no se distinguía el daño causado por las drogas psicoactivas del ocasionado por otros productos químicos.

Sin embargo, la legislación permisiva contrastó con la aprobación de la Ley de Vagos y Maleantes. Esta ley no procedía contra “todos los ebrios y toxicómanos sino sólo contra los habituales” refiriéndose a los adictos. Además, incidía en la criminalización y ahondaba en el estigma al incluir en el mismo saco a los vagos habituales, rufianes y proxenetas, mendigos profesionales, jugadores de ventaja y fulleros, indocumentados, extranjeros que quebrantan una orden de expulsión del territorio nacional, aquellos que proporcionan bebidas a menores de edad y los que tuvieran trato asiduo con mendigos y maleantes. Permanecerá vigente en España hasta 1970, cuando se promulgó la Ley de Peligrosidad Social. Durante la guerra de 1936 se utilizaron las anfetaminas, alcohol, cocaína y especialmente morfina para aliviar el dolor, mientras que el cannabis siguió extendiéndose entre los soldados y militares africanos.

Durante la Dictadura (1939-1975), se aludía a la implantación de una moral nueva que había logrado solucionar y controlar el número de adictos a la morfina y a la cocaína. Hasta mediados de la década de los 60, el consumo de drogas reunía características muy distintas a los países de su entorno, tal vez como consecuencia del aislamiento político cultural o del atraso socioeconómico. Los fenómenos más destacados, aparte del alcohol y el tabaco, fueron el uso de barbitúricos y anfetaminas, el consumo de cannabis en ambientes marginales y un considerable número de adictos a la morfina controlados. Además, a diferencia de otros países, hasta mediados de los años sesenta no se reguló mediante receta la dispensación de anfetaminas, barbitúricos y otros tranquilizantes y en los foros internacionales se conocieron estas sustancias como la droga española. No obstante, las anfetaminas eran utilizadas principalmente por opositores y estudiantes, para desarrollar sus ocupaciones habituales tales como el trabajo, el estudio, el rendimiento, la productividad, etc. de modo que eran consideradas drogas institucionalizadas y “adaptativas”.

En 1944, la Ley de Bases de Sanidad tuvo entre sus objetivos la lucha contra la toxicomanía, particularmente contra el alcoholismo y la morfinomanía, proponiendo un tratamiento en manicomio. Ese mismo año, también tuvo lugar la reforma del Código Penal, dedicando el capítulo II a la cuestión de las drogas y volviendo a distinguir entre drogas tóxicas o estupefacientes. Las penas se elevaban en el caso del comercio legal, de suspensión hasta seis años y en el caso de no tener autorización, hasta doce años de prisión mayor; las sanciones

económicas se mantenían en los mismos niveles y la posesión para consumo personal no constituía ningún tipo de delito. La cocaína en los años cuarenta seguía siendo una droga legal pero los mayores controles en su uso terapéutico hacían que los consumidores, personas de alta posición social y artistas, se abastecieran en el mercado negro sin ningún tipo de estigma ni intolerancia.

En 1961, se firmó la Convención Única sobre Estupefacientes entre 74 naciones conscientes de que la toxicomanía constituía un mal grave para el individuo y entrañaba un peligro social y económico para la humanidad. Lo más destacado fue la distinción entre uso y abuso, en base a la autorización legal; la posibilidad de crear cuerpos policiales para luchar contra el tráfico ilícito y la colaboración con expertos no policiales. En 1963, se revisa el Código Penal y se incrementa la duración del castigo a los farmacéuticos que sustituyeran medicamentos o los vendiesen en mal estado y aumentó la cuantía de las penas (en 1944 de 1000 a 5000 pesetas y en 1963 entre 5000 y 25000 Ptas.). En los años 50 y comienzos de los sesenta se utilizaba el LSD en España con fines médicos en la psiquiatría aunque, en esta última década comienza a extenderse entre algunos artistas, la oposición antifranquista y los nuevos movimientos estudiantiles. En 1966 se prohíbe el LSD en California y esta medida llegó a España un año más tarde, incluyéndose en la lista de la Convención Única. En 1967 se adaptó la normativa y los toxicómanos fueron considerados como enfermos que debían ser internados en establecimientos adecuados. Tras “el mayo del 68”, la prensa española comenzó a hacerse eco de la inquietud internacional por la propagación del LSD entre el movimiento hippie y la música pop-rock y en España el movimiento contracultural se expandió especialmente en Ibiza.

En 1967 se adaptó la normativa y los toxicómanos fueron considerados como enfermos que debían ser internados en establecimientos adecuados. Sin embargo, parece que ante la alarma suscitada por el consumo de LSD y cannabis, en 1970, se sustituyó la Ley de Vagos de 1933 por la de Peligrosidad Social que declaraba a todos los consumidores de drogas en estado de peligro junto con otros colectivos. A estas personas se les podía aplicar como medidas de seguridad y rehabilitación el internamiento, la clausura de local, el arresto de cuatro a doce fines de semana o la multa de mil a cincuenta mil pesetas, entre otras. En 1971, la Reforma del Código Penal introdujo modificaciones en materia de drogas, y estableció que “los que ilegítimamente

ejecuten actos de cultivo, fabricación, elaboración, transporte, tenencia, venta, donación o tráfico en general, de drogas tóxicas o estupefacientes o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten su uso, serán castigados con penas de prisión mayor o multa de 5.000 a 250.000 pesetas” (Usó, 1996).

Por su parte, Navarro (2002:15-28), en relación con las drogas, realiza un análisis de la situación del consumo en los últimos quince años y distingue tres periodos bien diferenciados. El primero de ellos, se caracteriza porque el consumo de drogas no constituye un problema social; el segundo, coincide con la aparición del mercado negro, la extensión de nuevas sustancias entre todas las clases sociales y como consecuencia de ello, se redefine la consideración de la droga como un problema social de enorme magnitud; por último, en la tercera etapa, la situación es “moderada”, aparecen nuevas sustancias y se modifica el modo de consumo respecto a la etapa anterior, provocando un cambio de paradigma, caracterizado por cierto regreso a la normalidad y la disminución del conflicto social<sup>43</sup>.

Aunque en sus inicios, el primer periodo mencionado sobresale por la ausencia de estudios epidemiológicos de interés en la materia, es conocida entonces la existencia de determinadas sustancias: el tabaco y especialmente el alcohol, extendidos de modo abusivo entre un amplio sector de la población; el cannabis, ligado con ciertas connotaciones políticas y contraculturales en la España pre-democrática; algunos psicoestimulantes como las anfetaminas y la cocaína, asociados con algunas élites sociales y culturales y por último, entre los sectores más populares los sedantes, especialmente entre mujeres y personas de mediana edad. Concretamente, respecto a la utilización del hachís en este proceso de fuerte industrialización, Romaní (1999) aprecia tres subculturas juveniles en la Barcelona de los sesenta: los exlegionarios del norte de África, donde habían adquirido la pauta de consumo de grifa; los roqueros o sectores de clase media y trabajadora, con cierto rechazo ante la vida expresado a través de la indumentaria y la música y por último, algunos estudiantes, movilizados en los años sesenta a nivel político y cultural<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Se puede acceder a este capítulo a través de la web de la FAD. [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)

<sup>44</sup> Romaní, Oriol (1999): “La construcción social del problema de la droga”. En *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel.

Sin embargo, entre las sustancias mencionadas, el alcohol fue sin duda la primera causa de conflicto. Navarro (2002) atribuye esta circunstancia a los cambios acaecidos en la sociedad española durante el “desarrollismo”, a comienzos de la década de los 60 y sus consecuencias sociales. La sociedad rural, en la que la familia extensa jugaba un papel prioritario es sustituida por la nueva sociedad urbana e industrial en la que la familia “nuclear” no dispone de espacio ni recursos para atender la problemática desencadenada por el alcoholismo. Además, esta cuestión es abordada desde el campo científico con un alto nivel de análisis y preocupación, especialmente desde la psiquiatría y la medicina (con ejemplos como Santodomingo, Freixa, Bogani, Alonso Fernández, Alcalá-Santaella, Seva Díaz, etc.) y emerge vinculado a él un importante movimiento social (Socidrogalcohol, Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Ex-alcohólicos...).

En 1976, en Vitoria, alrededor de un 10% de la población mayor de 15 años eran “bebedores excesivos”<sup>45</sup>, principalmente hombres de clase media aunque, progresivamente, se incorporan jóvenes y mujeres. A fines de los 70, médicos, psiquiatras y sociólogos se reúnen en el simposium *Sociedad y alcoholismo* (AAVV, 1979) y surgen dos estudios relevantes: el primero de ellos, centrado en la inseguridad y el segundo, en la extensión del consumo ilegal entre la gente joven<sup>46</sup>. Pese a esta preocupación, en aquel momento, entre los jóvenes, un 34.6% habían bebido alguna vez, un 17.8% tenía un consumo ocasional y un 6.6% habitual<sup>47</sup>.

Como puede apreciarse, hasta mediados de la década de los 70, la mayoría de los problemas de drogas se relacionaban con el alcohol. Veinte años después, la situación es completamente distinta, con la aparición de numerosas drogas objeto de preocupación. Para entender que ha ocurrido durante todo este periodo es importante analizar los cambios políticos y sociales acaecidos<sup>48</sup>. Según el estudio “Servicios Sociales y Drogodependencias”, el fin del Sistema Político Autoritario y la aparición de la Democracia supuso en España la adquisición de

---

<sup>45</sup> Alonso, J., 1976 citado en Navarro Botella, José (2002): “El consumo de Drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD y col. Pps. 15-28. [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)

<sup>46</sup> “Victimización y droga” (CIS, 1979) y CIDUR-EDIS, 1979 citado por Navarro Botella, José (2002): “El consumo de Drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD y col. Pps. 15-28.

[www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)

<sup>47</sup> Navarro Botella, José (2002): “El consumo de Drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. FAD y col. Pps. 15-28. [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)

<sup>48</sup> PNSD (2002): “La comprensión del problema de los consumos de drogas”. En *Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias*.

los mismos valores y modelos de comportamiento de otros países, incluyendo el consumo de drogas. De este modo, a finales de ésta década, aparece en la escena el cannabis, alucinógenos, estimulantes (principalmente anfetaminas) y heroína. Sin embargo, la aparición no es generalizada y primeramente la droga era usada entre un sector de la población con alto nivel económico y cultural, circunstancia que le permitía entrar en contacto con otros países en los cuales había un soporte cultural asociado con la droga (la generación beat, el movimiento hippie y otros movimientos políticos y contraculturales).

Concretamente, Romaní (1999:95) menciona entre los precedentes (1968-1976) a ciertos grupos de artistas e intelectuales consumidores de cocaína de los felices años veinte; a personas de mediana edad y clase media consumidores de derivados opiáceos y por último, a los de grifa, todos ellos identificados con la vida bohemia pero sin constituir aún un problema social. La llegada de la heroína a España en 1973 y hasta 1977, estará asociada con la contracultura y su comercio será similar al del cannabis entre redes sociales de amigos. Entre ellos se encontrarían los *radicales urbanos* como los punkis, sin faltas de expectativas ante la sociedad emergente. En este contexto, en 1975 sorprende como iniciativa gubernamental en el régimen franquista el “Grupo de Trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes”.

La introducción a la investigación *Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias* (2002) muestra como, una década más tarde, a principios de los años 80, surgió el mercado negro y con él la extensión de esta práctica entre todas las clases sociales, que convirtieron a la heroína en la “sustancia emblemática”.<sup>49</sup> La vinculación entre inseguridad ciudadana y drogas supuso la modificación del Código Penal, aumentando la punición y sancionando administrativamente el consumo público de drogas en la esfera municipal. En un principio, la asistencia sanitaria provenía de los servicios de tratamiento de alcoholismo, que atendían a los pacientes dependientes de la morfina o las anfetaminas (Romaní,1999:96). Sin embargo, ante un problema novedoso y de elevada magnitud, los servicios sanitarios existentes no estaban capacitados para atender a una población heroínómana creciente.

---

<sup>49</sup> Este periodo coincide con el de “problema social” formulado por Navarro.

Como resultado, entre los ciudadanos españoles esta sustancia se convirtió en la principal responsable de la inseguridad en las calles y pasó enseguida a ocupar los primeros puestos del ranking de los problemas sociales, junto con el desempleo y el terrorismo. La heroína requería una respuesta y las primeras en movilizarse ante esta dramática situación fueron algunas organizaciones, bien procedentes de otros países, donde habían adquirido experiencia o fruto de la asociación de familiares que demandaban una solución. Sin embargo, en ambos casos se trataba de modelos no institucionales y en ocasiones “sectarios” o pseudo- científicos que se alzaban y eran bien vistos por la opinión pública como única vía para abandonar la dependencia.

Más tarde, apareció la segunda respuesta a la ausencia de recursos, desde la perspectiva institucional y profesional, específicamente desde la psiquiatría general y desde otros profesionales con tradición en el campo del alcohol, aunque el modelo de atención en estos recursos públicos se caracterizaba por más buena voluntad que organización y profesionalismo. En 1985, ante la situación descrita y como iniciativa gubernamental para coordinar y colaborar en las políticas en la materia, se creó el Plan Nacional sobre Drogas, en el que confluían a partir de ese momento las Administraciones Públicas (Estado, Comunidades Autónomas y Administraciones Locales) junto con las organizaciones sociales privadas.

Sin embargo, en la calle, la sociedad seguía alarmada ante los acontecimientos, lo que se refleja en diversos estudios<sup>50</sup>. Esta alarma y sentimiento de inseguridad acontece en un momento en el que España se sitúa a la cabeza en los delitos a bancos y atracos a farmacias y se busca al “drogadicto” como causante de todos los males. Además, si entre 1977 y 1981 se incorporaron al consumo de “caballo” los jóvenes de clase media y trabajadora, con trayectorias políticas y cierto malestar existencial que convirtieron a la sustancia en elemento de refugio, entre 1981 y 1985, aparecen en este mundo individuos procedentes de sectores marginales al margen de la ley, que convierten a la heroína en un factor de identidad (Romaní, 1999:107). Por su parte, Gamella (1997: 20-30) ha calificado la situación como “crisis de heroína” puesto que, aunque solo un 1% de la población consumía esta sustancia, las graves consecuencias que ocasionaba (muerte por sobredosis y adulteración, problemas personales y familiares, marginalización y

---

<sup>50</sup> Sobre consumo de alcohol (Alvira, F. et al., 1985), entre los jóvenes (Comas, D., 1985) y mayores de 12 años (Navarro, J. y col., 1985).

exclusión, delito e inseguridad, etc.) y el tratamiento sensacionalista dado por los medios de comunicación, convirtió al problema social de las drogas en el de “la droga” (referido a la heroína), causando una gran demanda de recursos.

Paralelamente, la llegada del VIH cambió el panorama acrecentando el problema hasta entenderlo como un asunto de salud pública. El riesgo para la salud dejaba de estar en aquellos que lo consumían y en ciertas condiciones, el VIH podía extenderse y contagiarse entre sectores de la población abstinentes. Por esta razón, la población empezó a percibir “la droga” como un riesgo potencial para su seguridad, no solo en relación con la propiedad privada sino con su salud especialmente cuando en España e Italia se alcanzaban las mayores cifras de SIDA en usuarios de drogas por vía parenteral o inyectada (en España el 59,7%)(Megías, 1988). Fue entonces cuando aquellos que se inyectaban empezaron a descubrir que ciertos comportamientos, como la práctica de compartir inyección, podían ser causantes de contagio. A la situación descrita le acompaña a mediados de los ochenta el incipiente consumo de nuevas drogas como la cocaína, usada por los heroinómanos como complemento o de un modo exclusivo entre ciertos sectores de nivel económico elevado por aquel entonces “yuppies”.

En resumen, Gamella (1997:20-30) distingue cinco etapas en la denominada crisis de heroína en España. En primer lugar, entre 1977 y 1978 aparecen los primeros “yonquis”<sup>51</sup>, aunque el consumo era prácticamente desconocido; durante 1979 y 1982 alcanza niveles epidémicos; entre 1983 y 1986, se produce la institucionalización del problema; desde 1987 disminuye el número de nuevos usuarios pero se expande el SIDA entre los heroinómanos y como consecuencia de ello se comienza a extender la vía fumada, menos “peligrosa”. Finalmente, entre 1991 y 1992 la crisis pierde su gravedad y se convierte en endémica.

En 1992, entró en vigor la Ley Orgánica de protección de la seguridad ciudadana conocida como Ley Corcuera que, en su artículo 25, establece como infracciones graves el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en vías públicas, establecimientos o transportes públicos así como la tenencia ilícita aunque no estuviera

---

<sup>51</sup> Este término da nombre a la obra publicada por William Burroughs en 1953 sobre esta adicción, señalando que “la droga no es un medio para aumentar el goce ni un estimulante sino una manera de vivir”. Anagrama. Barcelona.

destinada a tráfico. Además, se consideraba que las sanciones impuestas, administrativas o económicas, podían suspenderse si el infractor se sometía a un tratamiento de deshabituación en un centro o servicio debidamente acreditativo (...). La política expuesta en el Código Penal es totalmente represiva con el tráfico de drogas y no persigue el consumo o la tenencia. Los artículos 368, 369 y 370 establecen las penas en caso de tráfico de drogas<sup>52</sup>.

En este sentido, la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal, en el Capítulo III del Título III, se refiere a las formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad y en el art. 87 hace referencia al supuesto de drogadicción y alcoholismo. Según este artículo, "...el Juez o Tribunal, con audiencia de las partes, podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a tres años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado (...). En el supuesto de que el condenado sea reincidente, el Juez o Tribunal valorará la oportunidad de conceder o no el beneficio de la suspensión de la ejecución de la pena. La suspensión de la ejecución de la pena quedará siempre condicionada a que el reo no delinca en el período que se señale, que será de tres a cinco años”.

Siguiendo con lo más destacado de la citada ley, “en el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación, se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización (...). Transcurrido el plazo de suspensión sin haber delinquido el sujeto, el Juez o Tribunal acordará la remisión de la pena si se ha acreditado la deshabituación o la continuidad del tratamiento del reo. De lo contrario, ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años”<sup>53</sup>. En este sentido, el 17 de enero de 2003 se aprobó la reforma del código penal de 1995, que endurece la tipificación del narcotráfico, sobre todo para cuando vaya dirigido a los centros escolares y se podrán decomisar empresas

---

<sup>52</sup> Distingue si el tráfico ocasiona un grave daño a la salud, por ejemplo cocaína, heroína, LSD (3-9 años de prisión) o si no es grave (prisión de 1 a 3 años). En este caso se puede suspender la pena si el delincuente se compromete a someterse a un tratamiento de deshabituación. Además existen tipos agravados con penas superiores.

<sup>53</sup> Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. (BOE 24 de noviembre de 1995)

"tapadera" cuyos directivos sean "narcos". Al mismo tiempo, se dan más oportunidades de rehabilitación a los reclusos drogodependientes, si "de manera responsable" siguen un proceso de desintoxicación.

Como puede apreciarse por la última etapa mencionada, durante los noventa, el panorama de la crisis de heroína se ha ido difuminando, lo que se refleja en el retroceso de su consumo y de la vía inyectada, la cual está sustituyéndose progresivamente por la fumada o inhalada y por el menor número de drogodependientes infectados con el VIH. Sin embargo, lejos de lo que pudiera pensarse, las drogas no han desaparecido y en el mismo periodo, empezaron a surgir las llamadas drogas sintéticas entre la "oferta de sustancias", alcanzando con especial popularidad el éxtasis. Nuevamente se volvían a llenar las portadas de muchos dominicales, esta vez preguntando a los jóvenes por pastillas con diversos nombres que se consumían en zonas de bailes (*raves*) y ello les permitía continuar "la marcha" durante varios días<sup>54</sup>. Junto con esta práctica, otro sector de la población juvenil se decantaba por el consumo de diversas sustancias (policonsumo), combinando el alcohol, el cannabis o la cocaína durante el fin de semana en espacios públicos. Sin embargo, a diferencia de lo sucedido con la heroína, como se señala en la *Estrategia Nacional*, la nueva forma de consumo no se percibe marginal y está relativamente aceptada en la sociedad, sin generar gran alarma.

No obstante, en una sociedad postmoderna, caracterizada por el cambio social continuo, la fragmentación y el individualismo, el alcohol continúa siendo, proporcionalmente, la droga más importante entre los jóvenes, consumida principalmente los fines de semana y entre el mismo grupo de edad, compaginando la cerveza con los combinados.<sup>55</sup> Además, a diferencia de décadas pasadas donde el problema sociopolítico de la heroína se convirtió en un problema de salud, el consumo de alcohol entre los jóvenes, la cocaína y las drogas de síntesis causan una alarma menor (Gamella y Álvarez, 1997). La edad media de inicio al consumo de alcohol es de 13,6 años, una de las más bajas de la UE; aunque crece el número de jóvenes abstemios, lo cierto es que el porcentaje de bebedores asiduos es abrumador, el 76% de los adolescentes entre 14 y 18 años, la mitad de ellos durante los fines de semana y un 15% admite beber a diario. Y para mayor alarma, sólo el 42% de los chavales

---

<sup>54</sup> Más información en Gamella, J.F.; Álvarez, A. (1999): *Las drogas de síntesis en España*. PNSD. Madrid.

<sup>55</sup> PNSD (2002): "La comprensión del problema de los consumos de drogas". En *Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias*.

se para a pensar en los posibles daños aparejados con el alcohol: de salud, desarraigo social, violencia, embarazos indeseados, muertes, accidentes al volante o fracaso escolar, entre otras miserias. Según Gonzalo Robles, las familias españolas no perciben en toda su magnitud los riesgos del alcohol en jóvenes y están más preocupadas por alertarles sobre los peligros de drogas más duras (heroína, cocaína, hachís, etc)<sup>56</sup>.

La preocupación por las consecuencias sociales suscitadas por el consumo de esta sustancia en la vía pública por parte de los jóvenes o lo que se ha conocido como “botellón”, tales como las molestias ocasionadas a los vecinos derivadas de los ruidos y la suciedad principalmente, dio lugar a la creación de numerosos estudios y a la organización de debates municipales que intentaban encontrar posibles soluciones. Mientras algunos han propuesto trasladar a los jóvenes a lugares apartados del centro de la ciudad, otras medidas pasan por la prohibición del botellón. Entre ellas, coincidiendo con la celebración del Congreso Jóvenes, noche y alcohol, en Madrid en febrero del 2002, el entonces Ministro del Interior, Mariano Rajoy, propuso la elaboración de una ley básica que prohibiera el consumo de bebidas alcohólicas en la calle y que elevase a los 18 años la venta de bebidas alcohólicas<sup>57</sup>.

En la actualidad, sólo seis de las 12 Comunidades Autónomas con leyes específicas en materia de drogodependencias prohíben el consumo de alcohol en la calle, concretamente Cataluña, Cantabria, Aragón, Comunidad Valenciana, Castilla y León y Canarias (ver capítulo específico). De las 11 autonomías restantes, sólo Galicia y Castilla-La Mancha han respaldado la citada normativa. En las otras Comunidades con leyes específicas en materia de drogodependencias -Andalucía, Castilla-La Mancha, Rioja, País Vasco, Extremadura, Galicia

---

<sup>56</sup> Así lo mencionaba Gonzalo Robles, quien hasta noviembre de 2003 ha sido Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en el *Congreso Jóvenes, noche y alcohol*. Madrid. 2002.

<sup>57</sup> El dictamen del Consejo Económico y Social sobre el Anteproyecto de Ley valoró en junio del 2002 esta iniciativa aunque echaba en falta un diagnóstico de la situación que permitiera determinar con claridad el alcance de los problemas generados por el consumo abusivo o indebido de bebidas alcohólicas y llamaba la atención sobre el predominio del enfoque sancionador por encima de los principios pedagógicos y culturales que deberían informar una Ley de naturaleza preventiva. En [/www.ces.es/prensa/np20020604.htm](http://www.ces.es/prensa/np20020604.htm).

y Murcia- no contemplan este aspecto e Islas Baleares, Asturias, Madrid y Navarra, se rigen por la Ley General, que no prohíbe el consumo de alcohol en la calle<sup>58</sup>.

En resumen, con un brillante análisis, Navarro (2002:28) percibe que *el proceso de “discriminalización” de las drogas es positivo aunque es importante saber que nos hallamos ante una situación de inesperadas consecuencias, caracterizada por altos niveles de consumo entre los adolescentes, de alcohol entre los jóvenes y la población laboral, la feminización del consumo, el liderazgo de la cocaína y las drogas de síntesis.*

El último acuerdo internacional establecido se refiere al tabaco. En marzo de 2003, 171 Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han adoptado, un pionero tratado en materia de salud pública para controlar la oferta y el consumo de tabaco. El texto del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) aborda los impuestos aplicables, la prevención y el tratamiento del tabaquismo, el comercio ilícito, la publicidad, el patrocinio y la promoción y por último, la regulación del producto. El acuerdo forma parte de una estrategia mundial encaminada a reducir las defunciones y enfermedades relacionadas con el tabaco y aunque desde 1970 se han adoptado cerca de una veintena de resoluciones, a diferencia de las anteriores, este tratado será jurídicamente vinculante para las partes una vez que entre en vigor. Las consecuencias de estas medidas están aún por analizar<sup>59</sup>. Por lo pronto, ya han empezado a distribuirse cajetillas de tabaco en las que, con grandes letreros se avisa que “fumar mata” y se espera próximamente incorporar fotografías de enfermos y pulmones dañados para alentar de los peligros del tabaco. Los efectos están por evaluar pero la polémica está servida entre los que quieren dejarlo y los que buscan como mejor solución la utilización de la pitillera.

### **2.1.2. Situación epidemiológica**

Desde 1995, por iniciativa del Plan Nacional sobre Drogas, se han realizado cuatro investigaciones bianuales (1995-1997-1999-2001), con el objetivo de conocer la situación del consumo de drogas entre la población de 15 a 65 años. Sus resultados se exponen en los informes del Observatorio Español sobre Drogas. Atendiendo al *Informe 4* (DGPNSD, 2001:13-

<sup>58</sup> [www.ruidos.org/Normas/alcohol.html](http://www.ruidos.org/Normas/alcohol.html)

<sup>59</sup> [www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/](http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/)

14), en general, desde 1995 a 1999, se ha producido un descenso de los consumidores alguna vez en la vida y en el pasado año, con la excepción en este último caso de la cocaína y el crack. Aunque el Observatorio Español sobre Drogas, apuntaba la posibilidad de que, *el ciclo expansivo de la droga en España podría haber terminado, con un nuevo periodo de estabilización o incluso descenso*, los datos de la encuesta del 2001 rompen esta tendencia. En general, se ha producido un aumento del consumo de todas las sustancias alguna vez en la vida; en los últimos doce meses, con la excepción de los inhalables y la heroína que se mantienen y del crack que desciende y finalmente, en los últimos treinta días también se han incrementado, los alucinógenos, cuyo consumo se ha mantenido y la heroína y el crack que ha descendido. Además, también es mayor el porcentaje de población que consume diariamente tabaco, alcohol y cannabis.<sup>60</sup> (Ver Tabla 1).

En función del tipo de sustancias, el alcohol es la más frecuente entre la población: en el año 2001, el 88,8% de los ciudadanos entre 15 y 65 años habían bebido alguna vez, un 77,4% durante “los doce últimos meses”, el 63,8% el mes pasado y un 14,6% diariamente. En el caso del mes pasado, el porcentaje femenino (51, 4%) es inferior al masculino (76, 1%) aunque esta proporción aumentó entre todos los grupos de edad, especialmente entre los jóvenes. Mientras que en los varones el grupo con mayor prevalencia se ha desplazado a edades más avanzadas desde 1995 (25 a 29 años) a 1999 (35 a 39 años), en las mujeres las más altas proporciones se encuentran entre los 20 y 24 años, con un importante aumento entre las más jóvenes (entre 15 y 19 años, ha pasado del 37,7% al 50,9%) durante el periodo citado (Ver Gráfico 2.1).

No obstante, no solo interesa conocer el porcentaje de población sino también la cantidad de consumo ingerida y distinguir entre los bebedores de gran riesgo durante los días laborales y aquellos que fundamentalmente consumen el fin de semana<sup>61</sup>. En 1999, más de un millón de personas alcanzaban elevados niveles (alto+excesivo+gran riesgo) en los días laborales y 263.000 bebían en cantidades cercanas al alcoholismo en términos clínicos. En función de la

---

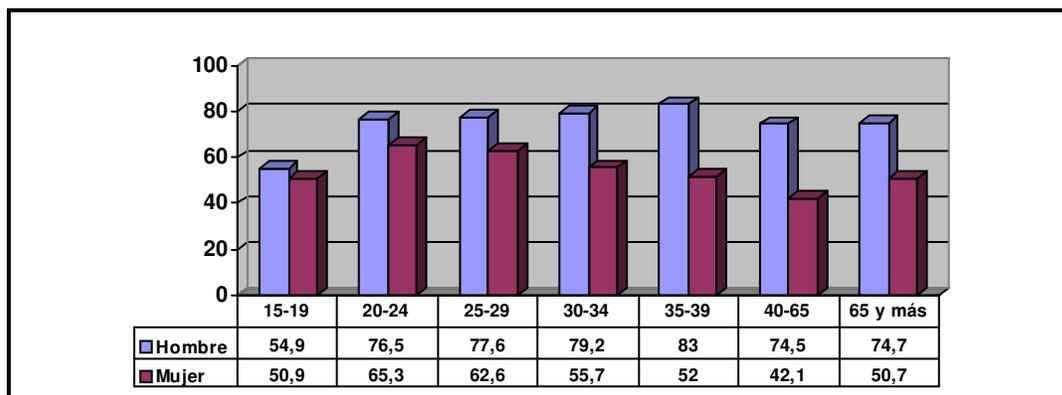
<sup>60</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002): *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España, 2001* (Resumen de prensa).

<sup>61</sup> Tipos de bebedores para hombres (H) y mujeres (M) establecido por la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo (1 UBE equivale a 2,5-25 ml/cc o a 0,8-20 gr. de alcohol):  
abstinentes 0 H/M UBEs Ligeros: 1-2 H/M UBEs Bebedores Moderados: 3-6 H/3-4 M UBEs  
consumo elevado: 7-8 H/5-6 M UBEs Bebedores Excesivos: 9-12 H/7-8 M UBEs Bebedores de gran riesgo: >13 H/>8 M UBEs

edad, los grupos con más bebedores de riesgo eran el de varones entre 30 y 34 años (4,3%) y el de mujeres entre 15 y 24 años (1,8%) y además, se había producido un descenso de las diferencias entre sexos. Sin embargo, como aspecto positivo, durante el periodo 1997-1999, aproximadamente 460.000 personas entre 15 y 65 años dejaron de beber en elevadas cantidades durante los días laborales.

En cuanto al consumo de fin de semana, un 1,7% de la población son bebedores de gran riesgo, con una probabilidad ligeramente superior entre los varones (1,8%), que entre las mujeres (1,4%). Estos datos reflejan que, del sector de población con consumos abusivos de fin de semana (1.300.000), 285.000 personas pertenecen a la categoría “de gran riesgo”. En el año 2001, el 23,8% de los hombres bebieron diariamente frente al 6,8% de las mujeres que realizaron esta actividad. Los resultados constatan la asociación de esta práctica a las actividades de ocio entre los jóvenes quienes concentran el consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana. Por último, según la *Encuesta domiciliaria (2001)* también existen diferencias en cuanto al tipo de bebida entre la población general y los más jóvenes. En el primer caso, las bebidas predominantes son, la cerveza/sidra durante el fin de semana (22%) y el vino/champán durante la semana (11,5%); en el caso de los jóvenes (de 15 a 29 años), la cerveza predomina durante la semana (4,9%) pero en el fin de semana a ésta (21,8%) se le añaden los combinados/cubatas (22,3%).

**Gráfico 2.1: Proporción de población que consumió alcohol en los últimos 30 días por género y grupo de edad (1999).**



Fuente: Informe n°4 del OESD.

Por lo que respecta al tabaco, aumenta su consumo respecto a años anteriores especialmente entre los más jóvenes y en el año 2001, el 35,1% de la población fumaba diariamente. En cuanto al sexo, durante el periodo 1995-99 descendió la proporción de hombres fumadores, aunque en la última encuesta se rompe esta tendencia por el aumento de la proporción de fumadores diarios entre los jóvenes de 15-29 años (de 31,8% a 35,9% entre 1999-2001). Las mujeres consolidan la tendencia ascendente y las diferencias existentes respecto a la edad de inicio (más temprana en los hombres) han desaparecido.

En cuanto a las sustancias ilegales, el cannabis es con diferencia, la más utilizada entre la población de 15 a 65 años. Aunque la proporción de población es menor que en las sustancias legales, en el año 2001, el 24,4% habían probado esta sustancia, un 9,9% en el último año, el 6,5% en el mes anterior y un 1,6% diariamente. Desde 1997 a 1999, hubo un ligero descenso de los patrones de uso “alguna vez en la vida” y en “los últimos doce meses”, mientras que el consumo diario y en el último mes permanecieron estables; la proporción de población que había probado el cannabis alguna vez descendió de un modo generalizado, con la excepción de las mujeres entre 15 y 24 años y parece que las diferencias por género desaparecen e incluso, en 1999, se apreciaba cierta feminización entre los jóvenes con un consumo experimental. En el año 2001, se ha roto la tendencia descendente y ha aumentado el consumo de un modo considerable, especialmente entre los que lo han probado en alguna ocasión (del 19,5% al 24,4%), en el último año (del 6,8% al 9,9%) y “en el último mes” (del 4,2% al 6,5%). El

aumento de los consumidores se debe a la población joven (15-34 años), primordialmente varones. El consumo en el último mes entre los jóvenes de 15-24 años es elevado (14,2%), mucho más alto entre los varones (18,1%) que entre las mujeres (10,1%) y el mismo patrón se observa en el consumo diario (5,9% y 1,2% respectivamente).

La cocaína, es la segunda sustancia ilegal más consumida (el 4,9% de la población entre 15 y 65 años alguna vez en la vida, el 2,6% el pasado año y el 1,4% en el último mes). Desde 1997 a 1999, al igual que ocurría con el cannabis, el consumo alguna vez en la vida descendió entre los varones al tiempo que entre las mujeres ocurría lo contrario y entre la categoría de “los más jóvenes”, superaban a los varones. En el 2001 nuevamente, muestra prevalencias superiores a las de los años anteriores, debido al comportamiento de los jóvenes varones. Por otro lado, el porcentaje de usuarios de heroína sigue disminuyendo, aunque en el 2001 tiene un cierto repunte en los que la han probado (un 0,6%), pero la edad de inicio se retrasa de 18,9 a 20,7 años, lo que resulta positivo.

Por último, entre el grupo de edad de 15 a 65 años, un 4,2% había probado el éxtasis, principalmente varones jóvenes de 15 a 24 años (8%); los tranquilizantes sin receta en el último año alcanzan el 2,5% de la población general y los somníferos el 1,6%. Estas dos últimas sustancias tienen bajos niveles en España, aunque han aumentado ligeramente en el último periodo analizado. En 1999 su consumo era asociado a personas entre 30 y 65 años, con una ligera preferencia de los tranquilizantes por parte de la mujer (2,2%) y de los somníferos en el caso del varón. Por último, un 3% de los españoles han tomado alguna vez anfetaminas (speed), un 2,9% alucinógenos y la utilización de inhalables y crack se mantiene en niveles inapreciables (0,8% y 0,4% respectivamente) (ver Tabla 2.1).

**Tabla 2.1: Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre la población española de 15-64 años (%), 1995-2001.**

	Ha consumido alguna vez en la vida				Ha consumido alguna vez en los Últimos 12 meses				Ha consumido alguna vez en los últimos 30 días				Ha consumido diariamente en los últimos 30 días			
	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001	1995	1997	1999	2001
<b>Tabaco</b>	*	68,3%	65,1%	68,2%	*	44,9%	43,7%	45,5%		40,6%	39,8%	41,5%	34,8%	32,9%	32,6%	35,1%
<b>Alcohol</b>	*	89,9%	87,1%	88,8%	68,2%	77,8%	74,6%	77,4%	53,0%	60,7%	61,7%	63,8%	14,6%	12,9%	13,7%	15,3%
<b>Cannabis</b>	13,5%	21,7%	19,5%	24,4%	6,8%	7,5%	6,8%	9,9%	3,1%	4,0%	4,2%	6,5%	0,7%	0,9%	1,1%	1,6%
<b>Éxtasis</b>	1,9%	2,5%	2,4%	4,2%	1,2%	1,0%	0,8%	1,8%	0,3%	0,2%	0,2%	0,7%				
<b>Cocaína</b>	3,2%	3,2%	3,1%	4,9%	1,8%	1,5%	1,5%	2,6%	0,4%	0,5%	0,6%	1,4%				
<b>Alucinógenos</b>	*	2,6%	1,9%	2,9%	*	0,9%	0,6%	0,7%	*	0,2%	0,2%	0,2%				
<b>Anfetamina /Speed</b>	*	2,5%	2,2%	3,0%	*	0,9%	0,7%	1,2%	*	0,3%	0,2%	0,6%				
<b>Inhalables</b>	*	0,7%	0,6%	0,8%	*	0,2%	0,1%	0,1%	*	0,1%	0,1%	0,1%				
<b>Heroína</b>	1,0%	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%				
<b>Base/basuco /crack</b>		0,4%	0,3%	0,4%	*	0,1%	0,2%	0,1%	*	<0,1%	0,1%	0,0%				
<b>Tranquilizantes</b>					*	2,0	2,0	2,5								
<b>Somníferos</b>					*	1,2	1,3	1,6								

Fuente: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

(\*) Datos no disponibles para la Encuesta Domiciliaria de 1995.

Otros datos importantes de la última encuesta disponible a la población general (2001) aluden a las sustancias y a la percepción social. En el primer caso, los resultados muestran diferencias en la edad de inicio según el tipo de sustancia, que oscila entre los 16,5 años para el tabaco y los 29,6 en el caso de los tranquilizantes. También se observa el mayor consumo de sustancias ilegales por parte de los varones y el policonsumo. En cuanto a la percepción social, crece el porcentaje de población que considera muy importante el problema (39,3%) aunque se observan en menor grado algunos fenómenos relacionados con el consumo de heroína en el entorno habitual.

Junto con la población general, desde 1994 el Plan Nacional sobre Drogas ofrece un tratamiento especial a los escolares, realizando encuestas bianuales sobre consumo de drogas entre 14 y 18 años. Las principales conclusiones del año 2000 muestran que hay un descenso en el número de estudiantes que han probado el alcohol a la vez que aumenta la proporción de abstemios; el de estimulantes permanece estable, desciende en el caso de la cocaína, anfetaminas y alucinógenos y se incrementa en el éxtasis y cannabis (en el último caso en 9 puntos porcentuales durante 1998-2000). Además, la edad de inicio se mantiene en el tabaco, el alcohol y el cannabis y aumenta para el resto de sustancia, a la par que los escolares manifiestan haber tenido problemas con algunas sustancias. Por último, hay una asociación entre alcohol-tabaco-

cannabis y el resto de sustancias y una baja percepción del riesgo relacionado con el alcohol y el cannabis.

### **2.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas**

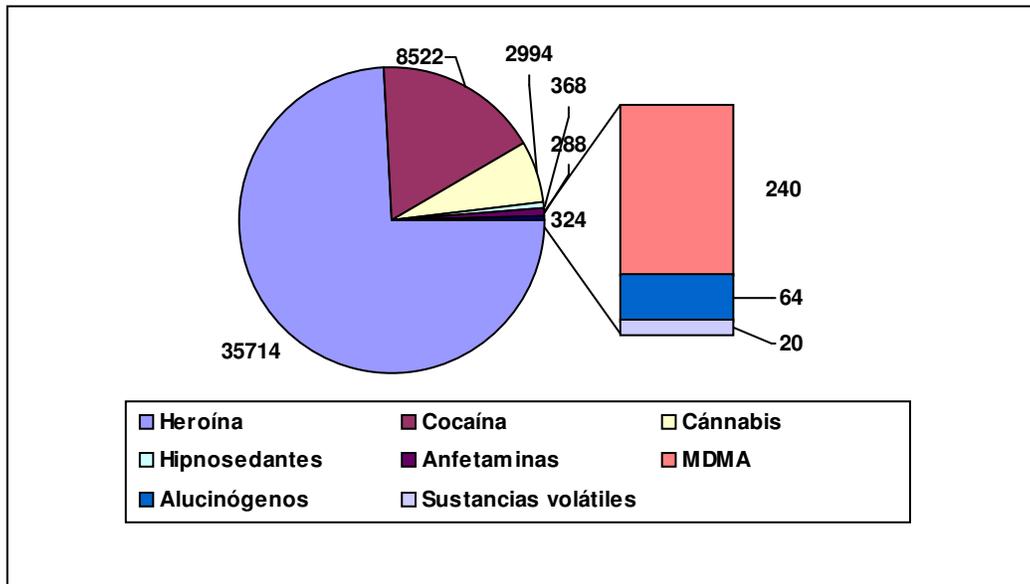
Una consecuencia del problema social de la droga y del desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas, fue la necesidad de obtener datos fiables sobre la extensión y evolución del consumo de estas sustancias y las características de la población. Esta fue la principal razón de la creación en 1987 del Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT). En un principio, la aproximación a la realidad se realizaba mediante tres indicadores principales aunque, en 1991 y 1996, se introdujeron algunas modificaciones de los mismos con el fin de adaptarlos a la realidad. En la actualidad, los indicadores son:

- *Admisiones a tratamiento*: admisiones en todos los centros públicos y privados (subvencionados), que realizan tratamiento relacionado con las drogas en el Sistema Nacional de Salud.
- *Urgencias*: una muestra de hospitales a los que acuden por esta situación los pacientes. Se considera representativo de una alarma mayor suscitada por la ingesta de alguna o varias sustancias.
- *Mortalidad*: una muestra de algunos institutos forenses y del Instituto Nacional de Drogas.

El informe del 2000 (DGPNSD, 2001:23-24), constata cómo es posible detectar la consecuencia que tiene el consumo de drogas para la salud. Las admisiones generales a tratamiento por abuso de drogas descendieron desde 1999 (51.191 admisiones) al 2000 (49.487 admisiones). Como dato curioso, este resultado representa el 0,12% de la población española en el mismo periodo. Por tipo de sustancia, en el último año analizado, las personas continuaban acudiendo a tratamiento principalmente por opiáceos (72%) aunque la tendencia es decreciente desde hace algunos años, especialmente entre las nuevas admisiones, aspecto estrechamente relacionado con la extensión del programa de metadona. Otra nota importante desde 1995 es el incremento de los casos de cocaína, aunque en el año 2000 esta tendencia se ha estabilizado (el 17,5% en 1999 y el 17,2% en 2000). A pesar de esta proporción, las urgencias relacionadas con la cocaína (45,3%) ya son superiores a las ocasionadas por la heroína (40,5%).

Además, en el año 2000, se produjo un incremento de las admisiones a tratamiento por cannabis (6,1%), ocasionando un 14,8% de las urgencias. El resto de las sustancias aparece en menor proporción: las admisiones por anfetaminas permanecen estables desde 1996, con 300 casos anuales; crecen las producidas por MDMA (240) e hipnosedantes (368); desde 1998, se han producido aproximadamente 60 admisiones anuales por alucinógenos y las sustancias volátiles no son comunes (unas 20 admisiones anuales desde 1996). Por último, en el mismo periodo el 20% de las urgencias estaban relacionadas con opiáceos distintos de la heroína, hipnosedantes y alcohol.

**Gráfico 2.2: Admisiones a tratamiento por consumo de drogas en España, 2000**



Fuente: elaboración propia a partir de los resultados del Informe 2000 del SEIT.

Pese a su descenso, la heroína continúa siendo la droga que ocasiona más problemas sanitarios: aparece en un 72,2% de las admisiones generales por abuso de sustancias psicoactivas, en un 40,5% de las urgencias y en un 89,4% de las muertes por sobredosis (en las que se han localizado opiáceos o sus *metabolitos*). Aún así, en los últimos años otras sustancias generan problemas crecientes como es el caso de la cocaína aunque existen diferencias en los usuarios, pues mientras sigue creciendo la media de edad de los consumidores de heroína, entre los de cocaína ocurre lo contrario desde 1995. En cuanto al género, la proporción de varones

durante este periodo continúa siendo muy elevada y la mayor presencia de mujeres se encuentra, por orden, en el indicador de urgencias (27,4%), tratamiento (15,1%) y mortalidad (13,1%).

En cuanto a la vía de administración de la sustancia, entre 1991 y el 2000, el número de consumidores de heroína que utilizaban la inyección descendió año tras año tanto en los pacientes ya atendidos (desde el 74,7% en 1991 al 28,7% en el 2000) como en las nuevas demandas a tratamiento (desde el 50,3% al 17,7% en el mismo periodo). Además, se aprecia una correlación entre este descenso y el aumento de la vía fumada (del 43,4% en el 1991 al 74,1% en el 2000). Por Comunidades Autónomas, a comienzos de los noventa, la mayoría de las regiones tenían porcentajes superiores al 60% de usuarios de drogas por vía parenteral, con la excepción de Canarias y Andalucía, con niveles más bajos. En los últimos años, se ha producido una reducción de la práctica inyectada en todas las regiones, especialmente en el sur. Prueba de ello es que, en el año 2000, todas ellas tienen resultados inferiores al 60% y en diez casos esta proporción no supera el 20%. En cuanto a la cocaína, la vía inyectada también ha descendido (desde el 19,2% en 1991 al 1,9% en el 2000), mientras que se ha producido un crecimiento espectacular de la vía esnifada (desde 315 usuarios en 1991 a casi 6.000 durante el periodo 1999-2000).

La exposición al contagio de diversos virus a través de la sangre es una consecuencia del intercambio de jeringuillas entre los consumidores de drogas. Durante 1996 y 1999, el número de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por VIH disminuyó progresivamente, aunque en el año 2000 se frenó esta tendencia. En función del género y del grupo de edad, desciende el número de mujeres y jóvenes menores de 34 años infectados y lo contrario ocurre entre los varones y mayores de esta edad. Por otro lado, la tuberculosis constituye otro importante problema de salud pública que afecta con frecuencia a los consumidores de drogas, en relación con la infección de VIH y tradicionalmente, se ha asociado con la dependencia al alcohol y el modo de vida que ésta conlleva. En España, hay poca información sobre la incidencia de esta enfermedad en los grupos de alto riesgo. Pese a esta deficiencia, durante 1996-1997 se realizó el *Proyecto Multicéntrico sobre Tuberculosis (PMIT)*, según el cual, la incidencia anual era de 38,5 casos por 100.000 habitantes, con enormes diferencias interregionales, desde el 70,7/100.000 en Galicia al 16,2/100.000 en Castilla-La Mancha. El principal factor de riesgo

citado fue el consumo de drogas, en más de una cuarta parte de los casos. Concretamente un 13,8% aludían a la utilización de la vía inyectada, un 11,6% tenían problemas con el alcohol y finalmente, un 4,2% consumía heroína o cocaína por otras vías.

Otro problema al que se enfrentan los servicios de tratamiento es la patología dual o coexistencia de la dependencia de drogas con problemas mentales. Aunque no se dispone de datos al respecto, lo cierto es que esta circunstancia se ha observado en algunas regiones, motivando el desarrollo de protocolos de coordinación entre salud mental y servicios de drogodependencias (Andalucía), la reconversión de otro recurso en servicio específico de diagnóstico dual (Cantabria) o el desarrollo de una Unidad de Diagnóstico Dual Hospitalaria (Cataluña<sup>62</sup>).

Por último, las muertes asociadas con la droga (opiáceos o cocaína)<sup>63</sup> mantuvieron una tendencia creciente hasta 1991, año a partir del cual comenzaron a descender, pasando de 536 a 241 fallecidos durante el periodo 1992-2000. Esta caída está motivada por un menor número de fallecimientos asociados con la heroína, ya que, aquellas muertes que se relacionan con la cocaína han seguido aumentando, con la excepción del año 2000. El resultado descrito representa un 0,06% del total de defunciones producidas en España en el año 2000 por lo que se podría afirmar que no es tan “grave” en comparación con otras causas. Sin embargo, no hay que olvidar los problemas de registro de las defunciones en la categoría de “droga” y considerar su vinculación con otras enfermedades. Por ejemplo, las muertes por tabaco son difícilmente estimables. Pese a ello, los expertos relacionan al tabaco con más de 25 enfermedades y lo consideran el principal causante del 30% de todos los cánceres. Se estima que ocasiona en España 46.000 muertes anuales, la mayoría en varones, aunque en las mujeres ha experimentado un aumento considerable<sup>64</sup>.

En el año 2000, la primera causa de mortalidad en España fueron las enfermedades cardiovasculares (34,9%) y por primera vez, se ha situado como segunda causa entre los varones

---

<sup>62</sup> [www.gencat.es/sanitat/portal/cat/salmen2.htm](http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/salmen2.htm)

<sup>63</sup> Desde 1983 este indicador se refiere a cinco grandes ciudades monitorizadas: Barcelona, Bilbao, Madrid, Valencia y Zaragoza.

<sup>64</sup> [www.fundacionesplai.org/04pdf/13.pdf](http://www.fundacionesplai.org/04pdf/13.pdf)

el cáncer de bronquios y pulmón (8,15%) mientras que y en las mujeres ésta sigue una tendencia ascendente (4,8%). Como es lógico, todas estas muertes no se pueden asociar con el tabaco pero existe una estrecha relación entre esta sustancia y las enfermedades mencionadas.

Por otro lado, la mortalidad por VIH/SIDA descendió un 5,2% respecto a 1999 ocasionando 1.717 fallecimientos en el año 2000. Aunque los programas de reducción de daños han tenido gran repercusión, este aspecto, también está muy relacionado con el avance de los antiretrovirales, que mejoran considerablemente la salud de los pacientes. Además, los accidentes de tráfico ocasionaron 6.019 muertes en el año 2000, 32 más que en 1999. Este factor es especialmente preocupante entre los jóvenes de 15 a 34 años, donde se ha convertido en la principal causa de mortalidad (2.035 varones y 482 mujeres) además de provocar un gran número de deficiencias en la población general (62.482) (INEbase). Durante 1999, el Instituto Nacional de Toxicología investigó la relación entre muertes en accidentes de tráfico y consumo de drogas, por medio del análisis de 1.420 fallecidos (INEbase). Los resultados muestran que se trata principalmente de varones jóvenes (91,7%) y la sustancia detectada en primer lugar es el alcohol, seguida con gran distancia por la cocaína, las benzodiazepinas, los opiáceos y el cannabis. Además, en el año 2000, el mismo estudio revela que un 47,5% de los conductores muertos se encontraba bajo los efectos del alcohol, los psicofármacos u otras sustancias.

Como se ha mencionado, junto con los problemas sanitarios ocasionados por las drogas, existe un importante número de problemas sociales. Según el *Informe 1* del Observatorio Español sobre Drogas, en 1996-97 se emprendió un estudio sobre los clientes/pacientes en las agencias de tratamiento que consumían heroína. En general, se aprecia que esta población posee un nivel de educación inferior, de desempleo (60,2%), han cometido un importante número de actividades ilegales con el fin de obtener dinero para financiar la dependencia y finalmente, han estado arrestados en alguna ocasión (73,1%) o detenidos (40,4%). Además, entre aquellos que utilizaron en los últimos doce meses la vía de administración inyectada, un 34% compartía material. Como aspectos familiares, un gran número de ellos confiesa tener hermanos “enganchados a la heroína” y cuatro de cada diez son parejas de drogodependientes. Las relaciones sociales son difíciles e infrecuentes y para resolver sus problemas cuentan

principalmente con la ayuda de su madre, acudiendo en pocas ocasiones a los servicios sociales o de salud.

En los últimos años, la proporción de personas trabajando y con alto nivel de estudios ha crecido, quizás paralelamente a las demandas de tratamiento por cocaína. Se trata de un perfil de consumidor distinto, relacionado en menor medida con los problemas sociales que afectaban al heroinómano. No obstante, una vez más es fundamental tener presente que el proceso de discriminalización de las drogas es positivo, aunque hay que tener precaución con las consecuencias imprevistas de la situación actual, caracterizada por los mayores consumos entre los escolares, alto porcentaje de jóvenes y trabajadores bebedores, feminización de los consumos, liderazgo de la cocaína y de las drogas de síntesis. Probablemente una de ellas sea los problemas de salud mental, que pueden tener en principio un impacto menor entre la ciudadanía comparado por ejemplo, con los delitos y la inseguridad ciudadana asociada a la heroína.

Por otra parte, según los indicadores policiales, lo más destacado en los últimos años ha sido el incremento del número de delitos relacionados con el tráfico de drogas; concretamente, durante el 2000, 81.302 personas fueron denunciadas y 17.067 detenidas por tráfico de drogas en España, en orden de importancia por delitos relacionados con el cannabis y derivados (un 44% detenidos y un 70,6% denuncias), la cocaína (el 31,5% denunciados y el 14% detenidos) y opiáceos (el 13,1% denunciados y el 9,9% detenidos). Además, aumentaron las sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, desde 47.207 producidas en 1999 a 49.469 en el 2000 y aproximadamente, un 10% de las impuestas fueron reemplazadas por inicios de tratamiento. Desde 1998, se han dictado 15.484 sentencias relacionadas con la droga, especialmente en varones (91,7%) con una edad media de 32 años (OESD: págs.89;151).

En 1997, el *Segundo Informe del Observatorio Español sobre Drogas* (OESD:78), mostraba la situación marginal de los drogodependientes en prisión, con un 18,3% de ellos con infección del VIH, el 4,5% Hepatitis C, un 0,14% Hepatitis B y por último, un 0,8% con tuberculosis respiratoria. A fecha 31 de diciembre de 1999, la población reclusa en España alcanzaba las 44.197 personas, principalmente varones (91,5%). Durante ese año, se incorporaron nuevos programas para drogodependientes en instituciones penitenciarias,

combatiendo la elevada prevalencia de enfermedades asociadas con el consumo de estas sustancias (VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis). De un modo específico, en 1999, el Observatorio Español señala que 30.934 internos drogodependientes ingresaron en programas de tratamiento de deshabituación y reducción del daño y de ellos 8.826 fueron trasladados a servicios comunitarios externos. Por Comunidades Autónomas, Andalucía sobresalió de un modo importante, representando un 22,5% del total de atendidos. Finalmente, durante 1998-99, se incorporaron nuevos programas de metadona (14,5%), de intercambio de jeringuillas (108,9%) y de derivación a programas comunitarios externos, mientras que ha descendido el número de personas atendidas en programas en el sistema de atención hospitalaria (-4,8%) (OESD, 2001:165-167). Pese al éxito de estos programas sorprende que, en relación con la población reclusa, los drogodependientes representan aproximadamente el 70% de la población total, sin conocer aún si la cobertura de los programas es universal.

En último término, aunque hay pocos estudios sobre mujer y drogas, una investigación realizada en la Universidad de Cantabria (Torre y otros), revela en qué medida la situación del heroinómano varía en función del sexo. En general, las mujeres heroinómanas son más jóvenes y tienen trayectorias de consumo más drásticas que los varones porque, en muchas ocasiones, la prostitución se convierte en una vía de financiación de la droga; son más vulnerables a la exclusión y marginación y con frecuencia, hay comportamientos de riesgo mayores en relación con la infección del VIH. Además, ocho de cada diez mujeres entrevistadas tenían una pareja drogodependiente, situación que dificulta la demanda de tratamiento. Por otro lado, el alcohol especialmente y otras drogas, son protagonistas en la mayoría de los casos relacionados con los malos tratos (principalmente en las mujeres), siendo un importante factor de violencia doméstica (Torres, M.A.; García, M; Rebollida, M. y Valdés, R, 2001:205-243). De hecho, en España, entre enero y octubre de 1997, 75 mujeres fueron asesinadas por sus parejas y se denunciaron más de 20.000 casos de malos tratos, aunque se estima que éstos suponen solo un 10% del total<sup>65</sup>. Por último, otros colectivos vulnerables hoy en día y en un futuro son los de los inmigrantes ilegales con problemas sociales, entre los que se puede incluir el de las drogas, y cuyas demandas se están percibiendo en algunas Comunidades (por ejemplo Andalucía) y los menores con problemas de delincuencia y drogas (por ejemplo en Ceuta).

---

<sup>65</sup> [www.el-mundo.es/salud/280/12N0145.html](http://www.el-mundo.es/salud/280/12N0145.html)

## **2.2.- Política de drogas: estructura y planificación.**

En España, la posesión de cualquier sustancia controlada se considera ilegal y es castigada por la ley, aunque la tenencia para uso personal da origen exclusivamente a sanciones administrativas (ley de 21 de febrero de 1992). Las cantidades estimadas para uso personal no están definidas por la ley, por lo que las autoridades judiciales resuelven atendiendo a las circunstancias del caso. El tipo de sanción impuesta varía según el tipo de droga, siendo superior la pena si se considera que causa un serio riesgo para la salud, incluyéndose en esta categoría la heroína, la cocaína y las anfetaminas. La posesión de sustancias que no constituyen un alto riesgo para la salud y no están destinadas para uso personal (tráfico), puede incurrir en penas de 2 a 4 años y 2 meses; en el caso de que se encuentren entre las categorías de alto riesgo, podría conllevar el encarcelamiento durante más de ocho años.<sup>66</sup>

Respecto a la planificación de las actuaciones, como se ha mencionado, desde 1985, el Plan Nacional sobre Drogas es la entidad responsable de la coordinación de las políticas en materia de drogas en España. Como señalaba el entonces Delegado del Gobierno, Baltasar Garzón (1997:97-101), en un principio, el problema fundamental era crear una red asistencial adecuada a la demanda de tratamiento de modo que, con este objetivo el Plan surgió en el Ministerio de Sanidad, aunque reiterando que el problema tenía competencias mayores, como las de prevención o coordinación internacional. Posteriormente, una vez “normalizada” la situación sanitaria, se modificó la adscripción de este organismo, otorgándose las competencias al Ministerio de Asuntos Sociales, confiriendo al problema un enfoque social. Por último, la evolución del fenómeno de las drogodependencias en la esfera internacional, donde se ha producido un aumento de la importancia del control de la oferta para acabar con el crimen organizado, ha desplazado la coordinación al Ministerio del Interior.

Además, en palabras de Garzón, esta modificación no debe entenderse como un aumento de la política represiva sino por las necesidades de coordinación entre diferentes Ministerios. Para ello, desde un principio, se crearon como instrumentos eficaces el Grupo de Coordinación

---

<sup>66</sup> [eldd.emcdda.org/trends/trends\\_possession\\_EU\\_ES.shtml](http://eldd.emcdda.org/trends/trends_possession_EU_ES.shtml)

Interministerial, integrado desde 1997 por los Ministros del Interior, de Justicia, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales, y por los Secretarios de Estado de Hacienda y de Economía del Ministerio de Economía y Hacienda y de Relaciones con las Cortes del Ministerio de la Presidencia; la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica entre otros<sup>67</sup>. A principios de 1997, la preocupación por la situación de la drogodependencias les llevó a proponer con carácter urgente el “Plan de medidas para luchar contra la droga” y en 1999, ante una nueva realidad en este campo, a aprobar la Estrategia Nacional (2000-2008). El objetivo fundamental de la estrategia es la prevención, fundada en la perspectiva de la llamada “Educación para la Salud” que se basa en la educación y formación en actitudes y valores, particularmente en los niños y los jóvenes, junto a la familia y el colegio como contextos prioritarios (1999:7).

En la Estrategia Nacional sobre Drogas se revisa la anterior situación, analizando los principales logros alcanzados durante los últimos quince años. En este sentido, resulta positiva durante estos años la existencia de un plan global en relación con el problema de la drogadicción, articulado consensualmente a nivel institucional, social y político; la consolidación de un marco social, donde las actividades emprendidas cuentan con la colaboración de la sociedad civil; la creación de una red amplia para proporcionar una atención diversificada y profesional; la puesta en marcha de diferentes iniciativas para insertar a los drogodependientes en la sociedad y en el mercado laboral; la creación de unas bases sólidas capaces de generar una política preventiva; la consolidación de nuevos sistemas de información y la modernización de la legislación. En la misma línea, se considera un gran avance la disponibilidad de instrumentos policiales altamente especializados, la mayor presencia de España en los foros internacionales y finalmente, la implementación de la dotación presupuestaria (1999:32-35).

Sin embargo, aún quedan aspectos por mejorar en los próximos años. De ahí que los objetivos principales sean mantener y reforzar el debate político constructivo; fomentar la sensibilización de la sociedad y promover su participación; conceder prioridad a la prevención

---

<sup>67</sup> Real Decreto 79/1997, de 24 de enero, por el que se modifica la composición y estructura del grupo interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.

como la estrategia más importante, básicamente a través de la educación, teniendo en cuenta la emergencia del consumo recreativo del alcohol y el tabaco. Además, la prevención de la drogadicción será importante para evitar el uso y abuso de drogas y otros problemas sociales y sanitarios asociados con el mismo e incluye todas las sustancias que pueden ser objeto de uso y abuso, con especial atención al alcohol y al tabaco. Al margen de ello, el Ministerio de Sanidad y Consumo está desarrollando el Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007<sup>68</sup>.

Por otro lado, a nivel asistencial, en la Estrategia Nacional sobre Drogas (1999:38-40), resulta primordial la modificación de las redes existentes en las Comunidades y Ciudades Autónomas y su adaptación a las nuevas necesidades, incluyendo terapias alternativas de reconocido prestigio; integrar las redes de ayuda en el Sistema de Salud Pública y los Servicios Sociales con estándares de actuación, utilizando todos los recursos existentes y ofreciendo una amplia variedad de posibilidades terapéuticas; fomentar programas dirigidos a personas con problemas de abuso de drogas (en proceso terapéutico o no) y la abstinencia, aunque ésta haya dejado de ser el único objetivo. Junto a estas medidas, es necesario fomentar el control de la oferta, promoviendo actuaciones integrales contra el tráfico, el blanqueo de capitales y otros delitos asociados; adaptar continuamente el marco legislativo a la situación existente en los distintos campos de actuación; fomentar la cooperación internacional, mediante la participación en organizaciones y acuerdos bilaterales o multilaterales; finalmente, mejorar la formación de técnicos y especialistas en distintos campos de acción, la evaluación de los programas puestos en marcha y el desarrollo de nuevas líneas de investigación.

Las áreas citadas han sido agrupadas en tres niveles básicos de intervención: reducción de la demanda, control de la oferta y cooperación internacional. En la reducción de la demanda de drogas, los objetivos se centran en la prevención, la reducción del daño y la intervención asistencial e integración social. En prevención, el objetivo general es ofrecer a la población suficiente información acerca de los riesgos de consumir tabaco, alcohol y otras sustancias;

---

<sup>68</sup> En Real Decreto 548/2003, de 9 de mayo, se creó la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan nacional de prevención y control del tabaquismo 2003-2007.

impulsar la formación del personal que trabaja en educación en relación con los problemas del consumo de sustancias; asegurar que en la mayoría de los colegios se ofrece suficiente información objetiva y formación sobre las consecuencias ocasionadas por su uso y abuso; incorporar medidas de control respecto a la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco; proceder a la autorización y verificación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el colegio y desarrollar proyectos de investigación en esta área centrados en el colegio, la familia y los medios de comunicación, promoviendo el reciclaje y la formación de los agentes de prevención.

Otros objetivos previstos se fundamentan en el desarrollo de instrumentos de prevención validados que permitan conocer la eficacia de las intervenciones; de programas dirigidos a las familias en general y a las de mayor riesgo en particular; impulsando programas basados en la evidencia científica, incluyendo los de educación para la salud y prevención en instituciones penitenciarias; estableciendo un plan de acción y formación para actuar con los profesionales de los medios de comunicación; llevando a cabo estrategias preventivas en la población trabajadora y por último, desarrollando programas y protocolos de detección rápida de los problemas relativos al consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales desde los equipos de atención primaria (1999:48-54).

Por otra parte, en lo que se refiere a la reducción de daños, se considera que la implementación de las intervenciones ayuda a reducir las consecuencias ocasionadas por el consumo, básicamente los perjuicios sociales y sanitarios. Por este motivo, los objetivos generales pretenden conseguir que la mayor parte de los drogodependientes acceda a los programas de reducción del daño; seguir extendiéndolos a toda la población que lo precise, en particular los de intercambio de jeringuillas, sexo seguro y consumo de drogas con menores en riesgo, kits anti-sida, etc., así como los llevados a cabo en las oficinas de farmacia. Así mismo, se consideran fundamentales los programas de vacunación sistemática entre la población drogodependiente, especialmente del tétanos, la hepatitis B y la quimioprofilaxis antituberculosa, extendiéndose en la medida de lo posible a la familia y casos allegados. En la misma línea, es importante introducir programas de educación para la salud que reduzcan el daño ocasionado por el alcohol, el tabaco y otras drogas entre la población general y específicamente, los

relacionados con los accidentes de tráfico y la violencia motivada por el alcohol. Por último, es necesario impulsar la mejora de la calidad de los programas de tratamiento con agonistas, poniendo en práctica las redes de ayuda pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y diversificar la oferta de programas de reducción del daño en los centros penitenciarios, utilizando diferentes iniciativas, como la extensión de los programas de intercambio de jeringuillas (1999:55-59).

En tercer lugar, para conseguir una adecuada asistencia e integración social es importante definir el Circuito Terapéutico del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente, adaptándolo a los contenidos de la Estrategia Nacional. De un modo específico, es importante incluir estrategias para mejorar la cobertura asistencial de las personas con problemas de alcohol y tabaco, con las nuevas drogas y patrones de consumo; ofrecer a los pacientes la atención que precisan en el área de salud en la que viven; mejorar la calidad de la ayuda y de los resultados de los programas de tratamiento, midiéndolos a través de la evaluación; fomentar la detección e intervención temprana con menores e hijos de toxicómanos y garantizar la atención de las personas detenidas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

Para garantizar este último aspecto, se extenderán modelos terapéuticos en centros penitenciarios y se potenciarán las experiencias en comunidades terapéuticas penitenciarias; además, se considerará prioritaria la inclusión de drogodependientes encarcelados en programas de formación y empleo; se garantizará la existencia y desarrollo de Grupos de Atención a los Drogodependientes (GAD) en estos centros así como el desarrollo de programas dirigidos especialmente a la mujer. Finalmente, para alcanzar la integración social, los municipios con más de 20.000 habitantes o legalmente establecidos como municipios, promoverán programas de integración de los drogodependientes en la sociedad; se impulsará la mejora de la coordinación y el trabajo conjunto entre las redes de salud y servicios sociales y finalmente, los planes autonómicos y locales, tendrán programas específicos de formación y empleo e intensificarán la colaboración con las agencias nacionales de empleo para facilitar la inclusión de los drogodependientes en programas de formación ocupacional (1999:59-67).

Una vez que se conocen los principales retos de la estrategia nacional, es importante descubrir con qué estructura organizativa cuentan para el desarrollo de los mismos. En España, todos los niveles de la Administración tienen competencias en el campo de las drogas por lo que resulta lógico que uno de los objetivos de la estrategia sea conseguir articular estos poderes y alcanzar su máximo desarrollo. La Administración General del Estado, tiene funciones de reducción de la demanda, por medio de sus cuerpos ejecutivos, que dirigen sus actuaciones hacia la prevención, la formación, la coordinación y la evaluación; en la reducción de la oferta, desarrollando acciones para la represión del tráfico de drogas y su vinculación con el blanqueo de capitales y el crimen organizado, así como la legislación y el control de los precursores; por último, en el marco de la cooperación internacional, se encarga de coordinar las políticas de intervención en esta esfera y de la armonización de la legislación de las diferentes administraciones, especialmente de la Autonómica (1999:92-93).

En este sentido, las Comunidades Autónomas tienen competencias en el diseño y preparación de los planes autonómicos sobre drogas con su correspondiente soporte legal; en la planificación, coordinación y desarrollo del sistema público de asistencia para los drogodependientes, integrado en el marco del Sistema Nacional de Salud; de coordinación, diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención; de las medidas que favorezcan la integración social y la validación y autorización de centros, servicios y programas y finalmente, se encargan de las funciones de inspección y sanción, así como de asegurar la cooperación con el resto de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Por su parte, la Administración Local es responsable del desarrollo de políticas de prevención específicas respecto a la drogadicción, básicamente en el medio comunitario; de la integración de los drogodependientes en la sociedad, mediante la puesta en marcha de planes de formación profesional y empleo; de la creación de medidas para limitar la oferta y disponibilidad de drogas, principalmente las legales; de la ejecución de las funciones de inspección y sancionadoras, así como de la cooperación de la policía local y la coordinación de las intervenciones en este ámbito. Las organizaciones no gubernamentales continúan teniendo un papel decisivo en la implementación de las actuaciones, constituyendo un elemento de cooperación con la Administración Pública en las diferentes áreas de intervención, sin sustituir

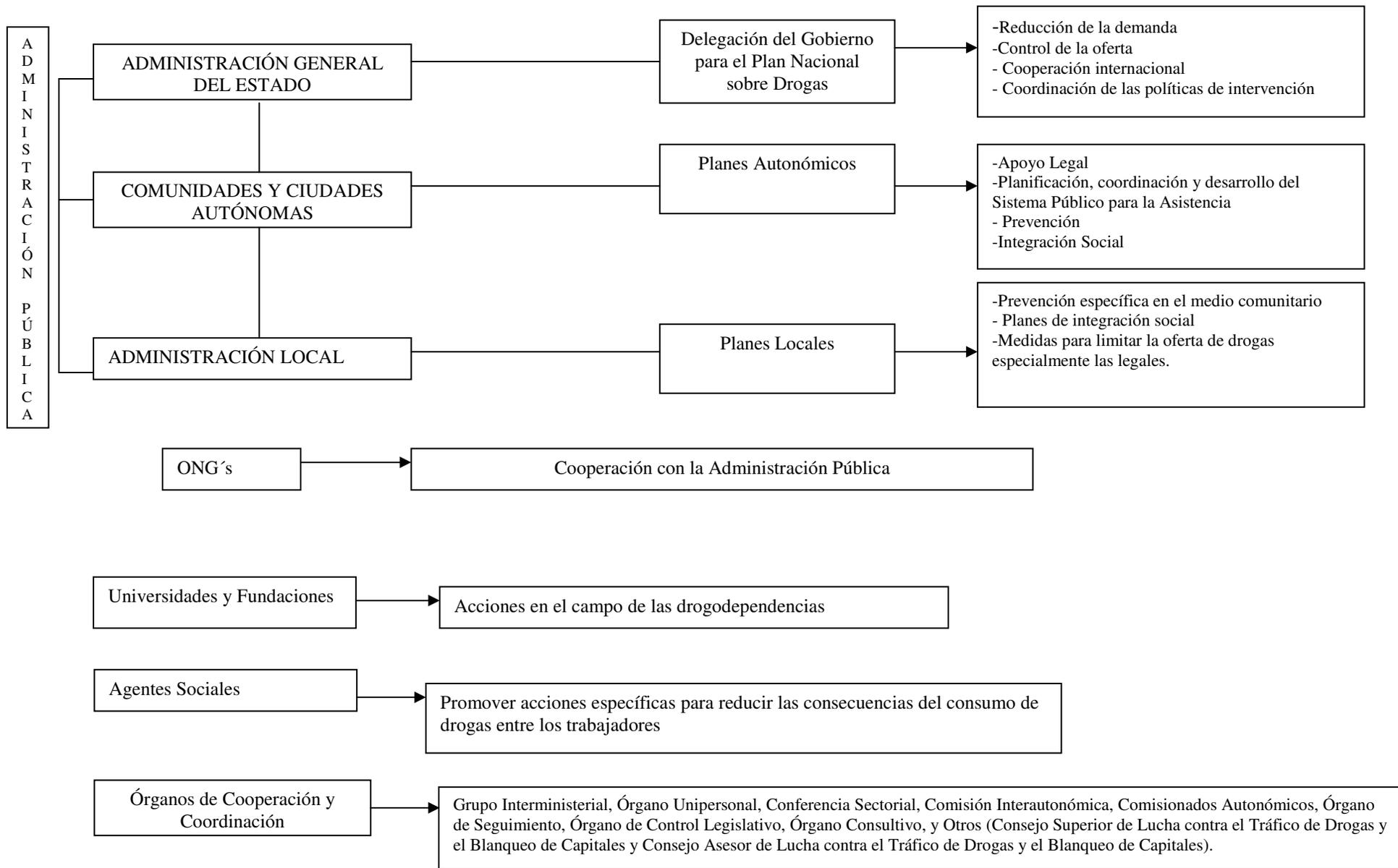
en ningún momento a las administraciones y siendo necesaria la autorización o validación de sus servicios por parte de la Administración. Además, pueden integrarse en los organismos de participación ciudadana, con un papel primordial en el desarrollo y evaluación de los cuerpos consultivos de la Administración. Finalmente, pueden participar en la proposición, promoción y desarrollo de acciones específicas en la comunidad (1999:93-95).

En última instancia, hay otras organizaciones sociales (universidades, fundaciones, etc.) que, con competencias limitadas, tienen un papel fundamental en la intervención de las drogodependencias. En este sentido, los agentes sociales (sindicatos y empresarios) son responsables de la promoción y acciones específicas diseñadas para reducir las consecuencias del uso de drogas entre los trabajadores. Además, el Plan Nacional sobre Drogas cuenta con organismos destinados a la cooperación y coordinación que garantizan la eficacia y eficiencia de las acciones puestas en marcha (ver Gráfico 2.3).<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup>Más detalles sobre la coordinación a nivel europeo en *Drug Coordination Arrangements in the EU Member States*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2001.

**Gráfico 2.3: ORGANISMOS CON COMPETENCIA EN MATERIA DE DROGAS EN ESPAÑA.**



Finalmente, para poner en marcha todas las actuaciones planificadas es preciso disponer de un presupuesto adecuado. En la Estrategia Nacional (1999:104), se menciona al respecto que, *el desarrollo del Plan Nacional sobre drogas conllevará el aseguramiento de los mecanismos de financiación que garanticen el mantenimiento de los programas y actividades actuales e independientemente de esto, se creará un nuevo marco presupuestario para financiar los nuevos objetivos y actividades propuestas en la estrategia.*<sup>70</sup> Para la garantía presupuestaria ha resultado de enorme importancia el desarrollo de la Ley 36/1995 sobre la creación del Fondo de Bienes Decomisados para el Tráfico de Drogas, cuyos beneficios se utilizan para emprender actividades relacionadas con la prevención y otros programas. Desde 1986 al año 2000, se ha producido un importante incremento en el presupuesto, pasando de 5.840 a 39.759 millones de Ptas., (de 35,1 a 238,96 millones de Euros), especialmente de la partida procedente de las Comunidades Autónomas.

En el año 2000, de los 752 millones de Ptas. (4.519.611 de Euros) obtenidos del Fondo de Bienes, un 34,1% se destinó a actuaciones relacionadas con el control de la oferta y un 65,9% para programas preventivos y asistenciales. A modo de ejemplo, esta cantidad equivale a 18,56 pesetas por habitante (0,11 Euros)<sup>71</sup>. Por otro lado, la evolución del presupuesto desde 1996 al 2000 muestra que, la mayor proporción ha sido empleada en el área de *Tratamiento y Reinserción Social* manteniendo cierta estabilidad (del 75,3% al 74,95%) y durante el mismo periodo, se ha incrementado el gasto en *prevención* (del 12,8% al 15,9%). Como contrapartida, se ha producido un retroceso en las áreas de *coordinación institucional y cooperación con la iniciativa social* (del 9,7% al 7,6%) e *investigación, documentación y publicaciones* (del 2,2% al 1,5%).<sup>72</sup>(Ver Gráfico 2.4).

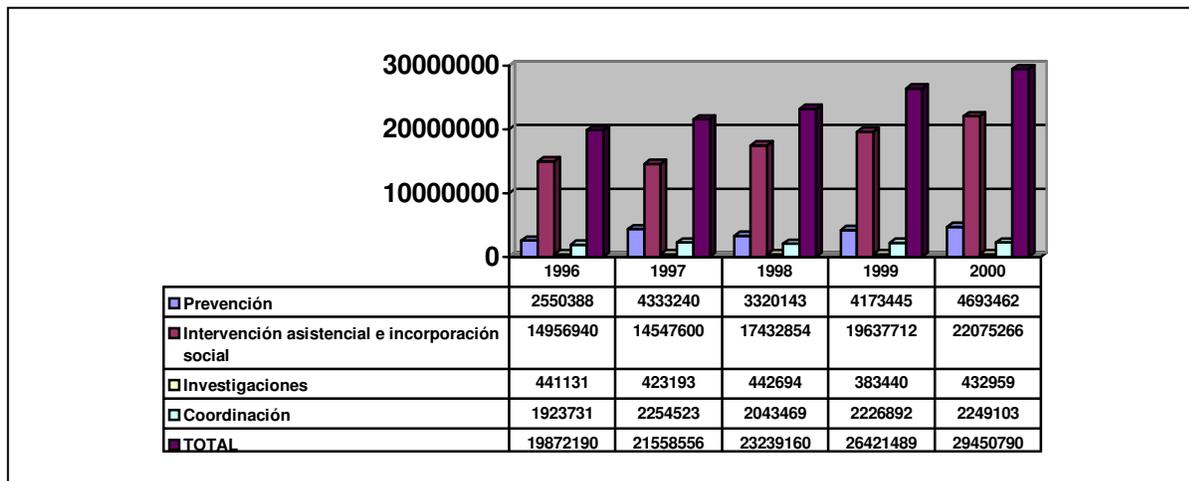
---

<sup>70</sup> Plan Nacional sobre Drogas (1999): *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*, Pp.104.

<sup>71</sup> Para realiza el cálculo, se ha tomado el padrón del 2000 del INEbase. Según el mismo, a 1 de enero de 2000 la población española ascendía a 40.499.791 habitantes.

<sup>72</sup> Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria de 1997*, Pp.45; *Memoria de 1998*, Pp. 38; *Memoria de 1999*, Pp.40 y *Memoria 2000*, Pps.12 y 35.

**Gráfico 2.4: Presupuesto destinado a las distintas áreas de intervención en España 1996-2000 (Ptas.)**



Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-2000.

## 2.3.- Intervención Asistencial

### 2.3.1. Principales Objetivos del Tratamiento

La Estrategia Nacional representa el propósito de las Administraciones por cumplir un conjunto de objetivos que contribuyan a reducir el consumo de drogas y los daños asociados. El área de reducción del daño, a caballo entre la prevención y la intervención asistencial, resulta fundamental para obtener un conjunto de objetivos intermedios, sin renunciar a la abstinencia como finalidad deseable. En esta línea de actuación, se han propuesto la consecución de 26 objetivos a alcanzar en el 2003 o en el 2008. En el primer año mencionado, se estimaba deseable el acceso de toda la población drogodependiente a los servicios de tratamiento, incluyendo a los que no desean entrar en programas libres de drogas y a los que están en lista de espera; al menos la mitad de los servicios ofertados deben de incluir actuaciones en materia de reducción de daños (100% en 2008); así mismo, una cuarta parte de las áreas de salud han de desarrollar servicios coordinados en la materia (alcanzándose la mitad en el 2008, con prioridad en las ciudades de más de 50,000 habitantes); además, es posible que la totalidad de los drogodependientes que abandonen el tratamiento o sufran una recaída accedan a estos servicios

y todas las capitales de provincia han de contar con al menos un servicio de emergencia que responda a las necesidades de aquellos que no acceden a la red normalizada.

En la misma línea de actuación, una cuarta parte de los usuarios de drogas por vía parenteral deben de haber abandonado la inyección como vía de administración y al menos, uno de cada cinco dejado de compartir material. Para garantizar la prevención de enfermedades asociadas, todos los profesionales tienen que estar formados en estrategias de prevención de sexo seguro y de consumo y al menos, un especialista en cada centro, estar capacitado para emprender talleres de sexo seguro y consumo con menores riesgos. Para alcanzar a un mayor número de drogodependientes, en el año 2003 todas las oficinas de farmacia debían de proporcionar información sobre sexo seguro y consumo con menores riesgos y al menos la mitad de ellas, dispensar e intercambiar jeringuillas. Como otra actuación dirigida a la prevención de enfermedades, se le ofrece a los drogodependientes que soliciten tratamiento, la vacunación sistemática del tétanos, la hepatitis B y la quimioprofilaxis antituberculosa y en éste último caso se tiene que extender a las familias y allegados que lo precisen. Además, todos los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias deben recibir revisiones periódicas sobre su situación inmunológica respecto a la tuberculosis.

Junto con estas actuaciones, la Delegación del Gobierno para el PNSD y los Planes Autonómicos emprenderán acciones conducidas a reducir los daños causados por el tabaco, el alcohol y otras drogas entre la población general. Entre ellas, se incrementará la formación y material proporcionado en las autoescuelas, con el objetivo de reducir los accidentes de tráfico causados por el alcohol al menos en un 15%; en más de la mitad de las comisarías y juzgados, se han de implantar programas de ayuda ante la violencia ocasionada por el alcohol y otras drogas en el medio familiar y doméstico y por último, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas deben de contar al menos con un programa de ayuda a los menores, en colaboración con los servicios sociales.

Con el objetivo de mejorar la calidad de los programas de tratamiento con agonistas, en el 2003 éstos deberían estar coordinados en su totalidad con la red asistencial del Sistema Nacional de Salud y la mitad de ellos ofrecer una cartera de servicios (salud general y mental, actividades

preventivas, de asistencia sociolaboral y de apoyo familiar) hasta llegar a la totalidad en el 2008. Junto con la mejora de la calidad y ante una necesidad observada, se han de implantar servicios en los centros penitenciarios, concretamente, de intercambio de jeringuillas y de naturaleza psicosocial, con una cobertura inicial del 30% y 50% respectivamente, que progresivamente alcanzará la totalidad en el 2008.

Si analizamos detenidamente las prioridades de cara a lograr la reducción del daño, se observa una preocupación preferente por el acercamiento de los servicios a los pacientes y llegar a toda la población, aumentando la participación de las oficinas de farmacia e implantando nuevos recursos de emergencia para las personas que no acceden a los servicios normalizados. Los programas se dirigen a la población general, menores, encarcelados (intercambio de jeringuillas) y víctimas de la violencia y las drogas. Por último, los pacientes tendrán un acceso universal a los tratamientos de reducción de daños, incluidas las vacunaciones. Algunas de las consecuencias previstas de esta acción serán el descenso en la vía de administración inyectada (25%), de la práctica de compartir material (20%) y la reducción de los accidentes de tráfico causados por el alcohol (15%) (Ver Gráfico 2.5). El resultado de los objetivos propuestos habrá de analizarse en futuros años, con el fin de ahondar en aquellos aspectos menos alcanzados. Un ejemplo de ello son los accidentes de tráfico causados por el alcohol que parecen seguir aumentando en los últimos años. Sería aconsejable y posible evaluar los objetivos propuestos en el año 2003 y revisar el grado de cumplimiento para poder modificar algunos objetivos conforme a la programación inicial.

**Gráfico 2.5: PRIORIDADES EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO EN LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS**

**SERVICIOS**

- \* Todos los servicios incluirán actuaciones en material de reducción de daños (2008)
- \* Desarrollo de servicios de emergencia para la población que no accede a los normalizados
- \* Establecer información sobre sexo seguro y reducción de riesgos en todas las oficinas de farmacia y programas de intercambio de jeringuillas en la mitad de ellas.
- \* Ofertar una variedad de servicios básicos (salud, mental...) en todos los programas de tratamiento con agonistas (2008).

**PROGRAMAS**

- \* Coordinar todos los programas de tratamiento con agonistas con el Sistema Nacional de Salud.
- \* Desarrollar medidas de coordinación en los programas de reducción del daño
- \* Formar y crear grupos de trabajo en estrategias de prevención para el sexo seguro y la reducción de riesgos del consumo
- \* Revisar la situación inmunológica de los profesionales
- \* Desarrollar programas de reducción del daño ocasionado por el alcohol, el tabaco y otras drogas entre la población general
- \* Elaborar material y aumentar la formación de los profesionales en las autoescuelas
- \* Desarrollar programas de ayuda a las víctimas de la violencia ocasionada por el alcohol y otras drogas
- \* Implantar programas para menores
- \* Incrementar los programas de intercambio de jeringuillas y psicosociales en centros penitenciarios (100% en 2008)

**PACIENTES**

- \* Acceso universal a los programas de reducción del daño (incluyendo las recaídas y abandonos)
- \* Vacunación sistemática del tétanos y la hepatitis B
- \* Acceso a la quimioprofilaxis antituberculosa por parte de familiares y allegados (si fuera necesario)

**CONSECUENCIAS**

- Reducir el número de pacientes en tratamiento usuarios de drogas por vía parenteral (25%) y la práctica de compartir jeringuilla (20%)
- Reducir los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol (15%)

**REDUCIR EL DAÑO OCASIONADO POR EL CONSUMO,  
BASICAMENTE SUS CONSECUENCIAS SANITARIAS Y SOCIALES**

**Fuente: elaboración propia**

Junto con las medidas dirigidas a la reducción del daño, se han establecido un conjunto de actuaciones (26) cuya consecución se esperaba en el 2003, que hacen hincapié en la asistencia e integración social de los drogodependientes. En este año, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas han de tener un sistema actualizado de recursos asistenciales que describa el circuito terapéutico así como otros aspectos que resulten de interés para los profesionales, usuarios y familias. Esta red, incluida en el Servicio Nacional de Salud, cuenta básicamente con programas libres de drogas, de reducción del daño y otros destinados a poblaciones especiales (reclusos, menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con patología dual, etc.). El Servicio Nacional de Salud también tiene que incluir estrategias que garanticen la cobertura asistencial de las demandas ocasionadas por el alcohol, el tabaco y las nuevas drogas y patrones de consumo. Para mejorar la asistencia a la población con problemas de alcoholismo, se intenta reducir en un 20% el periodo de tiempo entre el inicio del abuso de esta sustancia y el ingreso en tratamiento. Además, se espera garantizar la asistencia ambulatoria de las drogodependencias en el lugar de residencia del paciente, evitando así la necesidad de desplazamiento.

Por su parte, las Comunidades y Ciudades Autónomas, han de disponer de un sistema de evaluación de proceso y de resultados de los programas de tratamiento e indicadores de calidad que permitan medir su adecuado funcionamiento. En cuanto a las poblaciones específicas, todas las provincias tienen que contar al menos con un programa destinado a la detección e intervención temprana con menores y programas específicos para hijos de toxicómanos; todos los Planes han de tener un programa de atención al drogodependiente en comisarías y juzgados que en el 2008 deberá incluir a las ciudades con mayores niveles de inseguridad.

En la misma línea, en todos los centros penitenciarios polivalentes, se implantarán modelos terapéuticos que atiendan a la población reclusa drogodependiente y un sistema de comunidad terapéutica intrapenitenciaria en al menos cinco centros penitenciarios. Además, se incrementará el ingreso de esta población en programas formativo-laborales (30%) de modo que, una vez suspendida la ejecución de la pena y tras haber participado en un programa de rehabilitación, el recluso tendrá garantizada la oferta de recursos de integración sociolaboral. Para emprender estas medidas de actuación será necesario contar con profesionales cualificados en los Grupos de Atención a Drogodependientes (GAD), compuestos por personal penitenciario y no

penitenciario y al menos un 30% de ellos, habrá recibido formación específica en la materia. Finalmente, en cada Comunidad y Ciudad Autónoma con módulos penitenciarios para mujeres, se implantará al menos un programa específico para las drogodependientes.

Junto con las medidas de garantía de una adecuada intervención asistencial, se han propuesto un conjunto de objetivos de integración social entendidos como una parte más del proceso terapéutico. Entre las actuaciones, se propone que una cuarta parte de los ayuntamientos impulsen iniciativas de esta naturaleza para satisfacer las necesidades de la población afectada; contar con mecanismos que garanticen la adecuada coordinación entre el sistema de asistencia e integración social a nivel autonómico y local; que todos los planes autonómicos y el 25% de los municipios de más de 20.000 habitantes con programas de formación y empleo normalizados o específicos para este colectivo, incrementen el número de beneficiarios en un 20% y por último, aumentar en la mitad, la incorporación de drogodependientes en tratamiento, en programas de formación profesional y de talleres de formación laboral.

Si analizamos los objetivos principales propuestos para la asistencia e integración social, el interés primordial de los servicios consiste en su integración en el Sistema Nacional de Salud, incluyéndose todos los programas (libres de drogas, reducción del daños, con minorías especiales), todas las drogas (también alcohol, tabaco y nuevas sustancias) y la asistencia completa del paciente en el lugar donde reside, albergando también a la población reclusa. En cuanto a los programas, hay una preocupación por la coordinación y seguimiento, por medio de evaluaciones e indicadores de calidad, así como por el desarrollo de programas especiales (con menores, en comisarías y juzgados y notablemente, en los centros penitenciarios) y de integración social. Algunas de las consecuencias citadas son la reducción de las listas de espera en la población con problemas de alcoholismo y el incremento de los reclusos en programas de formación profesional y empleo, implicando a las administraciones locales en la tarea. El resultado final implícito sería atender la drogodependencia de modo normalizado, mediante servicios eficaces adaptados a las demandas específicas de la población y conseguir con ello la integración social y laboral (ver Gráfico 2.6). La evaluación de los Planes Autonómicos (Capítulo III), muestra que la creación del Circuito Terapéutico es una realidad que se está implantando en la práctica totalidad de las Comunidades consultadas.

**Gráfico 2.6: PRIORIDADES EN ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL EN LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS**

**SERVICIOS**

- \* Incorporar el Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente estructurado en circuitos terapéuticos
- \* Incluir la red de atención en el Sistema Nacional de Salud
- \* Integrar estrategias terapéuticas para el alcohol, el tabaco Y las nuevas drogas y patrones de consumo
- \* Garantizar la cobertura asistencial en el lugar de residencia del paciente (área de salud)
- \* Desarrollar módulos terapéuticos en cinco centros penitenciarios
- \* Ofrecer recursos de integración social a los reclusos, una vez suspendida la ejecución de la pena

**PROGRAMAS**

- \* Coordinación entre las redes de servicios sociales y sanitarios y los recursos autonómicos y locales
- \* Evaluación de proceso y de resultado de los programas de tratamiento
- \* Desarrollo de indicadores de calidad
- \* Implantación de programas con menores e hijos de toxicómanos (detección e intervención)
- \* Desarrollo de un programa para atender a los drogodependientes en comisarías y juzgados
- \* Implantación de módulos terapéuticos en todas los centros penitenciarios (2008)
- \* Creación de, al menos, un programa penitenciario en cada Comunidad/Ciudad Autónoma para la mujer drogodependiente
- \* Aumento, en un 25%, de las iniciativas para la integración social del drogodependiente a nivel local
- \* Implantación de Grupos de Atención al Drogodependiente en todos los centros penitenciarios, con profesionales cualificados

**PACIENTES**

- \* Reducir el periodo entre el inicio del abuso de alcohol y el acceso a tratamiento (20%) (Tiempo de espera)
- \* Incrementar en un 30% la participación de los reclusos drogodependientes en programas de formación y empleo

**CONSECUENCIAS**

- \*Aumentar los beneficiarios de los programas de empleo (20%) y de formación y talleres (50%)
- \*Incrementar los programas de formación y empleo para drogodependientes en tratamiento (25% planes municipales y 100% de planes autonómicos)



- \*Implantación del Sistema de Asistencia e Integración Social (Redes de Salud Mental, Atención Primaria, Servicios Sociales).
- \* Mejorar la calidad de los programas (validados científicamente y con una atención Individualizada)
- \*Prestar atención a las desigualdades de los usuarios que no están en contacto con la red de ayuda, Una vez que se ha obtenido la cobertura universal de las necesidades en la red.

**Fuente: elaboración propia**

### **2.3.2. Programas y recursos: el desarrollo de los servicios de alcohol y drogas en España.**

Como se mencionó anteriormente, en España el desarrollo de los servicios de alcohol también ha precedido al de las drogas ilícitas. Según Megías y col. (2002), desde la Guerra Civil hasta finales de los años 60, las consecuencias del abuso de sustancias fueron vistas y explicadas como una perversión moral y en menor medida, desde el punto de vista médico, biológico o psiquiátrico. El alcohol se consideraba aceptable, la “perversión” estaba en el hecho de no saber usarlo y en ese caso, el único tratamiento ofertado era la prisión o el manicomio. La asistencia médica era inusual y provenía del sector privado o de una inadecuada asistencia pública, aunque los problemas relacionados con el alcohol eran relevantes, si había otra enfermedad biológica o la dependencia se encontraba en estado avanzado. Otro grupo minoritario estaba formado por los dependientes a la morfina, atendidos mediante cuidados médicos a través de un sistema de tarjetas e internamientos periódicos. Años más tarde, durante los 70, las consecuencias de la droga pasaron a concebirse como un trastorno psiquiátrico y empezó a ser visto como un problema importante que necesitaba de una atención especializada y recursos idóneos para ello. Sin embargo, aún persistía la connotación moral junto con la nueva visión que se estaba gestando.

El periodo comprendido entre 1975 y 1985, denominado *segundo periodo* por Pascual (2002), se caracterizaba por la inclusión de nuevas sustancias novedosas desde el punto de vista cultural, principalmente el cannabis y la heroína. Las drogas ilegales se asociaban con ciertos movimientos culturales y un modo de vida donde se justificaba el consumo aparejado a nuevos horizontes personales y sociales. En este contexto, los recursos tradicionales no fueron capaces de asumir la atención de esta problemática y como resultado, se generó un vacío asistencial. Dos soluciones surgieron entonces como respuesta a esta situación: por un lado, las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes, que propugnaban el aislamiento en las zonas rurales. Nacidas en Estados Unidos bajo el modelo de Synanon y Daytop Village, se extendieron rápidamente por la geografía española, constituyendo una amplia red de ayuda en torno a la Iglesia Evangelista *Remar* y al colectivo de extoxicómanos *El Patriarca*; en segundo término, la

medicina privada, mediante programas de metadona sin aislamiento y a veces vista *como una mala práctica*.

La abstinencia era la única opción en este momento y poco a poco se empezó a configurar el estereotipo del drogodependiente como delincuente ya que, junto con la debilidad asistencial otra importante cuestión fue la ausencia de soporte legal de las intervenciones. Y es que como señalan algunos autores, *la intervención social contaba con mayores dosis de altruismo y buenas intenciones que con un adecuado conocimiento y recursos* aunque, ante las limitadas opciones, la sociedad española “aplaudía” estas intervenciones. Desafortunadamente, la situación generada también fomentó la aparición de organizaciones con dudosos objetivos. Simultáneamente, aparecieron algunos programas y recursos para alcohólicos a nivel local pero a nivel aislado y carente de coordinación (Pascual, 2002).

Entre 1977 y 1982, la situación empeoró y aparecieron un gran número de heroinómanos con problemas psicológicos y sociales asociados. Aunque la implicación médica fue mayor, poco a poco ésta fue reemplazada por el modelo psicosocial. En 1985, con la prioridad de atender a los drogodependientes mediante el desarrollo de una red asistencial, surgió el Plan Nacional sobre Drogas, aunque, en la mayoría de los casos, los recursos se crearon al margen de la red normalizada de salud y en ocasiones de espaldas a ella, lo que originó dos redes paralelas de difícil comunicación.

Pascual (2002) incluye más detalles de este periodo referentes a la situación social y legal. El proceso de desindustrialización tuvo como consecuencia el incremento de las tasas de desempleo, con un enorme impacto en las áreas marginadas y el aumento de la delincuencia en las calles. Como resultado, se gestó una sensación de ausencia de seguridad y paralelamente, el reclamo de soluciones al llamado “problema de la droga” (heroína), especialmente con la aparición del SIDA. No obstante, sorprende que en este momento una Orden Ministerial limitase la intervención terapéutica con metadona a la autorización de una Comisión Pública, prohibiendo la prescripción por parte de la iniciativa privada. Junto con el desarrollo de recursos públicos (1985-1995), se vivía la peor situación en el consumo de drogas y sus consecuencias

(las más altas proporciones de SIDA, junto con Italia, en usuarios de droga por vía parenteral; de muertes por sobredosis y mayor número de grupos marginales).

Como se comentó en un principio, el SIDA, al igual que en otros países, cambió el modelo de intervención, propugnando la reducción del daño y con ello, la actuación con más de un objetivo asistencial. Junto con la abstinencia, se introdujeron nuevas metas asociadas con el modo de consumo seguro, reduciendo las prácticas asociadas con el mismo. Además, estas estrategias se fueron extendiendo a nivel internacional y autonómico pero en ambos casos con diferentes ritmos, pues se trataba aún de una política controvertida. Finalmente, en los últimos años, la Estrategia Nacional sobre Drogas afirma que, una vez alcanzada una estructura asistencial similar a otros países, es necesario conseguir la cobertura universal, llegando a toda la población y mejorando la calidad de los servicios ofrecidos. Además, en el contexto europeo, se plantea la posibilidad de tener limitaciones en los recursos disponibles en un futuro próximo, y el surgimiento de nuevos retos asistenciales asociados con el movimiento migratorio y la aparición de nuevas bolsas de pobreza. En este sentido, Castells (1995) se refiere a las madres solteras, los inmigrantes y los jóvenes parados, entre otros. Ante un contexto de recursos limitados, la evaluación de los servicios resultará primordial (Pascual, 2002).

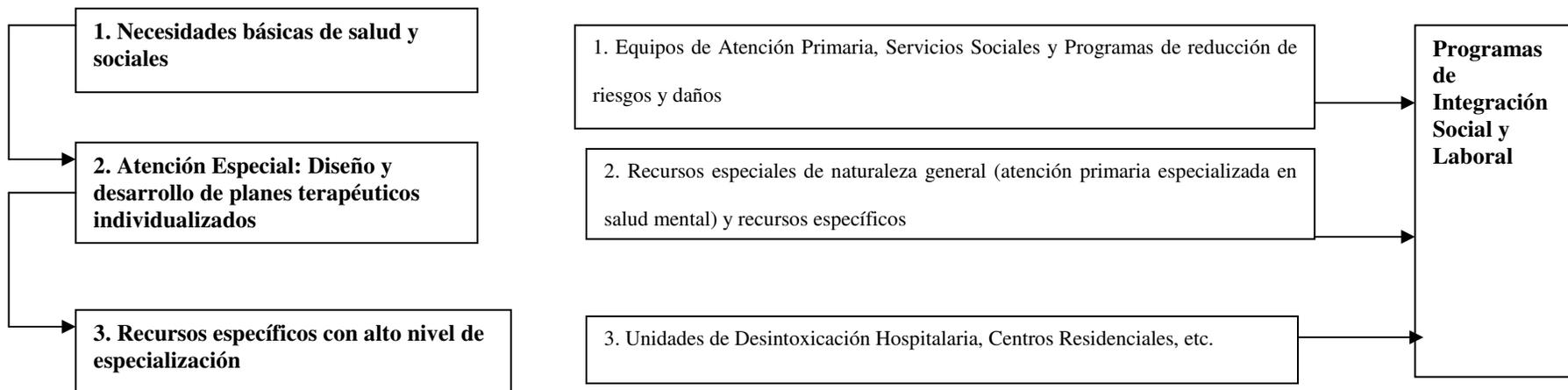
A comienzos de la década de los noventa, se formuló la obligación de que el Sistema Nacional de Salud tuviese mayor implicación en la asistencia de los problemas de drogas. Sin embargo, siguiendo a Megías (2001) *aún no se ha alcanzado el nivel de desarrollo planificado hace una década*. En este sentido, en la Estrategia Nacional sobre Drogas (1999:60), se ha desarrollado el Circuito Terapéutico de Asistencia e Integración Social para este colectivo teniendo como premisa que *la asistencia para los drogodependientes deberá proporcionarse a través del Sistema de Salud y de Acción y Servicios Sociales*, complementado por los recursos privados debidamente autorizados o validados. En la misma línea, proveerán una intervención adaptada a las necesidades de cada paciente, con programas flexibles y preferiblemente, llevados al área de residencia de los pacientes, con estrategias para alcanzar a todos los drogodependientes y facilitarles el acceso a los diferentes tratamientos terapéuticos. Para lograr este objetivo, en un gran número de casos, se requiere la coordinación y combinación adecuada

de los distintos recursos, entendiendo que *cada uno de ellos es elemento necesario pero no suficiente por sí mismo, sino entendido como parte de un complejo proceso terapéutico.*

Aunque cada Plan Autonómico tendrá la responsabilidad de determinar el circuito terapéutico, la Estrategia Nacional sobre Drogas (1999: 61), recomienda al menos tres niveles de intervención. El primero, debe ser la puerta de entrada principal al sistema, con los equipos de atención primaria, los servicios sociales, los programas de reducción del daño y otros recursos pertenecientes al sistema público que proporcionen necesidades sanitarias y sociales básicas. Todos ellos tendrán las funciones principales de detección, captura, motivación y dirección de los drogodependientes a los servicios especializados; de atención a las necesidades sanitarias y sociales básicas y por último, de coordinación con los recursos del segundo y tercer nivel que faciliten su inserción social.

El segundo nivel, estará compuesto por los equipos interdisciplinarios externos, responsables del diseño y desarrollo de planes terapéuticos individualizados. Los recursos en este nivel pueden ser clasificados como especiales de naturaleza general (atención primaria, salud especializada o mental) y específicos. Estos recursos, integrados en el Sistema Público de Salud, deben garantizar la atención especializada, el seguimiento y la dirección al tercer nivel y la coordinación necesaria en este proceso. Los diferentes dispositivos en este nivel conllevan un alto grado de especialización en el área de salud y el acceso a ellos, ha de hacerse a través del segundo nivel. Ejemplos de ello son las unidades de desintoxicación hospitalaria y los centros residenciales, entre otros. Finalmente, el circuito terapéutico en su totalidad, debe contar con recursos y programas que tengan como principal objetivo la integración de los drogodependientes a nivel social y laboral. (Gráfico 2.7).

**Gráfico 2.7: CIRCUITO TERAPÉUTICO DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL PARA DROGODEPENDIENTES**



Fuente: elaboración propia a partir de la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008), Pps.61. Delegación del Gobierno para el PNSD, 1999.

Por último, es necesario referirnos a los programas específicos para población drogodependiente con problemas jurídico-penales. Al respecto, la Estrategia Europea sobre Drogas (2000-2004) recomienda reducir el delito asociado con estas sustancias, principalmente en lo relativo a la delincuencia juvenil y urbana. Para alcanzar la reinserción en la sociedad los programas se encuentran organizados en tres niveles principales. En el primero, se localizan los programas en comisarías y juzgados, que durante el año 2000, atendieron a 2.532 personas; en el segundo, las alternativas a la privación de libertad, que pese a su implantación sistemática, precisan de mejoras en los sistemas de coordinación entre las distintas instituciones. Durante el 2000, aproximadamente, 716 personas fueron derivadas a tratamiento desde los juzgados y 1.861 desde los centros penitenciarios. Este tipo de intervención incluye comunidades terapéuticas (66), pisos (21) y tratamientos externos y cuenta con la colaboración primordial de la Organización no Gubernamental Proyecto Hombre. Finalmente, en el tercer nivel, se desarrollan los programas en instituciones penitenciarias (de atención a los problemas de salud, como la Tuberculosis y otras enfermedades asociadas).

### **2.3.3. El papel de las Organizaciones No Gubernamentales.**

Respecto a la participación de las Organizaciones no Gubernamentales en el campo de las drogas, a principios de los años cuarenta, con el origen de los movimientos organizados, se planteó la actuación en este campo como alternativa al sistema de asistencia social existente, surgiendo inicialmente Caritas (1942) y Manos Unidas (en los años 50). Años más tarde, en la década de los 80, el desarrollo económico y la Democracia, supusieron la gran expansión de este tipo de organizaciones, aunque el mayor crecimiento en número de asociaciones y voluntarios aconteció durante los 90 (Mogín, 2002:3). De hecho, un 47% de las ONGs trabajando en acción social en España se estableció en esta década y solo un 18% lo hizo antes de los 80. El Directorio de ONGs trabajando en acción social incluye a más de 11.000 organizaciones, la mayoría de ellas localizadas en Madrid, Cataluña y Andalucía. Respecto a la especialización, la mayor parte trabaja en familia, infancia y gente joven, con menos proporción especializada en SIDA o reclusos, por ejemplo. Por último, un 82,5% de ellas tienen establecido algún acuerdo de gestión de los servicios con la Administración Pública (Fundación Tomillo:2000).

En todo caso, las ONGs en el campo de las drogas jugaron un papel fundamental durante los 70 y 80 alrededor del problema de la heroína, actuando como primeros recursos asistenciales. Romaní (1999) localiza algunos movimientos ciudadanos en un importante número de distritos, en torno a las elecciones locales del 1991. Como se ha mencionado (Pascual, 2002), los primeros recursos fueron las Comunidades Terapéuticas, que se extendieron rápidamente por todo el territorio formando una red articulada en torno a la iglesia evangelista *REMAR* y al colectivo de extoxicómanos *El Patriarca*. Prueba de su participación es que, cuando se establece en 1985 el Plan Nacional sobre Drogas, incluyen en su entramado a estas organizaciones. A su vez, por sí solas comienzan a organizarse y en el mismo año, cinco asociaciones constituyen la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (U.N.A.D.). Hoy día, esta Federación reúne a 302 asociaciones de todas las regiones, con la excepción de las Islas Baleares<sup>73</sup>.

Además, tal y como se menciona en la Estrategia Nacional sobre Drogas (1999:93-95), estas organizaciones continuarán jugando un papel decisivo en la puesta en práctica de las actuaciones, cooperando en todo momento con las Administraciones Públicas en las diferentes áreas de intervención, aunque sin eximirles de sus responsabilidades ni suplantando su actuación, para lo que será preciso que para cada una de sus acciones obtengan la autorización o validación por parte de la Administración. Además, formarán parte de las entidades de participación ciudadana, especialmente en el desarrollo y evaluación de la estrategia y tendrán una presencia señalada en los organismos consultivos de la Administración. Por último, en el entorno comunitario tendrán un papel prioritario y podrán tomar la iniciativa en la propuesta, promoción y desarrollo de actuaciones específicas en este marco.

Como se ha mencionado, en muchas ocasiones, para emprender su labor en el desarrollo de programas y actividades, estas organizaciones cuentan con el soporte de fondos económicos procedentes de la Administración. Entre ellos se encuentra, en primer lugar, la Orden Anual de Subvenciones procedente del Plan Nacional sobre Drogas; en segundo lugar, la Orden por la que, desde 1997, los bienes confiscados del tráfico de drogas son empleados en programas y actividades de esta naturaleza y finalmente, el Departamento de Trabajo y Seguridad Social, destina el 0,52 % del Impuesto sobre la Renta a ayudar a solucionar los problemas de las personas

---

<sup>73</sup> En [www.unad.org/index1.htm](http://www.unad.org/index1.htm)

drogodependientes<sup>74</sup>. Por áreas de actuación, en el tratamiento, estas iniciativas han realizado un enorme esfuerzo para adaptarse a los cambios y necesidades emergentes y por esta razón, en los últimos años se ha producido un incremento de los recursos destinados a reducción del daño y reinserción social.

En 1996, la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas mencionaba que solamente tres organizaciones, UNAD, Proyecto Hombre y Cruz Roja, contaban con una red diversificada de recursos y programas centrados en la abstinencia, la reducción del daño, los tratamientos de sustitución, la intervención en el área jurídico-penal y la integración social. Sin embargo, el panorama ha cambiado en los últimos años y durante el 2000, se produjo un importante incremento en el número de programas para personas con problemas jurídico-penales, de reducción del daño y de integración social<sup>75</sup>. En el año 2001 se constata similar tendencia a la experimentada con los recursos generales: el incremento espectacular de los usuarios en programas de reducción del daño, con sustitutivos opiáceos y de otro tipo (Ver Tabla 2.2) Además, entre estas organizaciones hay una preocupación incipiente por obtener mejores niveles de profesionalización y poder evaluar el impacto de sus programas<sup>76</sup>. No obstante, sorprende el incremento progresivo de su participación y el descenso del presupuesto destinado a *coordinación institucional y cooperación con la iniciativa social* (del 9,7% al 7,6%). Los resultados han de interpretarse con precaución, puesto que puede que algunas Comunidades incluyan en otra partida presupuestaria este tipo de ayudas.

**Tabla 2.2: Evolución de los recursos en tratamiento de drogas gestionados por ONG's 1996-2000**

Recursos Gestionados por ONG's	1996		2000		2001	
	NÚMERO	PACIENTES	NÚMERO	PACIENTES	NÚMERO	PACIENTES
Centros Ambulatorios	79	28.388	90	45.277	92	37.323
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	4	551	2	146	2	109
Centros de Día Terapéuticos	138	11.713	45	5.655	33	4.393
Comunidades Terapéuticas	30	1.545	34	2.960	35	2.412
Programas de Sustitución con Opiáceos	34	1.672	112	6.456	140	21.163
Programas de Reducción del Daño (emergencia social, servicios móviles y programas de intercambio de jeringuillas)	26	13.059	510	44.957	65	51.027
Programas es población con problemas jurídico-penales	99	8.904	229	18.434	199	17.906
Otros			113	6.923	105	10.492

Fuente: Plan Nacional sobre Drogas, Memorias 1996-2001.

<sup>74</sup> Plan Nacional sobre Drogas.

<sup>75</sup> Plan Nacional sobre Drogas, *Memorias 1996-2000*.

<sup>76</sup> FEPMAD. Jornadas sobre el Papel del Movimiento Asociativo en Drogas. Madrid, Abril, 2001.

#### **2.3.4. Evaluación de resultados: principales problemas asistenciales.**

La importancia concedida a la evaluación queda reflejada en la Estrategia Nacional sobre Drogas (1999:100-101), donde se señala que, se definirán e incluirán los mecanismos e instrumentos que permitan conocer y estudiar los progresos y avances a lo largo del proceso. *Para ello, se creará un sistema de evaluación que garantice la detección temprana de cualquier desviación en el proceso, generando las acciones adecuadas para asegurar la eficiencia final de la estrategia, ajustándose, en todo caso, a nuevas necesidades de intervención o a la aparición de nuevos escenarios. El Observatorio Español sobre Drogas dispone de un conjunto de sistemas de información entre los que se encuentran encuestas periódicas entre los distintos sectores de población, análisis de los datos ofrecidos mediante los indicadores epidemiológicos, información desde los organismos públicos y privados en los diferentes aspectos relativos con el consumo de drogas y el tráfico de sustancias, así como estudios e investigaciones emprendidos por el Observatorio. Por último, se prevé la creación de otros organismos dentro del Observatorio que proporcionen la información necesaria, así como una entidad de esta naturaleza en cada Comunidad Autónoma.*

Si realizamos un análisis de las últimas publicaciones en el campo de las drogodependencias desde 1998, mediante la revista *Adicciones*, se observa que ha habido un importante desarrollo de investigaciones desde multitud de disciplinas. En particular, las investigaciones se preocupan en los últimos años por evaluar la eficacia de los programas desde las disciplinas sociales, psicológica, farmacológica, entre otras; por los pacientes, aunque el objetivo último suele ser conocer igualmente la eficacia del programa; por último, algunos estudios se centran en la evaluación del sistema (calidad de los servicios) y en el conocimiento de los profesionales o la opinión que tiene la población sobre los programas, recursos o servicios. Este último tipo de investigación proviene de la sociología y utiliza con frecuencia como método el análisis de las encuestas. La evaluación ha sido vista relevante para la administración aunque en los últimos años también adquiere importancia entre las organizaciones no gubernamentales, en ocasiones como exigencia para justificar los fondos y también como una necesidad unida a la de incrementar el nivel de profesionalización de estas organizaciones.

Por este motivo, en los últimos años, hay una preocupación creciente por la calidad de las intervenciones en un gran número de sectores de los servicios públicos. Según Pascual, un sistema de calidad en el área de drogodependencias implica una filosofía previa de continua mejora mediante un conjunto de elementos estructurales y actividades. El modelo europeo de EFQM se concibe como el canon de calidad y la normativa ISO 9000 constituye un buen paso hacia la consecución de la “excelencia”. César Pascual (2000), actual Delegado del Gobierno para el PNSD, era entonces responsable del Plan Regional sobre Drogas de Cantabria, Comunidad Autónoma que posee un Sistema de Certificación de la Calidad en todos los programas, servicios, etc. Un ejemplo de análisis de la calidad de un programa es el de *la efectividad de los programas de Naltrexona entre los pacientes alcohólicos*, que tiene como resultados principales unas bajas tasas de recaídas y por tanto, la mayor probabilidad de lograr la abstinencia (Torres, M.A.; Arias, F.; Ochoa, E. ,2000).

Otro estudio sobre *los factores asociados a la retención de los dependientes de heroína en programas de tratamiento libre de drogas* (1998) muestra que en el programa Proyecto Hombre de Asturias se produjeron un 71,5% de abandonos, en su mayoría en estadios tempranos; además, como variables que predicen la retención, se encuentran la severidad de la adicción y el apoyo familiar durante el proceso de tratamiento (Secades, R.; Fernández, R.; Fernández, J.R., 1998). Por otro lado, el programa de mantenimiento con metadona en instituciones penitenciarias ayuda a los drogodependientes que hayan fracasado en programas libres de drogas a tener un mejor comportamiento social, reduciéndose los problemas legales asociados y mejorando la salud de los pacientes (Arroyo, A. et Al, 2000). Otro estudio sobre el programa de mantenimiento con metadona de “bajo umbral” muestra que, tras este tratamiento, se produce una reducción del consumo de drogas y de los riesgos asociados con esta práctica, entre ellos la utilización de la vía intravenosa (del 32,2% al 8,7%) (Vegue M.; Alvaro, E.; García, 1998).

En cuanto al SIDA y las drogas, el análisis de un programa de intervención para seropositivos con problemas de drogodependencias durante un periodo de nueve años, señala que, en su mayoría, se trata de pacientes en condiciones sociales y demográficas relacionadas con la marginación. Sin embargo, tras el tratamiento, aquellos que dejaron de consumir drogas, principalmente con el apoyo de la prescripción de metadona,

mejoraron la permanencia en las actividades del programa y disminuyó la mortalidad durante el periodo 1996-1998, (lo que está directamente relacionado con las nuevas terapias de tratamiento con antiretrovirales) (Tato, J. et Al, 2000). Como contrapartida, otros estudios han analizado la baja eficacia encontrada en los programas de reducción del tabaco y recomiendan estrategias individualizadas para dejar de fumar (Moreno, J.J.; Herrero, F.J., 2000). Por último, en Cataluña se ha implantado un programa para atender de un modo confidencial a los doctores que sufren desórdenes mentales y adictivos, considerando fundamental el anonimato (Arteman, A. et Al, 2001).

Otras investigaciones se han centrado en la calidad de los recursos, por ejemplo de las Comunidades Terapéuticas. Para Llorente (1999), en muchos casos los usuarios de estos recursos mostraban una larga historia de adicción con múltiples intentos de tratamiento acompañados de recaídas. Sin embargo, en los últimos años, los programas se han adaptado a las nuevas características de los usuarios, que se han beneficiado de los nuevos tratamientos para pacientes crónicos (tratamiento con metadona) y para aquellos con desórdenes psiquiátricos (tratamiento psico-farmacológico). Otros estudios (Secades y Magdalena, 2000), enseñan que la tasa de abandono en estas comunidades es de un 32,7% con una duración media del 7 meses, aunque, como en el caso de los programas, algunos acontecimientos durante el tratamiento son cruciales para lograr su permanencia.

A pesar de ello, las investigaciones más comunes en los últimos años han versado sobre la evaluación de los participantes en los programas a lo largo de un periodo de tiempo controlado. En cuanto al alcohol, una investigación (Cuadrado, 1998), analizó la evolución de 161 pacientes al inicio del tratamiento. Desde los cinco a los siete años siguientes, un 10,4% de los pacientes habían fallecido, un 51,2% permanecían abstinentes desde el año anterior a la evaluación y un 38,4% habían continuando bebiendo durante el mismo periodo. La viudedad o el divorcio son variables predictivas de una evolución peor, mientras que la severidad de la dependencia, la existencia de familiares alcohólicos, la comorbilidad y la personalidad, pese a lo que pudiera esperarse, no predicen la evolución con tanto peso.

Por otro lado, a finales de los ochenta y principios de los noventa comenzaron a realizarse los primeros estudios de seguimiento de los adictos a la heroína en España y

los objetivos de los mismos eran caracterizar a los pacientes y evaluar la eficacia de los tratamientos (Marina, 1999). Un ejemplo de esta preocupación por conocer los resultados lo demuestra el seguimiento, en Barcelona, de 40 personas en programas de mantenimiento con metadona (Escudero, 2000). Como resultados relevantes, tras cuatro años, los objetivos perseguidos eran reforzados o mantenidos en ciertas áreas (relaciones familiares y sociales, salud, comportamiento de riesgo, criminalidad, consumo de drogas) al tiempo que en otras no se seguía la misma tendencia (trabajo, formación escolar y profesional). No obstante, aquellos pacientes que habían recibido tratamiento y mantenían contacto con el centro, mejoraban la severidad de su adicción en casi todas las áreas, salvo en las menos relacionadas con el tratamiento específico de su dependencia, principalmente legales (Gutiérrez, E. et Al, 2001).

En la misma línea, una evaluación representativa a lo largo de 15 años, de un total de 215 pacientes en programas de mantenimiento con metadona, concluyó que la proporción de fallecidos era del 35,1%, siendo las principales causas el SIDA y la sobredosis. Además, esta población, se caracteriza por altas tasas de mortalidad, niveles de discapacidad (trabajo, familia y participación social) e infracciones de la ley (Jiménez Treviño, L. et Al, 2000). Como podría suponerse, se aprecia una correlación inversa entre la severidad de la adicción y los niveles de calidad de vida, principalmente en los pacientes con el virus VIH positivo, en los que consumieron heroína o altas cantidades de alcohol los seis meses previos a la entrevista y finalmente, en aquellos que fueron diagnosticados como casos probables de ansiedad y/o depresión (Fernández, J.J. et Al., 1999).

En este último apartado, en relación con la enfermedad mental, se han producido un importante número de investigaciones acerca de los drogodependencias y la presencia de desórdenes de la personalidad. Un trabajo en esta línea (Sánchez, E. et Al, 1999), ha comparado la existencia de estos desórdenes con un grupo de dependientes a los opiáceos y otro grupo de control. Como resultado se observa una alta prevalencia de desórdenes mentales en el primer grupo, principalmente asociados con personalidad antisocial y paranoia. Además, la evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el *Brief Symptom Inventory* (Sánchez- Hervás, E. et Al, 2001), muestra que el grupo de dependientes al alcohol tiene un mayor número de indicadores estadísticamente significativos comparado con el grupo de control y que

el grupo de pacientes de cocaína, fue el único que obtuvo grandes puntuaciones en el índice de severidad global y en el de los síntomas totales. Estos resultados son importantes en la medida que permiten observar la importancia de conocer la sicopatología de los pacientes que demandan tratamiento.

Estos resultados son importantes para pensar en las múltiples “caras” del problema social. El descenso del consumo de heroína se ha considerado en algunos momentos como una situación menos grave pero desde el punto de vista del tratamiento, hay que tener en cuenta que no existen sustitutos de la cocaína. Este aspecto se une a que los pacientes de cocaína, están fracasando en los programas porque no se sienten con un perfil similar al del resto de pacientes, por ejemplo en los programas de desintoxicación. Por otra parte, los consumidores de alcohol requieren un tratamiento especializado para evitar que en su desintoxicación puedan sufrir un “Delirium Tremens”<sup>77</sup>. De los resultados comentados, se aprecia que se están realizando numerosas investigaciones en España, pero se percibe que, pese a la existencia de bases de datos, sería aconsejable la mejora de la sistematización y búsqueda de nuevas redes de información que aglutinen la información y permitan trabajar basándose en la evidencia. No obstante, esta es una percepción que requiere de un estudio más detallado.

#### **2.4.- Discusión de los resultados.**

El consumo de drogas en España, muestra sus propias peculiaridades y como consecuencia de las transformaciones sociales las drogas en algunos momentos, han adquirido un mayor protagonismo como problema social y han desencadenado la demanda de respuestas gubernamentales. Hasta la segunda mitad del siglo XX, los medicamentos se vendían en farmacias y las drogas y plantas medicinales, en droguerías y herbolarios y la legislación del momento, se preocupaba exclusivamente de regular la venta adecuada. El consumo de drogas era una práctica bastante minoritaria, conocida y tolerada socialmente y la sustancia más consumida era el opio y sus derivados, principalmente como analgésicos.

---

<sup>77</sup> Algunas conclusiones obtenidas de la visita a la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación de Granada, dentro del Curso Básico sobre Drogodependencias en el Centro Provincial de Drogodependencias de la Diputación de Granada, 2001. M<sup>a</sup> José Frías, como supervisora, nos mostró los aspectos más relevantes de este proceso.

Pese a esta situación, el Gobierno firmó el Convenio Internacional de la Haya (1912) sobre Restricción en el empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales, al que se habían sumado otros países y desde 1918 a 1921, se crearon órdenes con el fin de garantizar el cumplimiento del acuerdo internacional establecido. La confesionalidad del Estado responsable de la moral de la sociedad, aunque ocasionó la aparición de colectivos que luchaban contra el alcoholismo y la creación de la Liga Antialcohólica Española (1911)<sup>78</sup>, pudo motivar que los sectores prohibicionistas no tuviesen la misma envergadura que en EEUU o Reino Unido.

Además, durante el periodo 1920-30 el Gobierno aludió al principio jurídico de “salud pública” en defensa de la “enfermedad” y del “vicio” y en favor de “la moral y las buenas costumbres” para intervenir; los medios de comunicación empezaron a denunciar el tráfico y consumo de cocaína y morfina, acusando a las autoridades de su inhibición y el asalto al expreso de Andalucía, asociado a un negocio de contrabando en materias tóxicas generó un clima de crispación social e inseguridad ciudadana. Un ejemplo de la situación fue la creación de la Asociación contra la Toxicomanía para prevenir y educar a la sociedad “contra los venenos sociales” y a los pacientes del momento se les considera enfermos mentales que debían ser tratados en el manicomio. En la esfera internacional España se unió al Convenio de Ginebra que limita las drogas a “usos médicos y científicos”. A finales de la década, el Código Penal separaba las “drogas tóxicas o estupefacientes” de las sustancias nocivas para la salud o productos químicos” y aumentaba la cuantía de las multas y condenas y consecuencia de ello se genera un mercado negro de la cocaína. No obstante, aún no existía una subcultura de la droga y el delito y tampoco estereotipos, por lo que los españoles no se sentían amenazado por el uso de estas sustancias.

En los años 30, como consecuencia de los controles internacionales y parece que por la implantación de la Sanidad Pública universal, se decretó la prohibición de fabricar e importar heroína y cáñamo, pasando de una política restrictiva a otra prohibicionista; se detectaron algunos fraudes en las recetas por parte de los farmacéuticos y se aprobó la

---

<sup>78</sup>Fundada por A. Ecroyd y el doctor Gallart y presidida por el doctor R. Rodríguez Méndez en el Congreso Antialcohólico en 1914. En Usó, Juan Carlos (1996). Drogas y cultura de masas (España 1855-1995).

Ley de Vagos y Maleantes que incidía en la criminalización del problema. Hasta mediados de la década de los 60, el consumo de drogas reunía características muy distintas a las de su entorno, consecuencia del aislamiento político cultural y del atraso socioeconómico. Los fenómenos más destacados, aparte del alcohol y el tabaco, fueron el uso de barbitúricos y anfetaminas, el consumo de cannabis en ambientes marginales y un considerable número de adictos a la morfina controlados. En 1961, se firmó la Convención Única sobre Estupefacientes en la que se distinguía entre uso y abuso, en base a la autorización legal y se plantea la posibilidad de crear cuerpos policiales para luchar contra el tráfico ilícito y la colaboración con expertos no policiales. En 1970, se sustituyó la Ley de Vagos de 1933 por la de Peligrosidad Social que declaraba a todos los consumidores de drogas en estado de peligro junto con otros colectivos. A estas personas se les podía aplicar como medidas de seguridad y rehabilitación el internamiento, la clausura de local, el arresto de cuatro a doce fines de semana o una multa de mil a cincuenta mil pesetas, entre otras.

Para entender la realidad del consumo de drogas durante la transición y su evolución posterior, es necesario retroceder unas décadas y localizar tres periodos significativos. En el primero de ellos, caracterizado por la no consideración de las drogas como problema social, la única sustancia que revestía gravedad era el alcohol. A fines de los setenta comienza a generalizarse el uso de cannabis, alucinógenos y estimulantes (principalmente anfetaminas), mientras que la heroína es utilizada por parte de la población con alto nivel económico y cultural. En un segundo momento, aparece el mercado negro y con él la extensión del consumo de drogas entre todas las clases sociales, convirtiéndose la heroína en el mayor problema del momento.

Ante esta situación de preocupación por lo desconocido, los primeros en buscar una solución fueron algunas organizaciones, en su mayoría procedentes de otros países que, junto con las familias de drogodependientes organizadas, ofrecieron modelos no institucionales como única salida al abandono de la dependencia, hasta la llegada del Plan Nacional sobre Drogas (1985). Posteriormente, la infección del VIH supondría un cambio en la concepción de las drogas como problema individual entendido desde ahora como preocupación en el ámbito de la salud pública y riesgo potencial para una sociedad que destacaba internacionalmente con mayores infecciones de SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral. Durante los años noventa, este fenómeno volvió a

cambiar, desde el momento en que el consumo de heroína descendía y la práctica de inyectarse era progresivamente reemplazada por la vía fumada o inhalada. Como consecuencia de ello, el VIH asociado a este patrón de consumo iba desapareciendo. No obstante, junto con estos cambios aparecían en escena las drogas de síntesis, como nuevo modo de consumo, siendo el éxtasis la más popular. En concreto, las características dominantes de este nuevo modelo eran y siguen siendo el policonsumo (alcohol, cocaína y cannabis) entre la gente joven, durante los fines de semana y en espacios públicos. Además, frente a la lógica anterior, este modo de consumo no es marginal sino que cuenta con cierta aceptación por parte de la sociedad.

En cuanto a las consecuencias asociadas, en el área asistencial, desde 1995 han crecido los casos de cocaína aunque en el año 2000 esta tendencia se ha frenado (17,5% en 1999 y 17,2% en el 2000). A pesar de ello, la proporción de las urgencias relacionadas con esta sustancia (45,3%) es mayor que las ocasionadas por la heroína (40,5%). En el 2000, también se produjo un incremento de las admisiones a tratamiento por cannabis (6,1%) que causaron un 14,8% de las urgencias. Como reflexión ante una nueva realidad, en 1999, se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) que priorizaba la prevención y la organización de las actuaciones mediante tres niveles básicos: la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional.

En la reducción de la demanda, los objetivos se centran en la prevención, sin olvidar la asistencia e integración social y la reducción del daño. En esta última, se considera básica la puesta en marcha de intervenciones destinadas a reducir las consecuencias del consumo, en lo referente a los aspectos sociales y sanitarios; en asistencia e integración social es importante definir el circuito terapéutico del Sistema de Asistencia e Integración de los Drogodependientes, adaptándolo a las premisas contenidas en la Estrategia Nacional. Todos los niveles de la Administración tienen poderes en el campo de la adicción a las drogas (Administración General del Estado, gobierno y organismos de las Comunidades Autónomas y la Administración Local) junto con las Organizaciones no Gubernamentales y otras entidades sociales (universidades, fundaciones, etc.).

Históricamente, el desarrollo de los servicios de alcohol ha precedido al de las drogas ilícitas. No obstante, desde la Guerra Civil hasta fines de los sesenta, el tratamiento de esta problemática ofrecía como únicas salidas la prisión o el internamiento en el manicomio, subyaciendo a estas actuaciones connotaciones morales e ideológicas. Quizás por este motivo, cuando surgió en escena el problema de la heroína, los tradicionales recursos en materia de alcohol no pudieron hacerle frente y como resultado se generó un vacío asistencial, cubierto exclusivamente por las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes y la medicina privada. En 1985, se creó el Plan Nacional sobre Drogas con la prioridad de atender a esta población drogodependiente mediante el desarrollo de una red asistencial, situada paralelamente a la red normalizada y en ocasiones de espaldas a ella, dificultando su necesaria comunicación. En los últimos años, como afirma la Estrategia Nacional sobre Drogas, una vez que se ha logrado una estructura similar a la de otros países es preciso aproximarse a la consecución de la cobertura universal de asistencia y mejorar la calidad de los servicios. En el contexto europeo, en un futuro próximo es probable que surjan limitaciones en los recursos disponibles y nuevos problemas de desigualdad, como consecuencia de fenómenos sociales como el movimiento migratorio y la aparición de nuevos colectivos en las bolsas de pobreza (infraclases).

Según la Estrategia Nacional sobre Drogas, mediante el Circuito Terapéutico de Asistencia e Integración Social la *asistencia para drogodependientes debe ser proporcionada a través del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Acción y Servicios Sociales*, complementado por los recursos privados adecuadamente autorizados y/o validados. De este modo, proporcionarán un tratamiento adecuado a las necesidades de cada paciente, con programas accesibles acercados al ciudadano, lo que implica la atención en su área de residencia y la puesta en marcha de estrategias de “captura” de aquellos que quedan al margen de la red. Este proceso requiere como premisa fundamental la combinación coordinada entre los diferentes recursos, entendiendo *que cada uno es un elemento necesario pero no suficiente por sí mismo, sino entendido como parte del complejo proceso terapéutico*.

En resumen, pese a los logros alcanzados, aún quedan problemas por resolver, como los elevados niveles de consumo de drogas entre los escolares y de alcohol entre los jóvenes y la población trabajadora; la feminización del consumo, el liderazgo de la

cocaína<sup>79</sup> y las drogas de síntesis y los nuevos problemas con la cocaína y el cannabis en los recursos de tratamiento. Nos encontramos ante una realidad marcada por cambios acelerados y es necesario adaptar los recursos a los nuevos pacientes (inmigrantes, personas con consumo problemático de alcohol, fumadores, policonsumidores, enfermos mentales...) junto con una población heroínómana envejecida que se encuentra ante una deficiente situación social. Otros problemas hacen referencia a los recursos humanos, donde en ocasiones hay una ausencia de profesionales: en algunas zonas se encuentran saturados ante la enorme demanda y por el contrario, en otros lugares dispersos geográficamente y con poca población, con la necesidad de dotación de recursos. Por este motivo, el principal objetivo del circuito terapéutico en el Sistema Nacional de Salud ha de ser suavizar las resistencias del proceso, adaptando la red a las necesidades (servicios para población con problemas de alcoholismo, programas de tratamiento de cocaína, de psicoestimulantes, de tabaco, enfermedades mentales, etc.), junto con la formación y el incremento del número de profesionales, la normalización de los programas de metadona, la coordinación entre asistencia y reinserción social y finalmente, el acercamiento de la red a la población drogodependiente, especialmente a aquella con problemas de alcoholismo.

---

<sup>79</sup> Documentos TV (6/1/2003): El documental “La huella de la cocaína” (Guión: Jordi Godón; Realización: Mario García de Castro), cuenta la historia de seis adictos a la cocaína que constituyen una nueva generación, un nuevo perfil y numerosas urgencias hospitalarias. Entre las novedades, señalan el surgimiento de numerosas clínicas privadas para atender a una espectacular demanda de atención.

**CAPÍTULO III- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN  
EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS  
EN ESPAÑA EN EL SENO DE LAS COMUNIDADES Y  
CIUDADES AUTÓNOMAS.**

## **3.1. Consumo de drogas**

### **3.1.1. Situación epidemiológica**

Para conocer el impacto de las actuaciones en materia de drogodependencias, al igual que en el anterior capítulo, conviene 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, anteriormente se han resaltado las transformaciones más significativas en el consumo de drogas que afectan a la realidad española: la aparición de nuevas sustancias; el uso de diferentes patrones de consumo de un modo normalizado, especialmente de alcohol entre los más jóvenes; el descenso del consumo de heroína y de la vía de administración inyectada y el incremento del uso y demandas de tratamiento por abuso de cocaína. Pese a la alarma suscitada por otras sustancias, en estos momentos, el cannabis es la droga ilegal más consumida y las drogas legales, alcohol y tabaco, siguen siendo las más utilizadas por los españoles<sup>80</sup>.

Junto a estas características generales de la situación española, se observan peculiaridades en el seno de las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas. Además, pese a tratarse de un problema de gran magnitud, la percepción social de la gravedad del fenómeno ha descendido y 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, ha mejorado (ver Tabla 3.1).

---

<sup>80</sup> Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/consumo.htm>

**Tabla 3.1: Situación general del consumo de drogas y evolución en los últimos 5 años**

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

Fuente: elaboración propia a partir de la opinión suministrada en el cuestionario por los responsables autonómicos.

Junto con la percepción del riesgo y la evolución de la situación de las drogas en cada Comunidad, es interesante conocer, en opinión de los responsables de los planes, cuáles son las sustancias que más problemas generan por orden de importancia. En estos momentos, la práctica totalidad de ellos, con la excepción de Ceuta, sitúan entre las primeras posiciones el alcohol y, en segundo lugar el tabaco, aunque este último con menor intensidad. 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 3.2). 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 3.2: Sustancias que más problemas generan por orden de importancia, 2001**

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

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

Fuente: elaboración propia a partir de la opinión suministrada en el cuestionario por los responsables autonómicos.

De un modo más detallado, en función del tipo de sustancia, se observan prevalencias de consumo diferenciadas atendiendo al criterio territorial. En general, según la Encuesta Domiciliaria (1999)<sup>81</sup>, 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 los más consumidores de drogas legales, principalmente el centro y norte de la Península; el segundo, a aquellos destacados por una mayor prevalencia de cocaína, particularmente las Islas Baleares y Canarias y la costa mediterránea y finalmente, las drogas de síntesis y las anfetaminas, consumidas en mayor medida en Valencia, el País Vasco y Madrid.

La frecuencia de uso de drogas legales (alcohol y tabaco) se sitúa por encima de la media nacional en las Comunidades del norte<sup>82</sup> y centro, aunque en el tabaco se

<sup>81</sup> Esta encuesta es realizada por encargo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con carácter bianual desde 1995 y ha mantenido los cambios metodológicos de 1997 lo que permite la comparación. El universo está compuesto en 1999 por la población residente en el territorio nacional entre 15 y 65 años (25.285.758) y la muestra ha sido de 12.488 personas, aumentándose en algunas Comunidades Autónomas a fin de obtener estimaciones a escala autonómica. Más información en el Informe nº 4 del OESD, Madrid, 2001.

<sup>82</sup> Asturias constituye una excepción en las Comunidades del Norte de España, con un 54,9% de consumidores de alcohol en los últimos treinta días, aunque este resultado se debe primordialmente al bajo porcentaje de mujeres bebedoras (39,8%).

suman Cataluña y Andalucía; por el contrario, las Islas Baleares y Canarias, Ceuta y Cataluña muestran menores prevalencias en el caso del alcohol. Particularmente, según la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (1999), la proporción de fumadores diarios en España fue del 32,6%, situándose el máximo en Melilla (41,8%) y el mínimo en el País Vasco (27,8%).

En el caso del alcohol, fueron las Comunidades de Murcia (71,8%), Navarra (71,3%) y Aragón (70,6%) las que registraron un mayor porcentaje de consumidores en los últimos treinta días, frente a Ceuta (49,9%) y Canarias (53,4%) que destacaron por lo contrario. No obstante, existe un comportamiento diferenciado en función del sexo y en este sentido, el mayor porcentaje de varones bebedores se encuentra en Melilla (83,8%) y Navarra (83,6%), en contraste con Ceuta (57,9%) y Canarias (64,4%); en el caso de las mujeres, en Murcia (65%), Aragón (60,5%), Asturias (39,8%) y Ceuta (40,7%), respectivamente.

Además, se puede establecer una clasificación de las tendencias seguidas por las Comunidades Autónomas en función de la edad y el sexo. Respecto a los varones, se observa como comportamiento predominante la tendencia ascendente en el porcentaje de bebedores hasta los 20-24 años y la inestabilidad en edades posteriores, como es el caso de Asturias, Cantabria, Cataluña, Madrid y Ceuta. No obstante, otras Comunidades alcanzan mayores proporciones entre los 25-29 años (Aragón, Castilla-La Mancha y Extremadura); entre 30 y 34 años (Baleares, Canarias, La Rioja, Murcia y País Vasco) y finalmente entre los 35 y 39 años (Andalucía, Castilla y León, Valencia y Galicia). Como peculiaridad, Navarra muestra un elevado porcentaje de bebedores en los grupos de edad de 15-19, 25-29 y 40-65 años.

Por su parte, en las mujeres, la tendencia primordial en el consumo de alcohol se sitúa en el grupo de 20 y 24 años; no obstante, a partir de esta edad algunas Comunidades tienen un comportamiento descendente (Aragón, Asturias, Castilla y León, Cataluña y País Vasco) mientras que otras encuentra un repunte a los 30-34 años (Cantabria, Castilla-La Mancha y Ceuta); a los 35-39 (Navarra); a los 40-65 años (La Rioja) o un mayor número de fluctuaciones e inestabilidad (Galicia y Baleares). Además, en algunas Comunidades, la proporción de bebedoras asciende hasta edades

más avanzadas, tal es la situación de Madrid, entre los 25 y 29 años, Murcia, entre 30 y 34 años y por último, Melilla<sup>83</sup>, entre 35-39 años.

Finalmente, junto con la edad y el sexo de los bebedores, es interesante conocer el porcentaje de consumidores abusivos de alcohol, lo que se puede considerar un indicador de la gravedad del problema. En España, respecto al consumo abusivo los días laborables (6%), existe una diferencia de 10 puntos entre las Comunidades con niveles más altos (Melilla) y más bajos (Galicia) y además de ello, el fin de semana la proporción de bebedores abusivos es superior, destacando Castilla y León (13%) por encima del resto, en contraste con Galicia (1,9%) (OESD, 2001:40, 51).

Por otro lado, el cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Del análisis de los estudios realizados en cada Comunidad Autónoma esta sustancia 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. Según el *Informe 4* del OESD (2001:40, 51), en 1995 las mayores prevalencias, cercanas al 10%, se encontraban en Madrid, Navarra y País Vasco, en contraste con Extremadura y Galicia. Posteriormente, en 1999, sobresalían por el consumo en el último año Baleares, Navarra y La Rioja. Finalmente, mientras Aragón, Asturias, Baleares, Castilla y León, Murcia, y La Rioja muestran una tendencia ascendente, en Cataluña ocurre lo contrario.

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 desapercibida<sup>84</sup>; la cocaína predomina en Madrid, País Vasco, las Islas Baleares y Canarias y la Costa Mediterránea<sup>85</sup>, 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 el sur y Galicia (ver Tabla 3.3).

---

<sup>83</sup> Este último caso puede ser causa de una muestra menor.

<sup>84</sup> 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.

<sup>85</sup> Tendencia percibida por el Observatorio Español sobre Drogas en su Informe nº4

Del análisis realizado, no siempre se observa una correspondencia entre la percepción de la gravedad de los responsables autonómicos y las elevadas prevalencias de consumo. No obstante, los responsables pueden emitir su juicio de valor conforme a otras consecuencias sanitarias y sociales descritas anteriormente.

**Tabla 3.3: Tendencias, máximos y mínimos en el consumo de sustancias en las Comunidades y Ciudades Autónomas, 1999**

	General	Máximo	Mínimo
<b>Drogas legales</b>			
Tendencia		Centro y Norte	
Tabaco	32,6%	Melilla	País Vasco
<b>Alcohol</b>			
Tendencia		Murcia Navarra Aragón	Ceuta Canarias
Sexo	Hombres	Melilla Navarra	Ceuta Canarias
	Mujeres	Murcia Aragón	Asturias Ceuta
Abusivo	Laborables	Melilla	Galicia
	Fin de semana	Castilla y León	Galicia
<b>Drogas ilegales</b>			
Cannabis		País Vasco Asturias Cantabria Madrid	Centro y Sur
Cocaína	Islas y Costa Mediterránea	País Vasco Madrid Islas y Costa Mediterránea	Interior y zonas con mayor prevalencia de alcohol
Drogas síntesis		País Vasco Madrid Valencia	Islas, noreste y Castilla-La Mancha y Castilla y León
Anfetaminas		País Vasco Madrid Valencia	Sur y Galicia
Heroína		Melilla País Vasco	Islas, Castilla- La Mancha y Extremadura

Fuente: elaboración propia a partir del análisis de las encuestas del PNSD.

A modo de síntesis, el análisis de las entrevistas realizadas a los responsables de los planes autonómicos permite conocer las preocupaciones en este momento en el consumo de sustancias y la percepción del problema por parte de las entidades responsables de los planes. En estos momentos, la mayor parte de ellos mencionan como aspectos más destacados en los últimos años, el aumento del consumo de alcohol,

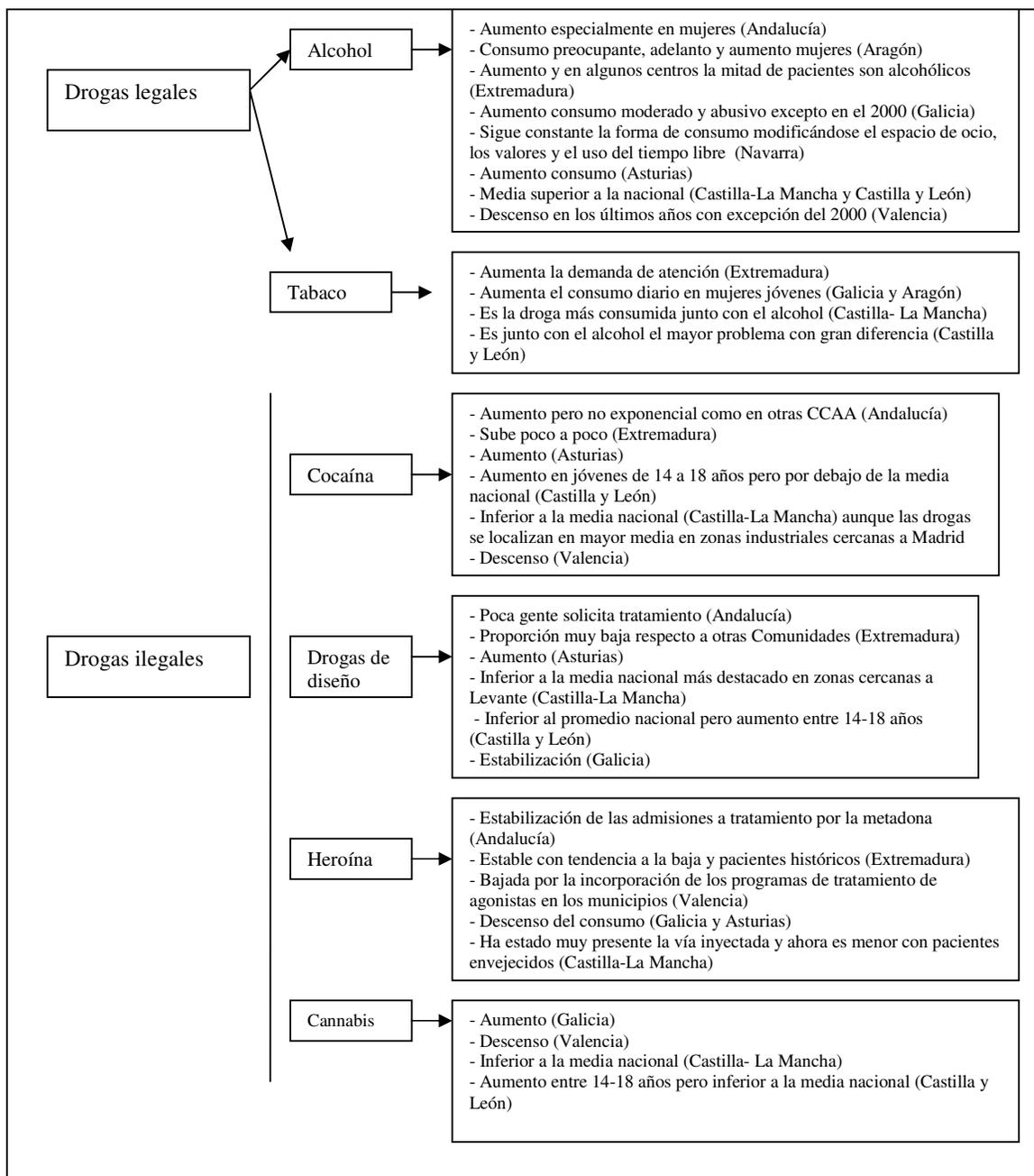
la reducción de la edad media de uso y la incorporación creciente de las mujeres, situación que en Aragón es calificada como preocupante. Como menciona el responsable de Navarra, el alcohol permanece constante pero “lo que se modifica no es la forma de consumo sino el espacio de ocio, los valores y el uso del tiempo libre”. En la Comunidad Autónoma Extremeña este incremento se constata en los pacientes que demandan tratamiento, llegando a superar a la mitad en algunos centros y en las dos Castillas se describe un patrón de consumo de alcohol superior a la media nacional. Por el contrario, en la Comunidad Valenciana se ha producido un descenso en los últimos años, con la excepción del 2000. En cuanto al tabaco, en Galicia y Castilla-La Mancha se ha producido un aumento del consumo diario, especialmente en mujeres jóvenes aunque, paralelamente están aumentando los programas y demandas de tratamiento de deshabituación tabáquica en algunas Comunidades como Extremadura.

Por lo que se refiere a las drogas ilegales, Andalucía, Extremadura, y las dos Castillas describen un patrón similar de comportamiento, caracterizado por un porcentaje inferior al promedio nacional que aumenta poco a poco en el caso de la cocaína y que supone pocas demandas de tratamiento en el de drogas de síntesis. Además, Galicia, que representaba un porcentaje menor de cannabis éste parece aumentar y situación opuesta ocurre en Valencia con todas las drogas. En el interior de las Comunidades también existen peculiaridades en función de las áreas, predominando el consumo de drogas ilegales en mayor medida en las zonas industriales. Finalmente, Andalucía, Asturias, Extremadura, Galicia y Valencia, mencionan el descenso en el consumo de heroína, fenómeno que atribuyen principalmente a la incorporación del tratamiento con agonistas, y la demanda de tratamiento por parte de pacientes envejecidos y con muchos años de consumo (Gráfico 3.1)<sup>86</sup>.

---

<sup>86</sup> Análisis de las entrevistas realizadas a los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas, 2002.

**Gráfico 3.1: Aspectos más destacados en la situación general del consumo de drogas según los responsables autonómicos, 2002.**



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de las entrevistas a los responsables autonómicos.

### 3.1.2. Consecuencias derivadas

El consumo de sustancias psicoactivas tiene asociadas un conjunto de consecuencias individuales y sociales de enorme importancia para determinar el impacto y la percepción del fenómeno como “problema”. En particular, de cara a la planificación de las políticas, 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. Como se ha mencionado en el capítulo anterior, en los últimos años, la tendencia general que se aprecia en España es un descenso en las admisiones a tratamiento, especialmente 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. En el año 2000 se registraron en España 49.487 admisiones a tratamiento por sustancias psicoactivas (excluidas tabaco y alcohol) y esta cifra supone un descenso respecto a 1999 (51.191 casos) y 1998 (54.338), lo que, según el Informe 5 del Observatorio Español sobre Drogas (2002:70) puede deberse a la implantación de los programas de sustitutivos opiáceos, que disminuyen la rotación de los pacientes en los diferentes recursos. Las mayores tasas de admisión a tratamiento por alcohol cada 100.000 habitantes entre 15 y 39 años se dieron en el año 1999 en Extremadura y País Vasco y en el caso de las sustancias psicoactivas, en Ceuta, Canarias y Baleares; un año más tarde, a las dos primeras citadas se les sumó Andalucía; por el contrario, las menores tasas resultaron en Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha. Este resultado es importante en la medida en que la demanda superior de atención por consumo de sustancias deriva en una importante carga asistencial y en la necesidad de recursos humanos, materiales, económicos, etc.

Respecto al tipo de sustancia, en el mismo periodo el tratamiento por cocaína ascendió al 17,2% del total, predominando especialmente en la zona mediterránea, lo

que coincide con la mayor prevalencia de consumo. En concreto, las demandas se encuentran entre el 20% y el 40% en Canarias, Murcia y País Vasco y superan el 40% de los admitidos por primera vez en Valencia, Cataluña, Baleares y Navarra. La heroína pierde peso como sustancia principal (72,2%) especialmente en las nuevas demandas, de tratamiento donde representa el 47,6%, en favor de la cocaína (32,1%) y el cannabis (14,5%) (OESD, 2002: 69).

En cuanto al modo de administración de la heroína, la pulmonar o fumada es la más frecuente (64,6%) frente a la inyectada que constituye el 26,3% y estos resultados son especialmente notables en los admitidos a tratamiento por primera vez. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas y pese a que la vía inyectada ha descendido en la mayor parte del territorio, aún predomina en el nordeste de la Península y la fumada e inhalada en el sur, hecho tradicionalmente asociado con la disponibilidad de heroína blanca o marrón respectivamente y en los últimos años, con la implantación y éxito de los programas de reducción del daño. Particularmente, Aragón (57,3%), Navarra (40%), Baleares (39,3%), Cataluña (33,1%) y País Vasco (30,6%) sobresalen con mayor porcentaje de admitidos a tratamiento que utilizan la vía parenteral, en contraposición con Ceuta y Melilla (ambas 0%), Andalucía (6,2%) y Extremadura (7,5%). Por su parte, entre los atendidos por cocaína, la vía de administración predominante es la esnifada (69,7%), con una tendencia ascendente desde 1996.

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 en usuarios de drogas por vía parenteral han descendido en el territorio nacional desde 1994, aspecto en el que han influido los tratamientos sustitutivos y antiretrovirales y los programas preventivos. No obstante, alcanzan mayores proporciones entre estos usuarios en Madrid (59,9 por millón), Baleares (68,5 por millón), La Rioja (58 por millón) y País Vasco (54,5 por millón), en contraste con Extremadura (6,4), Castilla-La

Mancha (11,3) y Melilla (15,3)<sup>87</sup>. Junto con las admisiones a tratamiento resulta importante el indicador de episodios de urgencia, en el que, como se comentó en el capítulo de España, han cobrado protagonismo en los últimos años los relacionados con la cocaína, el cannabis y el alcohol. Por último, el indicador de mortalidad causada por las drogas también 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, resulta 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, en todo caso, 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 (ver Tabla 3.4).

---

<sup>87</sup> No obstante, como señala el informe 5 del OESD estos resultados se refieren a los enfermos de SIDA y no a las nuevas infecciones por VIH.

**Tabla 3.4: Consecuencias sanitarias del consumo de drogas en las Comunidades y Ciudades Autónomas, 2000**

	<b>General</b>	<b>Máximo</b>	<b>Mínimo</b>
<b>Tasa de admitidos a tratamientos sustancias psicoactivas por cada 100.000 habitantes</b>			
<b>Tendencia</b>	Descenso	Ceuta (1999) Canarias Balears Andalucía	Navarra Asturias Castilla-La Mancha
<b>Por consumo de heroína</b>			
<b>Tendencia en la vía de administración inyectada</b>	Descenso	Nordeste, Aragón, Navarra, Baleares, Cataluña, País Vasco	Ceuta, Melilla, Andalucía y Extremadura
<b>Por consumo de cocaína</b>			
<b>Vía de administración principalmente esnifada</b>	Aumento, especialmente urgencias donde supera a la heroína	Valencia Cataluña Balears Canarias	
<b>SIDA en UDVP</b>	Descenso	Madrid Balears La Rioja País Vasco	Extremadura, Castilla-La Mancha y Melilla

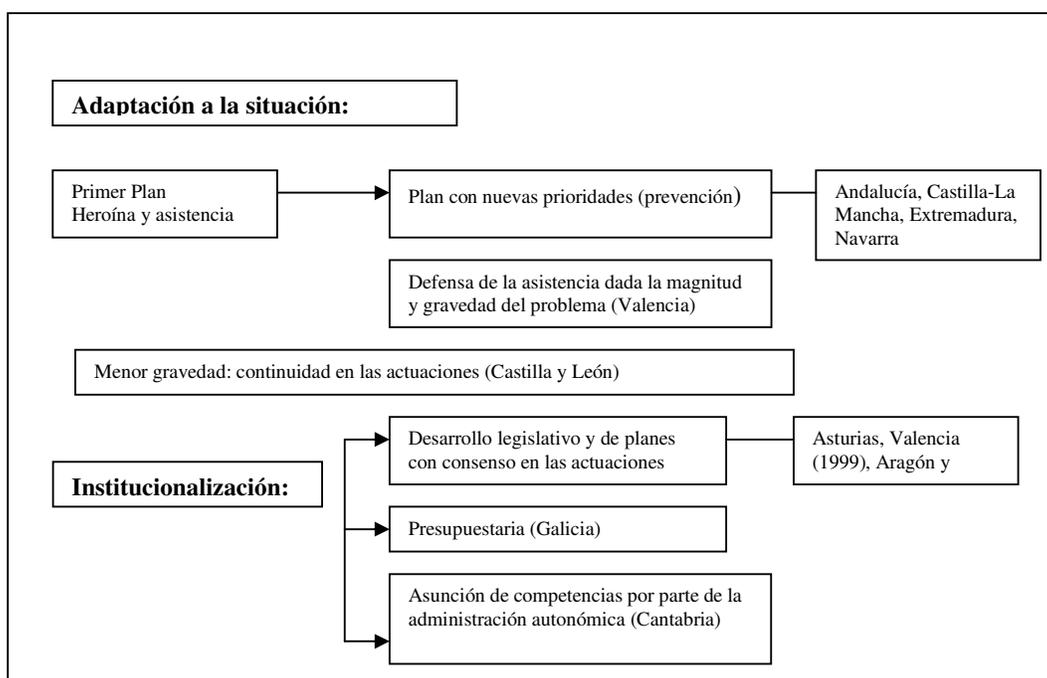
Fuente: elaboración propia a partir de los indicadores del SEIT.

### **3.2. Estructura y Planificación de la Intervención Asistencial: los Planes Autonómicos sobre Drogas**

Los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas, en las entrevistas realizadas, describieron los aspectos más destacados en la evolución del Plan. En primer lugar, ha resultado fundamental en el modo de actuación, la gravedad del problema, que en algunos casos ha acelerado el proceso decisonal y en otros ha permitido gozar de cierta estabilidad. La alarma suscitada por la heroína motivó la creación del primer plan en la mayoría de las Comunidades Autónomas (Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura y Navarra) con el objetivo de crear una red de recursos que atendiera las demandas existentes. Castilla y León, constituye una excepción en esta evolución y describe que, la inexistencia de grandes alarmas sociales y la estabilidad política han permitido a lo largo del tiempo trabajar sobre lo construido, tomar decisiones pensadas y mejorar las evaluaciones. En las Comunidades mencionadas anteriormente, tras una andadura de más de 15 años y una nueva situación en el consumo, se ha elaborado otro plan con nuevas intenciones, enfocado en otras áreas prioritarias como la prevención, aunque Valencia persiste hoy en la importancia de la asistencia dada la magnitud del problema.

En segundo lugar, los responsables se refieren a la importancia que ha tenido el desarrollo legislativo (Valencia) y en éste el consenso en las actuaciones y la implicación de los profesionales (Asturias, Aragón, Cantabria) por medio de la elaboración de documentos muy realistas y bien trabajados; Galicia, además, menciona la dotación de presupuesto en este proceso de institucionalización y Cantabria la asunción de competencias por parte de la Administración Autónoma de la cuestión que tradicionalmente se ocupaba la Cruz Roja y los Ayuntamientos (ver Gráfico 3.2). En los siguientes apartados se describe detalladamente la evolución.

**Gráfico 3.2: Aspectos más destacados en la evolución de los Planes Autonómicos sobre Drogas**



**Fuente:** elaboración propia a partir de entrevistas a responsables.

### 3.2.1. Legislación sobre drogas

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 situación de partida. Con éste no se pretende una inmediata transformación, sino una declaración de intenciones políticas que define el marco de las futuras actuaciones (Arenilla, 2000:50). Aplicado a nuestro campo de estudio, con esta

intención en 1985, se creó el 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 de las Administraciones Públicas y entidades sociales<sup>88</sup>.

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). No obstante, progresivamente se han ido incorporando el resto, pudiendo encontrarse planes de reciente creación como los de la Ciudad de Melilla (2001) o Aragón (2002).

Por otro lado, el primer paso recomendable antes de emprender cualquier actuación es la *programación*, al implicar 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 parte* (Arenilla, 2000:49-50). 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 3.5).

---

<sup>88</sup> Plan Nacional sobre Drogas, Consumo de drogas en España. En <http://www.mir.es/pnd/doc/presenta/presenta.htm>

**Tabla 3.5: Rasgos generales de los Planes Autonómicos sobre Drogas**

	<i>Nº de Planes</i>	<i>Fecha primero</i>	<i>Fecha último</i>	<i>Consejería de la que depende</i>	<i>Rango del responsable</i>
<i>Andalucía</i>	2	1985	2001-2007	Consejería de Asuntos Sociales	Director General
<i>Aragón</i>	1	2002	2002	Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	Director General
<i>Asturias</i>	2	1985	2001-2003	Consejería de Salud y Servicios Sanitarios	Director
<i>Baleares</i>	1	1999		Consejería de Sanidad y Consumo	
<i>Canarias</i>	2		2000*	Consejería de Sanidad y Consumo	Director General
<i>Cantabria</i>	2	1987	1996-1999	Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales	Director General
<i>Castilla La Mancha</i>		1987	2000-2003	Consejería de Sanidad	Director General
<i>Castilla y León</i>	4	1988	2001-2004	Consejería de Sanidad y Bienestar Social	Director General
<i>Cataluña</i>		1999-2001	2002-2004	Consejería de Sanidad y Seguridad Social	Director General
<i>Ceuta</i>	1				
<i>Extremadura</i>	2	1992	2001-2004	Consejería de Sanidad y Consumo	Secretario Técnico
<i>Galicia</i>	3	1986	2001-2004	Consejería de Sanidad y Servicios Sociales	
<i>Madrid</i>		1985		Consejería de Sanidad	Director-Gerente
<i>Melilla</i>	1	2001		Consejería de Bienestar Social y Sanidad	
<i>Murcia</i>	2		1998-2000	Consejería de Sanidad y Consumo	Director General
<i>Navarra</i>	1	1993		Departamento de Salud	Director Técnico
<i>País Vasco</i>	4	1990-92	2000-2002	Consejería de Vivienda y Asuntos Sociales	Directora
<i>La Rioja</i>	2	1986	1997	Consejería de Salud y Servicios Sociales	Director Técnico
<i>Valencia</i>	1	1999-2002		Consejería de Bienestar Social	Director General

\*En ese año se inicia la formulación.

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias de los Planes Autonómicos y del cuestionario a los responsables.

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 medidas de actuación. En este caso, después de más de 15 años y frente a los cambios en el consumo de drogas, en 1999 el Gobierno aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas<sup>89</sup>, fruto del consenso de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas. Este documento, persigue retos y objetivos adaptados a la nueva realidad 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, la asistencia e inserción social, la cooperación internacional y los estudios e investigaciones. El segundo aspecto que se contempla es

<sup>89</sup> Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre

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 esta tarea 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).

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 3.6).

**Tabla 3.6: Primeras leyes en Drogodependencias**

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

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos sobre legislación de la FAD.

### 3.2.2. Planificación de la intervención

Este capítulo 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 suministrado a los responsables de los Planes incluía los aspectos más destacados de la planificación y 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 y conforme al cuestionario, en la práctica totalidad de las Comunidades consultadas dice seguir esta práctica.

**Tabla 3.7: Algunos aspectos destacados en la planificación y evaluación del Plan.**

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

\* Se ha elaborado un informe oficial por parte de los profesionales del Plan.\*\*Toma como referencia los estudios bianuales de consumo de drogas

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la información contenida en los cuestionarios suministrados a los responsables autonómicos

A su vez, la Estrategia Nacional (1999) 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 emerger*. 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 pues se considera aconsejable combinar ambos tipos de evaluación con las ventajas que ello supone<sup>90</sup>. En general, se aprecia que los encargados de esta evaluación son principalmente entidades internas, 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 sus servicios y áreas de intervención (ver Tabla 3.7).

### **3.2.3. Estructura funcional y Organigrama**

Otro de los aspectos necesarios para la ejecución de las actuaciones es la coordinación entre las distintas entidades con competencias. 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 ellas (Sánchez, 1994:1-4).

---

<sup>90</sup> Algunos autores recomiendan combinar la mayor objetividad de la evaluación externa con el mejor conocimiento de la institución que proporciona la evaluación interna.

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 respectivamente 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"*.

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 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 quiere lograr una implementación eficaz del Plan (ver Tabla 3.8).

**Tabla 3.8: 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 Autónoma; 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 la información suministrada en el cuestionario por 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 3.9). No obstante, consideramos que, pese al 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.

**Tabla 3.9: 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 la información suministrada en el cuestionario por los responsables autonómicos.**

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 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.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (1999:93-95), 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. 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 como las de prevención, reducción de daños e incorporación social. Resultado de la entrevista realizada a los responsables de los Planes Autonómicos, se constata que éstos consideran fundamental su trabajo y su cercanía a la realidad, las convierte en una importante y rápida fuente de información acerca de la situación y problemas. 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 3.10).

**Tabla 3.10: 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 Memoria del Plan Nacional sobre Drogas y de las entrevistas realizadas a los responsables autonómicos.**

### 3.2.4. Recursos humanos

La implementación de los diferentes programas y actividades establecidas en la programación, requiere la disposición de un conjunto de recursos humanos, económicos y materiales que permitan la correcta puesta en marcha de los objetivos previstos. Por ello, se incluyeron estas cuestiones en la investigación, concretamente un bloque específico en el cuestionario, 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, 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 "ranking", 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 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 3.11).

El segundo aspecto relevante, señalado en materia de personal, es 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 (1999:89-95), se constata la carencia durante muchos años de un adecuado desarrollo de las actuaciones formativas y de investigación específica en materia de drogodependencias, señalando como problemas la indiferenciación entre la formación de los profesionales y del personal no cualificado, la ausencia de criterios de homogeneidad entre las distintas Administraciones y la priorización de los contenidos teóricos y básicos sobre los prácticos y especializados. En este momento, los objetivos prioritarios son garantizar una formación adecuada, distinguiendo entre pregrado, postgrado universitario y formación continuada para los profesionales, haciendo hincapié en esta última.

Una vez expuestos estos resultados, es conveniente apuntar una serie de recomendaciones antes de proceder a su valoración. En primer lugar, es preciso tener precaución de cara a la interpretación de los datos, ya que, en ocasiones, podríamos encontrarnos con el problema de una doble contabilización, 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 en Aragón, donde ocurre la situación contraria. En definitiva, es necesario antes de emprender cualquier juicio de valor, tener en cuenta el contexto, observando qué perfil sería el más adecuado para el desempeño de cada labor (licenciados, diplomados o con otro nivel de estudios) y finalmente, valorar la situación particular de cada Comunidad.

**Tabla 3.11: Rasgos generales del personal en las diferentes áreas de intervención**

	PREVENCIÓN				INTERVENCIÓN ASISTENCIAL				INCORPORACIÓN SOCIAL				TOTAL
	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	Nº	Cantidad	Perfil mayoritario	Evolución	
Andalucía**		Suficiente			500		Licenciados						500
Aragón	124	Insuficiente	Diplomados	Aumento	137	Insuficiente	Diplomados	Aumento	22	Suficiente	Diplomados	Aumento	283
Asturias		Insuficiente		Constante	239	Insuficiente	Licenciados	Constante		Ausencia		Constante	
Cantabria	2	Suficiente	Licenciados	Constante	50	Suficiente	Licenciados	Aumento	9	Suficiente	Diplomados	Constante	61
Castilla La Mancha	29	Suficiente	Licenciados	Aumento	107	Insuficiente	Diplomados	Aumento	13	Insuficiente	Diplomados	Aumento	149
Castilla y León		Insuficiente		Aumento	312	Insuficiente (especialmente en los CAD)	Diplomados	Aumento		Insuficiente		Aumento	
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	
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

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

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

Fuente: elaboración propia a partir de la información suministrada en el cuestionario por los responsables autonómicos.

Para finalizar este apartado, resulta interesante delimitar las deficiencias que afectan al personal en las diferentes áreas de actuación, como aspecto importante y necesario para futuras actuaciones. En líneas generales, los principales problemas se refieren, en primer lugar, a la insuficiencia de recursos humanos en las diferentes áreas de actuación, aspecto que se considera 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. Junto con ello, 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 *mejorable* es la necesidad de coordinación entre las distintas instituciones y profesionales, 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, se hace necesaria la dotación de estrategias más eficaces y la mejora de la situación contractual y retributiva, al objeto de contar con personal motivado en un trabajo con frecuencia “poco gratificante”. Finalmente, como solución a este último problema, algunos responsables proponen habilitar sistemas de rotación de profesionales para evitar la falta de motivación y el síndrome “*burnout*”(estar “quemado”) (ver Tabla 3.12).

**Tabla 3.12: 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 multidisciplinares Falta de personal especializado Falta de dotación de estrategias más eficaces
Cantabria				Condiciones laborales*
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 recursos económicos, materiales y humanos	Falta de personal especializado Necesidad de mayor Formación
Extremadura	Falta de implicación de los educadores y Ayuntamientos	Necesidad de incentivación	Falta de concienciación social	Falta de dotación de estrategias más eficaces
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)
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		
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 multidisciplinares
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 del análisis de las entrevistas realizadas a los responsables autonómicos.

### 3.2.5. Recursos económicos

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, 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 3.13).

**Tabla 3.13: Presupuesto (en pesetas) por áreas de actuación, año 2000**

	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES (Formación, documentación, etc.)	COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	OTROS	TOTAL
Andalucía	777.161.340	2.575.832.549	872.598.562	14.280.000	857.257.000	259.468.000 (Inversiones en centros)	<b>5.356.597.451</b>
Aragón	161.515.571	308.899.112		11.600.000	25.920.000		<b>507.934.683</b>
Asturias	138.395.000	601.522.837		24.492.816		34.109.321 (Cooperación social)	<b>798.519.974</b>
Baleares	66.554.714	539.225.788		3.148.928	8.442.038 (Coordinación y Cooperación Institucional)		<b>617.371.468</b>
Canarias	472.870.090	1.435.114.953			103.401.970		<b>2.011.387.013</b>
Cantabria	138.317.700	384.880.100		60.137.400	18.041.800		<b>601.377.000</b>
Castilla La Mancha	421.314.374	670.390.197	57.050.000	7.255.624	49.432.910		<b>1.205.443.105</b>
Castilla y León	85.000.603	769.029.269		12.621.273	72.008.837	403.813.057 (Servicios normalizados)	<b>1.342.473.039</b>
Cataluña	233.876.000	2.114.317.000	306.734.000	44.327.000	85.265.000		<b>2.784.519.000</b>
Ceuta	16.389.041	60.943.283		7.889.492	4.861.161		<b>90.082.977</b>
Extremadura	259.553.450	741.853.450		15.000.000	321.693.100		<b>1.338.100.000</b>
Galicia	266.082.467*	1.201.741.202		23.871.683	19.352.648		<b>1.511.048.000</b>
Madrid	518.960.512	3.101.071.463	772.302.382	64.929.673	292.982.970		<b>4.750.247.000</b>
Melilla	22.601.999	12.733.333	2.214.000	1.995.000	814.500		<b>40.358.832</b>
Murcia	93.162.421	511.250.000	114.100.000	18.700.000	18.500.000		<b>755.712.421</b>
Navarra	79.631.000	392.360.000	63.178.000	13.533.000	33.312.000		<b>582.014.000**</b>
País Vasco	543.404.105	1.788.565.957	638.048.825	35.241.785	192.058.470		<b>3.197.319.142</b>
La Rioja	41.350.045	128.922.710		3.000.000	18.011.159		<b>191.283.916</b>
Valencia	357.321.428	1.247.107.142		70.935.076	93.637.892		<b>1.769.001.538</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.289.061.693</b>	<b>21.411.986.114</b>		<b>432.958.750</b>	<b>2.214.993.455</b>	<b>697.390.378</b>	<b>29.450.790.559</b>

\*Incluye también incorporación social \*\*No se incluyen los gastos que financian los Ayuntamientos  
Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria PNSD, 2000.

**Tabla 3.13: Presupuesto (en Euros) por áreas de actuación, año 2000**

	PREVENCIÓN	INTERVENCIÓN ASISTENCIAL	INCORPORACIÓN SOCIAL	ESTUDIOS E INVESTIGACIONES (Formación, documentación, etc.)	COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	OTROS	TOTAL	TOTAL/HAB
Andalucía	4670.8	15481.1	5244.4	85.8	5152.2	1559.4	32193.8	0.004
Aragón	970.7		1856.5	69.7	155.8		3052.7	0.002
Asturias	831.8		3615.2	147.2		205.0	4799.2	0.004
Baleares	400.0		3240.8	18.9	50.7		3710.5	0.004
Canarias	2842.0		8625.2		621.5		12088.7	0.007
Cantabria	831.3		2313.2	361.4	108.4		3614.3	0.007
Castilla La Mancha	2532.2	4029.1	342.9	43.6	297.1		7244.9	0.004
Castilla y León	510.9		4622.0	75.9	432.8	2427.0	8068.4	0.003
Cataluña	1405.6	12707.3	1843.5	266.4	512.5		16735.3	0.003
Ceuta	98.5		366.3	47.4	29.2		541.4	0.007
Extremadura	1559.9		4458.6	90.2	1933.4		8042.1	0.007
Galicia	1599.2	7222.6		143.5	116.3		9081.6	0.003
Madrid	3119.0	18637.8	4641.6	390.2	1760.9		28549.6	0.005
Melilla	135.8	76.5	13.3	12	4.9		242.6	0.004
Murcia	559.9	3072.7	685.8	112.4	111.2		4541.9	0.004
Navarra	478.6	2358.1	379.7	81.3	200.2		3498.0	0.006
País Vasco	3265.9	10749.5	3834.8	211.8	1154.3		19216.3	0.009
La Rioja	248.5		774.8	18	108.2		1149.6	0.004
Valencia	2147.5		7495.3	426.3	562.8		10631.9	0.003
<b>TOTAL</b>	<b>25777.8</b>		<b>128688.6</b>	<b>2602.1</b>	<b>13312.4</b>	<b>4191.4</b>	<b>177002.8</b>	<b>0.004</b>

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

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

La existencia de una red asistencial consolidada y la creación de recursos décadas pasadas, ha tenido como consecuencia la reducción del porcentaje de presupuesto destinado en la actualidad al área de tratamiento. De hecho, se observa este fenómeno en la mayoría de las Comunidades, con la excepción de Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y Extremadura. En la actualidad, Baleares (87,3%), Galicia (79,5%) y Cataluña (75,9%) tienen mayor partida presupuestaria en el área asistencial y en el extremo opuesto se sitúan Melilla (37%), Andalucía (48,1%), Extremadura (55,4%) y Castilla-La Mancha (55,6%). Existe una asociación entre las Comunidades con mayor demanda de atención por consumo de heroína- y porcentaje superior de pacientes usuarios de drogas por vía parenteral y el mayor presupuesto destinado a esta área de actuación (ver Tabla 12). Además, se aprecia una vinculación entre la percepción de la gravedad del problema y el elevado presupuesto asistencial, como es el caso de Galicia y Cataluña; como contrapartida, salvo Melilla, aquellas Comunidades que destinan menos presupuesto asistencial, consideran moderada la situación, tal es el caso de Extremadura y Castilla-La Mancha. Melilla constituye una excepción, al considerarse muy grave la situación y ser la Autonomía que proporcionalmente destina menos presupuesto a intervención asistencial (ver Tabla 3.14).

**Tabla 3.14: Evolución del Presupuesto destinado a Intervención Asistencial en pesetas (porcentaje) 1996-2000**

	1996		1997		1998		1999		2000	
	TOTAL	%								
Andalucía	1.757.471.253	55,4	1.909.114.000	51,6	1.885.639.069	49,0	2.302.027.501	47,1	2.575.832.549	48,1
Aragón*	262.134.000	66,4	267.638.000	66,5	291.000.000	68,5	296.820.000	68,5	308.899.112	60,8
Asturias*	612.295.571	81,0	541.668.393	80,8	660.502.719	82,6	596.059.142	79,4	601.522.837	75,3
Baleares	413.174.879	70,3	421.671.550	72,8	422.000.000	72,0	429.567.550	71,8	539.225.788	87,3
Canarias	982.783.680	83,1	973.914.376	76,2	930.496.000	74,7	941.416.290	70,2	1.435.114.953	71,3
Cantabria*	375.979.200	79,0	341.968.460	71,9	310.519.000	64,9	463.560.000	64,0	384.880.100	64,0
Castilla-La Mancha	426.543.409	48,0	463.350.870	49,6	562.548.537	57,7	502.527.023	40,6	670.390.197	55,6
Castilla y León	492.783.827	78,6	573.353.250	60,4	660.386.281	57,0	652.687.209	53,7	769.029.269	57,3
Cataluña	1.717.954.000	72,1	1.722.658.000	72,7	1.836.974.000	75,5	1.952.031.000	71,9	2.114.317.000	75,9
Ceuta*	57.174.201	84,9	65.106.988	79,1	57.563.117	65,2	57.248.184	63,8	60.943.283	67,7
Extremadura*	291.852.633	42,0	271.952.299	39,2	421.421.412	43,5	690.916.410	56,7	741.853.450	55,4
Galicia	994.829.000	80,09	1.115.833.003	82,03	1.129.611.422	79,84	1.156.922.747	80,31	1.201.741.202	79,53
Madrid	1.305.723.000	60,62	1.546.505.000	66,11	1.964.875.000	66,79	2.772.278.000	69,35	3.101.071.463	65,28
Melilla*	11.014.000	90,4	11.014.000	55,0	15.073.000	64,8	23.248.890	80,2	14.947.333	37,0
Murcia	241.000.000	64,8	419.800.000	72,3	438.500.000	72,6	499.930.000	67,7	511.250.000	67,7
Navarra	317.056.285	70,7	321.778.723	65,3	339.721.381	67,1	372.334.000	66,8	392.360.000	67,4
País Vasco	2.231.560.100	63,5	1.615.745.447	55,3	1.784.557.000	59,4	1.350.183.300	53,1	1.691.360.122	52,9
La Rioja	85.917.960	76,6	95.946.637	79,6	97.673.676	75,1	86.905.996	43,7	128.922.712	67,4
Valencia*	550.000.000	70,0	1.192.000.000	75,2	1.174.500.000	72,8	1.207.550.433	70,7	1.247.107.142	70,5

\*Incluye incorporación social

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

### **3.3. Comparación de la Intervención Asistencial entre las Comunidades y Ciudades Autónomas**

#### **3.3.1. Principales objetivos asistenciales**

El análisis en profundidad de los objetivos propuestos en los Planes y legislaciones nacional y autonómica sobre drogas revela la existencia de objetivos similares. Junto con un objetivo prioritario de prevención, se persigue igualmente la atención asistencial de la población con problemas de drogodependencias; si bien, la situación vivida hace dos décadas en relación con la heroína, motivó la creación de un importante número de recursos específicos para hacer frente al problema que han permitido, en estos momentos, disponer de una red consolidada. Por esta razón, 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, adaptándolos a una realidad cambiante y junto con ello, 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.). En último término, la abstinencia sigue siendo un objetivo perseguido pero ya no el único, pues para lograrla existen pasos intermedios y con el impulso de los denominados programas de reducción de daños se espera que las consecuencias de este consumo se minimicen (intercambio de jeringuillas, talleres de sexo seguro, etc.).

Por lo que se refiere a las Comunidades y Ciudades Autónomas, la práctica totalidad coincide en definir como objetivo principal de la asistencia y reinserción social *la garantía de la asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de las drogas*, aunque se observan algunas peculiaridades. En el caso de Andalucía, la atención se entiende como *la normalización social del drogodependiente una vez efectuado el proceso de desintoxicación y deshabitación*, poniendo el énfasis en la inserción social mientras que, por

ejemplo, Murcia se refiere a aquellos *procesos de atención que se inician con la toma de contacto del paciente con los servicios sociales y finaliza con el alta (acogida, diagnóstico, desintoxicación y deshabitación)*, confiriendo a la atención un enfoque primordialmente sanitario. Por su parte, Aragón y La Rioja se refieren a la atención de las personas que están padeciendo los efectos directa o indirectamente, incluyendo también a las familias de los drogodependientes. Por último, mientras Madrid hace mención a las competencias atribuidas, Murcia matiza entre drogas legales e ilegales y Valencia, además de la drogodependencia, incluye otros trastornos adictivos como la ludopatía<sup>91</sup>. (Ver Tabla 3.15).

**Tabla 3.15: Principales objetivos asistenciales en las Comunidades Autónomas**

	Objetivo principal
Andalucía	Normalización social del drogodependiente una vez efectuado el proceso de desintoxicación y deshabitación
Aragón	Garantizar la asistencia física, psíquica, social y familiar de las personas afectadas por abuso y dependencia de las drogas
Asturias	Atención a los drogodependientes
Cantabria	Garantía de asistencia a las personas afectadas por problemas de consumo y dependencia de drogas
Extremadura	Tratamiento de la drogodependencia como alteración de la salud
La Rioja	Solucionar los problemas de las personas que ya están padeciendo los efectos de las drogas directa o indirectamente
Madrid	Reducción de la demanda y tratamiento del drogodependiente como un enfermo dentro de las competencias atribuidas
Murcia	Procesos de atención que se inician con la toma de contacto del paciente con problemas de abuso o dependencia de drogas legales o ilegales los servicios sociales o sanitarios y finaliza con el alta (acogida, diagnóstico, desintoxicación y deshabitación)
País Vasco	Integración de las actuaciones en materia de drogodependencias en el Servicio de Salud del País Vasco y Equiparación al drogodependiente como cualquier enfermo
Valencia	Ofrecer una atención adecuada a las personas afectadas por cualquier tipo de drogodependencia u otro trastorno adictivo en el marco normalizado de la red sanitaria pública

**Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los objetivos asistenciales contenidos en las Memorias de los Planes Autonómicos.**

Respecto a la red de atención, al igual que en la Estrategia Nacional, la preocupación prioritaria es la consecución de la normalización asistencial, mediante la integración de los servicios en la Red de Salud (Aragón, Extremadura, Galicia, La Rioja, Valencia), garantizando

<sup>91</sup> Andalucía incluye igualmente la incorporación de la ludopatía entre sus próximos retos

la asistencia hospitalaria y la atención integral en igualdad de condiciones. No obstante, la Región de Murcia tiene como objetivo el mantenimiento de los servicios asistenciales especializados, distribuidos equitativamente y debidamente autorizados. Por otro lado, para lograr la normalización de la atención y la participación de todos los recursos en la red, las Comunidades hacen especial hincapié en la coordinación entre los distintos servicios del sistema (Cantabria), específicamente, entre los sociales y sanitarios (Andalucía, Valencia, País Vasco), entre los recursos y las políticas sectoriales (Aragón), con el sistema judicial (País Vasco) y finalmente entre los propios servicios sanitarios y profesionales de la prevención, asistencia y reinserción social (La Rioja, País Vasco). No obstante, las transferencias sanitarias (2002) han podido contribuir a la consecución de la normalización de la atención.

En la misma línea, a la red de atención a las drogodependencias se le atribuyen con frecuencia los adjetivos de calidad y eficacia (Cantabria, Extremadura, País Vasco, Murcia), mediante programas de atención útiles, en el caso de Aragón y Extremadura; con servicios ágiles y continuos, en el caso de Murcia y La Rioja y con una oferta integral, plural y diversificada, en el de Galicia y País Vasco. Para lograr este propósito, algunas Comunidades inciden en la necesidad de mejora de la información estadística de los centros, en la implantación de protocolos de atención (Extremadura), el fomento de la investigación por parte de los profesionales (La Rioja) o la disposición de hojas de reclamaciones y sugerencias sobre la calidad del servicio (Murcia), entre otras. Además, se persigue la eficacia de los tratamientos, incorporando alternativas terapéuticas adecuadas, contrastadas científicamente y coordinadas (La Rioja); con tratamientos intensivos y otros que muestren eficacia (País Vasco) y en definitiva, que permitan aumentar la tasa de retención y abstinencia a 12 meses en la heroína, cocaína y alcohol (Valencia) (ver Tabla 3.16).

**Tabla 3.16: Principales objetivos de los servicios de atención asistencial en las Comunidades Autónomas**

	Normalización	Coordinación	Calidad y eficacia de la red
Andalucía	Normalización social	Entre los servicios sanitarios y sociales y cooperación entre entidades públicas y privadas	
Aragón	Integración en Atención Primaria	Entre recursos y políticas sectoriales	Programas de atención útiles
Cantabria	Garantía de asistencia en condiciones de equidad		Calidad y eficacia de los servicios
Extremadura	Recuperación de instancias de atención primaria generales, integración de recursos e implicación de instancias locales. Normalización en redes generales de salud y servicios sociales e integración de dispositivos hospitalarios y de atención primaria (centros de atención áreas de salud) en el Servicio Extremeño de Salud		Incremento de la calidad asistencial integral. Marcar límites de la asistencial. Información de centros. Protocolos de atención.
Galicia	Integración de los recursos en la red del Plan de Galicia sobre Drogas del SGD		Oferta terapéutica plural y diversificada. Evaluación como pilar básico de la planificación y gestión
La Rioja	Asistencia en torno a equipos de salud mental, responsabilidad Atención Primaria	Coordinación estructura asistencial	Asistencia en una red ágil y completa. Formación e investigación del personal.
Murcia	Prioridad al régimen ambulatorio y mantenimiento de los servicios asistenciales especializados distribuidos equitativamente y debidamente autorizados		Servicios ágiles, continuos y eficaces. Hojas de reclamaciones
País Vasco	Integrar las actuaciones en el Servicio de Salud del País Vasco y equiparación. Garantizar la oferta terapéutica integral	Reorganización y coordinación de los recursos asistenciales. Mejora de la coordinación con el sistema judicial. Interacción entre prevención, asistencia e inserción social	Mejorar la calidad de la oferta terapéutica integral (tratamiento y rehabilitación)
Valencia	Red sanitaria normalizada (Unidades Conducta Adictivas) integrada en el Servicio Valenciano de Salud, recursos hospitalarios en todas las provincias y asistencia en régimen ambulatorio	Coordinación entre Unidades de Conducta Adictiva y reinserción social	

**Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los objetivos contenidos en las Memorias de los Planes Autonómicos.**

Siguiendo con los objetivos asistenciales, en cuanto a los programas, al igual que en la Estrategia Nacional, hay una preocupación especial por adaptar los objetivos intermedios a los fines de la atención sanitaria, promoviendo programas de reducción del daño junto con los libres de drogas y mejorando la salud de los pacientes (Andalucía, Aragón, Murcia, País Vasco y Valencia). De un modo específico, el País Vasco se refiere a la necesidad de reducir las listas de espera e incrementar la capacidad de respuesta asistencial, mientras que Aragón y Valencia consideran prioritarios los programas dirigidos a la prevención de enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA. Además, por la naturaleza de las drogodependencias, el éxito en el tratamiento de los problemas sanitarios camina paralelamente a la resolución de la problemática social y jurídico-penal del paciente (Aragón y Cantabria), sin la cual resulta muy difícil lograr el objetivo último de inserción en la sociedad. Por este motivo, se propone la normalización social (Andalucía), el abordaje global (La Rioja) y la colaboración en la resolución de problemas no

estrictamente sanitarios (Murcia). En este último caso, se alude específicamente a los programas en el medio laboral y especialmente, a los de educación sanitaria y reducción de daños en el ámbito penitenciario (Murcia y País Vasco) (ver Tabla 3.17).

**Tabla 3.17: Principales objetivos de los programas de atención asistencial en las Comunidades Autónomas**

	Reducción del daño	Problema social y jurídico-penal
Andalucía	Reducción del daño junto con los Libres de Drogas	
Aragón	Desarrollo de programas de reducción del daño, especialmente los de prevención de enfermedades infecciosas	Mitigar problema social y jurídico-penal
Cantabria		Mitigar problema social y jurídico-penal Incorporación social entorno normalizado
Galicia	Potenciar estrategias de prevención riesgos y reducción daño	
La Rioja		Abordaje global del problema
Murcia	Programas de reducción del daño	Colaboración en la resolución de problemas no estrictamente sanitarios Programas educación sanitaria y atención a reclusos Impulsar programas medio laboral
País Vasco	Profundizar en el desarrollo de programas de reducción daños, del riesgo y mejora de la salud; incrementar la capacidad de respuesta asistencial en reducción de daños y objetivos intermedios (reducción listas de espera)	Impulsar programas específicos población reclusa y programas sanitarios (principalmente reducción daños) en el medio penitenciario
Valencia	Aumento accesibilidad de programas de mantenimiento agonistas opiáceos. Universalidad de tratamientos agonistas opiáceos. Promover programas reducción daño principalmente actividades educación sanitaria, asesoramiento y apoyo psicológico infección VIH y SIDA	Coordinación entre UCAs y recursos de reinserción social

**Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los objetivos contenidos en las Memorias de los Planes Autonómicos.**

Finalmente, respecto a los pacientes, la práctica totalidad de las Comunidades coinciden en señalar primordial el aumento de la demanda y acceso a los dispositivos y para ello, proponen estrategias de captación activa y programas flexibles que eviten la desconexión de la realidad (Galicia), aproximación de los recursos a los usuarios (La Rioja) y en definitiva, aumentar los casos atendidos (Aragón, Cantabria, La Rioja, Murcia), evitando la demanda asistencial no satisfecha (Valencia). Por esta razón, junto con los programas mencionados, se incorporan otros destinados a grupos específicos, particularmente, en el País Vasco, a los mayores de 35 años con polimedicación, a los que tienen trastornos mentales y a aquellos en situación de emergencia social; en Valencia, a los drogodependientes de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario y a la población con problemas de alcoholismo. El objetivo final de la intervención es la reducción de la morbilidad y mortalidad de los pacientes (Aragón y Murcia), mejorando los niveles de salud física y psíquica y la calidad de vida (Cantabria y Murcia). En última instancia, para lograr el éxito de la intervención asistencial, resulta primordial la

implicación de otros grupos en el proceso terapéutico, especialmente de la familia, de las ONG's y grupos de autoayuda (Murcia) y en definitiva, entendida la actuación en el marco de la comunidad (Aragón, Cantabria y Extremadura) (ver Tabla 3.18).

**Tabla 3.18: Principales objetivos respecto a los pacientes en intervención asistencial en las Comunidades Autónomas**

	<b>Aumento de la demanda y acceso de los pacientes</b>	<b>Descenso de la morbilidad y mortalidad</b>	<b>Grupos específicos</b>
Aragón	También de los recursos sociales	Descenso de la mortalidad y morbilidad	
Cantabria	Aumento de la demanda	Mejorar niveles de salud y calidad de vida	
Extremadura		Descenso de la morbi-mortalidad	
Galicia	Estrategias de captación activa, flexibilidad de los programas (evitar desconexión de la realidad) y accesibilidad		
La Rioja	Aproximación de los recursos a los usuarios		
Murcia	Evitar demanda asistencial no satisfecha y fomentar programas que aumenten la demanda asistencial y la toma de contacto con los servicios	Mejorar niveles de salud física y psíquica	
País Vasco			Abordaje del consumo de drogas en mayores de 35 años (polimedicación) Patología dual Cobertura asistencial emergencia
Valencia	Aumentar los casos atendidos		Ludopatía Drogodependientes con alta cronicidad y máximo riesgo sanitario Unidades de Alcohologías

**Fuente: elaboración propia a partir del análisis de los objetivos contenidos en las Memorias de los Planes Autonómicos.**

### **3.3.2. El circuito terapéutico de captación y derivación de los pacientes y los entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos.**

Como se mencionó en el anterior capítulo, con el objetivo de lograr la coordinación y mejora de la calidad de los servicios, la Estrategia Nacional (1999:60), propone el desarrollo del Circuito Terapéutico de Asistencia y el Sistema de Integración Social para Drogodependientes. La asistencia para este tipo de pacientes deberá garantizarse conjuntamente a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, acompañado por los recursos privados, debidamente autorizados o validados. Además, la atención se ajustará a las necesidades de cada paciente, de manera individualizada, con programas flexibles que atiendan preferentemente en el área de salud más cercana al lugar de residencia y con estrategias para garantizar la cobertura universal. Para lograr este objetivo, en la mayoría de los casos, se

requerirá la coordinada combinación de diferentes recursos, entendiendo que *cada uno de ellos es un elemento necesario del sistema pero no suficiente por sí mismo, sino como una parte más del proceso terapéutico.*

La responsabilidad de determinar el Circuito Terapéutico recae sobre cada Plan Autonómico, aunque la Estrategia Nacional (1999:61), recomienda tres niveles básicos de intervención: el primero de ellos, debe ser la puerta de entrada al Sistema y contar al menos con los Equipos de Salud y Servicios Sociales, los 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 y dentro de éste pueden encontrarse recursos generales (Atención Primaria, Especializada o Mental) y específicos; en último caso, el tercer nivel, estará formado por recursos específicos con un alto nivel de especialización, como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria o los Centros Residenciales. Además, en todos ellos, habrá programas con la finalidad de garantizar la reinserción social.

En este sentido, las respuestas del cuestionario suministrado por las Comunidades Autónomas, permiten, en líneas generales, establecer una clasificación de los modelos seguidos en función del Circuito Terapéutico y distinguir tres tipos fundamentales:

**1.- Las Comunidades Autónomas con tres niveles de intervención asistencial:** en consonancia con las recomendaciones de la Estrategia Nacional, destacan las Comunidades de Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Murcia y Valencia. En el primer nivel, se concentran los servicios sociales, de atención primaria, las Unidades Móviles (programas de reducción del daño), los centros específicos y en ocasiones, el sistema judicial, familias, colegios y ONG's. Se trata de los recursos de entrada al sistema y desde ellos se accede al segundo nivel, donde se encuentran los recursos específicos en drogodependencias, elementos centrales del sistema de atención, encargados de cualquier demanda en relación con el abuso de drogas y que actúan como centros de referencia de la red, garantizando el seguimiento de los sujetos derivados a otros servicios asistenciales<sup>92</sup>. Por último, en el tercer nivel, se localizan los

---

<sup>92</sup> Capítulo III de la Ley de Cantabria 5/1997

altamente especializados, como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, Pisos de Apoyo, etc. (ver Tabla 3.19).

**Tabla 3.19: Comunidades Autónomas con tres niveles de intervención asistencial**

	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
<b>Cantabria</b>	Centros Asistenciales Drogodependencias Servicios Sociales Centros Salud	Centros Asistenciales de Drogodependencias (CAD)	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Comunidades Terapéuticas Acreditadas Pisos Acogida, reinserción o apoyo a la desintoxicación Centros de emergencia social
<b>Castilla y León</b>	Centros específicos primer nivel Servicios Sociales Atención Primaria Programa reducción daños Servicios de Orientación en Juzgados	Equipos Ambulatorios Interdisciplinarios	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Comunidades Terapéuticas Centros residenciales para alcohólicos (CRA) Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)
<b>Extremadura</b>	Servicios Sociales Atención Primaria Asociaciones Apoyo Programa Prevención	Centros y Servicios Especiales (CEDEX)	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Comunidades Terapéuticas Talleres de reinserción laboral
<b>Galicia</b>	UADs Servicios Sociales Atención Primaria Unidades Móviles (reducción daños) ONG's	UADs	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDHs) Unidades de Desintoxicación (UDs) Comunidades Terapéuticas (CTs)
<b>Murcia</b>	Centros Atención Drogas, Servicios Sociales, Atención Primaria Unidades Móviles, Prisión	Centros Atención Drogas (reinserción social)	Hospital Comunidad Terapéutica Centro Día (reinserción social)
<b>Valencia</b>	Unidades de Prevención Comunitaria Unidades de Valoración y Apoyo al Drogodependiente	Unidad Conductas Adictivas	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Unidades Deshabitación Residencial (UDRs o CCTT) Centros de día (CD), Centros de Encuentro y Acogida (CEAs), Programas Intervención Comisarias (PICs)

**Fuente: elaboración propia a partir de la información contenida en el cuestionario a los responsables de los planes autonómicos.**

**2.- Las Comunidades Autónomas con dos niveles de intervención asistencial:** en este caso se distinguen dos situaciones, en función de la puerta de entrada al sistema:

**2.1. Dos niveles de intervención asistencial y entrada en los centros específicos:** la diferencia con el anterior modelo radica en la inexistencia del primer nivel, por lo que la puerta de entrada al sistema se encuentra en los Centros Específicos de Atención a las Drogodependencias que, bajo diversas denominaciones, adquieren el protagonismo en Andalucía (CAD), Cataluña (CAS), Castilla- La Mancha (EAD), Ceuta (CAD) y Madrid (CAID). En el caso de Madrid, también existen otros recursos de primer nivel, como los Centros de contacto y emergencia socio-sanitaria, el Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) y los recursos móviles de intercambio de material estéril y educación para la salud y en Andalucía, se puede acceder directamente a los centros de encuentro y acogida (programas de reducción del daño). Al igual que en el modelo anterior, los centros “protagonistas” de la atención son los encargados de derivar a los pacientes a los recursos con un alto grado de especialización (ver Tabla 20).

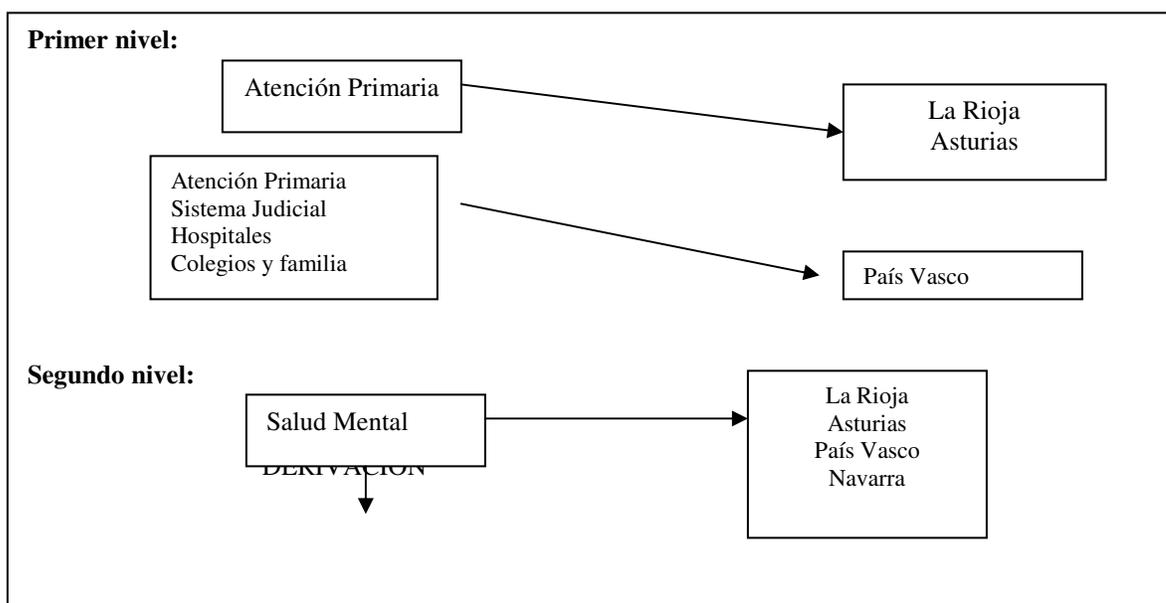
**Tabla 3.20: Comunidades Autónomas con dos niveles de intervención asistencial y entrada en los centros específicos**

	Primer nivel	Segundo nivel
<b>Andalucía*</b>	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Comunidades Terapéuticas Pisos Acogida y apoyo Atención Primaria Atención Especializada
<b>Castilla- La Mancha</b>	Equipos Atención Drogodependiente (EAD)	Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH) Comunidades Terapéuticas Pisos de Acogida
<b>Cataluña</b>	Centros Atención y Seguimiento (CAS)	Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (UHD) Comunidades Terapéuticas Programa mantenimiento metadona
<b>Ceuta**</b>	Centros de Atención a Drogodependencias (CAD)	Unidad Móvil de Atención a Drogodependencias Prisión Hospital Atención Primaria Comisaría y Guardia Civil Policía Local
<b>Madrid</b>	Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID) Centros de contacto y emergencia socio-sanitaria Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) Recursos móviles de intercambio de material estéril y educación para la salud	Recursos móviles (Metabus, NIDO), Unidades Desintoxicación Hospitalaria (UDH), Comunidades Terapéuticas, Pisos Ayuda Desintoxicación (PAD) Pisos Apoyo al tratamiento y reinserción, Pisos de Autogestión, Centros de Orientación Sociolaboral Talleres Capacitación Profesional, Talleres Educativos, de Ocio y Tiempo Libre, Servicio de Promoción Alternativas Laborales, Centros Especiales, Oficinas de Farmacia

Fuente: elaboración propia a partir de la información de los planes autonómicos.\* A los centros de encuentro y acogida, encargados de la reducción del daño se puede acceder directamente. \*\*Ceuta se refiere a la colaboración de los dispositivos mencionados con el CAD sin mencionar niveles.

**2.2. Dos niveles de intervención asistencial y entrada en Atención Primaria:** cuatro Comunidades se adhieren a este modelo en el que la puerta de entrada se sitúa en Atención Primaria (La Rioja, Asturias y País Vasco) o Salud Mental (Navarra) y desde ella se deriva a los Centros de Salud Mental o a los recursos con un alto nivel de especialización. En este caso no existe una red específica de drogodependencias y el proceso se inicia en la Red de Salud normalizada. El País Vasco menciona otras puertas de entrada a la red a través de los hospitales, el sistema judicial, la familia y los colegios (Gráfico 3.3). No obstante, la interpretación de los modelos expuestos debe ser tomada con precaución, entendiendo que se trata de una simplificación de las características propias de cada Comunidad con el objetivo de obtener una visión clara de las posibles rutas en el proceso terapéutico.

**Gráfico 3.3: Comunidades Autónomas con entrada en Atención Primaria**



**Fuente:** elaboración propia a partir de los cuestionarios de los planes autonómicos.

Por su parte, resulta interesante conocer a qué entornos institucionales, administrativos u organizaciones sociales pertenecen cada uno de los dispositivos mencionados. En general, y pese a las transferencias en materia sanitaria recibidas por las Comunidades Autónomas, la mayoría de los planes mencionan a la Administración Central como responsable de la Atención Primaria de Salud (La Rioja, Ceuta, Cantabria, Asturias y Andalucía). No obstante, la transferencia de las competencias sanitarias ha podido modificar en algunas Comunidades la responsabilidad de la Administración Central y en la actualidad se incluyen junto con el resto de recursos con competencias en las Comunidades Autónomas, como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (Valencia, Galicia, Cantabria y Andalucía), los Centros de Drogodependencias (Cantabria, Extremadura, Galicia y Murcia) y la Red de Salud Mental (Asturias y La Rioja)<sup>93</sup>. Finalmente, los recursos altamente especializados y de inserción social son gestionados por la Administración Local. Además, la iniciativa privada participa en la intervención sanitaria mediante convenios/conciertos y subvenciones, principalmente en las

<sup>93</sup> Como se mencionaba en el primer capítulo, las primeras Comunidades en asumir las competencias fueron Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Navarra, Galicia y Canaria; posteriormente, desde 1988, las restantes reivindicaron la reforma estatutaria, aunque ésta no se produjo hasta el periodo 1996 y 1999. Finalmente, en diciembre de 2001, Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid y Murcia publicaron los Reales Decretos de transferencias.

Comunidades Terapéuticas y en ocasiones, en los Centros de Día y Centros de Emergencia Social y Acogida. Por último, se menciona la colaboración de empresas privadas en los programas de inserción y de la medicina privada y las farmacias en la dispensación de opiáceos. Estos resultados muestran una vez más la importancia de disponer de mecanismos de coordinación que garanticen la eficacia de las actuaciones y la consecución de los objetivos propuestos (ver Tabla 3.21).

**Tabla 3.21: Entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos**

	<b>Administración Central</b>	<b>Administración Autonómica</b>	<b>Administración Local</b>	<b>Entidades Privadas</b>
<b>Andalucía</b>	Centro Atención Primaria (metadona)	UDH (Salud)	Tratamiento Ambulatorio (Consejería Asuntos Sociales)	5 CCTT ONG's, gestionadas FADA (Consejería Asuntos Sociales) Centro emergencia y acogida
<b>Asturias</b>	Centros Atención Primaria (Insalud)	Red de Salud Mental (Principado, Salud y Servicios Sociales) Metadona Servicio Coordinación	Centros Día	CCTT Centro de Día (ONGs)
<b>Cantabria</b>	Centro de Salud (Insalud)	Sistema Asistencia e Incorporación Social: Centro Asistencial Drogas, UDH, CCTT, programas atención jurídico penales y de reinserción laboral	Servicios Sociales Municipales	
<b>Castilla- La Mancha</b>	UDH (Insalud)		EAD (Ayuntamiento, Diputación y JJCC), Pisos Acogida (Diputación) CCTT (JJCC), UDH (Diputación)	Equipos de Atención, Drogodependencias (EAD)(Cruz Roja), Pisos Acogida y CCTT (ONGs)
<b>Cataluña</b>		Servicio Catalán de Salud: Centros Atención y Seguimiento, CCTT, UDH	CCTT	Oficinas de farmacia (metadona) Algunos médicos privados (prescripción agonistas opiáceos)
<b>Ceuta</b>	Centro Atención Drogodependientes, UMA, prisión, (instituciones penitenciarias), hospital y Atención Primaria (Insalud)		Policía Local	
<b>Extremadura</b>	UDH (Insalud)	CEDEX (Sanidad) excepto Olivenza (concertado) y CEMADEX (mixto)	Psiquiátricos (Diputación)	Centros emergencia social, CCTT (ONGs)
<b>Galicia</b>		SERGAS (Red Sanitaria Pública): UDH, USM, CAP	UADs, UDs, CTs, (Ayuntamientos, convenio con el PGD)	4 UADs, 4 UDs, 3 CTs (convenios PGD), 5 ONGs Proyecto-Hombre Galicia: 4 centros acogida, 4 Comunidades reinserción ICT
<b>La Rioja</b>	Atención Primaria (Insalud)	Salud Mental		1 CT y tratamientos ambulatorios específicos (ONG)
<b>Murcia</b>		Centros Atención drogodependencias Unidad Móvil	Programas inserción	CT, CD, Programas inserción ONGs Programas inserción empresas privadas
<b>Navarra</b>		Red de Salud Mental		3 CTs y 1 CD (ONGs)
<b>País Vasco</b>		Atención Primaria Sistema Judicial Hospitales, Centros Salud Mental (Servicio Vasco Salud)		CCTT (asociaciones mediante conciertos)
<b>Valencia</b>		UCAs, UDH públicas, Atención Primaria, USM, hospitales (Sistema Valenciano de Salud), UDRs publicas (Bienestar Social)	Centros Encuentro y Acogida (CEAs), programas intervención comisarías (PICs), CCTT, Unidades Prevención Comunitaria y Unidades Valoración y Apoyo (corporaciones locales y ONGs)	

Fuente: elaboración propia a partir de cuestionario de los planes.

Prueba del interés suscitado por la coordinación es que, la práctica totalidad de las Comunidades y Ciudades Autónomas, con la excepción de Castilla y León, disponen de comisiones específicas de coordinación de cara a la planificación de los distintos programas y actividades asistenciales. Se constituyen según los temas a tratar y en ella se reúnen principalmente profesionales de los centros y recursos, de salud y técnicos y responsables del Plan, con el propósito de delimitar las actuaciones, de revisar los programas puestos en marcha o de plantear otros nuevos. No obstante, algunos responsables cuestionan la eficacia real de estas comisiones y señalan la relevancia de la relación personal para resolver los conflictos que puedan suscitarse<sup>94</sup> (ver Tabla 3.22).

**Tabla 3.22: Entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos**

Comisiones de coordinación en intervención asistencial		
Entidades que las constituyen		
Andalucía	SI	En función de los recursos y programas puestos en marcha dirigidos por el Servicio de Coordinación Asistencial
Aragón	SI	Unidad Regional de Coordinación
Asturias	SI	Director General de Salud Pública, Jefe de Servicio de Coordinación del Plan y Técnicos de Intervención Asistencial
Cantabria	SI	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
Castilla-La Mancha	NO	
Castilla y León	SI	Además existen subcomisiones técnicas dentro de las Comisiones de Coordinación, que gestionan centros específicos de intervención y están compuestas por representantes del Sistema Nacional de Salud y de otros recursos de carácter general (centros penitenciarios, servicios sociales, etc.).
Cataluña	SI	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
Ceuta	SI	Equipo Terapéutico
Extremadura	SI	Se trata de Comisiones Técnicas de la Secretaría Técnica de Drogodependencias
Galicia	SI	Profesionales de la red asistencial y del propio Plan de Galicia sobre Drogas
La Rioja	SI	A través del Plan Regional sobre Drogas
Murcia	SI	Constituidas por personal de la sección de drogodependencias del Servicio Murciano de Salud, de los Centros Asistenciales y de la Administración Pública
País Vasco	SI	La coordinación se realiza en dos niveles, el desarrollado desde la Comisión Técnica de la Comisión Asesora de Drogodependencias (más global) y el llevado a cabo desde los propios centros asistenciales con relación a la organización de servicios
Valencia	SI	Comisiones distintas según el tema a tratar constituidas 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 a fin de programar y revisar las actividades y programas que se quieren implantar o 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 y nuevas adicciones (juego patológico, etc.)

**Fuente: elaboración propia a partir de cuestionario de los planes.**

<sup>94</sup> Entrevista con el responsable del Plan Valenciano de Drogodependencias

### 3.3.3. Programas y actividades

Como se ha tratado en capítulos anteriores, junto con los llamados “Programas libres de drogas” que persiguen la abstinencia como único objetivo terapéutico, se han incorporado en los últimos años los de reducción del daño que, teniendo como finalidad deseable la abstinencia, incorporan objetivos intermedios en este proceso. Se trata de programas que persiguen solucionar o minimizar las consecuencias del consumo de drogas, mediante actividades de educación sanitaria y apoyo a los drogodependientes y a sus familiares. En esta línea, la evolución seguida por los diferentes recursos y usuarios nos ofrece una visión de la situación actual y de las tendencias futuras en el tratamiento. 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. Por su parte, los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos se han vuelto a incrementar, tanto en el número de centros (1.723.159 prescriptores, 323 prescriptores y dispensadores y 1.241 dispensadores), como en usuarios atendidos (78.806).

Por otro lado, el análisis de los recursos normalizados en el periodo 1996-2000 en las Comunidades y Ciudades Autónomas muestra tendencias similares. En general, se ha producido un incremento considerable de los dispositivos, especialmente de los centros de prescripción y dispensación de opiáceos y de los ambulatorios y el mantenimiento de las Comunidades Terapéuticas y de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). No obstante, en algunas Comunidades también han aumentado las Comunidades Terapéuticas (Andalucía, Asturias y Extremadura), las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (Ceuta, Galicia, Murcia y Valencia), los Centros de Día (Castilla y León, Asturias y Valencia) y los de Emergencia Social (Asturias y Cataluña). Como contrapartida, se han visto reducidos los Centros Ambulatorios en Galicia y Melilla y las Comunidades Terapéuticas en La Rioja, Navarra y Cataluña.

En cuanto a los usuarios atendidos, sobresale el espectacular incremento en los programas de prescripción y dispensación del daño, con la excepción de Navarra y en menor medida en los Centros de Emergencia Social puestos en marcha en Cataluña y Valencia. En el lado opuesto, pese a la mayor dotación de recursos, cada vez es menor el número de usuarios que demandan tratamiento en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, en los Centros Ambulatorios, en las Comunidades Terapéuticas y en los Centros de Día<sup>95</sup>.

Por Comunidades y Ciudades Autónomas, en el año 2000, Cataluña y Andalucía reúnen el mayor número de dispositivos y programas, en el primer caso, de Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Comunidades Terapéuticas (10 y 11 respectivamente) y en el segundo, de los Centros Ambulatorios y los programas de prescripción y dispensación de opiáceos (105 y 580). Además, esta última Comunidad tiene el mayor volumen de usuarios en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (861), en las Comunidades Terapéuticas (1302), en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos (18713) y, en los Centros Ambulatorios, solamente es superada por Madrid (15933). No obstante, resulta fundamental establecer una comparación entre el número de recursos y el de usuarios, como aproximación a la saturación de la red asistencial, aunque, conociendo en todo momento las limitaciones que ofrece este indicador. En este sentido, el mayor número de usuarios atendidos por término medio en cada centro ambulatorio se encuentra en Madrid, Canarias y Valencia; a las dos primeras se le suma Andalucía en el caso de las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación y Canarias y Andalucía vuelven a coincidir junto con Aragón en las Comunidades Terapéuticas. Finalmente, en los programas de prescripción y dispensación de opiáceos la mayor saturación por término medio se localiza en Galicia, Murcia y Madrid. En resumen, las Comunidades de Madrid, Canarias y Andalucía tienen un mayor número de usuarios por término medio en los recursos mencionados (ver Tabla 3.23).

---

<sup>95</sup>Análisis de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-2000.

**Tabla 3.23: Distribución de los usuarios atendidos por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000**

	Centros ambulatorios			Unidades Hospitalaria			Desintoxicación			Comunidades Terapéuticas			Programas prescripción/dispensación opiáceos		
	Nº	Usuarios	Media	Nº	Usuarios	Media	Nº	Usuarios	Media	Nº	Usuarios	Media	Nº	Usuarios	Media
Andalucía	105	12313	117	5	861	172	16	1302	81	580	18713	32			
Aragón	26	1091	42	1	127	127	2	141	70	81	2343	29			
Asturias	18	2100	117	2	246	123	6	331	55	35	2683	77			
Baleares	15	1159	77	1	78	78	3	165	55	45	2167	48			
Canarias	37	8318	225	3	563	188	5	535	118	25	5503	22			
Cantabria	3	443	148	1	25	25	1	65	65	15	1353	90			
Castilla-La Mancha	9	1111	123	6	100	17	16	297	19	199	2291	11			
Castilla y León	51	1287	25	3	283	94	9	627	70	53	4785	90			
Cataluña	47	6357	135	10	795	79	11	816	74	213	8480	40			
Ceuta	1	196	196	1	1	1	0	2		3	376	125			
Extremadura	15	1306	87	1	71	71	6	371	62	25	1554	62			
Galicia	37	4035	109	6	426	71	4	261	66	22	8000	364			
La Rioja	6	459	76	1	18	18	1	46	46	9	519	58			
Madrid	30	15933	531	3	427	142	10	671	67	40	8152	192			
Melilla	1	41	41	0	0	0	0	2		2	195	97			
Murcia	12	1155	96	3	105	35	2	99	49	15	2883	204			
Navarra	9	1042	116	2	61	30	3	193	64	85	991	12			
País Vasco	28	4788	171	2	215	107	5	198	40	228	2261	10			
Valencia	45	10333	230	5	530	127	6	194	32	48	5557	116			
España	495	73467	148	56	4932	90	106	6322	60	1723	78806	46			

**Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria del PNSD 2000.**

Siguiendo detalladamente los aspectos más destacados en los programas de reducción del daño en España, 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 la reducción del daño, participaron como recursos 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 por medio de 13 centros de emergencia social, 32 unidades móviles, 1.234 oficinas de farmacia y 241 dispositivos diversos. El análisis de las Comunidades y Ciudades Autónomas constata el incremento notable de los programas de intercambio de jeringuillas y de los kits anti-SIDA, con la excepción de La Rioja y Castilla-La Mancha; el aumento de los programas de reducción del daño y de las vacunaciones de hepatitis B (Cataluña, Melilla, Galicia, Ceuta, Castilla y León y las Islas) y tuberculosis (Galicia) y de los puntos de dispensación de la metadona,

principalmente por el convenio de colaboración con el Colegio de Farmacéuticos; por último, muestra la existencia de nuevos puntos de atención como las unidades móviles y los centros penitenciarios. Además, algunas Comunidades incluyen otros programas de reducción del daño, como los de drogas de síntesis del País Vasco, los de prevención del SIDA en prostitutas en Murcia, los de alcohol en Cantabria y los talleres de reducción de riesgos en las Islas Baleares y Canarias<sup>96</sup>.

Por otro lado, la atención a la población con problemas de alcoholismo recibe un tratamiento diferenciado. Desde 1996 al 2000, se ha producido un incremento de los centros ambulatorios en diez Comunidades Autónomas; de las unidades hospitalarias en Baleares, País Vasco y Valencia y de los centros residenciales no hospitalarios en las Islas y las dos Castillas. Como contrapartida, han descendido los centros ambulatorios en Baleares, País Vasco y Valencia; las unidades hospitalarias en Canarias y los centros residenciales no hospitalarios en Murcia. El resto de dispositivos permanecieron estables a lo largo del periodo citado. Por su parte, los usuarios atendidos por esta problemática han aumentado de un modo notable en todos los recursos mencionados y especialmente en los centros ambulatorios y las unidades hospitalarias. La excepción a esta tónica dominante la constituyen Baleares, Canarias y Murcia en el primer caso y estas dos últimas, junto con Extremadura, en el segundo.

Además, durante el año 2000, 32.060 personas fueron atendidas en España en los dispositivos para población con problemas de alcoholismo, distribuidas entre 361 centros ambulatorios, 59 unidades hospitalarias y 33 centros residenciales no hospitalarios, aunque, como señala el Plan Nacional, esta población también suele acudir a otros recursos, lo que dificulta su contabilización.<sup>97</sup> Por Comunidades, los recursos ambulatorios y las unidades hospitalarias se concentraron mayoritariamente en Castilla y León y Cataluña y los centros residenciales no hospitalarios fueron ligeramente superiores en Asturias. El mayor volumen de usuarios fue atendido en los centros ambulatorios de Cataluña (4890) y Andalucía (4090), en las Unidades Hospitalarias de Galicia (774) y Cataluña (614) y en los centros residenciales no

---

<sup>96</sup> Análisis de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-2000

<sup>97</sup> Plan Nacional sobre Drogas, website: [www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#](http://www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#)

hospitalarios de Castilla y León (158). Como puede observarse las Comunidades de Cataluña<sup>98</sup> y Castilla y León, ante la demanda de atención por esta problemática, han creado un gran número de recursos. Sin embargo, en algunas regiones el número de usuarios por término medio en cada recurso es superior. Tal es el caso de Andalucía (341) en los centros ambulatorios, Galicia (774) en las Unidades Hospitalarias y Castilla y León en los Centros Residenciales (79) (ver Tabla 3.24).

**Tabla 3.24: Distribución de la población con problemas de alcoholismo atendidos, por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000**

	Centros ambulatorios			Unidades Desintoxicación Hospitalaria			Centros Residenciales no Hospitalarios		
	N <sup>a</sup>	Usuarios	Media	N <sup>a</sup>	Usuarios	Media	N <sup>a</sup>	Usuarios	Media
Andalucía	12	4090	341	2	12	6	5	118	24
Aragón	19	2792	147						
Asturias	16	1222	76	5	145	29	8	62	8
Baleares	4	510	128	1	141	141	4	117	29
Canarias	31	1698	55	3	92	31	6	105	18
Castilla-La Mancha	8	642*	80	6	93	16	2	77	39
Castilla y León	51	1971	39	12	379	32	2	158	79
Cataluña	52	4890	94	11	614	56	3		
Ceuta	1	13	13	**	2		***		
Extremadura	24	1708	71	2	168	84			
Galicia	20	3165	158	1	774	774			
La Rioja	6	183	31	1	34	34			
Madrid	7	552	79						
Melilla	1	13	13						
Murcia	10	872	87	3	46	15			
Navarra	19	761	40	2	98	49	3	30	10
País Vasco	35	3724	106	6	500	83			
Valencia	45	3254	72	4	292	73			
España	361	32060	89	59	3390	57	33	669	20

Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria del PNSD 2000.

\*Se refiere a inicios de tratamiento

\*\*Se trabaja con la UDH Hospital Punta de Europa

\*\*\*Está conveniada con las CCTT de la Junta de Andalucía

\*\*\*\*Se refiere a altas.

\*\*\*\*\* Cantabria no aporta datos al respecto en la Memoria del PNSD.

Junto a estos programas, se han desarrollado otros dirigidos a grupos de interés creciente. En concreto, en las Comunidades Autónomas los temas incluidos en este apartado versan sobre poblaciones especiales, menores, mujeres, familias, patología dual,

<sup>98</sup> Además de ello, en Cataluña solo 1 UDH atiende exclusivamente a alcohólicos y solo 2 Comunidades Terapéuticas.

psicoestimulantes, tabaco y alcohol y poblaciones en situación de riesgo. En este último caso, la participación de las ONG's resulta primordial y colaboran en casas de acogida, en centros de emergencia social, visitas domiciliarias y detección y captación de grupos marginados que no acceden a los recursos normalizados<sup>99</sup>.

Además de los problemas sanitarios ocasionados por estas sustancias, también existen aparejadas 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 (OESD, 2001:151). El Segundo Informe del Observatorio Español sobre Drogas, mencionaba la situación marginal en la que se hallaban los drogodependientes en prisión (OESD, 2000:78). Durante 1998-99 como respuesta se incrementaron los programas de metadona, intercambio de jeringuillas y derivaciones a otros programas comunitarios (2001:165-167) y en este momento, 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 y por último, en el tercer nivel, los programas en centros penitenciarios.

En este sentido, los programas en comisarías y juzgados y los de alternativas a la privación de libertad han tenido una tendencia ascendente en todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, con la excepción en el primer caso de Baleares, Madrid y Murcia y en el segundo de Andalucía; los realizados en instituciones penitenciarias mostraron un comportamiento más diferenciado, descendiendo en general en Madrid, País Vasco y Valencia y en particular los de metadona en Aragón, Castilla-La Mancha y Galicia; los modulares en Aragón y los ambulatorios en Castilla-La Mancha y Extremadura. No obstante, en Andalucía, Asturias y Cantabria experimentaron una tendencia ascendente, especialmente los de prevención en Castilla-La Mancha y Aragón. Además, se han incorporado otras iniciativas como la formación y estudios en Andalucía, Castilla y León, Madrid, Baleares y Murcia; los servicios jurídicos en Canarias y Castilla y León y los de seguimiento judicial en Madrid. Los usuarios son cada vez más numerosos con la excepción de Extremadura y Navarra en las comisarías y juzgados y de

---

<sup>99</sup> Análisis de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas, 1996-2000.

Canarias, Castilla y León, Galicia, La Rioja y Navarra en los de alternativas a la privación de libertad<sup>100</sup>.

Durante el año 2000, destacaron de un modo especial los programas en comisarías y juzgados de Galicia (16) y Aragón (13), los de instituciones penitenciarias de Andalucía (35) y Cataluña (29) y las alternativas a la privación de libertad de Castilla-La Mancha (70). Los usuarios fueron especialmente numerosos en el primer caso en el País Vasco (3733), en el segundo en Andalucía (4825) y muy alejado de ellos en el tercer tipo de programas en Cataluña (742). No obstante, la media de usuarios por programa aconseja el aumento de los de comisarías y juzgados en Madrid, de los de instituciones penitenciarias en Murcia y País Vasco y de las alternativas a la privación de libertad en Cataluña (ver Tabla 3.25).

**Tabla 3.25: Distribución de la población con problemas jurídico-penales, por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000**

	<i>Comisarías y Juzgados</i>			<i>Instituciones Penitenciarias</i>			<i>Alternativas a la privación de libertad</i>	
	Nª	Usuarios	Media	Nª	Usuarios	Media	Nª	Usuarios
<i>Andalucía</i>	2	576	288	35	4825	138	23	70
<i>Aragón</i>	13	429	33	15	883	59	7	205
<i>Asturias</i>	4	170	425	13	778	60		209
<i>Cantabria</i>	2	180	90	6	691	115	5	158
<i>Castilla-La Mancha</i>				18	2784	155	70	
<i>Castilla y León</i>	3	281	94	24	4710	196	44	372
<i>Cataluña</i>	4			29	3624	125	9	742
<i>Ceuta</i>	2	37	19	2	174	87	1	32
<i>Extremadura</i>	8	9	1	7	379		22	80
<i>Galicia</i>	16	1620	101	10	1393	14	34	142
<i>La Rioja</i>	1	43	43	3	251	84	3	6
<i>Madrid</i>	1	1377	1377	6	1022	170		
<i>Melilla</i>				2	45	23		
<i>Murcia</i>	4	498	125	3	1240	413	4	58
<i>Navarra</i>	1	23	23	6	624	104	3	28
<i>País Vasco</i>		3733		2	1024	512	3	56
<i>Valencia</i>	3	567	189	7				

Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria del PNSD 2000.

<sup>100</sup> Análisis de las Memorias del Plan Nacional sobre Drogas 1996-2000.

### 3.3.4. Evaluación de resultados: Adecuación de los recursos a los objetivos planteados. Principales deficiencias y previsiones de futuro.

Junto con el análisis de la situación a través de la consulta de fuentes secundarias, interesaba conocer, a partir de las entrevistas realizadas a los responsables de los Planes Autonómicos y del análisis de los cuestionarios, si las actividades y programas de intervención asistencial anteriormente descritos eran sometidos a un proceso de evaluación, el cual se considera fundamental. Los resultados obtenidos son muy positivos, ya que la realización de evaluaciones de diseño e implementación de los programas puestos en marcha es una pauta seguida en la mayor parte de las Comunidades. 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 3.26). Este último aspecto debe ser mejorado y tenido en cuenta de cara a futuras actuaciones.

**Tabla 3.26: 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 del cuestionario suministrado a los responsables autonómicos

Por otro lado, para poner en marcha estos programas, es necesaria una red de recursos que atienda 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. 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 3.27). 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.

**Tabla 3.27: Grado de adecuación de los recursos de la intervención asistencial**

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

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

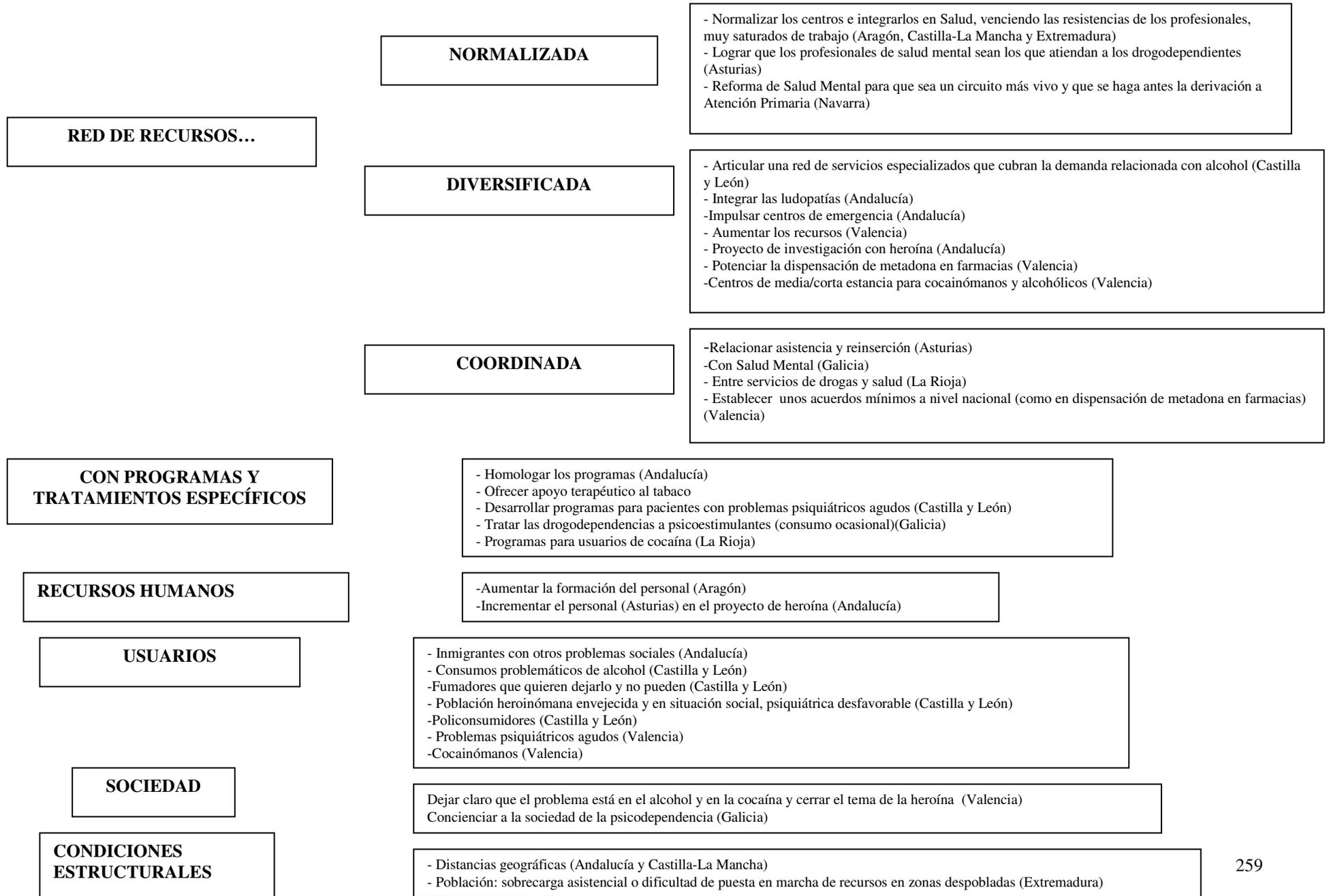
Fuente: elaboración propia a partir del cuestionario suministrado a los responsables autonómicos

No obstante, a pesar del buen funcionamiento logrado con el paso de los años, los responsables hablan de nuevos problemas y retos futuros. 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 heroinómana 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 drogodependencias 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.

En definitiva, se trata de lograr una red normalizada, integrada en salud y posibilitada por la transferencia de competencias en esta materia durante el año 2002; diversificada, que incluya centros de emergencia social, de Salud Mental, de corta y media estancia y que en ocasiones, incluya las ludopatía en la atención (Andalucía y Valencia) y finalmente, coordinada, en la que todos los recursos participantes en la red actúen como elementos del proceso derivando de un modo ágil a los pacientes. Por otro lado, incluir en ella programas específicos homologados, como los ensayos de heroína, de tabaco, para pacientes con problemas mentales, cocainómanos y alcohólicos, entre otros junto con nuevos usuarios como los inmigrantes. Para garantizar una atención de calidad será preciso disponer de un volumen de profesionales adecuado y con una formación en drogodependencias que les permita superar la posible inseguridad de una tradicional dedicación a la problemática de la heroína.

Además, será conveniente cerrar este tema, consiguiendo criterios comunes en el tratamiento con metadona y concienciar a la sociedad en el tema de la psicoddependencia, la cual puede pasar inicialmente desapercibida y ocasionar problemas a largo plazo. Finalmente, cada región tendrá que superar en la medida de lo posible algunas condiciones estructurales como las distancias geográficas, que motivan problemas particulares con tratamientos diferenciados y dificultan la coordinación, resuelta con protocolos de actuación o el número de habitantes que, en ocasiones conlleva sobrecarga asistencial o por lo contrario, en zonas dispersas dificulta y encarece los servicios ofertados. En este caso, algunas soluciones han pasado por el desplazamiento de profesionales aunque, la normalización y asistencia en el área de salud se espera que facilite esta atención.

**Gráfico 3.4: Principales problemas y retos en la intervención asistencial**



Fuente: elaboración propia

### **3.4. Discusión de los resultados: puntos fuertes y débiles**

A lo largo de estas páginas, 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, consensado 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 (1999): 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 oferta.

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 positivos conseguidos, entre ellos la diversidad y consolidación de la red asistencial, el desarrollo normativo, el acercamiento a la sociedad, la buena coordinación y consenso, la calidad de los servicios prestados y su adaptación a la realidad cambiante, la disposición y el interés de los profesionales junto al 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 cannabis, 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 3.28).

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 consensado 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 3.28: Puntos fuertes y débiles de los Planes Autonómicos sobre Drogas**

	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES
Andalucía	Diversidad de la red, especialmente asistencial	En prevención e incorporación social queda mucho por hacer; extensión, disparidad y dispersión geográfica; necesidad de mayor presupuesto e investigación.
Aragón	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)	Conseguir la normalización; poder iniciar una línea de trabajo con los adolescentes (alcohol y tabaco); necesidad de más herramientas para trabajar el tema del cannabis; sensibilizar a la sociedad que la prevención es tarea de todos
Asturias	Plan de Drogas 2001-2003, reflejo de lo que dice la sociedad, apoyado por el Gobierno y consensado	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
Cantabria	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	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
Castilla La Mancha	Buena disposición e interés de los profesionales en el tema de las prisiones	Prisiones, los profesionales están bastante saturados, con pocos medios, etc. Dispersión geográfica, las poblaciones más pequeñas con gran dificultad de acudir a los centros
Castilla y León	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	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)
Galicia	Elevado nivel de institucionalización por la producción legislativa y por la estabilidad presupuestaria. Cuentan con una Oficina institucionalizada	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
Navarra	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	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
La Rioja	Se persigue realizar cambios en la Administración más adecuados a la situación actual	
Valencia	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 o las grandes líneas no es que estén consensuadas, sino que nacen de la gente, así que tienes a la gente del sistema apoyándote"	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

**Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de las entrevistas realizadas a los responsables autonómicos.**

En último lugar, de la triangulación de los resultados obtenidos a través del cuestionario, entrevistas, análisis de documentación, encuestas y registros de pacientes, se extraen un conjunto de recomendaciones generales y a cada Comunidad. Las recomendaciones generales suponen, en primer lugar, respecto a los resultados, realizar adecuadas evaluaciones de la situación de cada Comunidad, con el fin de detectar los problemas reales para actuar en función de ellos. En segundo término, evitar que la normalización de la atención implique una pérdida del paciente en la red, continuándose su seguimiento y derivación a los recursos adecuados y registro (respetando el anonimato) para conocer en todo momento la evolución real del problema.

Respecto a las recomendaciones a cada Comunidad, éstas quedan subdivididas en el tipo de prevención que es conveniente realizar a raíz de los resultados, la reducción de daños, la mejora de la coordinación, la coherencia entre el análisis de la situación que hacen los responsables y los resultados de las fuentes secundarias. Además, la necesidad de encontrar alternativas a los problemas de dispersión geográfica, de mejora de los datos, de los recursos asistenciales o del presupuesto. (Ver Tabla 3.29).

Tabla 3.29: Recomendaciones a cada Comunidad tras la evaluación externa

	Prevención Consumo Drogas	Reducción daño	Mejora Coordinación y Organización	Análisis de situación y coherencia objetivos-realidad	Alternativas a dispersión geográfica	Mejora registro de datos	Recursos asistenciales	Presupuesto
<i>Andalucía</i>	Legales Revisar objetivos de atención y prevención del alcohol							
<i>Aragón</i>	Prevención del alcohol	X	Seguir con ella aunque se está avanzando					
<i>Asturias</i>				Necesidad de mejora				
<i>Cantabria</i>	Cannabis							
<i>Castilla La Mancha</i>	Tabaco y alcohol			Muy bien desarrollada	X	X		
<i>Castilla y León</i>	Bebedores abusivos		También de la financiación	Muy bien desarrollada			Alcohol	Aumentar
<i>Cataluña</i>		Vía inyectada	Financiación y recursos					
<i>Ceuta</i>			Gestión de recursos y formación de personal	Mejorar la planificación				
<i>Extremadura</i>			Con la Administración Local y Recursos Humanos en Prevención	Poca en la heroína. Resto muy buena	X		Mejorar accesibilidad en Comisarías y Juzgados y UDH	En otras áreas diferentes a Intervención Asistencial
<i>Galicia</i>							Evitar la saturación	Aumentar
<i>Melilla</i>	Tabaco y consumo abusivo alcohol días laborales			Necesidad de mejora			Incluir nuevos programas	Revisar las fluctuaciones
<i>Murcia</i>	Prevención drogas ilegales		Personal en Prevención	Buena			Saturación programas de prescripción/dispensación opiáceos e Instituciones Penitenciarias	
<i>Navarra</i>	Prevención alcohol en población general	Vía inyectada	Aumentar Recursos Humanos y financiación administración local					Prevención
<i>País Vasco</i>	Prevención consumo drogas ilegales	X		Muy buena			Comisarías y Juzgados e Instituciones Penitenciarias	
<i>La Rioja</i>		SID A en UDVP	Gestión y planificación Recursos Humanos	Mejorable				
<i>Valencia</i>	Prevención drogas ilegales		Recursos Humanos				Adecuación a las necesidades en los Centros Ambulatorios. Mejorar accesibilidad en Instituciones Penitenciarias	Aumentar

Fuente: Elaboración propia a partir de la triangulación de los resultados.

**CAPÍTULO IV- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL DE  
LAS DROGODEPENDENCIAS EN REINO UNIDO:  
EVOLUCIÓN, SITUACIÓN SOCIAL, POLÍTICAS Y  
RECURSOS.**

## **4.1. Perspectiva general de la Intervención Británica**

### **4.1.1. Situación del consumo de drogas**

#### **4.1.1.1. Algunos aspectos culturales del consumo de drogas**

La trayectoria del consumo de drogas en Reino Unido, pese a tener características similares a otros países, conserva sus propias peculiaridades, derivadas de una trayectoria histórica en la que han jugado un papel fundamental la estructura y el cambio social. Las modificaciones experimentadas en el modo de consumo y la vía de administración de las sustancias no pueden desligarse del contexto social. Por esta razón, como consecuencia de las transformaciones sociales, las drogas en algunos momentos, han adquirido un mayor protagonismo en la esfera pública como problema social, dando lugar a diferentes iniciativas gubernamentales para intentar solucionarlo.

La primera actuación del Gobierno británico en materia de drogas tuvo lugar en las colonias. En efecto, el Gobierno británico en la India ya tenía conocimiento desde el siglo XVIII de la utilización de drogas e intentaba regular su manufactura, impuestos y tráfico. Un siglo más tarde, en 1893, se planteó en la Cámara de los Comunes la cuestión de los efectos de la producción y el consumo de cáñamo en la India y se nombró una Comisión de Investigación sobre el tema. A lo largo de 3.281 páginas se concluyó que la pauta

general era el consumo moderado, que no revestía gravedad y que, el consumo excesivo constituía una excepción<sup>101</sup>.

Posteriormente, en los años 20 del siglo pasado, el Comité Rolleston, formado por un grupo de médicos británicos, concluyó que, en ciertos casos, el mantenimiento con drogas podía ayudar a los pacientes a superar su dependencia. De esta decisión surgió el denominado modelo Rolleston como antecedente a la reducción de daños que ha caracterizado a la política británica en materia de drogas. A diferencia de estas medidas, que tendrán como objetivo reducir las consecuencias del consumo de drogas mediante un conjunto de pasos intermedios, la política de drogas norteamericana se ha centrado tradicionalmente en reducir la prevalencia de consumo de drogas, con el único objetivo de lograr la abstinencia.

No obstante, algunas circunstancias sociales cambiaron el modelo británico. Siguiendo a Yates (2002), la década de los 50, al igual que los anteriores años 20, fue un periodo de confianza y optimismo, caracterizado por un gran interés en los jóvenes, en la nueva música (jazz) y en la moda aunque, a diferencia de los años 20, donde la música había influido solamente en las clases altas, en esta ocasión tuvo un fuerte impacto en toda la sociedad. En lo referente a las drogas, en esta época creció el consumo de heroína entre los jóvenes al tiempo que aparecían algunos héroes culturales (James Dean, Marlon Brando o los Teddy-Boys<sup>102</sup>); había una clase media adicta a la morfina que era atendida por los médicos y a finales de los 50, se habían identificados más de 60 usuarios de heroína en Londres, muchos de ellos músicos o asiduos visitantes a club de jazz, lugares donde la heroína, la cocaína y el cannabis aparecían con frecuencia. Desde 1959 a 1964 se produjo un incremento en la proporción de adictos notificados por el Ministerio del Interior y la opinión pública estuvo a punto de reaccionar, aunque, en este momento,

---

<sup>101</sup> [www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15110.htm#a28](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15110.htm#a28)

<sup>102</sup> Hace referencia a un modo de vestir que aparece en los años 50, inspirado en el reinado de Eduardo VII, caracterizado por una chaqueta larga de terciopelo, pantalones de pitillo y patillas. Se considera la primera cultura juvenil británica y su estilo fue adoptado por las bandas de Rock and Roll. Como movimiento social, se refiere a unas pandillas de adolescentes “gamberros” que aparecieron en el Este de Londres (inicialmente denominados Cosh Boys). Más información [www.rockabilly.nl/cavan/teddyboys.htm](http://www.rockabilly.nl/cavan/teddyboys.htm)

como señala el contenido del primer Comité en la materia, ni el Gobierno ni la opinión pública fueron conscientes de la situación.

En la década de los 60, se publicó el Segundo Informe gubernamental, ya que la Inspección en drogas del Ministerio del Interior parecía haber identificado una mayor prescripción de heroína y cocaína de la estipulada, por parte de un pequeño grupo de doctores en Londres. Pese a este importante descubrimiento, se desconocían otros aspectos relevantes del momento, como la emergencia del patrón de consumo de drogas fuera de Londres y la amplia extensión del uso de anfetaminas. La mayoría de las recomendaciones del informe fueron implementadas y la prescripción de heroína y cocaína a partir de ese momento requeriría una licencia especial, dispensada por el Ministerio del Interior por parte de psiquiatras, quienes trabajarían en unidades especiales de tratamiento llamadas Unidades de Dependencia de las Drogas (DDUs). A partir de este momento, el tratamiento del drogodependiente debía de ser como un enfermo y no como un delincuente.

Junto con esta investigación, en 1968 se publicó el Informe Wootton sobre la marihuana y el hachís en Reino Unido. El grupo de expertos encargados de esta investigación obtuvo conclusiones similares a otros informes anteriores como el de la India: no había ninguna evidencia en la sociedad occidental de peligros físicos directamente asociados con la práctica de fumar el cáñamo. No obstante, se aprecian situaciones de dependencia o psicosis, que requerían tratamiento médico.<sup>103</sup>

Paralelamente a las Unidades de Dependencia de las Drogas (DDUs), surgió un importante abanico de servicios para tratar las drogodependencias por parte del voluntariado. De hecho, a mediados de los 70, la práctica totalidad de las camas disponibles para rehabilitación y servicios no residenciales eran proporcionadas por este sector. Aunque muchos comentaristas americanos dijeron que en este momento Gran Bretaña abandonaba el “New British System” y optaba por el estilo americano de política penal, esto no fue así realmente. Pese a que en 1967 la Dangerous Drugs Act

---

<sup>103</sup> [www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/studies.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/studies.htm)

extendía los poderes de la policía en esta materia, esto no fue a expensas del Viejo modelo Rolleston de prescripción de substitutivos el cual quedó intacto al tiempo que se localizaba una génesis de mercado negro en el Reino Unido (Riley,1993). En 1971 se aprobó la Ley de drogas (Misuse of Drugs Act 1971)(MDA) en Reino Unido, sujeta a la Single Convention of Narcotic Drugs de Naciones Unidas y a la Asamblea de Sustancias Psicotrópicas de 1971. Esta ley regula el control de drogas peligrosas y su importación, exportación, producción, oferta, prescripción, posesión y posesión con intento de venta. Distingue tres Clases o grupos de drogas según el daño individual y social ocasionado y en función de ello, se asocian las penas mayores descendiendo desde el grupo A al C<sup>104</sup>.

A mediados de la década de los 70, la revolución punk trajo consigo la expansión en la utilización de solventes volátiles esnifados y cuando se extendió el mercado negro de heroína de modo dramático en 1979 los punkies fueron los primeros “enganchados”. La llegada de la heroína a todas las ciudades de Reino Unido sorprendió a la mayoría de los observadores. Aunque en muchos casos la vía de administración de la heroína inyectada fue sustituida por la fumada, en aquellas áreas donde la inyección formaba parte de la cultura, la nueva heroína fue otra categoría más “en la lista de la compra del inyector de drogas”.

Años más tarde, en 1982 el Consejo Consultivo en materia de Drogodependencias (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (ACMD) publicó su informe “Tratamiento y Rehabilitación”. Sin embargo, casi de la noche a la mañana, los medios de comunicación expusieron a la luz pública el crecimiento del consumo de heroína en las áreas céntricas de las ciudades británicas y alertado por esta situación, el gobierno publicó un nuevo informe -‘Drugs in Britain’- mediante el cual proporcionaba financiación (Central Funding Initiative) (CFI) para expandir la red de servicios de tratamiento. Casi un 60% de

---

<sup>104</sup> El grupo A incluye cannabinoles y derivados, cocaína (incluyendo 'crack'), Dipipanona, éxtasis y compuestos relacionados, heroína, LSD, setas mágicas, metadona, morfina, opio, petidina y fenilciclidina. Además, las drogas de la clase B preparadas para ser utilizadas por vía inyectada son consideradas de la clase A. La clase B incluye anfetaminas, barbitúricos, el cáñamo (el herbario), el cáñamo (la resina), codeína, dihydrocodeína y methylanfetamina. Finalmente, la clase C incluye esteroides anabólicos, benzodiazepinas, bupremorfina, dietilpropión, mazindol, pemolina y fentermina.

este dinero se destinó a nuevos servicios comunitarios (voluntarios y estatutarios) y más del 10% fue destinado a agencias voluntarias existentes.

A mediados de la década de lo 80, la aparición del VIH/SIDA supuso un nuevo cambio de dirección en la política de drogodependencias, adaptándose a lo que se conoce como *reducción de daños*. La característica determinante es el enfoque de las actuaciones en aquellos que continuaban inyectándose como posibles transmisores del VIH. En 1988 el Consejo Consultivo en materia de Drogodependencias (ACMD) publicó su informe “AIDS & Drug Misuse”, según el cual, el primer objetivo de trabajo con los drogodependientes debía ser prevenirles de adquirir o transmitir esta infección. Aunque la abstinencia continuaba siendo el último objetivo, los esfuerzos en lograrla no podían poner en peligro la reducción del VIH que ya había sido alcanzada. En este momento, la prioridad debía ser contactar y mantener relación con aquellos usuarios de drogas que no tenían intención de dejar de consumir y suponían un gran riesgo si continuaban compartiendo jeringuillas. Otras medidas puestas en marcha y características de este enfoque, fueron capacitar a las agencias comunitarias para prescribir sustitutivos, disponiendo de metadona y dotar a muchas agencias de la oferta de servicios de intercambio de jeringuillas.

En las últimas décadas han aumentado los problemas de drogas asociados con las desventajas sociales. De hecho, durante la recesión económica de principios de los 80, muchas áreas urbanas desfavorecidas experimentaron un brusco incremento en los problemas de heroína entre los adolescentes y jóvenes adultos, produciéndose un aumento en el número de adictos notificados y aún hoy el problema persiste. Entre 1990 y 1996 las notificaciones de adictos se duplicaron, las muertes relacionadas con la droga aumentaron de modo importante y el número de delitos y arrestos por parte de la policía también creció (Audit Comission, 2002:7). En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe afirmando que los riesgos para la salud derivados del cannabis eran mayores que los producidos por el tabaco y el alcohol y citaba entre ellos, el

síndrome de dependencia, los accidentes de tráfico, la bronquitis crónica, el cáncer de pulmón, los nacimientos prematuros e incluso, la esquizofrenia<sup>105</sup>.

Junto con la epidemia de heroína y las graves consecuencias desencadenadas, a finales de los 80, Reino Unido experimentaba una inesperada nueva ola de consumo de drogas, centrada en el uso de éxtasis en los locales de baile o “raves”. La experimentación incontrolada del LSD lo convirtió en un ingrediente central para una masa de jóvenes que hacían uso de este alucinógeno sin desligarlo de introspectivas formas de música, Misticismo Oriental, pacifismo y retorno a la Naturaleza. Este uso tenía nuevas consecuencias asistenciales pues se observaba (y se observa) que, en muchos casos, estos usuarios de drogas rechazaban acudir a los recursos tradicionales, que percibían como servicios para “yonquis” y por este motivo, en la actualidad se han desarrollado nuevos servicios que proporcionan información sobre el consumo de las llamadas “drogas de diseño”. No obstante, según los últimos estudios, parece que el consumo de éxtasis y otros estimulantes ha descendido y nuevamente, el alcohol se convierte en la sustancia más utilizada para cambiar el estado de ánimo entre los más jóvenes.

Además de las transformaciones acaecidas en el consumo de sustancias, a fines de la década de los 90 se produjeron nuevas modificaciones en la política de drogodependencias. Si la respuesta a la emergencia del VIH/SIDA de la década anterior permitió a las agencias de tratamiento moverse en el terreno de la salud pública con políticas de control de la infección, en los noventa, la política gubernamental se ha centrado en el área de diseño, comisionado y evaluación de servicios. Concretamente, en los últimos años de la administración conservadora se encargó la política de drogodependencias como asunto primordial a una Unidad de Coordinación; esta labor se ha visto mantenida y reforzada con la llegada de la Administración Laborista en 1997, creándose la Coordinadora Antidroga de Reino Unido. Junto con ello, la nueva política ha supuesto un cambio en la actitud gubernamental en materia de drogas, reconociendo el papel jugado por la exclusión social y otros factores medioambientales. La Estrategia Británica “Tackling Drugs to Build a Better Britain” significa también un cambio a nivel

---

<sup>105</sup> [www.druglibrary.org/schaffer/hemp/general/who-index.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/general/who-index.htm)

local, confiriendo mayor importancia a este marco de actuación, con las funciones de los equipos de acción en drogas (DATs), de coordinación y planificación, de dirección del comisionado y finalmente, de evaluación de la calidad y el valor del dinero destinado a solventar esta problemática (Yates, 2002:113-124).

En 1998, la Cámara de los Lores elaboró un informe sobre el uso médico de la marihuana, recomendando ensayos clínicos con el cáñamo para el tratamiento del dolor en enfermedades como la esclerosis múltiple pero recalando que el cannabis y sus derivados debían continuar siendo drogas sometidas a control<sup>106</sup>. Además, hace más de 30 años que se aprobó la Ley en materia de drogas y algunos opinan que han ocurrido numerosos cambios en el consumo, principalmente un aumento de los problemas derivados de la droga, que aconsejan la revisión de la clasificación actual, atendiendo a los nuevos avances en el conocimiento médico, científico y sociológico. Se propone incluir ciertas modificaciones, reduciendo la gravedad de algunas sustancias como el paso del éxtasis y el LSD desde la clase A a la B; los cannabinoles como el d-9 THC desde la clase A a la C; el cannabis de la B a la C y aumentando la gravedad en el caso de la bupremorfina, pasando de la C a la B. Además se propone incluir el alcohol en la categoría A y el tabaco en la B<sup>107</sup>.

### **El alcohol en la cultura británica**

La política en materia de alcohol también ha experimentado grandes transformaciones ligadas a la situación social. Antes de la década de los 70, el Reino Unido contaba con una de las leyes más restrictivas en el oeste de Europa, con limitaciones en su venta y consumo y regulación del control de la oferta y del acceso al mismo (a través de políticas de precios, horas durante las cuales se permite la venta y consumo de alcohol, etc.). Con estas iniciativas se trataba de prevenir, en primer lugar, su consumo excesivo mediante legislación y en segundo término, de penalizar la embriaguez y el desorden público mediante el empleo del sistema penal de justicia (Yates, R.;

---

<sup>106</sup> [www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15101.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15101.htm)

<sup>107</sup> Informe del Grupo Independiente de Consulta sobre la Misuse of Drugs Act 1971 (2000): “Drugs and the Law”. Presidente: Vizcondesa Runciman DBE. En [www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/runciman/pf3.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/runciman/pf3.htm).

McIvor, G., 2002). Sin embargo, a lo largo de la década de los 60 surgieron numerosas presiones para liberalizar el denominado “licensing system” y emprender reformas sociales puesto que se entendía que, las restricciones en la apertura de los locales durante solamente cinco horas (por la tarde), provocaba una excesiva ingesta en menor tiempo disponible y de este modo, hacía que los bares gozasen de una mala percepción social.

Junto con ello, el análisis del tipo de sustancia consumida, revela la formación de imágenes culturales o estereotipadas como es el caso del *escocés bebedor*. Algunos estudios mostraron como en términos de ingesta de alcohol los escoceses, tradicionalmente, bebían menos que los ingleses pero, si se observaba el tipo de bebida consumida, los escoceses continuaban prefiriendo el whisky mientras que los ingleses ingerían mayoritariamente cerveza. Si se asume que, la concentración de alcohol en whisky es más importante que la cantidad bebida, produciendo una rápida intoxicación y tiene consecuencias más dañinas que la cerveza, encontramos una posible explicación a esta *leyenda*. Además, aunque el consumo se produce con menor frecuencia que en el caso de la cerveza, en cada episodio resulta una mayor concentración de alcohol (Plant & Foster 1991)<sup>108</sup>.

Para finalizar, y sin desligar el consumo de drogas de la sociedad en la que se desarrolla, nos encontramos ante una nueva situación. En la actualidad, frente a la situación histórica analizada a comienzos del capítulo, donde se apreciaban los primeros signos de cultura juvenil, los jóvenes europeos del tercer milenio, viven en una sociedad definida en términos de consumo y opulencia. Son los jóvenes nacidos en la sociedad del bienestar, donde el ocio y el entretenimiento tienen un valor hegemónico como criterios de posición en la estructura social. En contraste con el orden de la sociedad industrial, orientado hacia el trabajo y la producción, el tiempo libre emerge como una fuerza al margen de las cualidades individuales que distinguían o reprimían por las condiciones de trabajo. Y en este auge del tiempo libre, en el individualismo y la búsqueda de las identidades en los objetos de consumo, encontramos nuevamente una estrecha vinculación con la aparición de las drogas.

---

<sup>108</sup> En Yates, R.; McIvor, G. “Inebriety and the Criminal Justice System in Scotland” (no publicado)

Un ejemplo de este fenómeno se encuentra en Gran Bretaña al estudiar la vida nocturna de Manchester. Según el estudio de Calafat et Al. (1998:52-65), en esta ciudad donde se localizan una amplia variedad de escenas, que van desde el rock al “indie” o las escenas gays y aglutina a un gran número de población estudiantil del país. La música “Dance” fue asociada con la utilización de “drogas de baile” (por ejemplo anfetaminas, éxtasis); la cocaína vuelve a ser muy popular, especialmente entre la población con mayor poder adquisitivo; el LSD parece estar menos extendido, aunque sobresale en mayor medida entre la gente joven; el “House”, “garage”, “big beat” y las noches “funk” han sido asociadas con el uso de éxtasis y anfetaminas, aunque se percibe que la cocaína vuelve a cobrar un importante protagonismo en este ambiente; el Drum’n bass o la noche “jungle” destacan por el consumo de grandes cantidades de cannabis y drogas como la cocaína; además, hay rumores de grupos que consumen crack o heroína. Aunque se percibe cierta asociación entre el tipo de música y una amplia variedad de drogas, este fenómeno es especialmente común en el caso de los seguidores de la música “dance” y en todo caso, la droga más importante en cuanto a sus niveles de consumo sigue siendo el alcohol.

Algunos estudios muestran la ausencia de mensajes públicos en materia de salud destinados a los jóvenes adultos, por lo que la distinción establecida entre drogas duras y blandas está perdiendo importancia. Son, precisamente, estos jóvenes adultos normalizados y empleados que hacen uso del cannabis, el éxtasis y ahora la cocaína, sustituyendo a las anfetaminas y el LSD, los que se muestran más tolerantes con el cannabis, combaten el stress semanal con fines de semana intoxicados y acceden fácilmente a la droga. Pese a que algunos manifiestan no sentirse cómodos con los amigos que toman con frecuencia las drogas de la clase A (cocaína, éxtasis, heroína y LSD), desafían la “guerra de las drogas” considerando que es un discurso que asocia la droga con el delito y la tragedia personal y no con jóvenes como ellos que incluyen las drogas como parte de su vida<sup>109</sup>.

---

<sup>109</sup> Artículo publicado en The Guardian “Young make drugs part of everyday life”. 25 de noviembre de 2002. Se refiere a los resultados de la investigación realizada por el equipo investigador de la Universidad de Manchester dirigido por Howard Parker.

#### 4.1.1.2. Consumo de drogas: situación epidemiológica

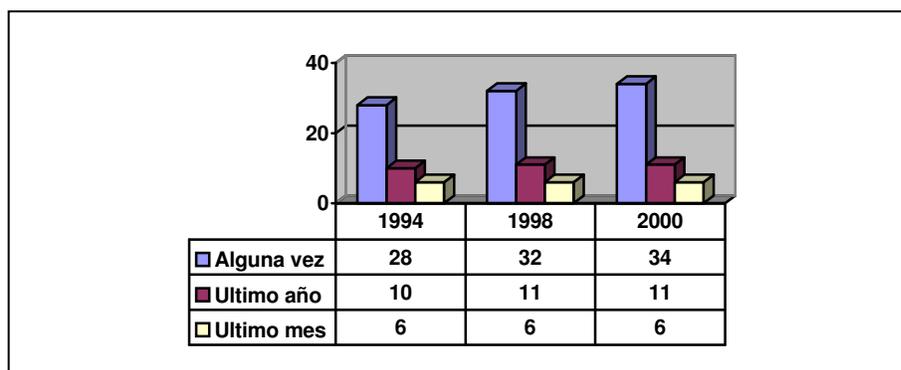
Junto con la trayectoria social y cultural del consumo de drogas, la actual situación epidemiológica, medida por el análisis de los resultados de los principales estudios de opinión, es un indicador de las sustancias y tendencias imperantes en el consumo entre los distintos grupos sociales. En líneas generales, algunos autores estiman que el Reino Unido parece tener niveles más elevados de consumo de drogas ilícitas comparado con otros países (Calafat et Al., 1999). Aunque el British Crime Survey no contiene información sobre el alcohol y el tabaco, datos similares del Dutch household survey indican que el porcentaje de población que consume estas sustancias alguna vez en la vida y en el último año es aproximadamente del 10-20% para las drogas ilícitas comparado con un 50% para el tabaco y el 80% para el alcohol (Abraham et al. 1997; Amsterdam and Centrum Voor Drugsonderzoek 1998)<sup>110</sup>.

Si nos centramos en las sustancias ilícitas, es importante definir las características del patrón de uso según la edad, el sexo y el tipo de sustancia consumida. En función de la edad, en el periodo 1994-2000, se ha producido un incremento de la proporción de población de 16 a 59 años que consumió drogas alguna vez en la vida (28% al 34%) y de los que lo hicieron en el último año (del 10% al 11%) mientras que en el último mes se mantiene estable en el periodo de tiempo analizado (6%) (Ver Gráfico 4.1).

---

<sup>110</sup> En UK Drug Report 2001. The Drug Situation in the UK.  
[www.drugscope.org.uk/druginfo/drugreport.asp](http://www.drugscope.org.uk/druginfo/drugreport.asp)

**Gráfico 4.1: Prevalencia de consumo de drogas desde 1994 al 2000 con los indicadores “alguna vez”, “en los últimos doce meses” y “en el último mes” (%).**



Fuente: British Crime Survey<sup>111</sup>

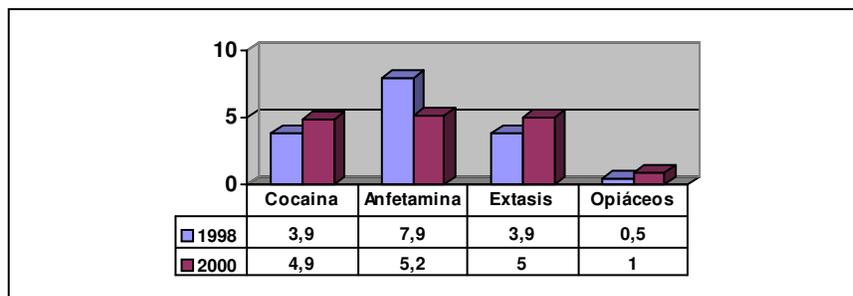
Por su parte, el National Centre for Social Research y la National Foundation for Educational Research (2001) percibe respecto a los más jóvenes esta práctica de modo creciente. Prueba de ello es que, desde 1998 al 2000, aumentó la proporción de adolescentes de 11 a 15 años que habían consumido drogas alguna vez en la vida (del 11% al 14%) y en el último mes (del 7% al 9%). Por tipo de sustancia, el cannabis es, con diferencia, la droga más utilizada (un 12% de los adolescentes entre 11 y 15 años la consumió en el último año), seguida a gran distancia por otros estimulantes como el éxtasis, la cocaína y anfetaminas (4%) y por los opiáceos, como la heroína o la metadona (1%).

Finalmente, desde 1994 al 2000, también creció la proporción de jóvenes de 16 a 29 años que habían consumido drogas en los últimos 12 meses (del 23% al 25%). Al igual que en el caso anterior, por tipo de sustancia, en el último año sobresale el cannabis (22%) y durante el periodo citado ha aumentado el número de jóvenes con un uso experimental de esta sustancia (del 34% al 44%). Junto con ello, la proporción de los que han probado cocaína, opiáceos y éxtasis también crece, mientras que se reduce la de aquellos que han tomado anfetaminas. Las dos primeras sustancias resultan especialmente

<sup>111</sup> Drugscope y EMCDDA (2002): *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*. El principal recurso de información en drogas es el British Crime Survey, el cual, pese a su nombre, cubre solamente Inglaterra y Gales (Ramsey et. al., 2001; Ramsey & Partridge 1999). El Scottish Crime Survey proporciona datos comparables acerca de Escocia (Anderson & Frischer 2000). Irlanda del Norte tiene su propia agencia (Northern Ireland Office 1999).

preocupantes puesto que, en el caso de la heroína, algunos autores señalan como evidente la aparición de una nueva epidemia entre los jóvenes usuarios (Parker, Bury and Eggiton, 1998) e indicios de consumo de nuevas drogas como el gammahydroxybutyrato, la ketamina o el rophynol (Calafat y otros:1999)<sup>112</sup>. Por otro lado, ha habido un destacado incremento en el uso de cocaína entre los 16 y 29 años desde el 6% en 1998 al 10% en el 2000 y además, los jóvenes parecen tener una actitud menos negativa hacia esta sustancia, al pensar que es más aceptada socialmente y más fácil de controlar. (Ramsey et Al., 2001). (Ver Gráfico 4.2).

**Gráfico 4.2: Porcentaje de jóvenes (16-29 años) que consumieron alucinógenos, anfetaminas, cocaína, éxtasis y opiáceos en el último año. 1998-2000.**



Fuente: Annual Report on the UK Drug Situation 2001, Drugscope and EMCDDA

Nota: En 1998, la proporción de consumidores de opiáceos fue inferior al 0,5%.

\*Las anfetaminas y el éxtasis se refieren al 2001.

Es importante comparar los resultados de las encuestas con las demandas de tratamiento por consumo de sustancias como un indicador del número de consumidores problemáticos. En este sentido, en los seis primeros meses del 2000 se atendieron 39.658 nuevas demandas de tratamiento, lo que supone un incremento respecto a años anteriores (Department of Health 2001b) y prueba de ello es que, en Inglaterra y Gales, durante 1993-1998 fueron atendidos 92.000 drogodependientes en medicina general (Frischer y col., sin publicar)<sup>113</sup>.

<sup>112</sup>En Drugscope and EMCDDA (2002): *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*.

<sup>113</sup>En Drugscope and EMCDDA (2002): *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*. Pp. 21.

Junto con las demandas a tratamiento, se han realizado algunas estimaciones para calcular el número de usuarios de drogas problemáticos en Reino Unido puesto que se entiende que no todos acuden a los centros solicitando ayuda. Aunque los resultados varían de unas investigaciones a otras, durante 1996 oscilaban entre 100.000 y 200.000 (President of the Council, 1998) y los 268.000 del método de múltiples indicadores (Frischer et Al., 2001)<sup>114</sup> (ver Tabla 4.1).

**Tabla 4.1: Resumen de la prevalencia estimada de usuarios de drogas en Reino Unido basada en múltiples métodos (1996)**

Métodos	Tipo de usuario de drogas	Estimación
Múltiples indicadores	Usuario problemático de drogas	268.253
Tratamiento demográfico	Usuarios problemáticos de opiáceos	162.544
Tratamiento de cobertura	Usuarios problemáticos de opiáceos	243.820
Multiplicador del VIH	Usuarios de drogas vía inyectada	161.200
Multiplicador de mortalidad	Muertes en usuarios de drogas relacionadas con la sobredosis	161.133
Household Survey data	Usuarios+Opiáceos	251.000
Household Survey data	Usuarios de drogas vía inyectada	168.905
<b>Estimación del Gobierno</b>	Usuarios con dependencia severa de la droga	100.000–200.000

**Fuente: Frischer M, Hickman M, Kraus L, Mariani F, and Wiessing L. (2001). 'A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain'. *Addiction*, 96, 1465–1476.**

Finalmente, en lo relativo al alcohol, su consumo aumentó desde 1960 a 1980 y aunque, en las dos últimas décadas parece haber descendido, podría haber una subestimación del consumo en la medida en que se aprecia un crecimiento del alcohol comprado fuera de Reino Unido (The Scottish Health Survey, 1995)<sup>115</sup>. Uno de cada 25 adultos británicos son dependientes del alcohol (OPCS 1994); 1.7 millones de hombres y 0.6 millones de mujeres beben a niveles considerados de alto riesgo (por encima de las 50

<sup>114</sup> El Método de los Múltiples Indicadores fue desarrollado por el Centro de Tratamiento para el Abuso de sustancias (Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)) y la Administración de Servicios Mentales y de Abuso de Drogas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) de EEUU) con el objetivo de servir de método para conocer el número aproximado de consumidores problemáticos en un área concreta, especialmente en el caso de la heroína, más difícil de detectar en las encuestas y servicios de tratamiento. Entre los indicadores se utilizan: aquellos drogodependientes que acuden a los servicios de tratamiento, los que se encuentran en los servicios judiciales, las tasas de mortalidad y morbilidad, los resultados de las encuestas, de los centros de toxicología y los resultados del censo. En [www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/SHEETS/107\\_multiple\\_indicator.pdf](http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/SHEETS/107_multiple_indicator.pdf)

<sup>115</sup> En Drugscope and EMCDDA (2002): *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*.

unidades y 35 unidades semanales respectivamente) y entre los jóvenes, un 37% de varones y un 23% de mujeres se emborrachan regularmente (ONS 2000)<sup>116</sup>.

En resumen, el consumo de drogas ilegales en Reino Unido crece en los últimos años en toda la población, al tiempo que preocupa la extensión de la cocaína y de la heroína entre los jóvenes y se vaticina una posible epidemia con esta última sustancia. El aumento de estas prácticas también ha derivado en mayores demandas a tratamiento por parte de los servicios asistenciales y en el aumento del número de consumidores problemáticos. Pese a que los datos no son concluyentes parece que el alcohol también es consumido en mayores proporciones en los últimos años.

#### **4.1.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas**

La vinculación entre sociedad y drogas motiva que el análisis del consumo de drogas quede incompleto sin conocer algunas de sus consecuencias sociales y sanitarias. En cuanto al primer tipo, en Reino Unido, hay una estrecha relación entre el consumo de drogas y la exclusión social, aunque esta situación varía según el tipo de sustancia. Los resultados del Informe “2000 British Crime” muestran que, mientras el consumo de cocaína está relativamente extendido entre la población general, el de heroína se asocia con los grupos sociales más desfavorecidos. Prueba de ello es que, entre los que consumieron esta sustancia en el último año, se encontraban las familias más pobres de 16 a 29 años, con mayores niveles de desempleo y las más bajas calificaciones en términos educativos (2001:61).

La Unidad de Exclusión Social (Social Exclusion Unit), creada en 1997, cuenta con un sector preocupado por atender las necesidades de los “sin techo” (The Rough Sleepers Unit) y en los últimos años, ha emprendido numerosas iniciativas para disolver la frecuente asociación entre esta situación y el problema con las drogas. Recientes estudios estiman que en Inglaterra hay aproximadamente 400.000 “sin techo” no localizados y según una investigación realizada en Londres, un 83% de los entrevistados (324) había

---

<sup>116</sup> En Alcohol Concern (2000): *Britain's Ruin. Alcohol Concern's report on alcohol use & misuse in UK*. Pp.4.

consumido drogas en el último mes, principalmente heroína (43%). Además, aunque se alude al “círculo vicioso” entre exclusión y drogas, la mitad de los “sin techo” entrevistados confesaba que la droga había sido la razón principal que les había llevado a vivir fuera del hogar<sup>117</sup>.

Por otra parte, las drogas en numerosas ocasiones están asociadas con la delincuencia, puesto que se busca dinero para financiar la adicción, se comercia con ellas a través del tráfico ilícito y porque bajo sus efectos se pueden cometer numerosos delitos. Los estudios muestran que, durante el periodo 2000/01, en Inglaterra y Gales fueron detenidas 111.000 personas por delitos relacionados con las drogas, cifra similar al año anterior (121.000) y que en la mayoría de los casos (74%) tuvieron al cannabis como principal responsable. En lo que se refiere al tráfico ilícito y control de la oferta de drogas, se ha producido un aumento de las incautaciones de drogas de la Clase A en Reino Unido, desde 1998 a 1999 (de 28.795 a 30.032) y continúa aumentando la pureza de la heroína en los últimos años (en 1997 el porcentaje medio fue del 35% en 1998 el 37% y en 1999 el 43%)(Drugscope y EMCDDA, 2001:73-75).

Por su parte, la implantación de la estrategia antidroga en las Instituciones Penitenciarias ha tenido buenos resultados, logrando una reducción considerable del consumo de drogas entre los penados y el descenso del número de pruebas de detección que resultan positivas (del 24,4% en 1996/97 12,4% durante 2000/01)<sup>118</sup>. Otras iniciativas en prisión han sido la creación del denominado “Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare” (CARAT), encargado de informar a los encarcelados de los riesgos que conlleva el consumo de sustancias; la participación de más de 3.000 personas en programas intensivos de rehabilitación y la introducción de un nuevo modelo de asistencia sanitaria en los servicios de desintoxicación.

---

<sup>117</sup> Jane Fountain. University of Central Lancashire. Preston. (2002): *The service needs of drug who are homeless*. Bridging the Gaps - Research Seminar Series, Scottish Addiction Studies, University de Stirling, 19 de septiembre de 2002.

<sup>118</sup> [www.hmprisons.gov.uk](http://www.hmprisons.gov.uk) in *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*, Drugscope y EMCDDA, 2002.

Como se ha señalado, existen problemas sanitarios asociados con el consumo de drogas y los servicios asistenciales, al aumentar la demanda de admisiones a tratamiento. Para Inglaterra, Escocia y Gales, un total de 40.430 usuarios de drogas demandaron atención en los seis meses primeros meses del 2000, lo que supuso un incremento del 7% respecto al año anterior y del 45% sobre 1995. En la mayoría de los casos atendidos (73%) se trataba de hombres con una edad comprendida entre 20 y 34 años (68%). No obstante, en términos relativos, se observa una gran proporción de mujeres (16%) y hombres (11%) entre 15 y 19 años.

En cuanto al tipo de droga, la heroína sigue siendo la sustancia principal por la que se solicita tratamiento (62%) y ha experimentado una tendencia ascendente en los últimos años (57% en 1999 y 48% en 1995) aunque, la proporción de los que se inyectaron heroína como droga principal permanece estable en casi un 60% (58% en 2000, 1999 y 1995). Por su parte, la cocaína ocasiona pocas demandas a tratamiento y ha descendido como droga principal (5% en el 2000, 6% en 1999, 4% en 1995); no obstante, una proporción relativamente alta de ellos utiliza la vía inyectada (12% en 2000, 4% en 1999) y en su mayoría se trata de policonsumidores. Siguiendo a Yates (2002), uno de los cambios encontrados en las agencias de tratamiento hoy día es el incremento en el número de usuarios de cocaína/crack y policonsumidores pero éstos encuentran un clásico servicio de tratamiento para heroinómanos que les resulta inapropiado.

En función del sexo y la droga principal, existe una mayor proporción de hombres que demandan tratamiento por cocaína (2% de hombres, 1% de mujeres) y cannabis (10% hombres, 6% mujeres), mientras que lo contrario ocurre con las anfetaminas (de 3% hombres, 4% de mujeres) y las benzodiazepinas (2% hombres, 3% mujeres). Además, la vía de administración inyectada, principalmente en los opiáceos, fue utilizada en cuatro de cada diez pacientes durante el año 2000, aumentando respecto al año anterior (37%). Un 76% de los atendidos afirmaba que los opiáceos eran la droga principal que consumían (71% en 1999) y más de la mitad de ellos (55%) utilizaba la vía inyectada (47% en 1999) (Drugscope y EMCDDA, 2002:35). Como se aprecia, los opiáceos administrados por vía parenteral continúan siendo la causa principal de las demandas a

tratamiento, especialmente en varones de 20 a 34 años y pese a la incorporación de nuevos perfiles, la tendencia en los últimos años es ascendente.

Junto con estas sustancias, el alcohol acapara un 15% de las admisiones y está íntimamente asociado con el delito. Prueba de ello es que un 63% de los varones detenidos consumía excesivamente y una cuarta parte de los bebedores semanales tenía antecedentes delictivos (comparado con el 6-7% de los bebedores ocasionales y los no bebedores). Estos resultados tienen un enorme impacto en las familias puesto que el alcohol ocasiona numerosos divorcios y en ocasiones es el causante de la solicitud de custodia de niños por parte de los servicios sociales. Además, la mitad de los “sin techo” son dependientes de esta sustancia y en muchos casos, presentan asociados graves problemas mentales (Yates, 2002).

Además de las demandas a tratamiento por consumo de sustancias, indicador de la proporción de personas que solicitan asistencia por consumo abusivo<sup>119</sup>, existen un conjunto de enfermedades asociadas con esta práctica. Un ejemplo de ello es que, aunque la droga en sí no sea la causante del VIH, la transmisión de este virus por contagio sexual o a través de la sangre hace que el intercambio de jeringuillas sea considerado una situación de *alto riesgo*. La transmisión del virus de Hepatitis C a través de la sangre hace igualmente relevante este indicador entre los usuarios de drogas por vía parenteral. El Unlinked Anonymous Prevalence Monitoring Programme (UAPMP) investiga a los usuarios de drogas por vía inyectada (UDIs) a partir de los pacientes atendidos en los servicios de tratamiento. Para la totalidad de Inglaterra y Gales, la prevalencia en 1999 fue de 0.8% usuarios del total de atendidos y en el periodo 1992-1999 permaneció inferior al 2%. Se aprecian menores porcentajes entre los más jóvenes y en la ciudad de Londres (en 1999 fue de 2,9% y el resto de 0,3%), aunque por sexo no hay una tendencia clara<sup>120</sup>.

---

<sup>119</sup> Hay que tener en cuenta que existen muchas personas que no acceden a los recursos de tratamiento. Un ejemplo de ello se encuentra entre muchas mujeres que encuentran enormes dificultades para acceder a estos recursos.

<sup>120</sup> La muestra se realiza por el análisis de la saliva de usuarios de droga en contacto con 50 agencias especializadas en Inglaterra y Gales y el análisis se realiza también para detectar anticuerpos VIH, hepatitis

Durante el año 2002 se produjo un incremento del 25% en nuevos diagnosticados del VIH, especialmente por transmisión sexual, lo que para el doctor Fenton indica que esta no es una infección histórica sino actual. En los últimos años, la causa principal de contagio por transmisión sexual, ha descendido entre homosexuales y aumentado entre heterosexuales. En lo que respecta a los usuarios de droga por vía inyectada, siguen descendiendo porcentualmente, pasando del 16% en 1986 cuando representó las mayores cifras, al 2% en el año 2001 (ver Tabla 4.2). La epidemia del VIH es similar en Reino Unido al norte de Europa (Alemania, Holanda y Escandinavia), mientras que en el suroeste (España, Portugal, Italia y Francia) es mayor, especialmente entre usuarios de drogas por vía inyectada. Además, se está extendiendo especialmente entre estos usuarios de los Estados Bálticos y Rusia aunque esto no ha tenido repercusiones en Reino Unido. Desde 1996, se ha producido un descenso de los casos de SIDA y de la mortalidad asociada como consecuencia del impacto de la terapia antiretroviral, utilizada ya en un 65% de los pacientes<sup>121</sup>.

---

C y hepatitis B. La información del comportamiento se obtiene a través de un cuestionario. Esta investigación no incluye Escocia ni Irlanda del Norte.

<sup>121</sup> En Communicable disease surveillance centre (2002): *HIV and AIDS in the UK in 2001*. En [www.phls.co.uk/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/publications/hiv\\_annual\\_2002.pdf](http://www.phls.co.uk/topics_az/hiv_and_sti/publications/hiv_annual_2002.pdf)

**Tabla 4.2: Probable ruta de infección del VIH: Primera diagnosis en Reino Unido por año (1985-2001)**

Año de diagnóstico	Sexo entre hombres		Sexo entre hombre y mujer		Usuarios Drogas vía inyectada (UDIs)		De madre a hijo		Transfusión		Otras		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
1985 y antes	2796	58	80	2	588	12	3	0	1255	26	124	3	4846
1986	1989	72	156	6	448	16	10	0	89	3	75	3	2767
1987	1747	70	237	9	382	15	10	0	50	2	83	3	2509
1988	1381	71	241	12	230	12	13	1	25	1	62	3	1952
1989	1452	68	360	17	212	10	16	1	29	1	71	3	2140
1990	1700	67	534	21	200	8	29	1	24	1	56	2	2543
1991	1712	63	646	24	241	9	36	1	24	1	56	2	2715
1992	1640	60	780	28	187	7	57	2	24	1	53	2	2741
1993	1497	57	767	29	204	8	66	3	17	1	63	2	2614
1994	1481	58	795	31	167	6	60	2	17	1	51	2	2571
1995	1465	55	850	32	181	7	59	2	20	1	65	2	2640
1996	1539	57	836	31	172	6	60	2	21	1	56	2	2684
1997	1393	51	1004	37	168	6	81	3	27	1	50	2	2723
1998	1344	48	1154	41	130	5	91	3	10	0	70	3	2799
1999	1332	44	1407	46	109	4	80	3	19	1	95	3	3042
2000*	1457	39	1930	51	104	3	96	3	22	1	163	4	3772
2001*	1415	32	2444	55	104	2	74	2	21	0	361	8	4419
<b>Total</b>	<b>27340</b>	<b>55</b>	<b>14221</b>	<b>29</b>	<b>3827</b>	<b>8</b>	<b>841</b>	<b>2</b>	<b>1694</b>	<b>3</b>	<b>1554</b>	<b>3</b>	<b>49477</b>

\*Este número crecerá en los próximos años a medida que se vayan recibiendo nuevos casos

\*\*Se refiere a Gales e Inglaterra

Fuente: Communicable disease surveillance centre (2002): HIV and AIDS in the UK in 2001. Pp.6.

Por su parte, la hepatitis C descendió desde un 35% en 1998 al 32% en 1999 y el porcentaje de población con anticuerpos (Anti-HBc) también es superior en la capital inglesa (Drugscope y EMCDDA, 2002:58). Siguiendo con las enfermedades asociadas con la droga, durante abril y agosto del 2000 hubo un brote infeccioso que puso en peligro la vida de muchos usuarios de drogas por vía parenteral y se registraron un total de 108 casos -60 en Escocia (incluyendo 50 solamente en Glasgow), 26 en Inglaterra y 22 en Dublín - y 43 muertes. La enfermedad fue desarrollada especialmente entre aquellos que llevaban muchos años inyectándose y lo hacían en el músculo (intramuscular). El análisis de la heroína responsable de la infección indicó que procedía de opio producido en Afganistán por lo que una explicación razonable es que una serie contaminada fuese distribuida simultáneamente por una red de traficantes a las tres áreas afectadas (Gruer;Ahmed, 2001)<sup>122</sup>. Desde comienzos del año 2002, 13 casos fueron diagnosticados en Reino Unido e Irlanda (uno en Escocia) que podrían haber sido causados por la

<sup>122</sup> En [www.iduoutbreak.abelgratis.com/consummary.htm](http://www.iduoutbreak.abelgratis.com/consummary.htm)

bacteria *Clostridium botulinum*. Esta infección constituye un fenómeno relativamente nuevo (Nicoll, 2002)<sup>123</sup>.

En resumen, se observa que las consecuencias sanitarias del consumo de drogas no afectan del mismo modo según la vía de administración y la utilización de la jeringuilla constituye una práctica de riesgo por estar asociada a numerosas enfermedades lo que, en ocasiones, lleva a pensar de modo erróneo que el consumo de otras sustancias diferentes a la heroína o con vías de administración distintas a la inyectada no ocasiona enfermedades. Sin embargo, existen otras patologías no tan fácilmente detectadas por los indicadores y que pasan más desapercibidas en los servicios generales. En esta línea, otro problema encontrado se refiere a la diagnosis dual, o dicho de otro modo, cuando los individuos presentan problemas de drogas que coexisten con desórdenes psicológicos o psiquiátricos. Hay una importante prevalencia de comorbilidad en los usuarios de drogas y otros desórdenes psiquiátricos en la población general de Reino Unido, y de un modo especial entre la población en prisión. Desórdenes psicóticos y psicosis inducida por las drogas eran raramente encontrados por los especialistas de tratamiento de drogas pero en los servicios de Salud Mental el consumo de ciertas sustancias, particularmente alcohol y cannabis, parecía bastante común por lo que, en los últimos años este aspecto ha cobrado un creciente interés en la investigación (Drugscope y EMCDDA, 2002:60).

La muerte asociada con el consumo de drogas también es un indicador difícil de cuantificar, puesto que se excluye el número de fallecidos por el VIH-SIDA (40 en 1997); por infecciones en la sangre, como la Hepatitis B y C; los accidentes de tráfico y muertes prematuras por cirrosis o cáncer.<sup>124</sup> En 1998, 2.300 defunciones en Inglaterra y Gales estuvieron relacionadas con el consumo de drogas mientras que en Escocia e Irlanda del Norte permanecen relativamente bajas; no obstante, en el año 2001, esta cifra creció en el Reino Unido, especialmente en Escocia e Irlanda del Norte, al tiempo que en Inglaterra y Gales ocurría lo contrario (Drugscope y EMCDDA, 2002:55).

---

<sup>123</sup> En [www.drugmisuse.isdscotland.org/news/phls\\_release.pdf](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/news/phls_release.pdf)

<sup>124</sup> The Advisory Council on the Misuse of Drugs (2000): *Reducing Drug-related Deaths*, London, Pp.1. En [www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm#recen](http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm#recen)

#### 4.1.2.- La Política sobre Drogas británica: estructura y planificación

La Ley 1971 de drogas (Misuse of Drugs Act 1971)(MDA) es la principal reguladora del control de estas sustancias en el Reino Unido, sujeta a la UN Single Convention of Narcotic Drugs y a la Asamblea de Sustancias Psicotrópicas de 1971. La MDA y su normativa complementaria, principalmente la Misuse of Drugs Regulation 1985, regula el control de drogas peligrosas y su importación, exportación, producción, oferta, prescripción, posesión y posesión con intento de venta. La Misuse of Drugs Act 1971 (MDA) distingue tres Clases o grupos de drogas según el daño individual y social ocasionado y en función de ello, se asocian las penas mayores descendiendo desde el grupo A al C<sup>125</sup>.

La MDA creó el Consejo Consultivo sobre el Abuso de las Drogas, que debe ser oído antes de tomar cualquier decisión en la materia, por ejemplo, el control de una nueva droga. Posteriormente, en 1994, se aprobó la Ley sobre Tráfico de Drogas (Drug Trafficking Act 1994) (DTA) (que entró en vigor en febrero de 1995), reemplazando a la existente hasta entonces (Drug Trafficking Offences Act 1986). Además, respecto a los delitos, el tribunal tiene la competencia para resolver las infracciones producidas con ocasión del tráfico de drogas, pudiendo llegar a la confiscación de las cantidades obtenidas por estos actos. La Ley sobre Tráfico de Drogas solo rige en Inglaterra y Gales aunque similares disposiciones están contenidas en Escocia en la Ley de Procedimiento Penal (Proceeds of Crime Act) y en la Ley Penal (ambas de 1995) y en Irlanda del Norte, la Ley de Procedimiento Penal (EMCDDA)<sup>126</sup>.

Las políticas sociales se han hecho eco de los cambios en el consumo de drogas y han intentado adaptarse a las nuevas necesidades. En 1998, el Gobierno británico publicó “Tackling Drugs To Build A Better Britain”, su estrategia para disminuir el consumo de

---

<sup>125</sup> El grupo A incluye cannabinoles y derivados, cocaína (incluyendo 'crack'), Dipipanona, éxtasis y compuestos relacionados, heroína, LSD, setas mágicas, metadona, morfina, opio, petidina y fenilciclidina. Además, las drogas de la clase B preparadas para ser utilizadas por vía inyectada son consideradas de la clase A. La clase B incluye anfetaminas, barbitúricos, el cáñamo (el herbario), el cáñamo (la resina), codeína, dihydrocodeína y methylanfetamina. Finalmente, la clase C incluye esteroides anabólicos, benzodiazepinas, bupremorfina, dietilpropión, mazindol, pemolina y fentermina.

<sup>126</sup> The European Legal Database on Drugs (ELDD)

drogas durante los próximos diez años. Junto con ella, se han publicado sucesivos planes anuales (1999, 2000/01 y 2002), en los que se materializan las medidas propuestas en la estrategia. Además, se han elaborado otros documentos tratando un tema concreto, como la estrategia nacional sobre la cocaína/crack (2003), la estrategia sobre alcohol (prevista para el 2004) y un conjunto de guías de actuación en el sistema penal, ante la mortalidad o para combatir la hepatitis C<sup>127</sup>.

Según la estrategia nacional, el problema de la droga en Gran Bretaña es tratado mediante la combinación de la ejecución rigurosa (ley) y de la prevención. Además, se considera asociado con otros problemas sociales y por esta razón, también se proponen reformas en el Estado del Bienestar, en materia de educación, de salud, en el sistema judicial, económico y mediante la creación de la nueva Unidad de Exclusión Social. En líneas generales, en este documento se aprecia un especial énfasis en la inversión en la prevención activa y en el tratamiento del daño causado por las drogas, basándose en la evidencia de su eficacia para reducir el abuso de drogas y la actividad delictiva<sup>128</sup>. Este documento contiene cuatro elementos o principios de actuación: ayudar a los jóvenes a hacer frente al abuso de drogas para alcanzar su completo potencial en la sociedad; proteger a las comunidades de la conducta antisocial relacionada con el consumo de drogas y el comportamiento delictivo; tratamiento o intervención asistencial, para conseguir que las personas con problemas de drogas los supere y tenga una vida saludable y libre del delito y finalmente, suprimir la disponibilidad de drogas ilegales (control de la oferta) en las calles.

Hay objetivos clave para cada una de las “áreas” mencionadas: con los jóvenes, se pretende reducir substancialmente la proporción de menores de 25 años que consumieron drogas ilegales en el último mes y año y disminuir la proporción de jóvenes consumiendo aquellas drogas que ocasionan mayores daños– heroína y cocaína – en un 25% en el 2005 y en un 50% en el 2008. Con las comunidades, reducir los niveles de delitos repetidos entre los delincuentes consumidores de drogas en un 25% en el 2005 y en un 50% en el

---

<sup>127</sup> Documentos disponibles en la base de datos del Scottish Training Project.

[www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm](http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm)

<sup>128</sup>En The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator. *Tackling Drugs to Build a Better Britain*.

2008. Con el tratamiento, incrementar la participación de los usuarios de drogas, incluidos los reclusos, en programas que tengan un impacto positivo en la salud y el delito en un 66% en el 2005 y hasta el 100% en el 2008. Por último, con la disponibilidad, reducir el acceso a todas las drogas entre la gente joven (menor de 25 años) significativamente y especialmente a las que causan mayores daños, particularmente heroína y cocaína, en un 25% en 2005 y en un 50% en el 2008.

Además, la actualización de la estrategia en el 2002, incorpora como nuevos aspectos la preocupación especial por las consecuencias de las drogas de la clase A; una importante dedicación a la educación, la prevención, el tratamiento y la garantía del cumplimiento de la ley; el aumento de recursos y tratamientos haciendo énfasis en la calidad, especialmente para jóvenes, en el sistema judicial y de cuidados después del tratamiento para garantizar la inserción; finalmente, se propone mejorar la detección de las necesidades, dirigiendo las actuaciones a aquellas comunidades con mayores necesidades como, por ejemplo, las afectadas por el crack<sup>129</sup>.

La Estrategia está centrada principalmente en Inglaterra, pero también es relevante para Escocia, Gales e Irlanda del Norte, especialmente en los aspectos que conciernen a las responsabilidades internacionales. Además, Escocia, Gales e Irlanda del Norte han desarrollado sus propias estrategias paralelas y con los elementos clave de Tackling Drugs to Build a Better Britain: la estrategia de drogas escocesa queda plasmada en Tackling Drugs In Scotland: Action in Partnership, publicado en 1999 y el Plan de Acción del Ejecutivo escocés, en mayo del 2000, explica el trabajo a desarrollar para su puesta en marcha. Tackling Substance Misuse in Wales: A Partnership Approach fue aprobada en mayo de 2000 y Drug Strategy for Northern Ireland en 1999.

En lo que al alcohol se refiere, *Tackling alcohol related crime, disorder and nuisance* es el Plan de Acción<sup>130</sup> en Reino Unido y está asentado en algunos objetivos clave y prioridades para llevar a cabo programas de trabajo que aborden los problemas del

---

<sup>129</sup>En [www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/NationalStrategy](http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/NationalStrategy)

<sup>130</sup>[www.homeoffice.gov.uk/perg/aap0700.htm](http://www.homeoffice.gov.uk/perg/aap0700.htm)

alcohol relacionados con el delito, el desorden y los perjuicios ocasionados. Se han propuesto tres objetivos específicos: reducir los problemas crecientes de los bebedores menores de edad; disminuir la embriaguez en espacios públicos y prevenir la violencia asociada con el alcohol. El Ministerio de Salud ha publicado un conjunto de propuestas del Gobierno en cuanto a una comprehensiva estrategia nacional de alcohol. El documento de consulta “Nacional Alcohol Harm Reduction Strategy” Alcohol Concern<sup>131</sup> ha editado recientemente sus propuestas para esta estrategia en ‘Proposals for a National Alcohol Strategy for England’, subrayando la importancia de centrar la atención no solo en el abuso individual de alcohol sino también en el contexto social y cultural, considerando la sociedad como un todo.

Según el citado documento un 92% de los hombres y un 86% de las mujeres beben alcohol en Reino Unido, mayoritariamente como parte de su cultura sin ocasionar problemas. Pese a ello, existen consecuencias perjudiciales que es preciso conocer por lo que se expresa el propósito de identificar y donde sea posible evitar las consecuencias perjudiciales del consumo de alcohol, entre ellas los daños personales y las consecuencias sociales (combatir el desorden y el comportamiento anti-social en las calles). El Plan del Sistema Nacional de Salud afirma que el Departamento de Salud tendrá que poner en marcha una estrategia nacional de alcohol en Inglaterra para el 2004. El Gobierno cree que puede jugar un papel importante en la reducción del daño proporcionando información, educación y apoyo como estrategia preventiva y ayudando a aquellas personas que padecen sus efectos.

La Unidad de la Estrategia en Alcohol se va a encargar de desarrollar un marco de actuación para participar junto con los otros ministerios implicados y organismos dentro y fuera de Gran Bretaña. Por este motivo, se planteaban un conjunto de cuestiones a resolver y delimitar para verano del 2003, subdivididas en siete áreas: cuestiones culturales y del comportamiento asociadas con el consumo de alcohol y su mal uso;

---

<sup>131</sup> Alcohol Concern es la agencia nacional que trata el abuso del alcohol. Su trabajo consiste en reducir la incidencia y costes relacionados con el daño ocasionado por el alcohol e incrementar el abanico y calidad de los servicios disponibles para personas con problemas relacionados con el alcohol. Más información en [www.alcoholconcern.org.uk](http://www.alcoholconcern.org.uk)

salud, prevención, tratamiento e impacto en el Sistema Sanitario; delito, desorden y comportamiento antisocial; implicaciones para los grupos vulnerables, incluyendo a los niños; educación y comunicación; soluciones del mercado y basadas en el mercado y finalmente, los costes económicos y los beneficios del alcohol<sup>132</sup>.

En esta línea, en Escocia, el Ejecutivo aprobó en diciembre de 2000 un Plan de Acción en materia de alcohol, con un conjunto de acciones nacionales y locales para abordar los problemas con esta sustancia. En Gales, la nueva estrategia para combatir las drogas y el abuso de sustancias, incluye los problemas del alcohol, la prescripción de medicinas y las drogas ilegales<sup>133</sup>. En Irlanda del Norte, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services) acordó revisar la estrategia para reducir los problemas ocasionados por esta sustancia en la Estrategia Regional para la Salud y el Bienestar 1997-2002<sup>134</sup>.

Por otro lado, el análisis del organigrama muestra que, en la puesta en práctica de la Estrategia de drogas en el Reino Unido, participan entre otros las Organizaciones Nacionales y Locales en Drogas, el Gobierno Central, el Coordinador Antidroga y otros representantes, el Unidad Penal Antidroga de Reino Unido (UK Anti Drug Crime Unit (UKADCU)), Ministerios y Agencias, el Grupo que Dirige la Estrategia (Strategic Steering Group) y otros grupos de apoyo (Strategy Support Groups); además, también intervienen otros agentes fundamentales como el sector privado, el sector voluntario, agencias, medios de comunicación, padres, jóvenes, etc.

A nivel gubernamental, el trabajo es dirigido por el “Cabinet Sub-Committee on Drug Misuse” y por otros grupos. Estos conducen juntos a los representantes clave en el campo de las drogas desde los estatutarios, voluntariado, sectores privados y otros con interés en la materia y trabajan estrechamente con las asociaciones locales constituidas por los Equipos de Acción en Drogas (Drug Action Teams). Estos Equipos ejercen su labor

---

<sup>132</sup> Strategy Unit and Department of Health (2002): *National Alcohol Harm Reduction. Consultation Document*. Disponible en [www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsoesci/drugs/consultation.pdf](http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsoesci/drugs/consultation.pdf)

<sup>133</sup> [news.bbc.co.uk/1/hi/uk/wales/762753.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/wales/762753.stm)

<sup>134</sup> [www.nio.gov.uk/press/1999/jun/990625f-dhss.htm](http://www.nio.gov.uk/press/1999/jun/990625f-dhss.htm)

conjuntamente con los representantes de todas las agencias locales, incluyendo la autoridad sanitaria, local, la policía, los responsables de la libertad condicional, las Asociaciones de Delitos y Reducción del Desorden Público (Crime and Disorder Reduction Partnerships)(CDRPs), los servicios sociales, educación, los servicios juveniles y el sector voluntario.<sup>135</sup>

Por último, junto con los recursos humanos mencionados, es necesario contar con recursos económicos que permitan materializar las propuestas acordadas en la estrategia. En lo referente al presupuesto, el gasto total del Gobierno en drogodependencias creció desde 1993/94 (500 millones de libras o 320 millones de euros) a 1997/98 (1.4 billón de libras o 896 millones de euros<sup>136</sup>). El 62% del gasto total fue destinado a garantizar la ejecución del trabajo en áreas no específicamente relacionadas con la droga (policía, juzgados, libertad condicional y prisiones); un 13% en tratamiento; un 12% en prevención y educación y por último, el 13% en reducción y control de la oferta internacional. Tal y como señala la estrategia, *la eficiencia y eficacia manifestada en los objetivos de la estrategia determinará los recursos requeridos a lo largo del tiempo* (United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator).

El segundo informe muestra que los DATs informarán del gasto empleado en cumplir los objetivos de la Estrategia para el 2000/2001 en Inglaterra. El presupuesto ha aumentado en un 15% desde el año anterior, con un total de 390 millones de libras, distribuidas principalmente en tratamiento (188 millones de libras o 120,32 millones de euros), control de la oferta (113 millones/72,32), jóvenes (58 millones/37,12) y por último, en comunidades (33 millones/21,12). Pese a que el tratamiento resulta especialmente costoso (recursos, programas, etc), este aspecto refleja la importancia conferida a la atención y a la prevención (jóvenes), entendiéndose que reducen el daño asociado con el consumo de drogas y la actividad delictiva.

---

<sup>135</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams)

<sup>136</sup> El cambio se ha realizado con la equivalencia actual de 1 libra= 0,64 euros.

### **4.1.3.- Intervención Asistencial en Gran Bretaña**

#### **4.1.3.1. Principales objetivos en el tratamiento de las drogodependencias**

El tratamiento, como se ha mencionado, supone una de las cuatro grandes líneas de trabajo o principios de la estrategia británica. El principal objetivo es conseguir que las personas con problemas de drogodependencias los superen y lleven una vida saludable y libre del delito. El objetivo clave que se propone es incrementar la participación de las personas con abuso de drogas, incluyendo a los reclusos, en programas que tengan un impacto positivo en la salud y la delincuencia, alcanzando el 66% en 2005 y el 100% en el 2008.

En el segundo plan, se proponían objetivos a alcanzar en el 2000/2001 y durante el 2002. Para el 2000/01 se pretendía planificar y desarrollar la nueva Agencia Nacional de Tratamiento, responsable de garantizar la provisión de asistencia y la disponibilidad de servicios de alta calidad. Junto a ello, desarrollar servicios especializados para jóvenes, utilizando diferentes tratamientos en dos regiones; informar de la marcha de la Agencia Nacional de Tratamiento<sup>137</sup>; desarrollar y ejecutar un plan de reclutamiento y formación de los profesionales que trabajan en esta materia; auditar la puesta en práctica de los servicios de tratamiento a nivel local y sanitario a través del Sistema de Evaluación del Cumplimiento del Sistema Nacional de Salud y Servicios Sociales (NHS Performance Management and Social Services Performance Assessment frameworks) que operaría durante el 2000/2001 y publicar y difundir posibles modelos de cuidados en servicios de tratamiento de drogodependencias como guía para la provisión de un servicio integrado y de ejemplo de cuidados óptimos al cliente.

En la misma línea, se planificó asesorar a los servicios de drogas para que actuaran de modo eficiente (“ofrezcan el mejor valor del dinero”); introducir nuevos acuerdos para autorizar a los doctores a prescribir substitutivos y otras medicaciones controladas en el

---

<sup>137</sup> La Agencia Nacional de Tratamiento (NTA) fue creada por el Gobierno el 1 de abril de 2001 con el propósito de incrementar la capacidad, calidad y eficacia del tratamiento de las drogas en Inglaterra.

tratamiento de la adicción; elaborar un plan de acción para observar (monitorizar) y reducir las muertes relacionadas con la droga; garantizar que todas las administraciones sanitarias desarrollasen los servicios de modo que, en marzo del 2001 accediesen a los servicios de tratamiento un 15% más de personas con problemas de drogodependencias (excluidas aquellas procedentes del sistema penal de justicia); además asegurar la participación activa en los Equipos Locales de Acción de Drogas (DATs), particularmente en los referentes al sistema penal de justicia.

Para el 2002 se propusieron nuevos objetivos, en particular, la obligación de que los DATs establecieran un tiempo máximo de espera para la admisión en los servicios de tratamiento y ser monitorizados por las agencias encargadas de ello. Junto con ello, asegurar que los servicios en prisión CARATS (Consejo, Juicio, Arbitraje, Consulta al abogado, Servicios de Cuidados Directos) alcanzasen un número anual de 20.000 casos, con 30 nuevos programas de rehabilitación y 5.000 reclusos anualmente en los programas de tratamiento. En la misma línea, conseguir plazas en los “National Occupational Standards” para especialistas en drogas y alcohol; reducir el número de atendidos que utilizan la vía inyectada y de aquellos que comparten material; finalmente, garantizar que todos los programas de tratamiento estuviesen acordes con los criterios de calidad nacionalmente aceptados.

Si analizamos estos objetivos detenidamente, se puede realizar una clasificación que facilite su entendimiento, según la cual podemos encontrar un conjunto de medidas referidas al desarrollo y mejora de los servicios, otras a los programas y finalmente unos objetivos finales relacionados con los usuarios de drogas. En general, se aprecia que las prioridades de los servicios pasan por la mejora de la calidad y el desarrollo de otros específicos para gente joven. Respecto a los programas, hay un interés especial en el desarrollo de algunos de rehabilitación en prisión y nuevamente se alude a la calidad, la necesidad de auditar, de establecer modelos de cuidados, la formación del personal y también introducir nuevos permisos para que los médicos puedan prescribir substitutivos y otro tipo de medicación controlada.

En cuanto a los usuarios, los objetivos son incrementar el número de personas atendidas en los servicios de tratamiento, haciendo especial referencia a los pacientes tratados en prisión; reducir el número de los que se inyectan y de aquellos que comparten jeringuillas y por último, elaborar un plan que permita controlar y disminuir el número de muertes ocasionadas por el consumo de estas sustancias. La consecuencia final que se pretende alcanzar es conseguir que las personas con problemas de drogas los superen y puedan llevar una vida saludable libre del delito. Como vemos, salud y delito se vinculan continuamente con las drogas en la Estrategia británica (ver Gráfico 4.3).

**Gráfico 4.3: OBJETIVOS PRIORITARIOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN GRAN BRETAÑA**

**SERVICIOS**

- \* Desarrollo de la Nueva Agencia Nacional de Tratamiento (para aumentar la calidad de los servicios)
- \* Desarrollo de servicios especializados para jóvenes.
- \* Garantizar que todas las administraciones sanitarias desarrollan servicios.
- \* DAT: establecer un tiempo máximo de espera para la admisión de los pacientes en servicios de tratamiento y ser monitorizadas por las agencias encargadas.

**PROGRAMAS**

- \*30 nuevos programas de rehabilitación en prisión
- \*Ocupar un lugar en el National Occupational Standards para especialistas en alcohol y drogas
- \*Auditar la actuación de los servicios de tratamiento a nivel local y sanitario
- \* Asegurar que todos los programas de tratamiento sean acordes con los criterios de calidad nacionalmente aceptados
- \* Publicar y difundir modelos de cuidado de los servicios de tratamiento
- \* Desarrollar y ejecutar un plan de formación y reclutamiento para los profesionales en drogas
- \* Introducir nuevos permisos a los doctores para prescribir substitutivos y otro tipo de medicación controlada

**PACIENTES**

- \* Incrementar la participación de las personas con problemas de drogodependencias en los programas de tratamiento con un impacto en la salud y la reducción del delito (66% 2005 y 100% 2008).
- \* Lograr un 15% más de acceso de los consumidores de drogas en los servicios de tratamiento
- \* Asegurar que los servicios en prisión alcancen un total de 20.000 casos anuales
- \* Conseguir que 5000 reclusos al año ingresen en programas de tratamiento

**CONSECUENCIAS**

- Reducir el número de drogodependientes (delos que ingresan en tratamiento) que utilizan la vía inyectada y comparten material
- Producir un plan de acción para controlar y reducir el número de muertes ocasionadas por la droga



**Fuente: elaboración propia**

**CONSEGUIR QUE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE DROGAS LOS SUPEREN Y LOGREN UNA VIDA SALUDABLE LIBRE DEL DELITO**



#### **4.1.3.2. Programas y Recursos: el desarrollo de los servicios públicos de tratamiento de la dependencia del alcohol y de las drogas. El papel de las Organizaciones no Gubernamentales**

A mediados de los años 60, no había servicios especializados en el tratamiento de las drogas en el Reino Unido pero desde ese momento, se fueron desarrollando un amplio abanico de recursos especializados y algunos médicos generales continúan hoy atendiendo desde los servicios de atención primaria. Las preocupaciones políticas, en ocasiones “cambiantes”, han ocasionado algunos “altibajos” en el desarrollo de los servicios. En 1968 se crearon las llamadas Unidades de Dependencia de Drogas (Drug Dependency Units (DDUs)), situadas en los hospitales, como respuesta al incremento del número de consumidores problemáticos de drogas y a la preocupación por el mercado ilícito de prescripción de drogas entre los doctores en Londres (ver epígrafe 1). Unas décadas más tarde, en los años 80, surgieron los Equipos de Atención Comunitaria (Community-based drug teams (CDTs)) con un enfoque multidisciplinar del tratamiento de las drogodependencias. El desarrollo de la filosofía de reducción del daño, con proyectos como el intercambio de jeringuillas, cambiaron la dirección de las actuaciones, al reconocer que la infección por VIH podía contagiarse de uno a otro usuario de drogas por vía parenteral y llegar más lejos, a la extensión en la comunidad. Este aspecto ocupó el primer puesto, con un fuerte énfasis en “atraer” a este tipo de usuarios hacia los servicios de tratamiento.

A comienzos de los 90, se produjo un cambio en la gestión de los servicios de drogodependencias, acercándolos al ciudadano: en 1990, el Servicio Médico Nacional (NHS) y el Decreto sobre Atención Comunitaria dotaron a la administración local de responsabilidades para la organización de los servicios en drogodependencias. A finales de esta década, a la reducción de daños se añadió un nuevo planteamiento: romper la asociación que ha perdurado durante décadas entre drogas y delito. Por esta razón, los servicios recientemente desarrollados ven el tratamiento como una vía para romper este vínculo, a la vez que la política gubernamental hace énfasis en esta perspectiva (Audit Commission, 2002:20-24). La iniciativa de *arrest referral* es una más entre un conjunto

de intervenciones del sistema judicial para identificar a los delincuentes usuarios de drogas y remitirlos a un tratamiento adecuado que estudie conjuntamente su problema con la droga y el delito. Todas estas iniciativas se incluyen en el área de las ‘Comunidades’ de la Estrategia sobre Drogas y pretende identificar y ayudar a los usuarios con problemas de este tipo tan pronto como sea posible. Este enfoque no es una novedad ya que los esquemas de Arrest referral venían siendo usados en diversas formas desde los años 80 (Dorn, 1994; Chatterton et al., 1998; Murji, 1998).

Los profesionales especialistas en esta tarea (arrest referral workers) se encuentran en, o cercanos, a los centros policiales, pudiendo proporcionar la oportunidad de acceder a los servicios de tratamiento o a otros programas de ayuda, tan pronto como sea posible. Esta ayuda no supone en ningún caso una alternativa al procesamiento judicial (Sondhi, A.; O’Shea, J. Williams, T., 2002). Por último, otro aspecto destacado en la atención tuvo lugar en el 2001, cuando el Gobierno propuso dotar nuevamente de licencias a los médicos (incluidos los de medicina general o GPs) para la prescripción de sustitutivos (Audit Commission, 2002:20-24). De esta forma, junto con los servicios especializados, el paciente también puede acudir a su médico de cabecera para que le dispense la sustancia, normalizándose la atención al drogodependiente, que acude por este problema al igual que por cualquier otra consulta (ver Tabla 4.3).

Junto con la evolución de los recursos, se ha producido un cambio simultáneo en la aproximación a la atención por parte de los profesionales. Muchas Unidades de Dependencia de Droga (DDUs) inicialmente conferían un fuerte énfasis al modelo de atención médica, que centra las necesidades en la salud del drogodependiente. Más tarde, los Equipos de Atención Comunitaria (CDTs) vieron la drogodependencia en el contexto social, contando con el apoyo de los servicios generales, como los servicios sociales de provisión de vivienda, los médicos generales (GPs) y las agencias de justicia penal. Aunque la mayoría de los programas residenciales y redes de autoayuda, como Narcóticos Anónimos, consideran la abstinencia de las drogas como el objetivo exclusivo a lograr con el tratamiento, muchos servicios comunitarios establecen objetivos

“intermedios”, como la reducción de la práctica de compartir jeringuillas o del comportamiento delictivo.

**Tabla 4.3: Servicios de Tratamiento en Reino Unido**

<b>Hasta 1960:</b> Atención Primaria (GPs)
<b>1960:</b> Servicios Especializados + algunos médicos generales (GPs) <b>NECESIDADES DE SALUD</b>
<b>1968:</b> Unidades de Dependencia de Drogas (DDUs) en los hospitales
<b>1980:</b> Equipos de Atención Comunitaria (CDTs) <b>SALUD +NECESIDADES SOCIALES</b>
<b>1990:</b> Responsabilidad a la Administración Local para organizar los servicios de drogodependencias (DATs)
<b>Finales de los 90:</b> Servicios relacionados con el delito y el tratamiento
<b>2001:</b> nuevas directrices para la prescripción de heroína por parte de todos los médicos (incluidos GPs) Interés en mejorar la calidad de los servicios.

**Fuente: Audit Commission (2002): *The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing.***

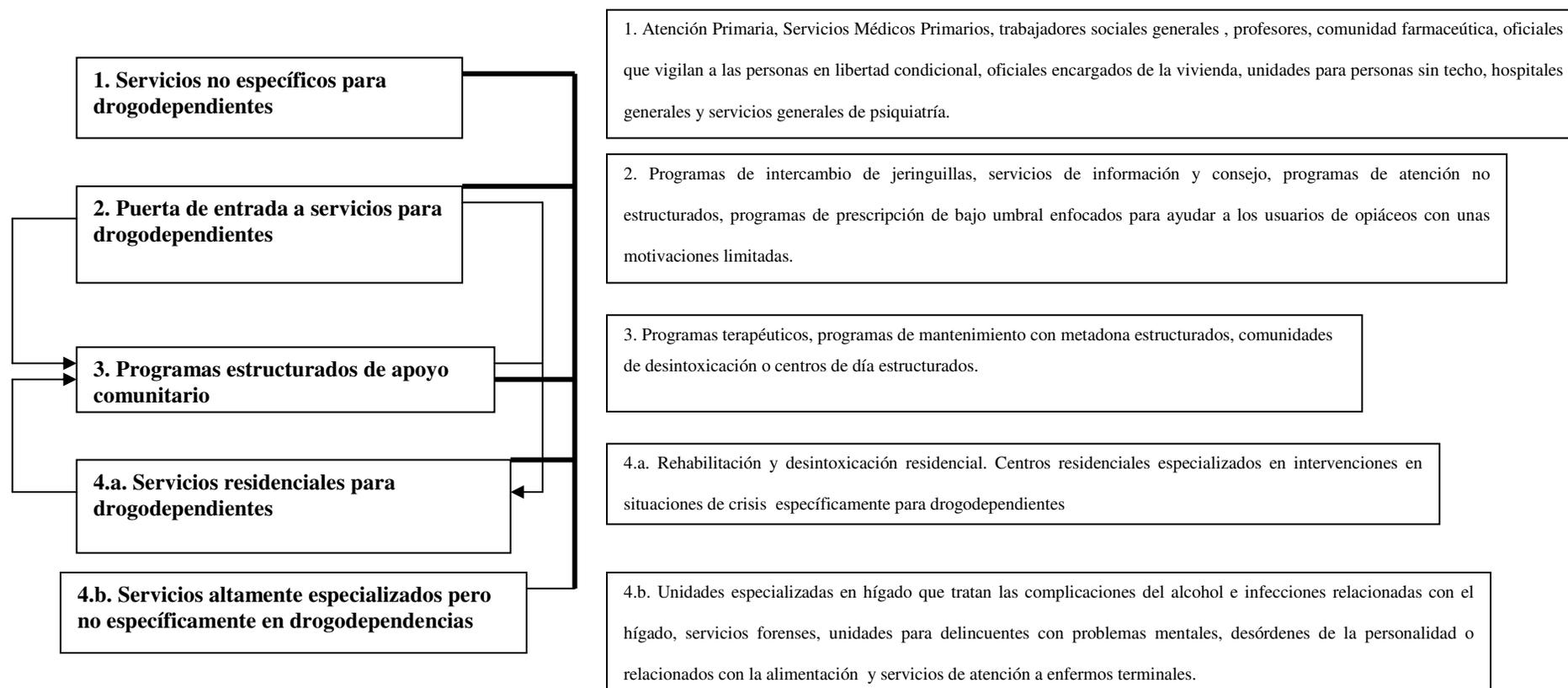
Finalmente, hay que señalar dos elementos sin los cuales es difícil entender la nueva dirección de la atención: sistema y calidad. En los últimos años, los Equipos de Acción en Drogas (DATs) se esfuerzan en considerar el tratamiento local (o comunitario) como un *sistema*, más que en centrar el servicio de tratamiento en un lugar concreto. Esto significa que, concebido como *sistema*, el cambio en alguno de sus componentes podría causar efecto en la actividad del resto. Además, en el Sistema Médico Nacional, las políticas de tratamiento y de los servicios de atención han procurado aumentar la calidad y conseguir servicios más efectivos, que sean atentamente informados por la evidencia científica y guiados por la monitorización (evaluación) de sus actuaciones.

Los cambios y transformaciones en los diferentes servicios y modelos de tratamiento han llevado a la configuración actual. Aunque, las modalidades de tratamiento pueden ser agrupadas de diversos modos y ninguna de estas clasificaciones proporcionará una completa descripción o definición del contenido de los niveles, en líneas generales, los servicios para atender los problemas de dependencia de sustancias podrían agruparse en cuatro niveles: 1. **Servicios no específicos en drogodependencias:**

consisten en recursos generales ofrecidos por un amplio rango de profesionales que trabajan con una gran variedad de “clientes”, entre los que se incluyen a los drogodependientes. **2. Puerta de acceso a los servicios de drogodependencias:** son los encargados de proveer servicios accesibles para un amplio rango de drogodependientes desde una variedad de recursos, incluyendo los autodirigidos, con el objetivo de ayudarlo a ingresar en el tratamiento sin exigir un alto nivel de compromiso. Con frecuencia, el usuario accede a los servicios a través de este nivel y progresa hacia otros superiores. **3. Servicios estructurados para drogodependientes basados en la comunidad:** se caracterizan por proporcionar servicios solamente para drogodependientes en programas de atención estructurados.

El nivel 4, incluye a su vez dos subniveles, el nivel **4a: incluye servicios específicos de apoyo residencial, enfocados a aquellos individuos que precisan un alto nivel de especialización de los servicios para atender sus necesidades.** Normalmente requieren un mayor grado de motivación y compromiso por parte del drogodependiente que en los niveles mencionados anteriormente. Los usuarios raramente acceden de modo directo a este nivel, sino que es más común que lo hagan primero por los niveles 2 y/o 3 (excepto en las unidades de intervención en caso de crisis). Incluye casi todos los servicios residenciales orientados a la abstinencia, que requieren que la persona deje de consumir drogas antes de entrar o como parte de un programa de desintoxicación residencial. El número de personas que solicitan los servicios del nivel 4a tiende a ser menor que en los niveles 1–3. Finalmente, el nivel **4b: engloba servicios altamente especializados, pero no específicamente en drogodependencias:** tendrán vínculos con estos servicios o con otros niveles, pero no están específicamente destinados a ello. Proporcionan atención en todos los niveles anteriormente descritos (por ejemplo, enfermeras especializadas en el tratamiento de la hepatitis, en materia de VIH, medicina genitourinaria). La existencia de recursos no específicos en drogodependencias en los niveles de atención indica que, en la planificación del conjunto de medidas para atender a estos usuarios, los responsables han de tener en cuenta el alto nivel de comorbilidad asociada, particularmente médica y psiquiátrica y las necesidades que ello puede representar para los drogodependientes (Department of Health, 2002).

**Gráfico 4.4: NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA LAS DROGODEPENDENCIAS**



Fuente: elaboración propia. *Models of Care for substance misuse treatment*. Department of Health, febrero de 2002

Si nos referimos solamente a los recursos específicos de atención a drogodependientes, siguiendo a Yates, R. (2002), otra clasificación podría distinguir entre agencias residenciales/no residenciales y servicios en áreas rurales. La mayor parte de las agencias residenciales de rehabilitación, son vistas como el primer servicio de tratamiento. *Proporcionar alojamiento sencillamente permite llevar a cabo un trabajo comprometido y la experiencia de vivir y trabajar con otros, da origen a una abundancia de sentimientos y emociones que pueden ser utilizados como “material” en los grupos de trabajo y en la asistencia individual.* La mayor parte de las agencias residenciales incluyen alguno o todos estos servicios: alojamiento, desintoxicación, actividades laborales, actividades artísticas y artesanas, reuniones religiosas, formación en habilidades de vida, apoyo individual, terapia de grupo, prevención de las recaídas, respiración asistida.

En algunos casos, es necesario que los residentes estén desintoxicados antes de ser admitidos, mientras que en otros se ofrecen estos servicios. Hay un número importante de residencias que **ofrecen corta/media estancia** y en algunas se puede continuar utilizando alcohol (wet hostels) pero en ningún caso se permite la utilización de drogas (excepto aquellas prescritas legalmente). Entre el personal, en ocasiones se emplea a ex-residentes que cumplen el rol de modelos de seguimiento y en cuanto al sexo, muchas agencias aceptan hombres y mujeres aunque, en la práctica, *mixto* suele significar que hay más mujeres residentes que hombres. La mayor parte de las residencias británicas están localizadas en Inglaterra y ubicadas en las afueras de las ciudades.

Siguiendo con las agencias residenciales, podemos encontrar distintos conceptos de ellas aunque casi todas tienen como nota común un fuerte énfasis en el *ethos* familiar/comunal de su programa. En la tradicional **Comunidad Terapéutica**, más común en el campo de las drogas que en el del alcohol<sup>138</sup>, se hace un fuerte énfasis en la responsabilidad individual y el trabajo de grupo; otras **Comunidades Terapéuticas**, no utilizan el mismo sistema jerárquico que las anteriores y han introducido más principios

---

<sup>138</sup> Fue importado desde EEUU a finales de los sesenta

democráticos en el tratamiento; el **Modelo Minnesota**, en Reino Unido está dirigido principalmente por compañías privadas (con ánimo de lucro) basadas en el programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (AA); finalmente, también se localizan un importante número de **Comunidades Cristianas**.

Por otro lado, hay muchos tipos de agencias especializadas en ofrecer **servicios no residenciales** para el tratamiento de las drogas y el alcohol, en algunas ocasiones tratando ambas problemáticas y en otras, especializados en una de ellas. De la misma forma, el objetivo de la agencia puede ser un segmento particular de la sociedad, como los adolescentes bebedores o los usuarios de “drogas de baile”, entre otros. En cuanto a los objetivos de la intervención, lo más probable es que se dirijan a la reducción de daños y también ayuden a lograr la abstinencia. Para este autor, en teoría, las agencias no residenciales deberían ser capaces de ofrecer algunos de los siguientes servicios o al menos permitir el acceso a ellos: prescripción, consejo y otras terapias; material de inyección; apoyo legal; consejos sobre uso de drogas y bebida; sobre sexo seguro; ayuda fuera de horas; desintoxicación comunitaria e individual; consejo y ayuda para la atención, información sobre sus derechos de asistencia social y actividades alternativas; finalmente, servicios de atención sanitaria general y de restablecimiento.

Por regla general, los servicios no residenciales están ubicados en la comunidad, aunque también se pueden localizar en hospitales locales e incluso en las secciones o departamentos de trabajo social. En el momento de solicitar tratamiento, algunas agencias tienen un acceso fácil “simplemente acudiendo al centro” mientras que otras han establecido un sistema de citas similar al de la medicina general (GP). En cuanto a los profesionales, el sector voluntario y las agencias de la administración local cuentan con personal procedente de muy variadas formaciones, como enfermería, psicología, etc., aunque los proyectos son abordados en todo caso desde el campo de la salud. Además, aunque muchos de estos profesionales tienen una dedicación completa, algunos de ellos, generalmente médicos, ejercen su trabajo mediante contratos a tiempo parcial.

Por último, existen 543 agencias especializadas en Inglaterra y Gales en materia de alcohol, que proporcionan una amplia variedad de servicios para asistir a los pacientes en cada estadio del problema, desde consejo inicial para dejar de beber, a programas estructurados con grupos de trabajo, asistencia sociopsicológica, formación en habilidades, trabajo de prevención de recaídas y desintoxicación. En particular, hay 328 servicios de consejo y asistencia sociopsicológica, 123 programas de día y 191 programas residenciales, aunque más de 100 agencias suponen una combinación de los servicios mencionados. Además, muchos de éstos proporcionan ayuda individual gratuita y dependen tanto de las agencias locales estatutarias como de las administraciones sanitaria y local (Alcohol Concern, pág.2).

Junto con la atención prestada por parte de los servicios públicos, el Reino Unido, con una gran tradición asociativa, cuenta con un importante número de grupos de autoayuda en drogodependencias, siendo los más conocidos y más extendidos Alcohólicos y Narcóticos Anónimos (AA y NA). Estas organizaciones desarrollan una importante labor y apoyo a la asistencia, en muchos casos con recursos residenciales especiales para ello y a lo largo de los años se han extendido por toda la sociedad, llegando también a las instituciones penitenciarias. Sin embargo, algunos profesionales encuentran que es difícil trabajar con ellos, puesto que, su colaboración lleva implícita unas ideas particulares sobre las dependencias a las drogas y al alcohol. En su opinión, la adicción es una enfermedad de por vida que no puede ser curada y solo puede ser controlada dejando de usar drogas y alcohol para siempre, por lo que, tienen su propia terapia basada principalmente en el apoyo grupal y no incluyen objetivos intermedios.

Estos dos modos dispares de entender la adicción y el tratamiento pueden ser una explicación a la escasa comunicación entre estos grupos y los servicios públicos. No obstante, existen otras asociaciones que trabajan “en contacto” o “a pie de calle” como parte de proyectos de los servicios especialistas y en este caso, el objetivo principal es localizar a usuarios de drogas que no están en contacto con ninguna agencia y lograr que accedan a los servicios de tratamiento. Su posición cercana a la realidad les hace desarrollar una actividad que las agencias públicas, con sus horarios, tareas, etc.

difícilmente pueden emprender. Pese a la importancia de esta labor, existen pocas iniciativas de esta naturaleza en materia de alcohol, aunque algunos jóvenes de modo independiente concentran sus esfuerzos en ayudar a los bebedores adolescentes y a otros grupos como los “sin techo”.

Además, estos grupos “a pie de calle”, pueden proporcionar una puerta de entrada a la atención de otros colectivos como los usuarios de drogas por vía parenteral que no han entrado en contacto con las agencias. El intercambio de jeringuillas, pese a su polémica implantación, hoy en día ofrece una mayor libertad de actuación a los drogodependientes y junto con ello, entre sus servicios les proporcionan material de inyección limpio, un lugar disponible para su utilización, consejo/información en el uso seguro de drogas o en la inyección, revisiones sanitarias y acceso a otros servicios. En algunas áreas, el intercambio de jeringuillas también está implantado en la red de farmacias pero esto es relativamente minoritario de modo que, en la mayoría de los casos, los pacientes continúan acudiendo a los servicios tradicionales.

Para finalizar esta descripción de los recursos en drogodependencias británicas, es preciso tener en cuenta la concentración de la población en las zonas rurales y hacer hincapié en las particularidades de los servicios, sobretodo en el caso de Escocia, donde una tercera parte de la población vive en áreas rurales o pequeñas ciudades. Aunque también es importante proveer a estas zonas de servicios en materia de drogas y alcohol, en ocasiones resulta difícil puesto que existen condiciones y circunstancias que difieren de la zona urbana como la geografía, con zonas muy alejadas y con pocos habitantes que encarecen los servicios; la problemática propia, con un elevado número de consumos experimentales u ocasionales más que dependientes de drogas; y por último, por un acusado sentido de la vergüenza y la culpabilidad en ambos problemas, ya que en las áreas rurales es mucho más fácil “ser visto” utilizando los servicios especializados en drogodependencias.

Ante esta situación se han dado diversas clases de intervención. Entre ellas destacan las intervenciones mínimas, que incluyen una gran variedad de actividades y se

caracterizan porque el usuario es quien tiene control por lo que el especialista se limita a proporcionar apoyo, ánimo, información y consejo -frecuentemente por teléfono- con un servicio seguido por un programa de autoayuda. No obstante, este tipo de intervenciones no son muy frecuentes. Además, también hay trabajadores a pie de calle en estas zonas pero se encuentran con el problema del reconocimiento social. Este aspecto es solucionado con los llamados servicios satélite, que tienen lugar cuando personal especializado se desplaza desde sus áreas de trabajo a las zonas más lejanas de modo regular (semanal o mensualmente), dedicando un tiempo a consulta en un local adecuado como el centro de salud, los centros comunitarios, clubes para jóvenes. Aunque tiene la ventaja de que profesional y paciente no se conocen socialmente, este servicio suele resultar más caro por los costes de desplazamiento del personal.

En muchas áreas rurales, las agencias de alcohol han dado formación adicional al personal de modo que puede ofrecer servicios para todo tipo de drogodependencia. Sin embargo, nuevamente combinar estos servicios en áreas sujetas a un menor anonimato, puede provocar entre los bebedores problemáticos cierto miedo a ser etiquetados como *yonquis*. Finalmente, otra solución ha sido ofrecer la formación necesaria a trabajadores comunitarios y personal local, entre ellos jóvenes, para que tengan un buen contacto con los servicios especializados, lo que permite derivar sin demasiada demora a aquellos que tienen serios problemas (Yates, 2002).

#### **4.1.3.3. Evaluación de resultados: principales problemas asistenciales**

Al analizar los principales objetivos del tratamiento en Gran Bretaña, se constataba que una de las prioridades en la actualidad es la mejora de la calidad de los servicios, que supone el desarrollo de programas eficaces, comprobados mediante auditorías y su mejora a través de protocolos de actuación que definan el modo de trabajo. Algunas investigaciones han realizado evaluaciones de resultados, tratando de localizar los posibles problemas y soluciones para mejorar la calidad de los servicios e

incluso preocupándose por la búsqueda de nuevos indicadores<sup>139</sup>. La intervención asistencial de los drogodependientes en Inglaterra se organiza y comisiona localmente a través de 149 Equipos de Acción en Drogas (DATs). La evaluación de la mayoría de éstos (145) tuvo como principales resultados que, un 72% (105) ofrecen la posibilidad de acceder a todos los servicios, aunque seis de ellas confesaron dificultades en sus áreas en la prescripción por parte de los médicos generales (GPs) y dieciséis en el acceso a los programas de día estructurados.

En la misma línea, se considera fundamental proporcionar un acceso rápido a los servicios de tratamiento. En este sentido, todos los recursos han tenido por término medio, un tiempo máximo de espera<sup>140</sup> superior al fijado como objetivo para diciembre del 2003. Entre los recursos que ocasionan más espera a los pacientes, destacan los especialistas en prescripción (14.1 semanas), los de desintoxicación en internamiento (12 semanas) y los de rehabilitación residencial (9.1 semanas). Como contrapartida, la prescripción a través del médico de cabecera (GP) (5.7 semanas), los programas de día (6 semanas) y los de apoyo psicosocial (7.6 semanas) han experimentado los mejores resultados por término medio.

Por otra parte, es esencial que cada área cuente con un protocolo de actuación acordado para que los servicios de prescripción de substitutivos de modo eficiente, obedezcan a directrices nacionales y describan los respectivos “roles” de los médicos generales y los servicios especializados. Por esta razón, el Ministerio de Salud ha promovido la evaluación de los servicios de atención compartidos para este propósito y 122 de los 137 Equipos de Acción en Drogas (DATs) informaron haber tenido grupos de evaluación de esta naturaleza (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002).

---

<sup>139</sup> National Treatment Agency for Substance Misuse (2002): se ha reconocido durante algunos años que la ausencia de información fidedigna en la gestión es una importante barrera para el desarrollo de servicios de tratamiento de las drogas eficaces, apropiados y accesibles, a lo largo de Inglaterra. Por este motivo, se han seleccionado cuatro indicadores: tiempo de espera; Nuevos referrals; realización del tratamiento/proporción de altas o rehabilitaciones que han resultado y costo por unidad.

<sup>140</sup> Número de semanas que transcurren desde que el usuario de drogas se presenta a tratamiento, hasta que comienza el servicio apropiado

La Comisión de Auditoría<sup>141</sup> es un cuerpo independiente que tiene como objetivo primordial asegurar la utilización del dinero público en términos de eficacia y eficiencia y al mismo tiempo, es responsable del nombramiento de auditores externos para la administración sanitaria y local. Con estos propósitos, se pretende que con su actuación conduzca a la mejora de los servicios públicos, la promoción de una administración y gobierno apropiados y ayudando a suministrar servicios, de modo que, finalmente, se consigan unos resultados positivos para los usuarios y el público. Además, se parte del supuesto de que la organización administrativa se basa en los principios fundamentales de responsabilidad, integridad y franqueza<sup>142</sup> con los auditores internos y externos y con los cuerpos reguladores y de inspección. Durante el periodo 2001/02, la Comisión emprendió un estudio sobre los servicios de tratamiento de adultos en 11 áreas de Inglaterra y Gales; en febrero de 2002, publicó un informe nacional con los resultados obtenidos, titulado *Cambiando Hábitos (Changing Habits)*. En conjunto, este informe ponía de relieve diferencias significativas entre unas áreas y otras respecto a la oferta de servicios, en las prácticas de trabajo adoptadas y en la efectividad de las agencias locales en el desarrollo del trabajo conjunto.

En general, a partir de las investigaciones realizadas, se han encontrado algunos problemas en los servicios de tratamiento. En primer lugar, la naturaleza de la adicción, precisa que **los drogodependientes necesiten un acceso rápido a los servicios**, *con una atención cuidada y adaptada a las necesidades individuales. Sin embargo, muchos drogodependientes aún perciben dificultades para conseguir la ayuda adecuada. Ante nuestra mirada, se dibuja una imagen con opciones limitadas de tratamiento, con grandes retrasos en la atención y una gestión de los cuidados poco desarrollada que deja a demasiada gente ‘fracasar en la red’. Algunos de los problemas son el resultado de recursos obligados, pero con poca planificación de los servicios, diferentes visiones acerca del trabajo que hay que realizar y pobre colaboración y ayuda entre los servicios de tratamiento, los de medicina general, los de salud mental y las instituciones*

---

<sup>141</sup> National Treatment Agency: *Guidance*. En [www.nta.nhs.uk](http://www.nta.nhs.uk)

<sup>142</sup>“El proceso por el cual los cuerpos del servicio público y las personas que trabajan en ellos, son responsables de sus decisiones y acciones, incluyendo la administración de los fondos públicos y todos los aspectos de actuación, y se someten al apropiado “examen” externo’. (Corporate governance: a framework for public bodies, 1995)

*penitenciarias* (Audit Commission, 2002). Las agencias locales necesitan centrar sus esfuerzos en reforzar la colaboración en un trabajo que ha de ser multidisciplinar, promoviendo una mejor coordinación y acuerdos comunes en la atención y en la responsabilidad, revisando la calidad y el alcance de los servicios de tratamiento, desarrollando aproximaciones más flexibles y mejorando la ayuda en atención primaria (Audit Commission, 2002:63).

En cuanto a los pacientes, aumenta el número de los que ingresan en tratamiento por problemas relacionados con la cocaína, por la combinación de cocaína/heroína y especialmente por el crack, al tiempo que los servicios reconocen la necesidad de mejorar la atención dirigida a esta problemática. Los responsables tienen el papel de modificar y adaptar un tradicional sistema de tratamiento centrado en los opiáceos en otro que también sea capaz de solventar las necesidades de la población cocainómana. Este problema se percibe desde hace unos años, puesto que, una investigación sobre la adicción en Inglaterra a mediados de los 90, mostraba que la mayoría de los servicios no atraían a los usuarios de cocaína y que algunos de los tratamientos utilizados no se basaban en la evidencia científica. Más recientemente, la Comisión de Auditoría encontró que los servicios en Reino Unido generalmente no asistían ni reunían las condiciones necesarias para atender a los pacientes por consumo de crack. Además, según la Investigación Nacional sobre los Resultados del Tratamiento en Drogodependencias (National Treatment Outcome Research Study) (NTORS), evaluación realizada en Inglaterra,<sup>143</sup> los pacientes que solicitan ser atendidos por su adicción al crack sufren más recaídas y por tanto, tienen una mayor probabilidad de volver a la droga.

Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal y por cohortes iniciado en 1995, con más de un centenar de usuarios de drogas problemáticos reclutados entre 54 programas residenciales o comunitarios. El problema más frecuente era la dependencia a la heroína durante muchos años, frecuentemente junto con un policonsumo con otras drogas y alcohol. Los principales resultados muestran que, la tasa de abstinentes a lo largo de los años ha ido creciendo, al tiempo que se ha reducido la frecuencia de

---

<sup>143</sup>En National Treatment Agency (2002): *Commissioning cocaine/crack dependence*.

consumo, la utilización de la vía inyectada, la práctica de compartir material y el delito, mejorando además la salud de los pacientes. Este estudio también demuestra que la tasa de mortalidad es muy superior en los consumidores de drogas a la de la población general y las causas principales de la mortalidad entre los drogodependientes son la sobredosis y las enfermedades asociadas con el consumo.

Además, algunos resultados fueron menos satisfactorios que los anteriormente citados: las mejoras entre los consumidores de crack habían descendido después de 4–5 años; muchos consumidores de drogas, por ejemplo de metadona, bebían en grandes cantidades al comienzo y tras el seguimiento, lo que sugiere que los servicios deberían desarrollar y reforzar el tratamiento del alcohol entre los consumidores problemáticos de drogas; finalmente, algunos clientes fracasaron y abandonaron el tratamiento. Alrededor de una quinta parte de la cohorte continuó consumiendo heroína diariamente a lo largo del periodo investigado, y después de 5 años, aproximadamente un 40% de los pacientes residenciales y de metadona aún utilizaban heroína al menos una vez por semana. Un pequeño grupo de pacientes que abandonaron mostraban mejoras en todas las medidas de resultados y el fracaso de estos pacientes a pesar de su mejora, es un tema que preocupa (Gossop, M.; Marsden, J.; Steward, D., 2001). Junto con esta evaluación también se ha realizado otra investigación acerca de las medidas *de arrest referral* o apoyo judicial a lo largo de Inglaterra y Gales, utilizando un método de aproximación múltiple que contrasta los resultados en un gran número de zonas (Londres, Gran Manchester, Merseyside, el Suroeste de Inglaterra, Oxford, Leeds, Nottingham y Brighton) y los compara así mismo con otros estudios en la materia (Sondhi, A.; O’Shea, J.; Williams, T., 2002:2).

Finalmente, parece que las mayores deficiencias se aprecian en el campo del alcohol. Al respecto, el documento *The State of the Nation. Britain’s True Alcohol Bill* llega a considerar que la supervivencia de estos servicios se encuentra amenazada. En su opinión, la ausencia de la esperada estrategia gubernamental en alcohol ha ocasionado una ‘planificación frustrada’ a nivel local, puesto que muchos responsables en salud y administración local esperaban conocer las prioridades de la estrategia antes de comprometerse a destinar presupuesto para los servicios. Además, la partida

presupuestaria en materia de alcohol ha llegado unida a los servicios de salud y bienestar a través de la nueva Atención Primaria, diseñada con un mayor número de objetivos y prioridades. Por último, la ausencia de prioridad en las políticas de alcohol y el dominio de la agenda en materia de drogas está desestabilizando los servicios actuales y si se aplican los criterios actualmente diseñados para los servicios residenciales, se estima que en un futuro las camas (plazas) residenciales se podrían ver reducidas a la mitad. Esta situación se considera grave puesto que se podría conseguir mucho provecho invirtiendo en los servicios de alcohol y en la prevención de los problemas que ocasiona, implicando por ejemplo, al Servicio Médico Nacional (NHS) y a los servicios policiales. El mensaje que percibe en la sociedad británica es “*si necesitas ayuda en el futuro, págatela*”.

## **4.2. Estudio particular del Reino Unido: el tratamiento de las drogodependencias en Escocia**

### **4.2.1. Situación del consumo de drogas**

#### **4.2.1.1. Aspectos culturales**

El estudio de la realidad británica puede verse enriquecido si utilizamos el mismo esquema para analizar la situación experimentada en una de sus regiones: Escocia. Este modo de actuación permite conocer dentro de la generalidad británica algunas notas distintivas relativas a una situación social e histórica peculiar, que ha motivado la adaptación de las políticas a las propias necesidades percibidas. Desde 1603, Escocia e Inglaterra han compartido la Corona y han tenido un Parlamento común desde 1707 hasta el 1 de julio de 1999, fecha en la que se pusieron en marcha el Parlamento y el Gobierno Regional Escocés<sup>144</sup>. Sin embargo, pese a ser una parte integral de Reino Unido, con una población de 5,102,400 habitantes en 1991<sup>145</sup>, Escocia mantiene una identidad nacional y

---

<sup>144</sup> Fuente: Microsoft Encarta enciclopedia 2001

El 12 de septiembre de 1997, los ciudadanos escoceses en referendun eligieron su limitada autonomía regional, con su propio parlamento. En mayo de 1999 tuvieron lugar las primeras elecciones parlamentarias de casi tres siglos. El parlamento regional escocés y el gobierno regional tiene transferidas competencias por parte del gobierno británico en materia de leyes, educación, salud, trabajo, tráfico, turismo y agricultura, aunque una limitada jurisdicción en los asuntos mencionados.

<sup>145</sup> Census of 1991.

sus propias tradiciones. Ha tenido mayores problemas sociales que el resto de Reino Unido, particularmente con el desempleo y, la dependencia al alcohol, al tabaco y a las drogas ilícitas se ha consolidado como el mayor problema de esta región (Plant, M., 1992:3-9).

Siguiendo a Yates, R (2002) sería justo decir que la política escocesa en relación con el abuso de alcohol, se ha caracterizado por la ausencia de nuevas ideas y una fallida adecuación de los recursos existiendo iniciativas. Este aspecto contrasta con las drogas ilícitas, las cuales han recibido enorme importancia, con un alto interés político y comparativamente generosos recursos para las iniciativas destinadas a prevenir el abuso de drogas o minimizar el daño asociado. Respecto al alcohol, siguiendo a Daniel Paton (1992), la leyenda del bebedor escocés tiene su origen en la primera mitad del siglo XIX y fueron los escoceses sus propios creadores. En este periodo de rápida industrialización y urbanización, el alcohol tuvo gran importancia entre la población de las nuevas ciudades, donde mantenía su viejo papel “vinculado a las celebraciones” y la embriaguez, que en el siglo XVIII era considerada un signo de distinción social entre las clases media y alta, seguía siendo permitida en la nueva sociedad (Graham 1899). Sin embargo, esta situación no duró mucho tiempo y a mediados del siglo XIX, un conjunto de cambios fundamentales desterraron a esta sustancia de la sociedad cortés y la hicieron incompatible con las nuevas ideas de decoro y respetabilidad bajo la premisa de que si aumentaban los niveles de bebida declinaría la moralidad nacional. Como se comentaba en el anterior capítulo, en términos de ingesta, los escoceses bebían menos que los ingleses pero continuaban prefiriendo el whisky a la cerveza, sustancia que les producía una intoxicación más rápida y peores consecuencias para la salud (Plant & Foster 1991)<sup>146</sup>.

Junto con los cambios experimentados fruto de la industrialización, en la percepción social del alcohol como sustancia “prohibida” jugó un papel crucial el llamado Temperance Movement, organización fundada en el siglo XIX con la finalidad de reducir los niveles de intoxicación etílica entre la clase trabajadora (King 1979). Aunque, con frecuencia se describe como si fuera una entidad única, en realidad, el

---

<sup>146</sup> En Yates, R. and McIvor, G. Inebriety and the Criminal Justice System in Scotland (no publicado)

Temperance Movement agrupaba a numerosas organizaciones afiliadas, en ocasiones con bastantes diferencias y opuestas visiones sobre la respuesta adecuada ante esta problemática. A comienzos del siglo XX, el alcohol era la mayor cuestión en la agenda política y en el debate social, la mitad de los ministros reivindicaban la completa abstinencia de esta sustancia (Scottish Temperance League 1900) y beber entre aquellos que tenían una valorada respetabilidad comenzó a convertirse en una actividad consentida por los adultos en privado.

Esta actitud social se mantuvo a lo largo del tiempo y hubo que esperar tres décadas, para que el alcohol desapareciera como principal cuestión política. Por esta razón, cuando en la década de los 50 su consumo comenzó a crecer nuevamente, la cultura de la abstinencia ya no existía y no hubo una oposición política organizada en contra de esta actividad. En la década de los 60, la clase media, liberada de las nociones anteriores de respetabilidad y decoro, comenzó a redescubrir el bar, mientras las mujeres también empezaban a beber en público (Simpura, 1981). Esta nueva manera de entender el consumo de alcohol, vino acompañada por la demanda de un sistema más liberal, en cuanto a la normativa de apertura de locales, justificado como medida necesaria para “civilizar los hábitos de consumo de alcohol entre los escoceses” (Wilson, 1980)<sup>147</sup>. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, hasta la década de los 70, la legislación británica en la materia destacaba en Europa como una de las más restrictivas, en primer lugar, en cuanto a la regulación de la oferta de alcohol y su acceso, a través de políticas de precios, de los horarios de apertura de locales, etc., con un objetivo preventivo y en segundo término, mediante el empleo del sistema penal de justicia para sancionar la embriaguez y el desorden público<sup>148</sup>.

Las presiones para liberalizar este sistema aumentaron durante los años 60, encabezadas por muchos reformadores sociales y funcionarios de salud pública, con el argumento de que las restricciones de apertura de locales durante un periodo de cinco horas (por la tarde), fomentaban la concentración y el consumo excesivo de alcohol. No

---

<sup>147</sup> En Paton, Daniel (1992): The legend of drunken Scotland. En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Edinburgh University Press, Pps. 10-16.

<sup>148</sup> Todo en Yates, R. and McIvor, G. Inebriety and the Criminal Justice System in Scotland (no publicado)

obstante, la liberalización de las leyes en la materia, enmarcadas en la Ley de Apertura de 1976 y su impacto en la bebida pública, ha sido ampliamente cuestionada. Cualquiera que sea el argumento o contra-argumento, parece claro que un conjunto de cambios legislativos adicionales a la Ley de 1976, han relajado las prohibiciones sobre la posibilidad de beber, haciendo un gran énfasis en el turismo y la creación de la cultura de los “cafés”. Ante esta situación, la campaña por la moderación de esta práctica iniciada a principios del siglo XX se encuentra formalmente cerrada.

La segunda vía para controlar el consumo de alcohol de modo responsable ha sido la utilización del sistema penal de justicia. Las modificaciones emprendidas en la Ley de 1879 (Inebriates Act 1879) hasta 1900, supusieron un salto en parte similar a los Estados Unidos. Hasta 1879, la mayoría de los bebedores habituales eran tratados mediante su ingreso en manicomios y estas leyes estaban inspiradas por el trabajo de los Washingtonianos, un grupo de autoayuda que en Estados Unidos había establecido casas de alojamiento para ayudar a los miembros que fracasaban en dejar su dependencia (Maxwell 1950). En Escocia, de la misma manera, se crearon un total de seis reformatorios, pero en 1921 ya habían sido cerrados en su totalidad.

Aunque el experimento del reformatorio fue un importante precursor del modelo médico del alcoholismo y su tratamiento fuera del sistema penal (Orford & Edwards 1978), en la práctica, la mayoría de los bebedores excesivos eran encarcelados o multados (McLaughlin 1989). Años más tarde, en 1973, la Ley del Gobierno Local (The Local Government Act) capacitó a las autoridades locales con el poder de dictar ordenanzas municipales con el objetivo de prevenir y suprimir las molestias ocasionadas a los ciudadanos. De esta forma, en 1998, las ordenanzas municipales prohibían la bebida en espacios públicos en 22 autoridades locales, lo que cubría a más de 370 ciudades y pueblos (Scottish Office 1998). No obstante, aunque unos años más tarde se produjo un descenso del consumo, no puede ser plenamente atribuido a la puesta en marcha de estas medidas legislativas.

Junto a esta normativa general, dos grupos específicos han sido objeto de otra legislación para controlar la bebida en espacios públicos: en primer lugar, los aficionados

al fútbol en los años 80, cuando se prohibió consumir alcohol en partidos de fútbol y en el transporte hacia los mismos y en 1995 se designaron restricciones en relación con el porte y consumo de alcohol en ciertos campos y eventos deportivos. En segundo término, la Ley Crime and Punishment Act de 1997 otorgó poderes para confiscar alcohol a los menores en los espacios públicos y multar a aquellos mayores de 18 años que fueran sospechosos de suministrarles las bebidas.

No obstante, la introducción de ordenanzas municipales que prohíben el consumo de bebidas en espacios públicos es cuestionada e incluso para algunos podría tener un efecto desproporcionado entre los menores, al trasladar esta actividad a otros lugares como parques o áreas retiradas (Jamieson et al. 1999) y como Anderson and Sawyer (1999) sugieren, supone desplazar a los menores bebedores a lugares más apartados, donde los riesgos asociados pueden ser mayores. Finalmente, la legislación escocesa más reciente en la materia se refiere ampliamente a disuadir de la práctica de beber en espacios públicos y prevenir el delito y las molestias sociales ocasionadas y relacionadas con ello. Como contraste, junto con el desarrollo normativo, se han dedicado pocos recursos para desarrollar programas de tratamiento en materia de prevención, por ejemplo, en la conducción (Dunbar 1992)<sup>149</sup>. En el nuevo milenio, Malcolm Chisholm, Ministro de Salud y Atención Comunitaria reconoce que *el alcohol es ampliamente usado para la diversión y cuenta con una buena industria y contribución a la economía del país. Beber en pequeñas cantidades es compatible con un estilo de vida saludable pero beber demasiado puede ocasionar enfermedad, accidentes y comportamientos antisociales y delictivos*. Por este motivo, el Ejecutivo Escocés ha publicado el Plan de Acción en los problemas de alcohol, queriendo reducir la bebida hasta límites razonables en el 2005.

Respecto a las drogas ilícitas, la primera utilización de opiáceos mediante jeringa hipodérmica (sin prescripción médica), tuvo lugar en Edimburgo aunque, durante la primera mitad del siglo XX, al igual que en Reino Unido, se apreciaban pocos casos de consumo de opiáceos y de otras drogas ilícitas. No obstante, durante la década de los 60, la situación cambió con la aparición de la droga en Gran Bretaña, aunque Escocia

---

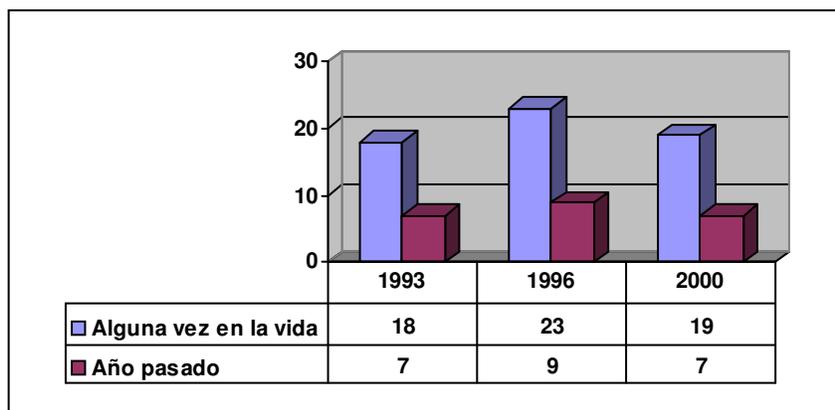
<sup>149</sup> En Yates, R. y McIvor, G. Inebriety and the Criminal Justice System in Scotland (sin publicar)

parecía estar menos afectada por la extensión de las drogas ilícitas que Inglaterra. Entre 1975 y 1990, el número de “adictos notificados” creció desde 58 a 1.184. A principios de los 80, el VIH hizo su aparición de modo alarmante en la región, afectando al 60% de los jóvenes usuarios de drogas por vía intravenosa, en Edimburgo, Dundee y Glasgow, mientras que en Reino Unido la cifra de infectados por el VIH seropositivos llegaba al 7%.

#### **4.2.1.2. Consumo de drogas: situación epidemiológica**

En líneas generales, los resultados de las encuestas de opinión, son otro indicador de la situación del consumo de drogas en la región en los últimos años y en líneas generales parece que la situación ha mejorado, especialmente entre los varones jóvenes. En el periodo 1993-1996 se produjo entre la población general un aumento de los consumidores experimentales o alguna vez en la vida (desde el 18% al 23%) y de aquellos que habían consumido durante el último año (del 7% al 9%). No obstante, en las áreas rurales, entre los más jóvenes (15 y 16 años) hay una menor proporción de uso de drogas ilegales y como contrapartida, los niveles de alcohol y tabaco son mayores. Posteriormente, entre 1996 y el 2000 hubo un descenso estadísticamente significativo en la proporción de los que aludían a un consumo experimental (alguna vez en la vida) desde el 23% al 19% y también de los que habían tomado drogas en el pasado año (9% al 7%). El mayor cambio en esta actividad parece percibirse entre los varones jóvenes, grupo en el que los consumos han descendido significativamente en el último periodo analizado (del 33% al 18%). (Ver Gráfico 4.5).

**Gráfico 4.5: Prevalencia en el uso de drogas “alguna vez en la vida” y “en los últimos doce meses” (1993-2000).**



Fuente: Scottish crime survey<sup>150</sup>

En cuanto a los escolares<sup>151</sup>, la proporción de consumidores de droga en el último mes permaneció estable entre 1998 y el 2000 (10%) mientras que decrecieron las del último año (desde el 15 % al 14%) y alguna vez en la vida (del 18% al 17%), aunque ninguno de estos cambios se considera estadísticamente significativo. No obstante, se aprecia una marcada variación en el consumo en relación con la edad: mientras que con 12 años un 1% de los escolares habían probado las drogas en el último mes, esta cifra asciende a un 22% en el grupo de 15 años. Además, esta práctica es mayoritariamente masculina y en el periodo analizado, para el grupo de edad de 14 años, hay un descenso en el consumo de drogas entre las chicas, al tiempo que entre los varones ocurre lo contrario.

Siguiendo con los escolares, según el tipo de sustancia, el cannabis es la droga ilegal más consumida (un 13% del grupo de 12 a 15 años en el último año), superior entre los varones y en ambos casos mayor al aumentar la edad. Del mismo modo, un 3% de adolescentes entre 12 y 15 años había consumido estimulantes (éxtasis, cocaína, crack, anfetaminas y póper) y un 1% opiáceos (heroína o metadona) en el último año. No

<sup>150</sup> El informe del 2000 (Scottish crime survey, 2000) es el quinto de una serie de estudios periódicos llevados a cabo en Escocia desde principios de los 80. El número de personas que informan del uso de drogas en este estudio es relativamente pequeño (menos de 3000 personas).

<sup>151</sup> En el estudio del 2000, el consumo de tabaco, alcohol y drogas entre los jóvenes en Escocia fue llevado a cabo por el Centro Nacional de Investigación Social (National Centre for Social Research) y la Fundación Nacional de Investigación Educativa entre más de 4700 escolares en 150 colegios de Escocia.

obstante, resulta interesante conocer que la mayor proporción de jóvenes a los que les han ofrecido droga (39%) es superior a la de los que la han probado y entre los varones suele ser más frecuente el ofrecimiento que entre las mujeres (41% y 36% respectivamente), en ambos casos principalmente cannabis (32%)<sup>152</sup>. Estos resultados pueden ser importantes de cara a las campañas de prevención del consumo de sustancias, incidiendo especialmente en aquellos grupos que se encuentran en mayor situación de riesgo.

Para el grupo de edad de 16 a 19 años, al igual que en el caso anterior, se aprecia un incremento, desde 1993 a 1996, de los consumidores en los últimos doce meses, alcanzando en 1996 una proporción de uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres. Posteriormente, desde 1996 a 2000 la proporción decrece, especialmente entre los varones jóvenes, donde se produce una caída espectacular (del 33% al 18%). De hecho, en el año 2000, el porcentaje más elevado de consumidores se localiza en el grupo de mujeres de 16 a 19 años (20.6%), descendiendo en edades más avanzadas; entre los varones, ocurre mayoritariamente entre el grupo de 20 a 29 años (19-18%) e igualmente desciende posteriormente. Como se observa, la mujer se ha incorporado al consumo de sustancias psicoactivas, comportamiento tradicionalmente masculino, llegando incluso a superar a este grupo en las edades más jóvenes.

De acuerdo al tipo de sustancia ilegal, los jóvenes de 16 a 19 años, al igual que en edades más tempranas, “prefieren” mayoritariamente el cannabis (5.5% de la población en el último mes). En cuanto al sexo, se aprecian los cambios mencionados anteriormente, ya que, si en el último mes la proporción de varones es ligeramente superior a la de mujeres (6.6% y 4.5% respectivamente) en el indicador de los últimos doce meses, se invierte esta tendencia (18.4% mujeres y 10.6% respectivamente) y esta última pauta se repite también en el caso del LSD, la Psicocibina, el éxtasis, el temazepam, el valium y la cocaína lo que constata la incorporación de la mujer al mismo patrón de consumo que el varón. Finalmente, desde 1996 al 2000, la proporción de aquellos que alguna vez en la vida han probado las drogas decrece excepto en el caso de la cocaína, heroína, crack y metadona y la de los que lo hicieron en los últimos doce

---

<sup>152</sup> En *Drug Misuse Statistics Scotland*, 2001, Pps. 8-13

meses también, excepto para la heroína y la metadona. Aunque el porcentaje de población que consume estas sustancias es minoritario son las que tienen mayor impacto social y sanitario por lo que hay que tener precaución con estos resultados<sup>153</sup>.

Si nos centramos en el porcentaje de consumidores problemáticos de sustancias, particularmente en el caso de los opiáceos y de las benzodiazepinas, la estimación en el año 2000 en Escocia fue de 55.800 individuos, con un intervalo de confianza (CI) del 95% en un rango de 43.664 a 78.443, lo que corresponde con una tasa de prevalencia del 2% entre la población de 15 a 54 años (95% CI, 1.5-2.7%). Si esta estimación se aproxima a la realidad, podría resultar preocupante el hecho de que el número de usuarios identificados que han entrado en contacto con los servicios de tratamiento o desde los recursos del sistema penal de justicia sea de 22.795, lo que representa un 40% de la estimación realizada. Además, el problema no se localiza de manera uniforme por la geografía escocesa sino que la región de Glasgow presenta las mayores tasas de prevalencia, con un 3,1% (al 95% CI, entre el 2.7%-3.7%), y la estimación total es de 15.975 personas (95% CI, entre 13.797 y 19.069). Del mismo modo, se aprecian diferencias entre las zonas rurales y urbanas, concentrándose las más altas tasas en los mayores centros urbanos y en cuanto al sexo, los hombres representan entre el 69% y el 78% de población con consumo problemático conocida.

Finalmente, el consumo de alcohol, al igual que en el resto de Gran Bretaña, creció entre 1960 y 1980 y aunque, en los últimos veinte años parece haber descendido, la tasa podría estar significativamente estimada a la baja ya que se ha producido un aumento de la cantidad de alcohol adquirida fuera de Reino Unido (The Scottish Health Survey, 1995). Un 33% de las mujeres beben regularmente por encima de los límites recomendados y un 8% de los hombres alcanzan cantidades superiores a 50 unidades semanales. Además, un estudio realizado a los escolares estima que un 74% del grupo de 11 a 17 años, había bebido alguna vez y en particular, entre 15 y 16 años, se encuentran un 77% de hombres y un 78.5% de mujeres. (Scotland Against Drugs).

---

<sup>153</sup> En *Drug Misuse Statistics Scotland 2001*, Pp.14-16.

### 4.2.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas

El consumo de drogas está estrechamente asociado con numerosas consecuencias para la salud y sociales. En cuanto a éstas últimas, de acuerdo con las estadísticas generales, los pacientes que demandan tratamiento por abuso de estas sustancias<sup>154</sup>, pertenecen a la población con más desventajas sociales. Aunque se ha estudiado la relación entre marginación y drogas, apreciándose una correlación entre ambas, en ocasiones la marginación es un estado que lleva a consumir drogas y en otras, el consumo problemático de drogas desplaza a la población a una situación de deterioro social. De los nuevos pacientes atendidos en los servicios de tratamiento durante el 2000/01, las dos terceras partes se encontraban desempleados durante al menos un año y un 18% lo estaban desde hacía menos de un año (Drugs Misuse Statistic Scotland, 2001:111). Por otro lado, algunos delitos se asocian con el consumo de drogas, por lo que este problema repercute ampliamente y causa importantes daños no solo en la calidad de vida individual sino que las comunidades también sufren el aumento de los delitos ocasionados. El número de ofensas bajo la Ley de Drogas (1971 Misuse of Drugs Act ) creció desde 1998 (5.000) al 2000 (superior a 31.431) y seis de cada diez nuevos pacientes se encuentran en situación no legal.

El problema de la droga también afecta a las familias, lo que se constata en el hecho de que tras la mitad de los casos de demandas de protección de niños, se han encontrado padres bebedores (Davidson, 1994) y además, los nuevos pacientes que demandan tratamiento viven con sus padres (30%) o con su pareja (25%), los cuales sufren los efectos de la droga en el hogar (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:111). En el caso de la mujer, el consumo se ha asociado tradicionalmente con el excesivo uso por parte de su pareja, iniciándose en mayor medida como consecuencia de ello. Sin embargo, se detecta que la provisión de servicios no está adaptada a las necesidades de este sector de

---

<sup>154</sup> Existe un indicador que relaciona las admisiones generales con la categoría de privación. Se compone de cuatro indicadores de representan a la población con mayores desventajas sociales: masificación o superpoblamiento: persona alojada en casa privada con una densidad superior a una persona por habitación y relación con la proporción de todas las personas que habitan en la vivienda; Empleo del hombre: proporción de hombres económicamente activos o que están buscando trabajo; Clase social 4 o 5 y sin coche.

población. Un ejemplo de esta debilidad se produce en la ciudad de Glasgow, donde una tercera parte de las 240 embarazadas con problemas de drogas encontraron dificultades para regresar a su casa (Rowdy, 2002). A este hecho hay que añadir que, durante 1999/00, de 53.047 maternidades registradas, 188 (lo que supone un 3.5 por 1000) se produjeron en mujeres que abusaban de estas sustancias (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:47).

Junto con los problemas sociales citados, se asocian consecuencias sanitarias relevantes para la provisión de servicios. Para aproximarnos a esta realidad podemos analizar dos indicadores diferenciados, el primero de ellos, las admisiones generales en hospitales (con frecuencia urgencias hospitalarias) y el segundo, la de nuevos pacientes admitidos en los servicios de tratamiento de drogodependencias. En cuanto al primero, las admisiones generales por consumo de drogas crecieron desde 1997/98 (2.934) al año 2001 (4.412). Por áreas geográficas, la ciudad de Glasgow acaparaba el 38.1% del total de admisiones (1.682), seguida a larga distancia por Aberdeen (368 admisiones).

En función de la edad, durante el mismo periodo, es mayor la demanda por parte de las personas mayores de 25 años, reduciéndose en los más jóvenes. Finalmente, de acuerdo con el género, se mantiene la misma proporción de varones (68.1% en el 2000/01) y sigue siendo superior a la de mujeres. Por tipo de sustancia, durante el periodo 1997/98 y 2000/01, las demandas a tratamiento estaban motivadas primordialmente por opiáceos (1.175 en 1997/98 y 2.043 en 2000/01) y la categoría de múltiple (policonsumo) u otras, también creció en el periodo citado (desde 1.065 a 1.581 pacientes). Otro aspecto relevante es el crecimiento por consumo de alucinógenos y cocaína y el descenso por sedantes e hipnóticos (ver Tabla 4.2.1). Si contemplamos los recursos que solicita la población ante un problema de estas características, la mayoría acude a medicina general (2.267) y el tiempo de estancia es inferior a una semana en la amplia mayoría de los casos (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001).

**Tabla 4.6: Admisiones generales en hospitales por consumo de drogas 1997/98-2000/01.**

	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01
Opiáceos	1175	1631	1745	2043
Cannabinoides	129	255	199	160
Sedantes/Hipnóticos	219	240	216	177
Cocaína	26	41	40	51
Otros estimulantes <sup>155</sup>	195	261	217	193
Alucinógenos	201	245	239	314
Solventes volátiles	24	36	39	21
Múltiple/Otros <sup>156</sup>	1065	1304	1579	1581
<b>TOTAL</b>	<b>3034</b>	<b>4013</b>	<b>4274</b>	<b>4540</b>

Fuente: Drug Misuse Statistics Scotland 2001, Pp.27. ISD, Escocia

Las consecuencias sanitarias del consumo de opiáceos merecen una atención especial. En los últimos años, se ha producido una extensión del uso de heroína entre la gente joven, lo que se refleja en el rápido incremento en la proporción de nuevos clientes/pacientes jóvenes en las agencias de tratamiento, especialmente entre el grupo de 15 a 19 años (desde el 37% en 1995/96 al 63% en el 1997/98). Durante el 2000/2001, aquellos que demandan tratamiento por heroína siguen aumentando considerablemente (del 56% en 1996/97 de nuevos atendidos por esta sustancia al 71% en el 2000/2001).

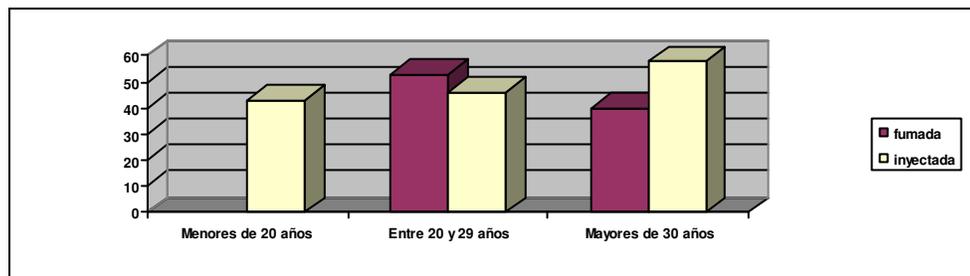
En cuanto a la vía de administración de la sustancia, entre 1992/93 y 1995/96, el porcentaje de utilización de la vía parenteral fue descendiendo año tras año; aunque, como contrapartida, entre 1996/97 y 1999/2000 se produjo un incremento de la utilización de la inyección (desde un 35% al 40%). En el 2000/01, de los nuevos atendidos, un 39% había usado la vía parenteral en el último mes, aunque este descenso no es estadísticamente significativo (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:98). Por grupos de edad, hasta el año 1999, son los menores de 29 años los que han dejado de utilizarla, aunque, entre los mayores de 30 años el porcentaje ha aumentado.

<sup>155</sup> Incluye la cafeína

<sup>156</sup> Desórdenes ocasionados por el uso de múltiples u otras sustancias psicoactivas.

Sin embargo, desde 1999/00 hasta los años 2000/2001, hay un descenso de la vía inyectada en todos los grupos de edad (del 60% al 53%) y coincide con el aumento de la vía fumada como exclusiva vía de administración (del 39% al 46%). El descenso de la vía parenteral es más importante en los más jóvenes (del 51% al 43%) entre los cuales, la proporción de los que se inyectan es menor que la de los que fuman heroína; en el grupo de 20 a 29 años, hay un 53% que se inyectan y un 46% que fuman; finalmente, entre los mayores de 30 años, un 58% utilizan la vía inyectada y un 40% la fumada (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:99) (ver Tabla 4.7). De estos resultados se desprende que deberíamos cuestionarnos la dificultad de cambiar la vía de administración en la población envejecida y con muchos años de consumo; además, podría constatarse el éxito de los programas de reducción del daño entre los más jóvenes.

**Tabla 4.7: Vía de administración de la heroína en función de la edad (2000/2001)**



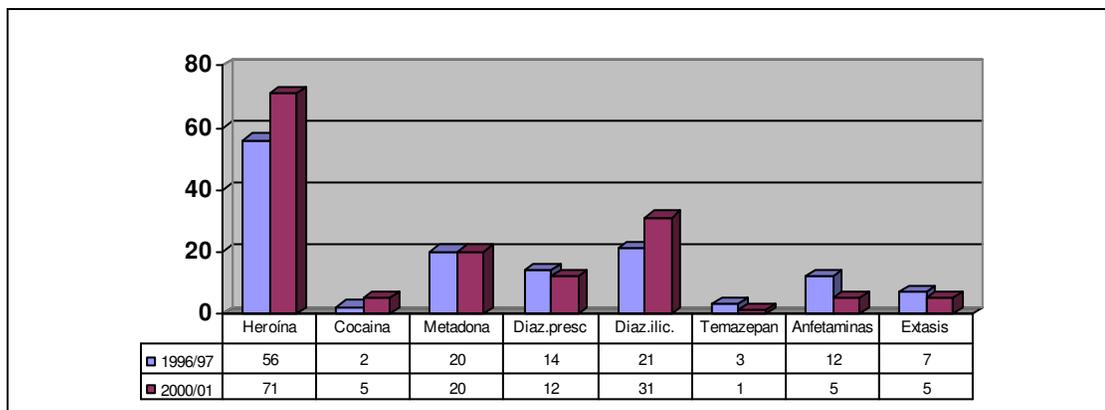
**Fuente: Elaboración propia a partir de Drug Misuse Statistics Scotland, 2001, Pp.99**

La información que se ofrece a continuación, hace referencia a las nuevas admisiones a tratamiento en servicios específicos de atención a drogodependientes, sin tener información del total de atendidos. Durante el 2000/01, se registraron en la base de datos de drogas (Scottish Drug Misuse Database), 10.591 nuevos pacientes, lo que supone una tasa del 212 por 100.000 habitantes y un aumento de 1.939 pacientes que sobre 1996/97 (8.652). La edad media de los pacientes se situó en 26 años, siendo la menor y mayor edad de 10 y 66 años respectivamente. Por género, en los últimos años la ratio hombre:mujer ha pasado en el grupo de menores de 20 años, de 2:1 a 3:2, lo que supone una mayor incorporación de las mujeres al tratamiento; entre 20-29 años, ha descendido ligeramente la proporción de varones (del 70% al 67% durante 1996/97-2000/01) y por

último, en los mayores de 30 años, la ratio hombre: mujer permanece estable (3:1). Como puede observarse, si antes habíamos observado la incorporación de la mujer a las pautas de consumo de drogas, sus consecuencias sanitarias parecen reflejarse en las mayores demandas a tratamiento en los grupos de edad más jóvenes. Por último, gran parte de los pacientes se introducen en el mundo de la droga en la etapa adolescente (un 44% de los nuevos pacientes en el 2000/01 comenzaron entre los 15 y 19 años), lo que refleja la importancia de las políticas de prevención desde edades tempranas.

En cuanto al tipo de sustancia, el porcentaje de los que demandan tratamiento (los nuevos pacientes), desde 1996/1997 al 2000/2001, ha experimentado un progresivo crecimiento en el caso de la heroína (desde el 56% al 71%) y en el de la cocaína (2% al 5%), en ambos casos, especialmente en los mayores de 29 años; se ha mantenido estable el de los que usaron metadona bajo prescripción en el mes anterior (20%) y por último, ha descendido el de diazepam bajo prescripción (del 14% al 12%)<sup>157</sup>, el de anfetaminas (del 12% al 5%) y el de éxtasis (del 7% al 5%) (Scottish Drug Misuse Database) (ver Gráfico 4.6).

**Gráfico 4.6: Porcentaje de pacientes atendidos según el tipo de sustancia (1996/1997-2000/2001).**



Source: Drug Misuse Statistics Scotland, 2001, Pp.82-85

\* Estos resultados reflejan el policonsumo, porque muchos pacientes utilizan más de una sustancia.

<sup>157</sup> Aunque en el mismo periodo el diazepam obtenido ilícitamente o cuya fuente es desconocida se ha incrementado del 21% al 31%.

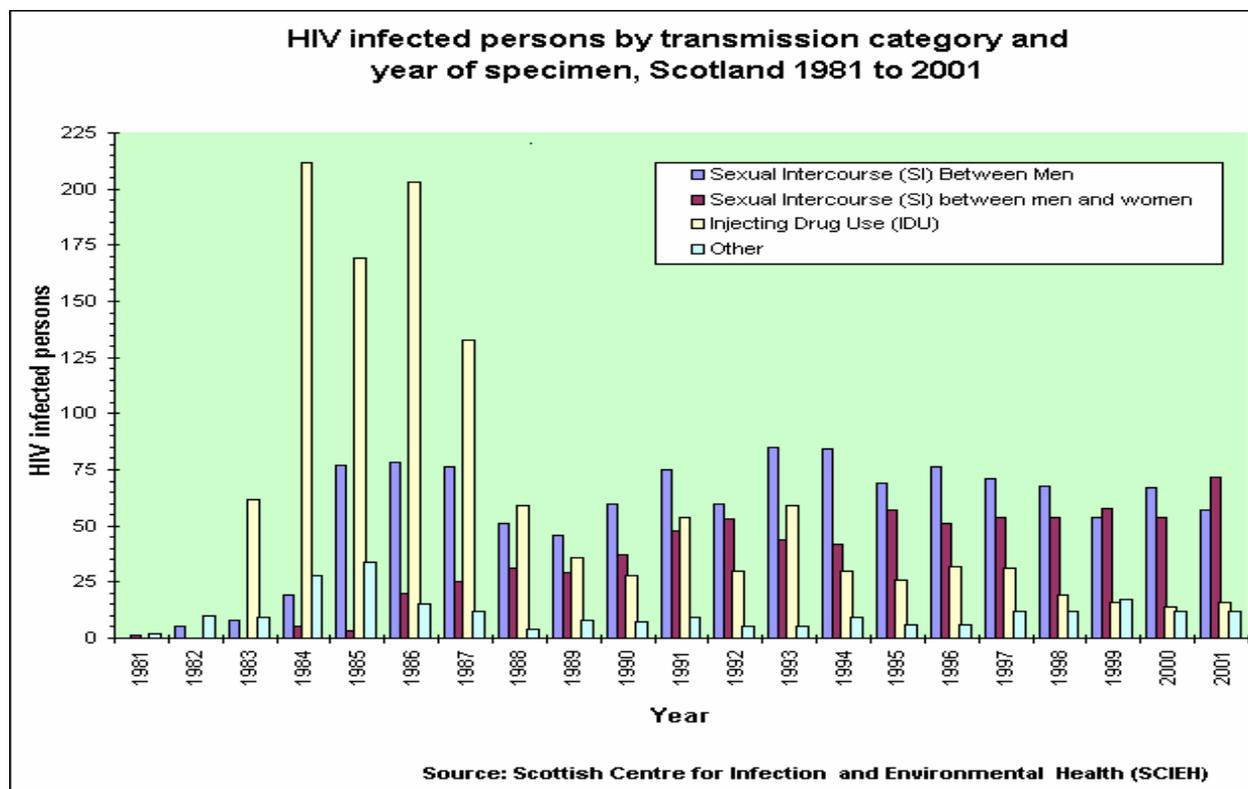
Una consecuencia de compartir jeringuillas es el riesgo de contagio del virus a través de la sangre. A 31 de diciembre de 2001, se habían identificado 1.266 registros de infectados por VIH, representando el 38% de todos los casos notificados desde 1983. El número de usuarios de drogas por vía inyectada ha alcanzado en los últimos años la proporción anual más baja desde que se comenzó a contabilizar en (20 casos en 2001) y proporcionalmente, se observa que la proporción de infectados con posible transmisión por inyección ha descendido progresivamente (ver Gráfico 4.2.3). Parece que la incidencia de VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral es menor que la primera vez que se introdujo en la población (1983). Las intervenciones realizadas en Escocia, como el intercambio de jeringuillas y los programas de mantenimiento con metadona han tenido un impacto efectivo, deteniendo la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:50). No obstante, el aumento de la hepatitis B y C entre estos usuarios y las prácticas asociadas puede sugerir un futuro aumento del VIH.

En el 2001, una muestra de 2154 usuarios de droga por vía inyectada en Escocia, localizó que un 0,8% (18) de ellos tenía anticuerpos de VIH porcentaje similar al de Inglaterra y Gales. Esto supone un descenso desde 1993 (3.7%), 1994-1997 (1,5%), aunque aumenta ligeramente respecto a los últimos años (0.6% y 0.7% en 1999-2000). Por otra parte, de los casos conocidos de VIH un 49% han fallecido aunque, desde 1996 el impacto de la terapia antiretroviral, como ocurría en Inglaterra y Gales, ha mostrado una reducción del número de casos de SIDA entre estos usuarios: si durante 1993-95 la media anual fue de 54 casos, durante 1997-2000 ha descendido progresivamente (36,18,14 y 11), aunque en el año 2001 muestra un ligero repunte (16 casos)<sup>158</sup>.

---

<sup>158</sup>En [www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/02bull/a5/a5index.htm](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/02bull/a5/a5index.htm)

**Gráfico 4.7: Evolución del número de personas infectadas por el VIH por categorías y año de la muestra (1981-2001)**



Continuando con las enfermedades infecciosas, una cuarta parte de los 360 casos de **hepatitis B** encontrados en el año 2000 eran usuarios de drogas por vía parenteral. En el año 2001 (357 casos) continúa la tendencia decreciente experimentada desde 1999 cuando se alcanzaron el mayor número de casos por año (386) desde 1986. La provisión de intercambio de jeringuillas y la prescripción de substitutivos, representan algunos de los éxitos alcanzados para combatir la transmisión de estos virus. Sin embargo, la amenaza continúa, especialmente en los sectores de la población más vulnerables, como los reclusos<sup>159</sup>. El control de la extensión de la hepatitis C entre estos usuarios es uno de los mayores cambios en materia de salud acaecidos en Escocia, particularmente en el contexto del actual conocimiento de la historia natural del virus. Concretamente, durante

<sup>159</sup> El servicio de instituciones penitenciarias escocés introdujo la sistemática vacunación de la Hepatitis B entre los reclusos en 1999

la década de los 90, no existían intervenciones dedicadas a controlar este virus, como el intercambio de jeringuillas. A 31 de diciembre de 2001, un 60% de los 13.535 casos conocidos de **Hepatitis C** eran usuarios de drogas por vía parenteral y además, un 59,8% de los casos de Hepatitis C entre estos usuarios fueron diagnosticados entre enero de 1998 y finales de diciembre del 2001. La prevención continua siendo el objetivo principal bajo la evidencia de que, la incidencia del HCV entre los usuarios de drogas por vía inyectada ha descendido durante la era del intercambio de jeringuillas, el mantenimiento con metadona y otras iniciativas de reducción del daño (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:50-51) (ver Tabla 4.8).

**Tabla 4.8: Personas que presentan anticuerpos positivos de Hepatitis C en Escocia 1993-2000.**

	Antes del 1995	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
<b>Usuarios Droga vía inyectada</b>	1 018	640	757	863	1 180	1 306	1255	1134	8153
<b>Otros</b>	398	113	79	78	68	71	77	67	951
<b>Desconocido</b>	661	389	416	532	756	584	557	536	4431
<b>TOTAL</b>	<b>2 077</b>	<b>1 142</b>	<b>1 252</b>	<b>1 473</b>	<b>2 004</b>	<b>1 961</b>	<b>1889</b>	<b>1737</b>	<b>13535</b>

Fuente: Drug Misuse Statistics Scotland, 2002.

En el Reino Unido, como se mencionó, en el año 2000 una infección de la heroína puso en riesgo la vida de gran número de usuarios de esta sustancia por vía intravenosa. Del total de casos registrados en toda Gran Bretaña (108), 60 se encontraron en Escocia y de éstos, 50 en Glasgow. Como se ha mencionado, desde principios del 2002, se diagnosticaron clínicamente 13 casos de botulismo en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).

En la misma línea, otro problema al que han de hacer frente los servicios de tratamiento es la diagnosis dual. Recientes investigaciones muestran que, al menos un 40% de las personas que han presentado un primer episodio de enfermedad psicótica han sido consumidores de drogas, en gran medida varones jóvenes. En relación con estos trastornos, alrededor de un 65% de los intentos de suicidio están ligados con un elevado consumo de alcohol (Dep.Health, 1993). Según el Consejo de la Ciudad de Glasgow

(2000), un 24% de los clientes que recibieron tratamiento tenían problemas mentales (Rowdy, 2002).

En general, se ha producido un aumento de las admisiones en el periodo 1994/95 a 1999/00, situándose en mayor media en el área de Glasgow y la categoría de drogas más frecuentemente confesada es “múltiple/otras sustancias” seguida por los opiáceos. En el año 2000, 855 varones y 432 mujeres presentaban esta patología, lo que supone un 3% por encima de los resultados del año anterior.<sup>160</sup> Si comparamos las condiciones más comunes entre los consumidores de drogas con diagnóstico y aquellos que no la tienen, para los varones, un 16.8% tenían diagnóstico por depresión y un 14.6% de ansiedad, comparado con solo el 6.1% y el 5.6% respectivamente para los varones sin un consumo de drogas. Para las mujeres, la depresión y la ansiedad son dos condiciones que la mayoría de usuarias presentan (en un 38.3% y un 28% respectivamente) siendo tres veces superior a la de la población femenina no dependiente (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:41).

El peligro de consumir drogas quizás quede completamente claro analizando las muertes asociadas con el mismo. Desde 1996 al 2000, 642 muertes estaban relacionadas con los opiáceos (heroína, morfina o metadona)<sup>161</sup> y la tendencia es creciente. Atendiendo a la edad, en el año 2000, la mayoría de las muertes ocurridas por este motivo (92%) fueron de personas menores de 45 años, con una cuarta parte menor de 25 años. Además, en función de la sustancia, la heroína y/o la morfina representaban el 67% (196) de las muertes: el diazepam en la mitad de los casos (146) y la metadona en el 19% (55). La presencia de alcohol fue mencionada en 123 de las 292 muertes asociadas a la droga, aunque los niveles de alcohol en sangre se encontraban en una proporción relativamente baja (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:62-63).

Finalmente, año tras año crece el número de incautaciones de droga por parte de la policía. Concretamente, las de heroína, han crecido en más de ocho veces, pasando de 2.7 kg. en 1994 a 57.8 kg. en 1998. Esta circunstancia guarda estrecha relación con el

---

<sup>160</sup> Registro Continuo de Morbilidad (CMR) en *Drug Misuse Statistics Scotland* 2001, Pp.40.

<sup>161</sup> ISD Scotland, *Drug misuse statistics Scotland* 2001, ISD publications, 2002

consumo de drogas, pues en ocasiones se sugiere que la disponibilidad de estas sustancias está influida por numerosos factores, entre ellos una caída en el precio de las drogas ilícitas y un incremento de su pureza. La vinculación de las drogas y del sistema judicial no solo se refleja en los delitos por tráfico de estas sustancias sino que la dependencia ocasiona otros delitos que conducen a la población a prisión. En junio del 2000 se revisó la estrategia de drogas en esta institución, intentando incluir en programas de tratamiento a todos aquellos que lo necesiten, poniendo a la población drogodependiente en contacto con los servicios de tratamiento y consiguiendo una transición eficaz entre la prisión y la comunidad. Desde 1998/99 al 2000/01, el porcentaje de reclusos a los que se les ha detectado droga (orina) aumentó (del 73% al 77%). Un año más tarde, en el 2001, de un total de 23.472 solicitudes, 14.300 presentaban una adicción (identificados con un consumo problemático de drogas) y 5.400 empezaron la opción de tratamiento (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001:151-53).

#### **4.2.2. Política de Drogas: estructura y planificación**

En lo relativo a la política de drogas, siguiendo a Mark Gilman, se han producido importantes cambios en el enfoque: desde principios de la década de los 80, la política se centró en la salud y en la solución individual del heroinómano; después de los 80, la droga y la amenaza del VIH/SIDA para la comunidad, convirtieron este fenómeno en un problema de Salud Pública; a finales de los 90, las actuaciones se centraron en la reducción del delito y la seguridad de la comunidad<sup>162</sup>. En Escocia, la estrategia de 1994 “Drogas en Escocia: compromiso para el cambio” (“Drugs in Scotland: meeting the challenge”) ha sido implementada, mediante el desarrollo de la campaña Escocia contra la Droga (Scotland Against Drugs campaign) y el Fondo escocés para el cambio de las drogas (Scottish drugs Challenge Fund). Hay un especial énfasis en una aproximación integrada a la provisión de servicios, el desarrollo de una base o centro de información nacional y una fuerte vinculación con los sectores privados y el voluntariado.

---

<sup>162</sup> Congreso Escocés-Americano, septiembre de 2002.

El documento **“Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership”**(1999) sienta las bases de la estrategia de drogas para Escocia bajo las premisas de la estrategia británica **“Tackling Drugs to Build a Better Britain”**. En 1994, un informe del grupo ministerial en materia de drogas (Ministerial Drugs Task Force report of 1994), sirvió de apoyo a este debate y posteriormente, desde 1997 se ha seguido trabajando en la misma línea para combatir este problema de un modo eficiente. La estrategia cuenta con tres partes fundamentales: en la primera, se preguntan dónde se encuentran en este momento, realizando un análisis de la situación; en la segunda, qué se ha hecho, mediante un recorrido de los aspectos más destacados acontecidos y por último, el tercero, se refiere a la agenda del gobierno.

De un modo más detallado, la estrategia parte de una visión ideal de una “Escocia” en la cuál la gente elige un estilo de vida saludable y libre del daño ocasionado por las drogas. Para lograr hacerla realidad, se proponen actuar en cuatro frentes o principios clave: la inclusión, considerando el problema de la droga paralelamente al de la exclusión social; colaboración, trabajo coordinado y colectivo frente a la droga; entendimiento, basado en unos adecuados objetivos e investigación e información precisa y finalmente, responsabilidad, porque esta estrategia es clara sobre cuáles son los resultados esperados y quién debería ser el encargado de lograrlos, lo que se constatará en el proceso de evaluación. Las estructuras de responsabilidad no son las únicas que determinan el resultado final, en la lucha contra la droga, pero se reconoce que la actuación de ellas tiene un fuerte impacto.<sup>163</sup>

Respecto a las drogas a las que se dirigen las actuaciones, la estrategia está centrada principalmente en las ilícitas, pero el problema es multidimensional y complementario con otras estrategias sobre el tabaco o el alcohol. Como se ha mencionado, **Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership**, refleja los cuatro objetivos de la estrategia británica para combatir las drogas, actuando sobre los jóvenes, las comunidades, el tratamiento y la disponibilidad u oferta en las calles. Por otra parte, el Plan de Acción **“Protegiendo nuestro futuro”** (2000) explica cómo actuará el Ejecutivo

---

<sup>163</sup> Sam Galbraith, MP. Ministro de Salud y las Artes, 1999

para “golpear” a las drogas, por lo que se especifican medidas concretas para poner en marcha la estrategia para cada uno de los cuatro pilares anteriormente mencionados. Se han introducido indicadores de rendimiento para muchas actividades y otras serán analizadas mediante la monitorización (evaluación) de los logros en cada área de modo que se pueda conocer el progreso en años venideros.

En cuanto a los objetivos generales perseguidos para el conjunto de Gran Bretaña, con los jóvenes se pretendía ayudarles a resistir la oferta de drogas y conseguir una realización completa en la sociedad y el objetivo específico era reducir la proporción de personas menores de 25 años que consumieron drogas ilegales en el último mes y año. Por su parte, los objetivos para Escocia son establecer una aproximación a este fenómeno de manera consistente, coordinada y basada en la evidencia, que actúe en la educación de las drogas, la prevención y la reducción de daños, teniendo en cuenta las necesidades individuales y de la comunidad; poner en práctica estrategias e iniciativas educativas y proporcionar información pública que incremente el conocimiento de esta problemática y promueva la huida de esta práctica; reducir la aceptación e incidencia de la dependencia de drogas entre los niños y jóvenes; asegurar que cada escolar tenga una educación sobre drogas efectiva, incluyendo información precisa y actualizada acerca de sus consecuencias; reducir el daño en los drogodependientes, fomentando estilos de vida alternativos; finalmente, incrementar el acceso a la información y a los servicios adecuados por parte de los grupos más vulnerables, incluyendo a los excluidos del colegio y con fracaso escolar, jóvenes delincuentes, jóvenes sin hogar, hijos de padres toxicómanos y en general, todos aquellos en situación de riesgo de consumo de drogas.

En cuanto a las comunidades, la estrategia británica pretendía protegerlas del comportamiento delictivo y la conducta antisocial asociada con las drogas y el objetivo específico era reducir el número de delitos cometidos por drogodependientes. Los objetivos para el caso de Escocia son reforzar y proteger a las comunidades del delito y el miedo relacionado con la droga; reducir el número de drogodependientes en prisión; desarrollar alternativas constructivas para el procesamiento y encarcelamiento por delitos de esta naturaleza; apoyar la colaboración entre los profesionales, empresarios y

población local en el desarrollo de iniciativas para combatir esta actividad; por último dentro de esta categoría, promover una conciencia de la droga y el desarrollo de políticas de promoción de la salud en el lugar de trabajo y asegurar que el abuso de drogas es enmarcado dentro del amplio contexto de la inclusión social y la regeneración.

Por último, respecto al tratamiento o intervención asistencial en Reino Unido, el objetivo último es conseguir que las personas superen la dependencia de drogas y puedan tener una vida saludable y alejada del delito, siendo el objetivo específico incrementar la participación de drogodependientes en programas de tratamiento con un impacto positivo en la salud y la reducción del delito, incluyendo a los presos. Las líneas de tratamiento prioritarias en el caso de Escocia son reducir los riesgos para la salud individuales y comunitarios ocasionados por la droga y las enfermedades infecciosas; incrementar el número de drogodependientes que consiguen superar su dependencia y promover su inclusión en la sociedad, aumentando la proporción de los que demandan asistencia, incluidos los presos, desarrollando servicios de calidad, accesibles, responsables y efectivos y reduciendo aquellos que no ofrecen un rápido acceso; disminuir las prácticas de utilización de la vía inyectada, de compartir jeringuillas y el policonsumo de sustancias y finalmente, reducir el número de muertes asociadas con la droga.

Las prioridades del Plan de Acción en Escocia son proporcionar servicios integrados sobre drogas que satisfagan el conjunto de cuidados necesarios en esta población, incluyendo la prescripción de metadona por vía oral, con un proyecto apropiado que vincule y contemple en conjunto una detallada variedad de servicios y tenga en cuenta la perspectiva de los usuarios; mejorar la diversidad y calidad de los servicios para jóvenes, particularmente menores de 16 años e incluir, donde sea necesario, servicios integrados con intervenciones tempranas en jóvenes que consumen estas sustancias, especialmente aquellos con serios problemas con la droga; apoyar al drogodependiente, revisando y cambiando su comportamiento de modo que pueda alcanzar un estilo de vida más positivo. Este último aspecto está vinculado estrechamente con el logro de un alojamiento apropiado, educación y empleo por lo que será precisa una colaboración constante con

estos servicios; además, proporcionar servicios encargados de evaluar las necesidades de los drogodependientes y sus familias, incluyendo servicios para la mujer.

Siguiendo con las prioridades del Plan de Acción en Escocia, se considera conveniente desarrollar y extender el trabajo “a pie de calle”, que ayude a los servicios a entrar en contacto y detectar el problema de mucha gente en un estadio temprano, que tenga en cuenta la visión de los jóvenes acerca de sus consumos, y mejore el trabajo de prevención de enfermedades como la extensión de la hepatitis C entre los inyectores. En el caso de la reducción de daños, se pretende aplicar un plan de acción que abarque la prevención, la educación y el tratamiento, teniendo como rasgos centrales el intercambio de jeringuillas y la información apropiada a los usuarios; seguir realizando esfuerzos para contener la extensión del VIH y la hepatitis B; dispensar un tratamiento de abstinencia adecuado a todos los drogodependientes que ingresen en hospitales o aquellos que se encuentran en prisión; mejorar los servicios para pacientes que presentan patología dual, con problemas de drogas y mentales, incluyendo un servicio psiquiátrico integrado que atienda a estos pacientes. Por último, asegurar que la asistencia a los reclusos con problemas de drogas a lo largo de todo el proceso, sea coherente con la lógica de integración y vinculación con la comunidad.

Respecto al alcohol, en 1999 el Gobierno anunció la puesta en marcha de objetivos para reducir su consumo a límites apropiados en el 2005. El Comité Asesor en materia del uso indebido de alcohol aconsejó al ejecutivo la creación de la nueva estrategia para combatir los problemas del alcohol y en esta línea, el Plan de Acción en Alcohol (2002:1-5) contiene un conjunto de propuestas para reducir los daños relacionados con esta sustancia. A corto plazo, se ha perseguido cambiar las actitudes en torno a esta sustancia, desarrollar servicios de apoyo y tratamiento y lograr su correcta aplicación a nivel local; a largo plazo, los objetivos están encaminados a reducir los niveles de consumo en ciertos sectores de la población y los efectos dañinos de la actividad, incluyendo las molestias públicas y el delito.

En siete capítulos, el Plan de Acción expresa su deseo de proporcionar un cambio cultural en el uso problemático de esta sustancia. De esta forma, se considera que la prevención es la mejor contribución para alcanzar la reducción del daño en niños y jóvenes; proporcionar servicios adecuados, ya que se han detectado debilidades en los mismos y acercarlos a la población afectada, por ejemplo, las personas sin hogar y las de las zonas rurales. Por último, el Ejecutivo jugará el papel más importante en la correcta puesta en práctica de los objetivos del Plan, concediendo responsabilidades a nivel local y revisando los progresos alcanzados a finales del 2003, contando con la fundamental colaboración del sector voluntario y cubriendo las debilidades en la investigación y práctica evaluativa. No obstante, pese a los numerosos objetivos, una de las críticas realizadas ha sido que el presupuesto no ha sido incrementado.

Junto con los objetivos previstos para combatir el problema de las drogas, es necesario entender que la colaboración de las entidades es el “corazón” de la estrategia y su adecuada implementación, por lo trabajarán conjuntamente el gobierno con los Equipos de Acción en Drogas (Drug Action Team (DAT) ) a nivel local. El organigrama del gobierno regional en materia de drogas está presidido por el Segundo Ministro de Justicia, Richard Simpson, responsable de la coordinación de las políticas de drogodependencias. Por su parte, el Ministerio de Sanidad se encarga de la administración pública para coordinar la puesta en práctica de las actuaciones y por último, cuentan con el Grupo de Política Sanitaria y la División de Sustancias Indebidas.

Este organigrama, se escinde en cuatro ramas principales. La primera de ellas, es la de Consejo en Política de Drogas, responsable de la coordinación, de la implementación de la estrategia en drogas y del Plan de Acción en Drogas y de servir de enlace con “Escocia contra las Drogas” (Scotland Against Drugs) y el Foro Escocés de Drogas (Scottish Drugs Forum). La segunda, incluye a los Equipos de Acción en Drogas (Drug Action Teams (DAT)), responsable de la planificación y acciones de estos equipos, de analizar su rendimiento y del Sistema de Información de la Estrategia (Drug Misuse Information Strategy (ISD)). En tercer lugar, la Unidad de Intervenciones efectivas (effective Interventions Unit) se encarga de la ejecución efectiva de la agenda actuar conforme lo previsto en “Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership”, evaluando y difundiendo prácticas basadas en la evidencia, con intervenciones eficaces y llevando a

cabo la parte de la estrategia relativa a la investigación. Por último, la cuarta rama se refiere a Tabaco y Alcohol y es la responsable de la coordinación y control de estas actuaciones, como por ejemplo, de la implementación del Documento Blanco “El tabaco mata”, así como de actuar de enlace con el Consejo Escocés de Alcohol (Scottish Council on Alcohol) y la Acción en Tabaco y Alcohol (Action on Smoking and Health)(ver Gráfico 4.2.4.) (Rowdy, 2002).

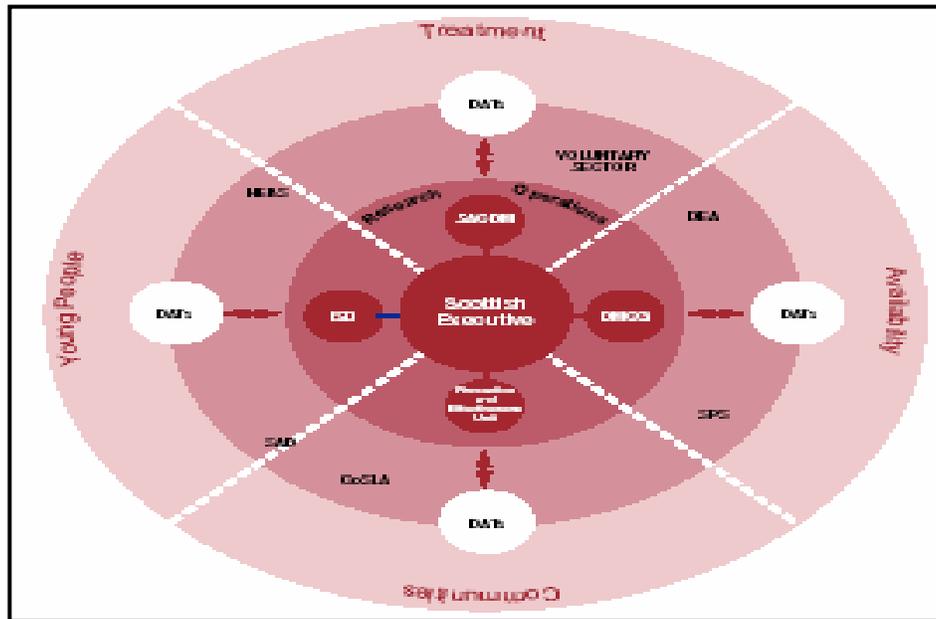
El Gobierno, se encarga de la dirección estratégica, lidera los esfuerzos nacionales, coordina y promueve el compañerismo, proporciona apoyo central a los Equipos de Acción en Drogas (DATs), asigna fondos según las prioridades de la estrategia, analiza los progresos y valora las actuaciones, asegurando el máximo valor del presupuesto a nivel nacional y local. Los Equipos de Acción en Drogas, están al frente del desarrollo de la estrategia localmente, consiguiendo la colaboración de las agencias locales, reflejando la perspectiva comunitaria en el abordaje de esta temática, evaluando las necesidades y prioridades locales, alineando las prioridades, recursos y el modelo de actuación con la estrategia escocesa y asegurando el adecuado valor del dinero en la lucha contra las drogas.

Del mismo modo, hay otras organizaciones en el campo de las drogas en Escocia (CoSLA, Drug Misuse Communications Group, Health Education Board for Scotland, Information & Statistics Division, Ministerial Committee on Tackling Drug Misuse, Prevention and Effectiveness Unit, Scotland Against Drugs, Scottish Advisory Committee on Drug Misuse, Scottish Drug Enforcement Agency, Scottish Prison Service) junto con el sector voluntario, que en los últimos años ha jugado un papel fundamental en dar respuesta a los problemas. En resumen, en la actualidad Escocia cuenta con más de 100 servicios especialistas en drogas que realizan una amplia gama de tareas (ver Gráfico 4.2.4). Por último, el intercambio de jeringuillas en las farmacias se ha implantado prácticamente por toda la geografía escocesa y actúan coordinados con los servicios especialistas en esta actividad<sup>164</sup>.

---

<sup>164</sup> *Protecting our Future*, Plan de Acción en drogas del Ejecutivo escocés, 2000, Pps. 20-21.

**Gráfico 4.8: Cómo actuar juntos adecuadamente**



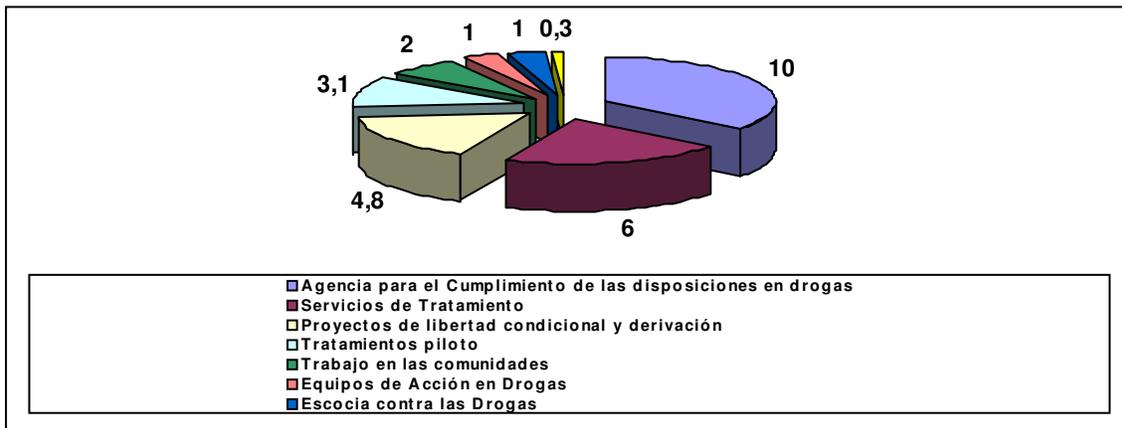
Fuente: “Protecting our Future”, Plan de Acción en drogas del Ejecutivo escocés, 2000, Pps. 20-21.

Para terminar de analizar la planificación y estructura del plan sobre drogas, es necesario saber de qué recursos económicos se dispone para ponerlo en marcha. En este sentido, el Plan de Acción trata el presupuesto y se plantea cuestiones referentes a la efectividad y mejor utilización de los recursos existentes. Según el mismo, el presupuesto de Escocia contra la Droga (Scotland Against Drug) creció en más de 3.5 millones de libras desde 1996 (2.24 millones de euros) y empresas y organizaciones privadas han empezado a contribuir con sus propias iniciativas, como es el caso de la Fundación Lloyds TSB, que destinará más de 1.5 millones de libras (0.96 millones de euros) durante los próximos tres años en proyectos para niños. El Gobierno está destinando fondos extra en estas actividades, concretamente, se ha comprometido a destinar más de 27 millones de libras (17.28 millones de euros) para nuevas iniciativas en contra de la droga.

La partida presupuestaria destinada, incluye 14 millones de libras (8,96 millones de euros) para tratamiento y prevención ; 10 millones (6,4 de euros) para poner en marcha la

Agencia para el Cumplimiento de las medidas en materia de droga (Scottish Drug Enforcement Agency); 6 millones (3,84 de euros) para servicios de tratamiento; un millón para duplicar el apoyo anual a los Equipos de Acción en Drogas, reconociendo que sus competencias han aumentado; 3.1 millones (1,98 de euros) para extender los estudios y tratamientos piloto que ayuden al drogodependiente a romper el vínculo con las drogas antes de reintegrarse en la sociedad; 4.8 millones (3,07 de euros) para proyectos de procesamiento por libertad condicional y derivación (a programas de rehabilitación); 2 millones (1,28 de euros) para financiar trabajos en comunidades que combatan el problema de la droga a través de la colaboración con la inclusión social (Social Inclusion Partnerships) y los Equipos de Acción en Drogas (Drug Action Teams); un millón (640.000 euros) para incrementar la presencia de “Escocia contra la Droga” en la comunidad y finalmente, 300.000 libras (192.000 euros) se invertirán en la formación de especialistas en prevención por parte de la Unidad de Efectividad, perteneciente a la Unidad de Política en materia de Salud Pública del ejecutivo (Public Health Policy Unit) (ver Gráfico 4.9).

**Gráfico 4.9: Presupuesto para la implementación de la Estrategia (millones de libras).**



Fuente: <sup>1</sup> “Protecting our Future”, Plan de Acción del Ejecutivo escocés, 2000, Pps. 6-7.

### **4.2.3. Intervención Asistencial**

#### **4.2.3.1 Principales objetivos del tratamiento**

Tal y como mencionamos anteriormente, el principal objetivo de la estrategia en Reino Unido en el área de tratamiento, es conseguir que las personas con problemas de drogas los superen, logrando una vida saludable y alejada del delito. Para ello, los objetivos específicos incluyen incrementar el número de drogodependientes, como los encarcelados, en programas de tratamiento con un impacto positivo para la salud y el delito. Paralelamente, el Plan de Acción en Escocia tiene como prioridades seguir desarrollando servicios de asistencia compartida en la mayoría de los Equipos de Acción en Drogas (DATs), ya que, por ejemplo, menos de la mitad de los médicos generales actúan en este tipo de servicios; revisar la eficacia de los recursos de apoyo al alojamiento y residencias a nivel local y por último, vincular los programas de rehabilitación con los de educación, formación y empleo, como mecanismo para superar la adicción y permanecer libres de la droga.

En la misma línea, otros objetivos el Plan de Acción (2000), persiguen aumentar el número de drogodependientes atendidos en programas de tratamiento; reducir las muertes ocasionadas por la droga, la práctica de inyectarse, el policonsumo y el intercambio de jeringuillas, las sobredosis y otros daños asociados; analizar la calidad, cantidad y cobertura de los programas de rehabilitación; implantar nuevos programas de formación y empleo; reducir la disponibilidad de drogas en el mercado ilegal; conseguir que el mayor número de encarcelados drogodependientes ingresen en programas de tratamiento; reducir el delito asociado a la droga; liderar el desarrollo de programas de tratamiento específicamente orientados para aquellos que cometen delitos relacionados con la droga; y por último, ofertar formación al personal para asegurar que las personas

que trabajan esta materia tengan conocimiento y seguridad de cuál es la mejor manera de ayudarles a reducir el consumo de drogas.

Si analizamos estos objetivos, podemos clasificarlos según pretendan incidir en el desarrollo y mejora de los servicios, de los programas o de los pacientes. Además, todas estas actuaciones pretenden lograr unas consecuencias finales asociadas con la reducción del abuso de drogas. Respecto a los servicios, parece que las prioridades, enfocadas en el ámbito local, están encaminadas al desarrollo de aquellos que incluyan cuidados compartidos y a revisar la efectividad de los de alojamiento y apoyo residencial. Además, en cuanto a los programas, destacan los relacionados con el delito y con la mejora de la formación de los profesionales. Estas prioridades de salud, prisión y rehabilitación aparecen nuevamente en los pacientes, siendo el objetivo aumentar la demanda de tratamiento, especialmente en prisión y lograr mejores oportunidades de empleo para su reinserción.

Las consecuencias finales han cambiado en las últimas décadas y para lograr la abstinencia, se proponen objetivos intermedios como reducir el policonsumo, la sobredosis y el daño ocasionado para la salud. Para alcanzar el éxito en reducción de daños, las prioridades son limitar la práctica de inyectarse, de compartir jeringuillas y por último, la mortalidad. Sin embargo, como se comentó en el epígrafe 1, hay otras consecuencias sociales generadas y por este motivo, la consecuencia final pasa por reducir la disponibilidad de drogas en el mercado ilegal y los delitos ocasionados. En resumen, las actuaciones primordiales en el plan de acción se centran en la reducción de daños y al igual que en Reino Unido, hay un especial interés en superar la tradicional asociación entre delito y drogas, fomentando programas de tratamiento en estas instituciones y buscando nuevos mecanismos de reinserción social (ver Gráfico 4.10).



**Gráfico 4.10: PRIORIDADES EN EL PLAN DE ACCIÓN EN DROGAS EN ESCOCIA**

**SERVICIOS**

- \* Desarrollo de servicios de atención compartida a nivel local (Equipos de Acción de Drogas) (DATs)
- \* Revisar la eficacia de los servicios de alojamiento y apoyo residencial a nivel local.

**PROGRAMAS**

- \* Ampliación de la oferta programas de tratamiento (especialmente los relacionados con el delito)
- \* Vincular los programas de rehabilitación con los de educación, formación y empleo
- \* Analizar la cantidad, calidad y cobertura de los programas de rehabilitación
- \* Formación de los profesionales

**PACIENTES**

- \* Incrementar el número de pacientes atendidos en los servicios de tratamiento.
- \* Lograr la cobertura asistencial del mayor número de drogodependientes en prisión
- \* Nuevas oportunidades de formación y empleo para los rehabilitados

**CONSECUENCIAS**

**SANITARIAS**

- Abstinencia
- Reducir policonsumo
- Disminuir las sobredosis

**SOCIALES**

- Reducir la inyección
- Disminuir la práctica de compartir jeringuillas

- Acabar con las muertes asociadas con la droga

- Reducir la disponibilidad de drogas en el Mercado ilegal
- Disminuir los delitos asociados con la droga

**Fuente: elaboración propia**

Por otra parte, en esta investigación se ha considerado importante establecer la relación entre la actual situación y los objetivos propuestos con la finalidad de saber dónde nos encontramos en este momento y qué áreas progresan en mayor medida. Hay que reconocer que aún es pronto para hablar de ello, cuando la estrategia acaba de ponerse en marcha, pero resulta interesante conocer que tres de los indicadores propuestos progresan conforme a la programación: el descenso en el número de muertes asociadas con la droga, el porcentaje de usuarios de droga por vía parenteral con anticuerpos positivos de Hepatitis C y por último, el aumento de los delitos registrados por las fuerzas de policía en relación con el tráfico de drogas. La ligera reducción de la Hepatitis C merece especial preocupación y es tratada en el informe *Previniendo el HCV en Escocia: Opciones de Actuación (Preventing HCV in Scotland: Options for Action)* (2002). El resto de los indicadores permanecen en los mismos niveles, excepto el descenso de las demandas a tratamiento y de las cantidades de droga decomisadas (ver Tabla 4.9).

**Tabla 4.9: Comparación de la situación real con la esperada en el Plan de Acción.**

OBJETIVOS EN EL PLAN DE ACCIÓN	Situación 1999	Situación 2000	Objetivos 2005
Retroceder la tendencia ascendente en las muertes relacionadas con la droga	340? 291	292	<25%
Número de muertes de conocidos o presuntos drogodependientes	227	220	<25%
Incrementar el número de drogodependientes que entran en contacto con los servicios de tratamiento de drogas y de asistencia en la comunidad	11.123? 10.608	10.591	>10% cada año
Reducir la proporción de drogodependientes que se inyectan	39- 40%	39%	20%
Reducir la proporción de usuarios por vía inyectada que comparten jeringuillas	34%	34%	20%
Disminuir el porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral con anticuerpos positivos de la hepatitis C	62%	58%	20%
Aumentar el número de encarcelados por delitos relacionados con el uso indebido de drogas que ingresan en tratamiento por derivación desde el sistema criminal de justicia a disposición de la comunidad	El registro de este indicador se está implantando en la actualidad		40%
Incrementar el número de decomisos de droga	17.804 (1998)	17.764? (1999) 16.927 (1999)	> 25%
Aumentar los delitos registrados por las fuerzas policiales por venta o posesión con intento de oferta de drogas	8.514	8.645	>25% en el 2004

Fuente: elaboración propia mediante la Estadística en materia de Drogas de Escocia (Drug Misuse Statistics Scotland, 2001) y el artículo acerca de La tristeza de los Objetivos en materia de Drogas de Iain Gray (*Iain Gray Targets Scotland's Drugs Misery*), del 1 de diciembre de 2000, Ejecutivo Escocés.

#### **4.2.3.2. Programas y recursos: desarrollo de los servicios de alcohol y drogas en Escocia. El papel de las Organizaciones no Gubernamentales**

En líneas generales, se observa que el desarrollo de los servicios acontece cuando existe una percepción del problema y se demandan actuaciones para hacerle frente. Esta puede ser la razón por la que, en el caso escocés, los servicios especializados en el tratamiento de los problemas de alcohol hayan precedido a los de las drogas ilícitas (Ritson, B., 1992: 131-136). En 1962, el Ministro de salud de Inglaterra y Gales, emitió un memorando a las autoridades hospitalarias en el que recomendaba el establecimiento de “unidades especiales para el tratamiento de los alcohólicos” y su implantación en cada una de las áreas regionales administrativas. En Escocia, se reconocieron necesidades similares, siendo el objetivo de estas unidades proveer un servicio de tratamiento del alcoholismo, en primer lugar, con la asistencia en régimen interno de cuatro a seis semanas y posteriormente, su seguimiento en el exterior, apoyando todo el proceso con la formación e investigación. Aunque estas unidades se localizaban en el Servicio Nacional de Salud, en la práctica, la mayoría establecía una relación estrecha con las agencias de trabajo social y el sector voluntario, como Alcohólicos Anónimos y los Consejos en Alcohol. Además, estaban financiadas por el Servicio de Salud y entre su personal se encontraban psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.

En 1978, se produjo un cambio en la perspectiva de los servicios para personas con problemas de alcohol que culminó con el informe del Comité Asesor en Alcoholismo (Advisory Committee on Alcoholism), según el cual estos servicios deberían ayudar a “cualquier persona con problemas sociales, psicológicos o psíquicos ocasionados como consecuencia de su repetida ingesta de alcohol o la realizada por otros, por lo que los tratamientos deberían situarse en el nivel primario”. En ese momento, se localizaban cuatro niveles de intervención con bebedores abusivos: en el primario, la principal tarea era reconocer el problema con el alcohol y en qué medida contaban con apoyo familiar; en el secundario, proporcionar un conocimiento especializado, apoyo y consejo para los que lo necesiten y servicios sin una responsabilidad específica para tratar o apoyar psicológicamente a estos pacientes (Seguridad Social, policía, empresarios, dueños de

bares); en el tercero, se encontraban las agencias, que solían actuar como primer punto de contacto en situaciones de crisis. En este marco, el médico de familia, los departamentos de accidentes y urgencias, de atención general hospitalaria (sin internamiento), los trabajadores sociales y las agencias de apoyo psicológico tenían un papel crucial. Finalmente, en el cuarto nivel, las agencias especialistas, por lo que se crearon los Equipos de Atención Comunitaria del Alcohol (Community Alcohol Teams). Comúnmente éstos incluyen una enfermera, un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social y un orientador. Los servicios especializados se incluyen dentro del Servicio Nacional de Salud y en muchos casos continúan estableciendo algunos tratamientos hospitalarios como apoyo al trabajo comunitario (por ejemplo desintoxicación de los pacientes). En los últimos años, hay un creciente énfasis en el tratamiento con programas que no requieren internamiento y el tiempo de estancia se ha ido reduciendo hasta llegar a una o dos semanas. Por último, ciertos grupos con necesidades especiales como los “sin techo”, jóvenes, mujeres o minorías étnicas, cuentan en ocasiones con programas especiales.

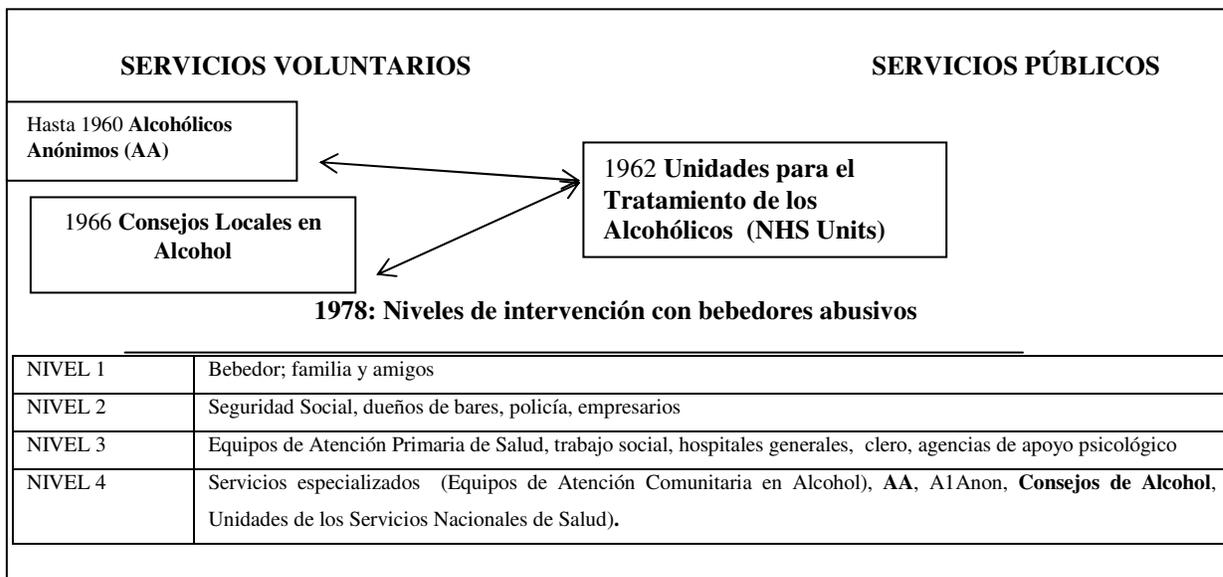
En el desarrollo de los servicios de alcohol, no se puede olvidar el papel jugado por las organizaciones de voluntariado (Allsop, D; Slavin, W., 1992:123-130). Hasta principios de los 60, la organización principal que atendía a este grupo era Alcohólicos Anónimos y años más tarde sigue siéndolo, contando en 1992 con más de 800 grupos trabajando por toda Escocia. Junto con ellos, los Consejos Locales en Alcohol han contribuido al rápido crecimiento del sector voluntario. Se trata de cuerpos locales autónomos, muchos de ellos con personal a tiempo completo, afiliados a un Consejo Nacional, (The Scottish Council on Alcohol). El primer consejo surgió en Glasgow en 1966 como alternativa a Alcohólicos Anónimos. A lo largo de la década de los 70 y hasta mediados de los 80, se produjo la gran expansión de su programa lo que explica su actual primacía, con un total de 26 consejos locales. Aunque se trata de cuerpos independientes, su afiliación al nacional y el desarrollo de un proyecto común de formación<sup>165</sup> los han convertido en una red de trabajo.

---

<sup>165</sup> En 1974, comenzó este proyecto con la idea de formar a ciudadanos como miembros, enseñándoles las técnicas básicas del consejo

A diferencia de Alcohólicos Anónimos, la aproximación al problema del alcohol de estos Consejos no es reconociendo el alcoholismo como “enfermedad” aunque muchos clientes son aconsejados con el último objetivo de la abstinencia y la finalidad debería ser regresar a la vida comunitaria sin depender de esta sustancia. En 1992, ya contaban con un total de 400 a 500 consejos voluntarios, colaborando también con los servicios de tratamiento en prisión. Sin embargo, pese a que la dependencia al alcohol suele estar acompañada por el abuso de otras sustancias (policonsumo), las agencias para atender los problemas de drogas han surgido separadamente y no hay relación formal entre los servicios de alcohol y drogas del sector voluntario (por ejemplo entre el Consejo Nacional en Alcohol y el Foro Escocés en Drogas, Scottish Drug Forum), lo que supone en muchas ocasiones un obstáculo al trabajo (ver Gráfico 4.11).

**Gráfico 4.11: Evolución de los Servicios de Tratamiento del alcoholismo en Escocia**



**Fuente:** elaboración propia a partir de Ritson, Bruce (1992): “Services for problem drinkers in Scotland” En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Pps. 131-136. Allsop, Douglas; Slavin, Willy (1992): “Scottish voluntary alcohol and drug services”. In *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*.

Después de diez años, el Plan de Acción en Alcohol (2002: 3-5,73) reconoce que en Escocia hay una gran variedad de servicios efectivos que proporcionan apoyo y tratamiento, pero se han encontrado algunas deficiencias, concretamente en los servicios de apoyo psiquiátrico, de apoyo psicológico a los alcohólicos y sus familias, de

rehabilitación, aquellos que atienden los daños cerebrales causados por el alcohol y por último, el teléfono de la esperanza. La percepción es que la cobertura del servicio es desigual y fragmentada, con una disparidad de apoyo y tratamiento disponible a lo largo de la geografía. Por esta razón, el gobierno se ha propuesto desarrollar una estructura de apoyo y tratamiento a los problemas de alcohol (que incluirá unos principios centrales, estándares de calidad y orientación para la provisión de servicios estatutarios, voluntarios y de los sectores independientes).

Además de ello, el Consejo de Estándares Clínicos de Escocia (Clinical Standards Boards for Scotland (CSBS)) considera importante incluir indicadores comunes para los servicios de alcohol y el gobierno implantará recursos estatutarios para todos los tipos de actuaciones en el problema del alcohol, siendo las prioridades los servicios para niños y jóvenes, el apoyo residencial, las comunidades rurales, los “sin techo”, las personas con problemas mentales y alcoholismo, con otros daños causados por el alcohol y los reclusos con este problema. Aún persiste la preocupación por satisfacer las necesidades de la población con problemas de alcoholismo y dependencia a otras drogas, perfil diferente al de aquellos con problemas de alcohol exclusivamente. En la misma línea, el ejercicio de consulta pública identificó la enorme contribución realizada por las organizaciones voluntarias en prevención, educación, tratamiento y apoyo a los servicios, especialmente Alcohólicos Anónimos y AIAnon. Este sector puede satisfacer las necesidades de los grupos más marginados de un modo más efectivo que los servicios estatutarios, puede colaborar en la dirección de las cuestiones relevantes en alcohol, su labor resulta particularmente eficaz en las zonas rurales, representa un buen valor del dinero y por este motivo es interesante que estén incluidos en estrategias locales de alcohol.

El desarrollo de los servicios de tratamiento del alcohol, precede al de las drogas ilegales y en este último caso, el sector voluntario jugó un papel fundamental. Durante las décadas de los 60 y 70, los pocos recursos existentes para atender a los drogodependientes se encontraban en los hospitales y no es hasta finales de los 70, cuando surgen nuevos servicios, auspiciados por la alarma generada por la heroína y sus consecuencias (Greenwood, J., 1992: 138-143). Ante esta situación, profesionales

(principalmente psiquiatras) y responsables en materia de drogas coincidieron en que los principales servicios de apoyo debían de ser las agencias de drogas no estatutarias y establecidas en la comunidad (community-based non-statutory drug agencies). Esta importante inyección de dinero público marca una distinción fundamental respecto al campo del alcohol y aunque la política era fomentar estas iniciativas locales de voluntariado, inmediatamente se produjo una presión para profesionalizar los servicios.

Esto no significa que no existieran proyectos puramente de voluntariado (sin fondos públicos) pero hasta hace relativamente poco tiempo ha sido la realidad imperante, incluso en los conocidos Grupos de Apoyo a la Familia, clásico ejemplo de grupos de autoayuda. En aquellas áreas con elevada incidencia de usuarios de droga, se estableció una red de agencias locales no estatutarias, que ofrecían apoyo psicológico y familiar, accediendo en algunos casos directamente a centros de día. Pese a los beneficios causados por este modelo, una desventaja de optar por los proyectos basados en la comunidad, ha sido la ausencia de programas de rehabilitación en amplias áreas. En este sentido, el primer trabajo de rehabilitación contra la droga en Escocia estuvo a cargo de los frailes franciscanos de la iglesia católica y posteriormente, la mayoría de las residencias especialistas en alojamiento eran también no estatutarias (con la excepción de una agencia residencial de internamiento situada en Glasgow). Por último, en este marco, los psiquiatras generales podían ver a los usuarios de drogas en las clínicas generales y en algunas áreas los servicios sociales también estaban establecidos en la comunidad, mediante trabajadores en la materia.

Sin embargo, el panorama descrito cambió radicalmente con la llegada de la infección del VIH, en mayor medida porque Escocia contaba con unas cifras de infección dramáticas y superiores al caso de Inglaterra; en 1991, más de la mitad de casos registrados de VIH eran de usuarios de drogas y más del 25% eran mujeres (el equivalente en Inglaterra era del 8% y el 7% respectivamente), lo que podía contribuir a reforzar el volumen de servicios de tratamiento. En 1988, el Consejo Asesor en materia de Drogas expresaba su visión de que el VIH era un problema mayor que el uso de sustancias ilícitas y esta fue una opinión ampliamente aceptada entre los profesionales

que trabajaban con drogodependientes, los cuales prescribieron servicios para excluirlos de este riesgo y reducir el daño<sup>166</sup>. Además, la mayoría de los proyectos comunitarios se adherían a este modelo de reducción del daño y prueba de ello es que, en 1991 la ciudad de Glasgow ya contaba con 8 programas de intercambio de jeringuillas, excelentes servicios para usuarias embarazadas y un centro instalado en un barrio marcado por la prostitución.

En Edimburgo, las altas prevalencias de VIH, explicaban los principales objetivos del Servicio Comunitario para el Problema de la Droga (CDPS): proporcionar servicios de reducción de daños para aquellos que no estuvieran preparados para cesar en el consumo de drogas y programas de tratamiento, para aquellos motivados en detenerlo. Además, contaban con profesionales en los centros comunitarios de salud o en sus propias casas, compuestos por personal estatutario, no estatutario y médicos generales locales (GPs) a los que se les pedía que se encargasen de la prescripción de sustitutivos cuando fuera necesario. En este último caso, en 1992, ya se comenzaba a cuestionar la dispensación diaria de drogas orales en dosis estables o decrecientes por parte del farmacéutico (Allsop, D.; Slavin, W., 1992:123-130).

Más tarde, en 1999, el control de la extensión de la hepatitis C entre los usuarios de drogas por vía parenteral, fue uno de los mayores cambios en materia de salud ocurridos en Escocia. La extensión de la hepatitis C en la década de los 90 no fue controlada con intervenciones. En la actualidad, pese a su desarrollo, persisten algunas dificultades. El grupo de expertos que estudió la prevención del HCV estimó que, en 1997, los programas de intercambio de jeringuillas distribuían entre 0.13 y 0.25 jeringas por inyector y día, lo que representaba solo entre el 4% y 8% del número requerido (asumiendo que los usuarios de drogas por vía parenteral utilizan una media de tres inyecciones al día). Durante 1999/00, 900.000 equipos de inyección se distribuyeron en Glasgow, lo que representa solo un 10% del número requerido (8 millones según los objetivos).

---

<sup>166</sup> En 1986, los asesores en el contagio infeccioso de esta enfermedad y los virólogos actuaron como mecanismo de contacto entre la profesión médica y los usuarios de drogas. Algunos asesores en la materia empezaron a prescribir metadona en usuarios de VIH positivo y pronto los usuarios infectados con VIH negativo también demandaron terapia de sustitución con metadona aunque la administración sanitaria estipuló que solo los pacientes infectados debían ser tratados con sustitutivos.

Otro problema señalado es la dificultad de implicar a los farmacéuticos en la reducción de daños por la percepción negativa de los proyectos de intercambio de jeringuillas entre el público en general. De hecho, en Glasgow solo 15 de las 216 oficinas de farmacia existentes participan en programas de este tipo. Por otro lado, la Ley que rige en materia de drogas (Misuse of Drugs Act (1971)) prohíbe poseer o vender el material utilizado para inyectarse (filtros, cucharillas, ácido cítrico y agua esterilizada). Este aspecto resulta de enorme importancia pues, un estudio reciente detectó HCV RNA en un 70% de las jeringuillas, un 67% de las torundas de algodón, un 40% de los filtros, un 25% de las cucharas y un 33% de las muestras de agua. Por esta razón, se recomienda que el gobierno británico modifique la ley referente a este aspecto e implante un proyecto piloto para determinar qué impacto tendría el llamado Steribox.<sup>167</sup>

Siguiendo con los estudios de HCV, en las cárceles escocesas se ha encontrado que, cerca de la mitad de los presos con una historia de consumo de drogas tenían anticuerpos positivos de HCV y sin embargo, el intercambio de jeringuillas en estas instituciones resulta aún controvertido. Por este motivo es recomendable que se revisen los resultados del reciente estudio de evaluación del riesgo, llevado a cabo por el Centro en materia de infección y salud ambiental (Scottish Centre for Infection and Environmental Health) y se considere sus implicaciones en el desarrollo de servicios en las instituciones penitenciarias. Finalmente, se recomienda que los servicios de tratamiento de drogas y de reducción del daño desarrollen programas a pie de calle que tengan como objetivo prioritario a los “sin techo” (Health Education Board for Scotland, 2002).

Además, para entender los problemas de alcohol y drogas es necesario tener una visión integrada y saber que el gobierno escocés ha desarrollado numerosas iniciativas que afectan a la situación de las drogas (Yates, 2002) sobre la integración social, por ejemplo la Asociación de Integración Social (SIPs). En la actualidad, hay 48 asociaciones

---

<sup>167</sup> En Francia, el Steribox o kit de inyección que contiene jeringuillas esterilizadas, agua, una torunda de algodón y un preservativo se puede adquirir en las farmacias (por 70 peniques). En Health Education Board for Scotland (2002): *Preventing HCV in Scotland: Option for Action. Report of a deliberative seminar*. Pp.15.

de este tipo operando alrededor de Escocia con diferentes orígenes y enfoques del problema. Se trata de *multiagencias* que incluyen a las autoridades locales, administraciones sanitarias, educativas, al sector privado y de un modo crucial, a la comunidad local y al sector voluntario.<sup>168</sup> Otra iniciativa fundamental es la de las comunidades que trabajan para la rehabilitación de las viviendas<sup>169</sup> y se pretenden combatir las desigualdades entre las comunidades, cubriendo las debilidades de los más desfavorecido e implicando a toda la comunidad en la que viven.

La planificación comunitaria es la vía por la cual los consejos y otras organizaciones locales y nacionales se ponen de acuerdo en las prioridades y luego se trabaja conjuntamente para establecer los servicios a nivel local (Scottish Executive, 2002). Por último, hay otros programas centrados en la integración social: “Escuchando a las comunidades”, “Comunidad y Asistencia”, “Asociaciones en materia de vivienda”, “Iniciativa de casas vacías”, “Iniciativa para los que duermen a la intemperie”, “Nuevas oportunidades de entrada”, “Futuros fondos”, “Implementando la integración”, “Desigualdades en la salud”, “Seguimiento en educación de los incidentes en materia de drogas en los colegios”, “Objetivos de excelencia”, “Diseño de la asistencia”, “Aprendiendo juntos” e “Iniciando”.

Por último, si hacemos referencia a los servicios de tratamiento, en Escocia se pueden encontrar alrededor de 30 tipos diferentes de intervenciones que incluyen consejo, asistencia, apoyo residencial, apoyo psicológico individualizado, terapia complementaria, cuidados de día, visitas a casa, grupos de trabajo, desintoxicación, apoyo a la familia, etc. Sin embargo, no queda claro qué tipos de intervención pueden ser agrupados conjuntamente y por lo tanto no se han realizado muchos intentos. Según un informe del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, la información proporcionada por Escocia es demasiado detallada y no resulta fácil de “clasificar”. De acuerdo con el directorio electrónico de recursos de tratamiento, hay un total de *104 servicios de asistencia en materia de drogas* (incluyendo servicios en régimen de internamiento y programas que no lo precisan) y muchos de éstos también cubren las áreas de prevención,

<sup>168</sup> [www.scvo.org.uk/sip/default.htm](http://www.scvo.org.uk/sip/default.htm)

<sup>169</sup> [www.communitiesscotland.gov.uk/communities/](http://www.communitiesscotland.gov.uk/communities/)

trabajo a pie de calle y tratamiento del alcoholismo<sup>170</sup>. Finalmente, siguiendo los Estándares Nacionales de Asistencia, la demanda de rehabilitación residencial en los establecimientos especializados registrados es mayor que el número de plazas actualmente disponibles, ya que parece que no resultan suficientes los 16 servicios de alojamiento residencial existentes para personas con problemas de drogas, de alcohol o de ambos (Scottish Executive, 2001:4).

#### **4.2.3.3. Evaluación de resultados del tratamiento**

La actividad de monitorización es el proceso de recopilar la información necesaria para poder evaluar en qué medida se han alcanzado los objetivos o si se ha avanzado en la consecución de los mismos. En el campo clínico, puede realizarse en cualquier nivel de asistencia, por parte del médico, del equipo de atención primaria, del grupo de atención primaria o a un nivel más general, la autoridad sanitaria o el consejo de administración en la materia. El llamado *Maudsley Addiction Profile* (MAP) es un cuestionario breve realizado por el entrevistador que se utiliza para registrar los problemas más recientes experimentados por el usuario de drogas (y alcohol) adulto y se ha diseñado para ser administrado fácilmente en los estadios anterior y posterior al periodo de tratamiento (Department of Health, 1999:127-128).

El gobierno escocés ha puesto en marcha la Unidad de Intervenciones Efectivas (Effective Interventions Unit (EIU)) conforme a lo acordado en enero del 2000, para apoyar la implementación de la estrategia en materia de drogas, *Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership* (1999). La evaluación es una de las herramientas centrales, que permitirá a esta unidad identificar aquello que es efectivo y los costes de la puesta en práctica de las medidas para combatir los problemas ocasionados por las drogodependencias. Esta información podrá ser utilizada como apoyo y consejo para financiar las actividades y ponerlas en marcha por parte de los profesionales. Además, servirá a los Equipos de Acción en Drogas (DATs) y a las agencias para implantar esta práctica y para ello, la unidad ha desarrollado guías de buenas directrices, herramientas

---

<sup>170</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2002): *Classifications of Drug Treatment and Social Reintegration and their availability in EU Member States plus Norway*, Pps.83-84.

de evaluación, modelos presupuestarios, de servicios, etc. (Scottish Executive, 2001). Durante los años 2001 y 2002, se han producido 10 guías que incluyen los aspectos más relevantes de la evaluación: definición y conceptos comunes, planificación, diseño, implementación, información y difusión, diseño y evaluación económica, interpretación de los datos, evaluación de servicios a pie de calle, de la capacidad de empleo de los programas y finalmente, de los compromisos comunitarios.

Otro estudio importante en la materia, se refiere a los servicios de tratamiento para los jóvenes (*Drug Treatment Services for young people: A research review*)<sup>171</sup>. Sus resultados enseñan que hay una provisión limitada (42 servicios) y la distribución a lo largo de Escocia es desigual y normalmente incompleta; los servicios expuestos varían en diversos grados de especialización y en términos de objetivos y métodos, con una consistencia pequeña en su implantación a lo largo de Escocia. A nivel local, los Equipos de Acción en Drogas (DAT) pretenden introducir servicios relevantes. Aunque muchos de los programas actuales se han puesto en práctica solo desde hace uno o dos años, más de 400 niños y más de 800 jóvenes (entre 16 y 18 años) accedieron a estos servicios en los doce meses previos a otoño del 2001. Además, se aprecia entre los servicios un contacto limitado, lo que dificulta el intercambio de ideas entre los distintos equipos profesionales. Por último, en la literatura internacional, las intervenciones que resultan más efectivas en términos de reducción de drogas son la terapia de comportamiento, el apoyo psicológico; la terapia familiar; el Programa Minnesota de los 12 pasos; la comunidad terapéutica y los cuidados residenciales. De los señalados, solo los de apoyo psicológico predominan en número en los servicios escoceses.

En la misma línea, durante los próximos tres años se va a realizar la *Evaluación de las Pruebas de Drogas en el Sistema Criminal de Justicia en tres áreas piloto*. La Justicia Penal y la Ley en materia de administración judicial (Court Services Act 2000) dota a la policía del poder de realizar pruebas en materia de drogas a los detenidos bajo custodia

---

<sup>171</sup> En Agosto de 2001 la “York Consulting Limited” (YCL) y “the School of Nursing and Midwifery”, de la Universidad de Dundee (SNMDU) fueron encargados por la Unidad de Intervenciones Efectivas (Effective Interventions Unit, EIU) para emprender un estudio sobre el tratamiento y cuidados de los servicios en Escocia para niños y jóvenes que desarrollasen o tuviesen problemas con el abuso de drogas.

policial y a los tribunales del poder de realizar pruebas a los delincuentes (bajo la supervisión del servicio de pruebas), que se restringen a las drogas de la Clase A: heroína y cocaína. Finalmente, otro estudio llevado a cabo en 2002 versa sobre *La efectividad del tratamiento para usuarios dependientes de la heroína: Una revisión internacional de la evidencia*<sup>172</sup>.

Como se mencionó anteriormente, el seminario sobre el HCV recomendó a la Unidad de Intervención Efectiva (EIU), el desarrollo, implementación y evaluación de las intervenciones piloto para reducir la iniciación en la práctica de la inyección de drogas (rompiendo el ciclo); un proyecto piloto para determinar el impacto del Steribox; iniciativas en materia educativa para prevenir el contagio de HCV; la revisión de información e investigación de cara a la planificación efectiva nacional y local en relación con la prevención del HCV; un estudio comparativo en diferentes centros de Escocia y una investigación para determinar cómo los diferentes subgrupos de usuarios de drogas por vía parenteral acceden a los programas de intercambio de jeringuillas (Health Education Board for Scotland, 2002:33-34).

Un ejemplo de monitorización de resultados para el tratamiento es el estudio piloto *Evaluación de la base de datos de resultados escocesa* (Linsey Galbraith and Peter Knight, ISD Scotland) realizada durante mayo de 1998 y 1999. Supone un proceso de retroalimentación desde la visión de la experiencia de los trabajadores de cinco agencias de tratamiento participantes hasta el análisis estadístico de algunos de los datos recogidos. Lo más destacado de los resultados encontrados era que a los tres meses de seguimiento, un 60% de los casos ya habían sido cerrados (más del 2% seguían en lista de espera para el tratamiento y un 1% estaban aún abiertos, pero no habían sido vistos desde el contacto inicial) y la mayoría de los casos estaban cerrados por abandono del cliente. Las agencias opinan que un importante número de clientes demandan tratamiento cuando se encuentran en situación de crisis y por cualquier razón, no regresan hasta que no tienen la siguiente. Para aquellos que aún permanecían en tratamiento a los tres meses,

---

<sup>172</sup> El Departamento de Prácticas Generales y Atención Primaria y la Unidad de Investigación Económica de la Salud (HERU) de la Universidad de Aberdeen por encargo de la Unidad de Intervenciones Eficaces (EIU), realizaron una revisión de la literatura internacional en el tratamiento de los opiáceos.

se identificaron una variedad de resultados positivos: desplazamiento desde el uso de drogas ilícitas a la prescripción de sustitutivos, disminución de la vía inyectada y la práctica de compartir material, mejoras en la salud física y emocional y bienestar y reducción de la actividad criminal (Galbraith, L.; Knight, P., 2000).

Por último, el Proyecto de Investigación de Resultados en Drogas en Escocia (también conocido como DORIS) proporciona información sobre los programas de tratamiento, los pacientes y el periodo de tiempo (Neale, J.; Saville, E.; McKeganey, N., 2002). DORIS es un largo estudio sobre la efectividad del tratamiento en drogas y proporcionará la versión escocesa del Estudio Nacional de Investigación de Resultados del Tratamiento (NTORS), actualmente realizado en Inglaterra. Hoy en día, muchos servicios de tratamiento no han sido sometidos a ningún tipo de evaluación sistemática e independiente de su efectividad, por lo que, como resultado, hay una seria carencia de información sobre el éxito o la necesidad de implantar nuevos programas.

### **4.3. Discusión de los resultados**

En el momento de planificar las actuaciones en materia de drogodependencias, es preciso conocer que el consumo de drogas está asociado con numerosos factores culturales y sociales. Por este motivo, el estudio comparativo puede ser una herramienta útil de cara a conocer similares en contextos dispares y las singularidades de cada región. Para ello, en este capítulo se ha realizado un análisis de la situación británica, desde el punto de vista general y posteriormente, el acercamiento a una región concreta, conociendo sus características particulares. En este último apartado, se presentan los resultados más destacados de ambos casos, a fin de obtener una imagen resumida que nos permita la posterior comparación con el caso español.

De este modo, en Gran Bretaña, en la década de los 50 se encontraba una clase media de adictos a la morfina y a fines la misma, se habían identificado más de 60 usuarios de heroína en Londres, muchos de ellos músicos o visitantes frecuentes de clubes de jazz. Desde 1959 a 1964 se produjo un incremento de los adictos notificados

por el Ministerio del Interior y la opinión pública comenzó a reaccionar. En la década de los 70, la revolución punk trajo consigo el auge de la práctica de esnifar sustancias volátiles y cuando comenzó la expansión dramática del mercado negro de la heroína (1979), los punkies fueron el grupo que se inició en esta práctica. A finales de los 80, Reino Unido sufrió una ola de consumo de drogas centrada en el uso del éxtasis en lugares de baile o “raves”.

Finalmente, los jóvenes europeos del Tercer Milenio, viven en una sociedad definida en términos de consumo y opulencia donde cada tipo de música está asociada con el consumo de diferentes drogas: la música de baile con las anfetaminas o el éxtasis; la cocaína vuelve a ser muy popular; el house, garage, big beat y la noche funk con el éxtasis, las anfetaminas, y a veces la cocaína; las noches del Drum'n bass o jungle con el cannabis y la cocaína y los rumores de gente consumiendo crack cocaína o heroína en los clubs donde es más común parecen ciertos. En los tipos de música mencionados se encuentra un amplio abanico de drogas, aunque se asocia música-droga especialmente en los seguidores de la música baile y la droga más importante sigue siendo el alcohol.

La política de drogas tiene una importante influencia y la nueva estrategia británica reconoce el papel jugado por la exclusión social y otros factores medioambientales en las comunidades más marginadas. Respecto al alcohol, hasta la década de los setenta, Gran Bretaña contó con la legislación más restrictiva en el oeste de Europa, con la regulación de la oferta de alcohol y el acceso a la misma (a través, principalmente, de políticas de precios, un sistema de licencia de apertura de locales etc.) para prevenir los episodios de embriaguez y en segunda instancia, mediante el empleo del sistema de justicia para penalizar la embriaguez y el desorden público.

En cuanto a la situación epidemiológica, Gran Bretaña parece tener niveles superiores de consumo de sustancias ilícitas a otros países europeos. En general (entre los 16 y 59 años), entre 1994 y el 2000 se produjo un incremento en el indicador de consumo alguna vez en la vida desde el 28% al 34% y ligeramente, en el de aquellos que habían tomado drogas el pasado año, desde el 10% al 11%. Tomar drogas tiene consecuencias

sanitarias y sociales y uno de los cambios encontrados en las agencias de tratamiento es el incremento del número de usuarios de cocaína/crack y policonsumidores, existiendo aún servicios tradicionalmente creados para usuarios de heroína que se consideran inadecuados para atender esta nueva problemática.

Además, no afecta igual en todas partes y por ejemplo, la prevalencia de VIH asociado con las drogodependencias es superior en Londres al resto de Inglaterra y Gales. La Hepatitis C para el conjunto de Inglaterra y Gales, descendió desde el 35% de los pacientes atendidos en 1998 al 32% en 1999 aunque se observa un aumento en las edades más avanzadas. El número de muertes en usuarios de drogas continua creciendo en todo el Reino Unido, en Inglaterra y Gales parece ser más bajo aunque en Escocia e Irlanda del Norte la tasa se ha incrementado en los últimos años. Finalmente, en aquellas prisiones donde se ha puesto en práctica una estrategia anti-drogas, ha descendido el número de los que han dado positivo en los test realizados.

Para hacer frente a esta problemática, en 1998, el Gobierno publicó su estrategia para la próxima década (*Tackling Drugs To Build A Better Britain*), combinando la ejecución estricta con la prevención. La droga se asocia con otros problemas sociales y se actúa mediante cuatro principios o áreas de actuación: ayudar a los jóvenes a hacer frente a la droga para lograr su completo desarrollo en la sociedad; proteger a las comunidades de la conducta criminal y anti-social asociada a la droga; tratamiento para lograr que las personas con problemas de drogas los superen y vivan de modo saludable y alejados del delito, finalmente, endurecer y dificultar la disponibilidad de drogas ilegales en las calles. Se centra principalmente en Inglaterra pero Escocia, Gales e Irlanda del Norte han desarrollado sus propias estrategias en consonancia con los cuatro principios citados.

En cuanto al alcohol, *Tackling alcohol related crime, disorder and nuisance* es el Plan de Acción en Reino Unido y se asienta en algunos objetivos clave y prioridades, materializados en programas de trabajo para abordar el delito asociado con el alcohol, el desorden y el perjuicio. En Escocia, el Ejecutivo publicó un Plan de Acción para los problemas de alcohol; en Gales, hay una nueva estrategia para combatir el abuso de

drogas y sustancias, combinado con una aproximación en la que, el abuso de alcohol y la prescripción de medicinas serán abordados en la misma estrategia que las drogas ilegales y finalmente, en Irlanda del Norte, el Departamento de Salud y Servicios Sociales se ha comprometido a revisar la estrategia para reducir el daño asociado con el alcohol en la *Regional Strategy for Health and Wellbeing 1997-2002*.

En tratamiento, el principal objetivo es capacitar a las personas con problemas de drogas a superarlos, viviendo de un modo saludable y libre del delito y el objetivo clave es incrementar la participación de los que tienen problemas de abuso de drogas, incluyendo a los reclusos, en programas de tratamiento de drogodependencias que tengan un impacto positivo en la salud y el delito. Si analizamos los objetivos, podemos observar que la principal meta es desarrollar y mejorar los servicios y programas con el fin último de abordar el problema de la droga. Un importante elenco de estudios han sido sometidos a evaluación de resultados, tratando de detectar posibles problemas y soluciones a los mismos para mejorar la calidad de los servicios, incluso elaborando nuevos indicadores. El tratamiento del abuso de drogas en Inglaterra es organizado y puesto en marcha por 149 equipos de acción en drogas (DATs). 6 de estos equipos informaron que, en su área de trabajo, no era posible el acceso a los servicios de prescripción a través de los médicos generales y 16 equipos comunicaron que se encontraban deficiencias en el acceso a los programas de día estructurados. Además, todos los recursos han tenido un tiempo máximo de espera<sup>173</sup> superior al objetivo fijado para diciembre del 2003.

Siguiendo con el tratamiento, se detectan algunos problemas en los servicios: las personas que abusan de las drogas precisan de un acceso rápido al tratamiento, *con un apoyo cuidadosamente adaptado a sus necesidades individuales. Sin embargo, muchos pacientes luchan por obtener una ayuda apropiada y a tiempo. Como resultado, emerge un panorama de opciones de tratamiento limitadas, retrasos de larga duración y cuidados infradesarrollados que permiten a demasiada gente ‘fracasar en la red’.* Algunos de los problemas tienen su origen en la dotación limitada de recursos, pobre

---

<sup>173</sup> El número de semanas desde que el usuario de drogas se presenta a tratamiento hasta que el servicio apropiado comienza

*planificación de los servicios, diferentes perspectivas acerca de “qué trabajo hay que desarrollar” y pobre colaboración entre los servicios de tratamiento, los médicos generales, los servicios de salud mental y las prisiones (Audit Commission, 2002:34).*

En lo referente a los pacientes, cada vez es mayor el número personas que demandan tratamiento por abuso de cocaína y la combinación de cocaína y heroína, especialmente crack, tendencia que se está produciendo a un ritmo acelerado, debido a la entrada de nuevas rutas en la justicia criminal al tiempo que los servicios de tratamiento reconocen la necesidad de atender a estos grupos. Los Comisionados tienen el papel clave de transformar un sistema de tratamiento tradicionalmente concebido y centrado en los opiáceos en otro capaz de reunir también las necesidades de los dependientes de la cocaína.

Además existen problemas motivados por la propia sustancia puesto que, a modo de ejemplo, las mejoras tempranas en el tratamiento entre los consumidores de crack habían descendido después de 4–5 años; muchos consumidores de drogas bebían en grandes cantidades al comienzo y tras el seguimiento (por ejemplo los clientes de metadona) y ello sugiere que los servicios deberían desarrollar y reforzar el tratamiento del problema del alcohol entre los consumidores problemáticos de drogas; además, algunos clientes fracasaron y abandonaron el tratamiento. Finalmente, se aprecia que las mayores deficiencias se encuentran en el campo del alcohol. La ausencia de una estrategia en alcohol largamente esperada es la causante de ‘una planificación frustrada’ a nivel local. La falta de prioridad en los servicios de alcohol y la dominación de la “agenda de drogas” está desestabilizando los servicios actuales.

Por su parte, el estudio particular de Escocia revela que como parte del Reino Unido y con una identidad nacional característica, tradicionalmente ha poseído ciertos problemas sociales que en ocasiones han superado a la media británica, particularmente el desempleo. Existen diferencias en términos de ingesta de alcohol y aunque los escoceses bebían menos que los ingleses, continuaban prefiriendo whisky a la cerveza. En cuanto a la situación epidemiológica, según Mark Gilman *se ha producido un cambio cultural y la*

*mayoría de la población tiene un uso recreativo de las drogas; solamente un 10% de los consumos serían problemáticos (..).*

Además, parece que la mujer se ha incorporado al patrón de uso recreativo tradicionalmente masculino. Por tipo de sustancias, el cannabis es con diferencia, la droga ilegal más utilizada, un 3% consume estimulantes (éxtasis, cocaína, crack, anfetaminas y popers) y “solo” un 1% de los jóvenes entre 12 y 15 años ha consumido opiáceos en el último año (heroína o metadona). La proporción de jóvenes consumidores de drogas en el último año ha descendido, especialmente entre los varones jóvenes. Sin embargo, es importante conocer que desde 1996 al 2000, esta tendencia decreciente afectó a todas las sustancias, con la excepción de la cocaína, heroína, crack y metadona. El área con más altas prevalencias de uso problemático o abuso es Glasgow.

Sin embargo, *este 10% de población con consumos problemáticos es el que comete el 90% de los delitos asociados con la droga* y tiene la mayor parte de los problemas sociales y sanitarios. La mayoría de la población que acude a tratamiento es la más desfavorecida; hay una importante correlación entre consumo problemático y personas “sin hogar”; los nuevos atendidos en los servicios estaban principalmente desempleados y vivían con sus familias. En los años 2000/2001, las demandas de tratamiento por abuso de heroína crecieron especialmente entre los más jóvenes; el porcentaje de pacientes que utilizaron la vía inyectada también creció, aunque ha descendido en la vía de administración de la heroína y se aprecia un progresivo aumento de la fumada como única ruta de uso. La proporción de nuevos pacientes que han compartido material de inyección en el último mes también es mayor (34%), de un modo especial entre los más jóvenes.

Respecto a las enfermedades asociadas, en el año 2000, la infección de VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral fue la menor de todos los años registrados (19); una cuarta parte de los 360 casos de hepatitis B mencionaban la utilización de la vía inyectada y aunque ha descendido, permanece estable en los grupos más vulnerables, como los encarcelados; además, el 58% de los casos conocidos de Hepatitis C afectan a usuarios de

drogas por vía parenteral. Por último, cuatro de cada diez personas que presentan su primer episodio de enfermedad psicótica han tenido relación con el abuso de drogas y en mayor medida se trata de hombres jóvenes.

Para hacer frente a la situación descrita, el informe “Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership” (1999) asienta la estrategia escocesa para combatir las drogas, siguiendo las directrices del Documento Blanco británico “Tackling Drugs to Build a Better Britain” y reflejando sus cuatro áreas centrales en los jóvenes, comunidades, tratamiento y disponibilidad. El Plan de Acción “Protecting our Future”, supone un cambio en las consecuencias finales perseguidas con las medidas adoptadas, teniendo en cuenta que para alcanzar una vida abstinentes y libre de droga, es preciso en ocasiones lograr objetivos intermedios como la reducción del policonsumo, de la sobredosis y del daño asociado con las drogas; de la oferta de estas sustancias en el mercado negro y por último, de los delitos relacionados.

En resumen, las prioridades en el plan de acción se centran en reducir el daño producido por las drogas, con especial énfasis en deshacer la vinculación entre delito y drogas adecuando programas de rehabilitación para los reclusos. En la misma línea, el Plan de Acción en materia de alcohol, se ha marcado como propósito reducir los daños producidos mediante actuaciones a corto y largo plazo. En el primer caso, con un cambio de actitud en torno a esta sustancia, desarrollando servicios de apoyo y tratamiento y permitiendo la aplicación del plan a nivel local; en segundo término, incidiendo en la reducción y el modo de consumo en ciertos sectores, para conseguir *rebajar* las molestias ocasionadas a otros ciudadanos y el delito.

El desarrollo de los servicios ocurre normalmente cuando hay una percepción social del problema y por este motivo en Escocia, la creación de los servicios de alcohol ha precedido a la de drogas ilícitas. Las llamadas Unidades de Tratamiento de Alcohólicos, proporcionaban un servicio de asistencia a estos pacientes, mediante la formación e investigación, manteniendo estrechos vínculos con los trabajadores sociales y las agencias de voluntariado (Alcohólicos Anónimos y los Consejos en Alcohol). Estos

últimos, han jugado un papel básico en el desarrollo de estos recursos, en ocasiones con una aproximación a la problemática diferente. Por otra parte, los servicios para atender el problema del consumo de sustancias ilícitas surgieron en Gran Bretaña a finales de los setenta ante la demanda de asistencia generada por la heroína y el virus del VIH.

Los responsables en la materia y los profesionales se pronunciaron en favor del establecimiento de agencias de drogas no estatutarias implantadas en la comunidad, como modelo de servicio prioritario. Esta inyección de dinero público al sector privado supuso una importante distinción respecto a la situación del alcohol, aunque enseguida hubo una presión para proporcionar servicios profesionalizados. Unos años más tarde, el Consejo Consultivo en materia de Drogas (1988) expresaba su visión de que el problema del VIH era mayor que el del consumo de sustancias ilícitas y esta opinión fue ampliamente compartida por los profesionales, los cuales iniciaron la prescripción de sustancias y la reducción de daños como prioridad. En 1999, el control de la expansión de la hepatitis C entre los usuarios de droga por vía inyectada fue uno de los mayores cambios en materia de salud.

Los principales problemas en los servicios se han detectado en algunos estudios. Para prevenir el HCV en Escocia sería necesario distribuir un mayor número de jeringuillas por inyector y día e incrementar el número de farmacias que participan en estos programas; revisar la ley respecto a la prohibición de vender material de inyección (filtros, cucharillas, ácido cítrico y agua esterilizada) sobretodo cuando se detecta la prevalencia de HCV RNA en jeringuillas, algodón, filtros, cucharillas y agua esterilizada. Hoy en día, estudios de HCV en las cárceles escocesas muestran que la mitad de presos con un historial de drogodependencias por vía parenteral tienen anticuerpos positivos de HCV, pero aún la provisión de jeringuillas en las cárceles resulta difícil. Así mismo, se recomienda que los tratamientos y servicios de reducción del daño desarrollen trabajos a pie de calle en contacto con los “sin techo”.

El estudio, *An Evaluation of the Scottish Drug Misuse Database Outcomes Pilot* localizó que a los tres meses de tratamiento, el 60% de los casos se han cerrado. En los

servicios de alcohol, se han identificado deficiencias, especialmente en los servicios psiquiátricos, de apoyo psicológico a los alcohólicos y sus familias, de rehabilitación, para personas con daños cerebrales causados por esta sustancia y el teléfono de la esperanza. La percepción es que la cobertura de los servicios es desigual, con una disparidad de tratamiento disponible a lo largo de la geografía escocesa. Por último, uno de los principales objetivos de la estrategia es la necesaria formación de personal para asegurar la correcta labor de los profesionales.

**CAPÍTULO V- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN EL  
TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN  
REINO UNIDO Y ESPAÑA**

## **5.1. Comparación del consumo de drogas**

En los anteriores capítulos, se ha seguido el mismo esquema, con la intención de conocer la situación del consumo de drogas, sus consecuencias y las actuaciones emprendidas para solucionarlo, entre otros aspectos. Una vez conocida cada una de las realidades, el interés de este capítulo estriba en establecer una comparación de las principales tendencias en el tratamiento y situación de la drogadicción. Desde una perspectiva cualitativa, los datos se entienden en su propio contexto y algunos no pueden ser comparados sino como aumento o descenso, mejora o empeoramiento de una situación. No obstante, de este análisis se pueden extraer conclusiones acerca de similares acontecimientos o particulares situaciones de una misma realidad: la drogodependencia y su tratamiento. Por los motivos expuestos, se alude a los aspectos más significativos, con la intención de no repetir en exceso aquello comentado con anterioridad.

### **5.1.1. Evolución del problema de la droga**

La situación histórica de las drogodependencias experimentada en España y Reino Unido puede ser comparada mediante fases similares. En ambos casos, se distingue un primer periodo, caracterizado porque el problema de la droga está asociado únicamente con el alcohol y paralelamente, comienzan a consumirse nuevas sustancias entre grupos

minoritarios, sin considerarse aún problema social. El segundo periodo, coincide con la llegada del mercado negro de la droga, la extensión de la heroína y de sus consecuencias sociales y sanitarias, que motivan su definición como “problema de la droga”. Finalmente, la última fase, se singulariza por la extensión de los programas de reducción del daño, la normalización del consumo de drogas, la expansión del consumo de nuevas sustancias y la desaparición de la percepción de problema social<sup>174</sup>. No obstante, este análisis comparativo se refiere a dos realidades bien diferenciadas y dentro de cada fase, se observan ciertas peculiaridades. Una de ellas es que, históricamente, la aparición de las drogas en Gran Bretaña es anterior al caso de España.

#### **5.1.1.1.- El alcohol como elemento cultural**

Antes de referirnos al origen de las drogas ilegales, hay que hacer mención a la situación del alcohol, sustancia incluida tradicionalmente en la cultura sin ser entendida como “droga” aunque en ambas realidades, el abuso de alcohol ha tenido “malas connotaciones” sociales. En España, hoy en día esta sustancia, junto con el tabaco, se considera “droga”, sin tener un tratamiento diferenciado del resto de drogas ilegales en las políticas de prevención. Por el contrario, en el Reino Unido, es considerada aparte del resto de sustancias, con sus propias medidas y políticas para hacerle frente. Como se ha comentado, la tradición anglosajona se ha aproximado al alcohol con medidas prohibicionistas, reflejadas en su legislación y estas actuaciones se remontan al siglo XIX.

Por su parte, en España, el alcohol ha estado igualmente asociado con la cultura, tanto en los ritos religiosos como en la alimentación y de un modo especial el vino, relacionado con la cultura mediterránea. No obstante, no fue considerado un problema social hasta la década de los setenta del siglo pasado. Esta sustancia solía beberse en familia y el “rito de iniciación”, que marcaba el paso del niño a la edad adulta, tenía lugar en este contexto. Además, en la sociedad rural, el alcohol solía utilizarse entre los agricultores para comenzar la labor diaria y en torno al mismo, se reunían en los bares los

---

<sup>174</sup> Navarro Botella, José (2002): “El consumo de Drogas”. En *Sociedad: una perspectiva de 15 años*. FAD y col. Pps. 15-28. [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)

hombres, una vez terminada la jornada. En efecto, el alcohol era “cosa de hombres” como señalaba el anuncio de la marca de González Byass *Soberano Brandy* durante la década de los sesenta. Sin embargo, al igual que en Escocia, el proceso de industrialización trajo consigo en España un conjunto de modificaciones en la sociedad que pudieron influir en la percepción del problema social. *No obstante, al darse la industrialización en distintos periodos históricos, lo que en Escocia surge en el siglo XIX no llegará a España hasta mediados del siglo XX.*

Al respecto, es interesante enmarcar esta realidad en la perspectiva europea. En este sentido, el estudio *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries (Alcohol en la Europa de la Posguerra: consumo, patrones de conducta, consecuencias y políticas de respuesta en 15 países europeos)* muestra como, a comienzos de los años cincuenta, las políticas de alcohol y especialmente de control de esta sustancia eran distintas en los países europeos. Prueba de ello es que, mientras en los países nórdicos la disponibilidad física de bebida alcohólica era estrictamente controlada y además contaban con elevados impuestos, en los países mediterráneos apenas había medidas de control. Entre ambas situaciones, los países clasificados como control medio incluían Reino Unido, Irlanda, Italia, Países Bajos, Bélgica, Alemania, Dinamarca y Austria. No obstante, en los países anglosajones, este tipo de restricciones eran muy detalladas y se perseguía su cumplimiento efectivo.

En el extremo opuesto, Grecia, Portugal, Francia y España, eran clasificados con bajas políticas de control. Quizás no resulte sorprendente que los productores y consumidores mediterráneos de vino, con la excepción de Italia, se encontraran en el grupo de bajo control del alcohol. Sin embargo, después de medio siglo, en el año 2000, los países ECAS tenían claramente más similitudes en cuanto a sus políticas, que a comienzos de los cincuenta. Hoy en día, Reino Unido, Países Bajos, Italia e Irlanda podrían clasificarse como países con políticas altas o medias de control del alcohol, destacando especialmente Reino Unido e Irlanda con impuestos de alcohol y tabaco muy superiores a la media europea, mientras que España, Bélgica y Francia, con un control de

alcohol medio, han dejado atrás el bajo control de décadas pasadas<sup>175</sup>. Además, en ambos países, se están incluyendo en los últimos años nuevas medidas que prohíben el consumo de alcohol en espacios públicos. Guardando las distancias de la tradición prohibicionista, hoy se observa un acercamiento en las políticas de alcohol.

#### **5.1.1.2- El problema de la droga: La aparición de las drogas ilegales**

Como se ha mencionado, la aparición de las drogas ilegales en Gran Bretaña fue anterior al caso español. Sin embargo, en ambos contextos se produjo una introducción de éste entre ciertos grupos sociales y posteriormente, el surgimiento del mercado negro extendió el consumo entre todas las clases sociales. En ambos casos, en sus inicios la droga estuvo asociada a ciertos grupos que la consumían en momentos de diversión y en grandes ciudades: en el Reino Unido, en la década de los cincuenta, los primeros usuarios de heroína se identificaban en Londres, principalmente músicos de jazz; en España, parece que fue más destacado en los años treinta el consumo de cocaína en los cabarets, los music-halls, tablaos flamencos, etc. de Barcelona, Madrid y Valencia.

Además, resulta interesante observar que, junto con la vinculación de la droga con el proceso de urbanización, con ciertas modas, música y artistas; con algunas élites con alto nivel económico y cultural y con algunos movimientos culturales. En este sentido, junto con el “mayo del 68”, en España sería interesante observar la repercusión que tuvo la Dictadura y la transición democrática para asociar el consumo de drogas con grupos contrarios al régimen y con los posteriores cambios ocurridos.

#### **5.1.1.3.- La aparición del mercado negro de heroína**

Posteriormente, con la aparición del mercado negro, que se inicia en Reino Unido en 1967, las drogas y especialmente la heroína, comenzaron a extenderse entre todas las clases sociales. Además, cuando tuvo lugar la expansión dramática del mercado negro de

---

<sup>175</sup> Norström, Thor (2001): *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stokholm. National Institute of Public Health. European Commission. In [www.fhi.se/pdf/ECAS\\_2.pdf](http://www.fhi.se/pdf/ECAS_2.pdf). Pps. 14-18.

heroína en 1979, se extendió especialmente entre los punkies. En España, el mercado negro de heroína tuvo una aparición más tardía, a comienzos de los ochenta, aunque como se ha mencionado la heroína había comenzado a utilizarse por ciertos sectores políticos y contraculturales y algo más tarde, también por los punkies. Esta generalización del consumo, también introdujo la dramática consecuencia sanitaria de la ausencia de recursos adecuados ante una demanda de atención completamente nueva. En España se produjo un vacío asistencial para atender a la población drogodependiente en una década con alto desempleo y grandes cifras de delincuencia que asociaron a la heroína como motor de la inseguridad ciudadana y situaron a la *droga* en los primeros puestos del problema social. Tal vez, estos aspectos de desconocimiento y vinculación con la delincuencia motivaron la creación de la imagen del *yonqui* en los medios de comunicación e hicieron que en España se viviera de un modo muy dramático.

#### **5.1.1.4.- La respuesta asistencial**

La alarma suscitada provocó en ambos contextos una respuesta por parte del Gobierno para intentar solucionar el problema. *Sin embargo, en el Reino Unido, quizás por la existencia de un tejido asociativo previo (alcohol), los fondos gubernamentales se destinaron para colaborar en la creación de recursos no estatutarios y en España, la participación del nuevo voluntariado precedió a la coordinación gubernamental y a la creación de una red pública específica en la materia.* En el Reino Unido, en 1982, el *Advisory Council on the Misuse of Drugs* (ACMD) publicó su informe “Treatment and rehabilitation” (Tratamiento y Rehabilitación) y posteriormente, con ‘Drugs in Britain’ (Drogas en Bretaña) el Gobierno aprobó la Iniciativa de Fondos (Central Funding Initiative) (CFI) para extender la red de tratamiento de servicios para drogodependientes. Tal vez, el problema histórico del alcohol y la existencia de organizaciones de voluntariado, motivaron que gran parte del nuevo presupuesto fuera destinado a los servicios comunitarios, repartiendo cerca del 60% a crear nuevos servicios de este tipo (voluntariado y estatutario) y más del 10% a agencias de voluntariado existentes.

Sin embargo, en España, como se ha señalado la primera respuesta llegó por parte del movimiento asociativo (Comunidades Terapéuticas procedentes de otros países) y de la medicina privada. La dramática situación provocó una desorganización asistencial y aprovechando esta circunstancia, también la aparición de organizaciones con dudosos objetivos. La respuesta gubernamental fue más tardía (1985) y supuso la implantación de una red especializada que motivó en ocasiones que estos recursos se situaran de espaldas a la red de salud normalizada y surgiesen dos redes paralelas de difícil comunicación. No podemos olvidar en este contexto, que España se encontraba en un proceso de descentralización administrativa e iniciando la puesta en marcha de políticas de bienestar, de reestructuración sanitaria y con un sector de voluntariado que estaba comenzando a reaparecer.

#### **5.1.1.5.- La aparición del SIDA y el modelo de reducción del daño**

El SIDA no tardó en hacer su aparición y cambiar la dirección de la política en drogodependencias. Sin embargo, las diferencias en la gravedad del problema, medida a través del porcentaje de usuarios de drogas por vía parenteral infectados por el VIH, variaba considerablemente de Reino Unido a España. En Gran Bretaña, en 1988, el ACMD publicó su informe *AIDS & Drug Misuse* según el cual, el primer objetivo de trabajo con los drogodependientes debía de ser prevenirles de adquirir o transmitir el virus. Para facilitar esta tarea, las agencias comunitarias tendrían responsabilidades en la prescripción de sustitutos y en los programas de intercambio de jeringuillas. En esta rápida incorporación de los programas de reducción de daños hay que tener presente que Reino Unido contaba con una gran tradición desde principios de siglo en la prescripción de sustitutos y puede que no significase una nueva realidad. El hecho es que el VIH se extendió en menor medida que en España.

La llegada de la infección del VIH a este país también modificó el tratamiento asistencial y se entendió como un problema de salud pública. No obstante, a diferencia de la rápida implantación de programas de reducción del daño en Reino Unido, en España en la década de los ochenta, una Orden Ministerial limitó la intervención terapéutica con

metadona, prohibiendo la intervención privada y estableciendo una Comisión Pública para autorizar su prescripción y dispensación. Tal vez no se pueda achacar exclusivamente a la política de drogas tan grave situación pero, hay que afirmar que de 1985 a 1995, este país destacó con las más altas proporciones de SIDA entre inyectores. En resumen, parece que en ese momento resultaba muy difícil implantar un modelo en el que se le daban más jeringuillas a los drogodependientes e inconcebible la distribución de preservativos entre los enfermos de SIDA. Solo años más tarde, la sociedad estaba preparada para situarse pionera en la reducción de daños.

#### **5.1.1.6.- La normalización del problema: las drogas de síntesis y el consumo de alcohol**

Desde los años 90, se vive una nueva fase en el problema de las drogas, caracterizada por el descenso de la percepción social del problema, la extensión de sustancias como el éxtasis y el protagonismo del alcohol. En el Reino Unido a finales de los 80, se observaba el uso de éxtasis en los locales de baile o “raves” y en España aparecieron a comienzos de los noventa, aunque en sus inicios la experimentación se encuentra en Ibiza.

Sin embargo, la primera respuesta alarmante desapareció y en los últimos años, el uso de éxtasis y de otros estimulantes parece haber descendido al tiempo que el alcohol es la sustancia más utilizada entre los jóvenes, lo que ha motivado la creación de nuevos servicios de información especializados<sup>176</sup> y nuevamente una preocupación por el control de la oferta. Además, al igual que en el Reino Unido, en España en los últimos años se han producido nuevas modificaciones de la ley que limitan el consumo de alcohol en los espacios públicos, problema conocido como “botellón”.

Por último, la “normalización” del problema ha coincidido en los últimos años con la preocupación gubernamental por el diseño y evaluación de los servicios. La nueva política británica ha supuesto un cambio en la actitud hacia las drogas, reconociendo el

---

Yates, R. (2002): “A Brief History of British Drug Policy, 1950-2001”. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 9, No. 2. , pp. 113-124.

papel jugado por la exclusión social y otros factores medioambientales y la importancia de la actuación local. En España, la Estrategia Nacional sobre Drogas también muestra esta preocupación por la evaluación y mejora de la calidad de los servicios aunque se percibe más reciente. Además, se intenta implicar a la esfera local en la elaboración de Planes y aún no se percibe con tanto desarrollo la evaluación de sus actuaciones.

**Gráfico 5.1: Desarrollo histórico del problema social de la droga en Reino Unido y España**

<b>REINO UNIDO</b>	<b>ESPAÑA</b>
<p><b>NO EXISTE UN PROBLEMA SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Años 50:</b> jóvenes usuarios de heroína (jazz y nuevos héroes)</li> <li>- <b>1959-64:</b> aumento de los adictos y la opinión pública comienza a reaccionar</li> <li>- <b>Mediados de los 70:</b> Sector Voluntario</li> <li>- <b>Años 70:</b> revolución punk</li> </ul> <p><b>PROBLEMA SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1979:</b> expansión de la heroína y del mercado negro</li> <li>- <b>Informe:</b> “Drugs in Britain”: extensión de la red de servicios de tratamiento</li> <li>- <b>Años 80: VIH/SIDA:</b> cambio de dirección: prescripción de metadona e intercambio de jeringuillas</li> </ul> <p><b>NORMALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Finales de los 80:</b> Raves y éxtasis</li> <li>- <b>Finales de los 90:</b> evaluación, diseño y comisionado</li> <li>- <b>2000:</b> reconocimiento del papel jugado por la exclusión social</li> </ul>	<p><b>NO EXISTE UN PROBLEMA SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desde la década de los 60 hasta mediados de los 70:</b> el abuso de alcohol era considerado como problema social</li> <li>- <b>Finales de los años 70:</b> consumo de cannabis, alucinógenos, anfetaminas y heroína entre grupos con alto nivel cultural y económico y movimientos contraculturales.</li> </ul> <p><b>PROBLEMA SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inicios de los 80:</b> mercado negro</li> <li>- Voluntariado y profesionales con tradición en alcohol</li> <li>- <b>1985:</b> Plan Nacional sobre Drogas: desarrollo de servicios.</li> <li>- <b>VIH/ SIDA:</b> drogas como problema de salud pública</li> <li>- <b>Mediados de los 80:</b> cocaína y otras drogas</li> </ul> <p><b>NORMALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comienzos de los 90: drogas de diseño:</b> éxtasis y policonsumo: alcohol, cocaína y cannabis.</li> <li>- <b>Finales de los 90:</b> Evaluación de servicios y</li> </ul>

**Fuente: elaboración propia.**

### **5.1.2. Consumo de drogas: situación epidemiológica**

Para conocer la magnitud del problema social resulta conveniente aproximarse a la situación epidemiológica y con ello, a la proporción de personas que consumen cada una de las sustancias. Sin embargo, en ocasiones otros factores actúan como

desencadenantes en la percepción del problema social, por ejemplo, las consecuencias sanitarias de estas sustancias o el sentimiento de inseguridad que pueden generar entre la opinión pública, como ocurrió con la heroína, aunque en este caso, los medios de comunicación jugaron un papel fundamental en la presentación de la situación dramática y en la formación del problema (Gamella, 1997).

En este apartado, se analizan las últimas tendencias en ambos contextos, pues se parte del supuesto metodológico de no considerar apropiada la comparación de estudios y encuestas pertenecientes a diferentes países, con sus particulares metodologías, cuestionarios, etc. No obstante, el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) señalaba en su informe 2001 que, pese a haberse realizado numerosas encuestas a la población durante los años noventa, únicamente Alemania, España, Suecia y Reino Unido son comparables. En el caso de Reino Unido y España, según este informe anual<sup>177</sup>, el porcentaje de adultos que consumen cannabis es similar (20%-25%), el de anfetaminas es superior en Reino Unido (10%) y el de cocaína en el caso de España.

También se observan diferentes tendencias, concretamente, en Reino Unido el incremento del consumo de drogas entre la gente joven, superior en Inglaterra y Gales a Escocia y especialmente de heroína, cocaína y crack y por el contrario, en España, el descenso del consumo hasta el año 2001, aunque la cocaína ha cobrado una importancia creciente en número y en ambas situaciones, hay una especial preocupación por la progresiva incorporación de la mujer al consumo de sustancias. Sin embargo, se observa un descenso acusado del consumo de heroína y crack.

En el entorno europeo, el informe anual del 2003 del EMCDDA constata que el cannabis continúa teniendo un papel prioritario entre las drogas consumidas, destacando Francia, España y Reino Unido con elevados consumos alguna vez en la vida. De hecho, Alemania, Irlanda y los países anteriormente citados, sobresalen porque más del 20% de los jóvenes entre 15 y 25 años consumieron esta sustancia en los últimos 12 meses.

---

<sup>177</sup> EMCDDA (2001): *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea*. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Pp. 16-17.

Además, menos del 1% de la población adulta europea ha tenido un consumo reciente de anfetaminas, cocaína o éxtasis. En este caso, España, Irlanda y Reino Unido tienen resultados superiores, mientras que en el consumo de anfetaminas destacan Dinamarca y Noruega y en el de éxtasis los Países Bajos<sup>178</sup>.

En relación con los jóvenes, el sondeo sobre "Actitudes y opiniones de los jóvenes ciudadanos de la Unión Europea sobre las drogas", realizado por encargo de la Comisión Europea en el año 2002, ha obtenido como principales resultados la prevalencia del cannabis en cuanto a la exposición y consumo por parte de los jóvenes. Además, más de la tercera parte de los jóvenes entrevistados fuma cigarrillos habitualmente y uno de cada cuatro bebe alcohol con asiduidad. Los varones sobresalen en el consumo de drogas ilegales mientras que se matizan las diferencias en el tabaco y el alcohol. El interés por los estudios aparece como indicador de menor consumo de drogas y este aspecto ya ha sido mencionado con anterioridad en otras investigaciones como "Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas", donde se constataba la presencia de perfiles de consumidores en función de ciertos valores e intereses<sup>179</sup>.

Siguiendo con los aspectos más destacados de la encuesta europea, también se aprecian diferencias de consumo de drogas en función del hábitat, con mayores índices en las grandes ciudades que en las zonas rurales. Las principales razones que llevan a emprender esta práctica son la curiosidad, la presión de los compañeros y la búsqueda de excitación. Como contrapartida, la dependencia es el motivo principal para salir de la droga, seguido por la falta de voluntad y los efectos "beneficiosos" encontrados en estas sustancias. De todas formas, los jóvenes aluden principalmente a otras consecuencias no positivas del consumo, como son la dependencia, los problemas con la justicia y los de salud mental o física. No obstante, no todas las sustancias son percibidas con la misma gravedad puesto que la heroína es considerada la más peligrosa y en el extremo opuesto se hallaría el cannabis. En último término, otra de las conclusiones es que las dos formas

---

<sup>178</sup> EMCDDA (2003): *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).

<sup>179</sup> Megías, Eusebio (Dir.) (2000): *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Fundación "La Caixa".

más eficaces de hacer frente a estos problemas son adoptar medidas más severas contra vendedores y traficantes (59,1%) y mejorar los servicios de tratamiento y rehabilitación para los consumidores (53,2%)<sup>180</sup>.

Por otro lado, los aspectos más destacados de la situación particular del consumo en España y Reino Unido se han incluido detalladamente en cada uno de los capítulos y en este caso se ofrece un breve resumen. En líneas generales, el Reino Unido parece tener niveles de consumo de drogas ilícitas superiores a muchos otros países europeos. En el periodo 1994-2000, entre la población general, de 16 a 59 años, se ha producido un aumento, se aprecia similar tendencia creciente en el consumo de drogas en el último año entre el grupo de edad de 16 a 29 años y parece evidente la aparición de una nueva epidemia de heroína y de la utilización de nuevas drogas. Por tipo de sustancia, ha aumentado la proporción de jóvenes consumidores de éxtasis, opiáceos y cocaína, mientras que con las anfetaminas ha ocurrido lo contrario. No obstante, en Escocia, a diferencia de la tendencia nacional, durante el periodo 1996-2000, hubo un descenso estadísticamente significativo en la proporción de usuarios de drogas, con la excepción de la cocaína, el crack, la heroína y la metadona. Sin embargo, se trata de sustancias que generan graves consecuencias sanitarias y sociales.

En España, desde 1995 a 1999 se produjo un descenso en la utilización de drogas alguna vez en la vida y en los últimos doce meses, en este último caso con la excepción de la cocaína y el crack. Sin embargo, los datos de la encuesta del 2001 rompen esta tendencia y al igual que en Reino Unido, en general, se ha producido un aumento del consumo de todas las sustancias alguna vez en la vida; en los últimos doce meses, con la excepción de los inhalables y la heroína y del crack y en los últimos treinta días, excepto el mantenimiento de los alucinógenos y el descenso de la heroína y el crack. Además, también es mayor el porcentaje de población que consume diariamente tabaco, alcohol y cannabis. La cocaína es la segunda sustancia ilegal más consumida y en el año 1999,

---

<sup>180</sup> Según lo previsto en el Plan de acción de la Unión Europea contra las drogas (2000-2004) y por encargo de la Comisión Europea, se efectuó un sondeo de opinión (Eurobarómetro 57.2) sobre las actitudes de los jóvenes de la Unión Europea ante las drogas, entre el 27 de abril y el 10 de junio de 2002. En cada Estado miembro, se interrogó a una muestra representativa de la población entre 15 y 24 años, resultando un total de 16.129 personas encuestadas.

entre los 15 y 65 años, un 3,1% la había probado alguna vez en la vida, un 1,5% el año anterior y un 0,6% en el mes pasado. El resto de sustancias, como el éxtasis, las anfetaminas, el LSD, tienen una menor incidencia entre la población general (de 15 a 65 años). Los tranquilizantes, con un consumo mayoritariamente femenino y en edades avanzadas, tienen una baja incidencia en España y se mantiene estable en los últimos años. Por último, la heroína continúa descendiendo, especialmente entre las mujeres y la prevalencia de consumo de sustancias inhaladas y de crack es muy baja, permaneciendo estable en el periodo de tiempo analizado.

### **5.1.3. Algunas consecuencias del consumo de drogas**

A lo largo de esta tesis, se ha mostrado que, el consumo de drogas está generalmente asociado con numerosas consecuencias sanitarias y sociales “no deseables”. En este apartado, se pretenden ofrecer las principales similitudes y diferencias de cada situación. Antes de realizar el análisis, hay que tener en cuenta que cada país tiene su propia metodología y en ocasiones, no resulta adecuado comparar diferentes sistemas de procesamiento de los datos. Por ejemplo, en el informe *The statistics on drug-related deaths in Europe* (Las estadísticas de muertes relacionadas con la droga en Europa), (2001) se dice que *hay una considerable variación en los códigos que son utilizados para describir las muertes relacionadas con estas sustancias a lo largo de los Estados Miembros de la Unión Europea. Por este motivo, los estudios comparativos basados en la actual codificación seleccionando casos tipificados serían discutibles. Hay diferencias considerables entre los países respecto a la administración e investigación sobre las causas de la muerte y en la utilización de la información*<sup>181</sup>. En la misma línea, el estudio ECCAS “Perspectivas respecto a la mortalidad relacionada con la droga a lo largo de Europa” sobre 12 países europeos indicó diferencias importantes en las definiciones, en las investigaciones de las causas de muerte y en los encargados de las estadísticas entre los países, resultados que hacen poco acertada la comparación internacional<sup>182</sup>.

---

<sup>181</sup>Swedish National Institute of Public Health (2001): *The statistics on drug-related deaths in Europe*. Informe de la conferencia de Stockholm en Abril del 2001, Pps. 7. En [www.fhi.se/shop/material\\_pdf/sta\\_drug.pdf](http://www.fhi.se/shop/material_pdf/sta_drug.pdf)

<sup>182</sup> Corkery, John: *Drug-related mortality perspectives across*

### 5.1.3.1. Consecuencias sanitarias

Si nos centramos en el tratamiento, existen diferencias en el caso británico y español, el Reino Unido se sitúa en el grupo de países con elevadas tasas de prevalencia de usuarios problemáticos de drogas, junto con Italia, Luxemburgo y Portugal (5 y 8 consumidores problemáticos por cada 1000 habitantes entre 15 y 64 años), mientras que España lo hace en el de tasas intermedias (entre 3 y 5 consumidores problemáticos por cada 1000 habitantes entre 15 y 64 años). Sin embargo, respecto a las enfermedades asociadas, los niveles de infección de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral son muy superiores en España (32%) al caso de Reino Unido (1%) mientras que en este último, la Hepatitis C muestra un moderado pero continuo incremento. En la misma línea, el EMCDDA advierte en cuanto a las enfermedades infecciosas que *“entre abril y agosto del 2000, una gran epidemia motivada por la infección por Clostridium novyi tuvo lugar en Escocia, Irlanda, Inglaterra y Gales, causando 104 casos de enfermedad severa y 43 muertes entre gente joven. El factor causante de tal enfermedad fue probablemente la combinación de un modo específico de inyección (intramuscular o subcutánea preferida sobre la intravenosa) con la utilización de heroína contaminada. Esto muestra, de modo dramático el enorme potencial de la vía parenteral para ocasionar serios problemas de salud, constituyendo con frecuencia un riesgo para la vida*<sup>183</sup>.

Tal vez la naturaleza y consecuencias de este patrón de uso de la sustancia hayan motivado la extensión del tratamiento de sustitución en toda la Unión Europea en los últimos años, aunque con ciertas peculiaridades en cuanto al tipo de sustancia. La Buprenorfina, principal substitutivo en Francia, ha sido introducido en Bélgica, Dinamarca y Finlandia (para desintoxicación), Alemania, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Austria y Reino Unido, mientras que el LAAM se ha prescrito en Dinamarca, España (como ensayo en 1999) y Portugal. La heroína continua prescribiéndose de un

---

Europe. Drugscope, UK. In Swedish National Institute of Public Health (2001): *The statistics on drug-related deaths in Europe*, Pp.11.

<sup>183</sup> EMCDDA, 2001, Capítulo 3.

modo selectivo en Reino Unido y en España (Andalucía), también se ha iniciado un estudio experimental con esta sustancia.<sup>184</sup>

### **Demandas de tratamiento**

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas se percibe en las demandas a tratamiento recibidas. Según el Informe Anual del EMCDDA (2003), en la mayoría de países, con la excepción de Suecia y Finlandia, que sobresalen por las anfetaminas, el consumo problemático de drogas continúa asociado a la heroína, con frecuencia en combinación con otras drogas. En concreto, entre 5 y 7 de cada diez pacientes que demanda tratamiento son consumidores de heroína, aunque estos resultados varían ampliamente y por este motivo se ha establecido una clasificación de los países en cuatro grupos en función del porcentaje de demandas de tratamiento por opiáceos: menor de la mitad (Finlandia, Suecia); entre el 50-70 % (Dinamarca, Alemania, Francia, Irlanda, Países Bajos); entre el 70-80 % (España, Luxemburgo, Reino Unido) y superior al 80 % (Grecia, Italia, Portugal).

Junto con los opiáceos, los Países Bajos y España registran unos índices relativamente altos de asistencia a tratamientos por consumo de cocaína (un 30 % y un 19 %, respectivamente), mientras que este resultado es menor en Alemania, Italia, Luxemburgo y Reino Unido (entre un 6% y un 7%). Además, con excepción de los Países Bajos y el Reino Unido, gran parte de esta demanda se relaciona con el consumo de cocaína en polvo (hidrocloruro de cocaína) y no de crack (cocaína base). Otro dato relevante es la edad media de los pacientes atendidos. Este resultado es, en general, de 29,8 años y, de 26,9 años entre los pacientes de primer ingreso. Por países, Alemania, Irlanda y Finlandia ostentan a la población más joven que recibe tratamiento, mientras que la de mayor edad se encuentra en España, Italia y los Países Bajos. En cuanto a las tendencias, se observa un aumento de la prevalencia en los consumidores jóvenes de drogas por vía parenteral en Inglaterra y Gales<sup>185</sup>.

---

<sup>184</sup> EMCDDA, 2001, Capítulo 3.

<sup>185</sup> EMCDDA, 2003, Pps.20-24.

Del análisis de la situación de Reino Unido y España, se pueden extraer nueve notas distintivas en cuanto a las demandas:

1- En el caso del Reino Unido, las admisiones a tratamiento han crecido en el año 2000, en siete puntos porcentuales respecto al año anterior y en España se ha producido un descenso en el mismo periodo analizado. La demanda de tratamiento superior puede ser considerada también un aspecto positivo puesto que puede significar que los pacientes acceden a los servicios de intervención.

2- En ambos casos, la heroína sigue siendo la sustancia principal que motiva el tratamiento. No obstante, mientras que esta tendencia es ascendente en Reino Unido (62% en el año 2000) en España, las demandas por opiáceos son cada vez menores (72% en el año 2000) y este resultado se atribuye a la expansión en el tratamiento de metadona. Además, en España cada vez es menor la proporción de jóvenes que demandan atención por esta sustancia pero en Escocia, hay un importante aumento entre los jóvenes de 15 a 29 años.

4- En cuanto al sexo, en el Reino Unido la proporción de varones (73%) sigue siendo superior a la de mujeres (27%) y se aprecian diferencias en la distribución de la principal droga utilizada en el caso de la cocaína (2% de varones y 1% de mujeres), las anfetaminas (3% de varones y 4% de mujeres), las benzodiacepinas (2% varones y 3% mujeres) y el cannabis (10% varones y 6% de mujeres). En España, al igual que en el caso británico, la proporción de varones sigue siendo elevada, superior al 80% en todas las sustancias, con la excepción de otros opiáceos (73,5%) y especialmente de los hipnosedantes (57,9%), donde la proporción de mujeres que demanda tratamiento (42,1%) es superior a los casos anteriores. Este aspecto es fundamental puesto que algunos estudios constatan la dificultad de la mujer drogodependiente para acceder a los recursos de tratamiento.

5- Las demandas de atención por consumo de cocaína descienden ligeramente en Reino Unido y representaron un 5% en el año 2000 y se trata de un policonsumidor que combina la cocaína con otras sustancias. En España, desde 1995 han aumentado los

pacientes por cocaína, con la excepción del año 2000 (17,5% en 1999 y 17,2% en 2000). Además de ello, las urgencias relacionadas con esta sustancia (45,3%) ya superan a las ocasionadas por la heroína (40,5%) y comienza a hablarse de una crisis de la cocaína. Además, se trata de un perfil bien diferenciado: continúa creciendo la edad media de los consumidores de heroína mientras que la cocaína, desde 1995, acapara a un sector de población cada vez más joven.

6- Por otro lado, entre 1991 y el año 2000, en España ha ido descendiendo la vía inyectada como modo de administración de la heroína en los pacientes ya atendidos (del 74,7% en 1991 al 28,7% en el 2000) como en los nuevos casos (del 50,3% al 17,7% en el mismo periodo). El descenso de esta vía de administración coincide en el mismo periodo con el incremento de la vía fumada (desde el 43,4% en 1991 al 74,1% en el 2000). En Reino Unido, por el contrario, la vía inyectada ha aumentado en los últimos años pasando del 37% en 1999 a más del 40% en el año 2000 y la misma tendencia se ha experimentado con los opiáceos, sustancia principal entre las inyectadas (del 71% en 1999 al 76% en el 2000). Prueba de ello es que, en el año 2000 un 55% de los consumidores de opiáceos, utilizaban la vía parenteral como mecanismo de administración frente al 47% en el año anterior.<sup>186</sup> No obstante, la proporción de los usuarios de heroína por vía parenteral se mantiene estable en los últimos años (58% en los años 1995, 1999 y 2000). Estos resultados muestran que en el Reino Unido aumenta la vía de administración inyectada y que se asocia a más sustancias que a la heroína. Como se ha visto anteriormente, este aspecto es muy importante al evaluar la percepción de la gravedad del problema.

7- Además, en Reino Unido la vía inyectada también está aumentando como mecanismo de administración de la cocaína (12% en el 2000 frente al 4% en 1999) mientras que en España se ha reducido considerablemente (desde el 19,2% en 1991 al 1,9% en el 2000), mientras que se ha producido un incremento espectacular en el número de pacientes que utilizan la vía esnifada (desde 315 en 1991 a casi 6000 durante 1999-2000).

8- Otro aspecto importante es el de las admisiones motivadas por alcohol que representan un 15% de las totales en Reino Unido mientras que en España, se incluyen el 20% de las

---

<sup>186</sup> Annual Report on the UK Drug Situation 2001, Drugscope y EMCDDA, Pp. 35.

urgencias en opiáceos distintos de la heroína, hipnosedantes y alcohol. Para comparar esta situación sería precisa una equiparación de los registros en ambos países.

9- Por último, las demandas de tratamiento por cannabis están aumentando de modo importante en España y Reino Unido representando el 6,1% y el 8% respectivamente. Junto con ello, en España también han aumentado de modo considerable las urgencias provocadas por esta sustancia (14,8%).

### **Enfermedades asociadas con el consumo de drogas**

Siguiendo con las consecuencias de la droga para la salud, los estudios detectan tres virus principales asociados con las prácticas de riesgo, VIH, Hepatitis C y Tuberculosis y una nueva enfermedad mental que emerge como consecuencia del consumo de estas sustancias: la Patología Dual. El Observatorio Europeo se hace eco de ello y menciona las principales tendencias en el año 2003. En general, la prevalencia de la infección por VIH entre los consumidores de droga por vía intravenosa (CVI) varía entre los países europeos e incluso dentro de éstos, desde un 1 % aproximadamente en el Reino Unido hasta más de un 30 % en España. Además, recientemente se ha observado un incremento de la prevalencia del VIH entre subgrupos de CVI en algunas regiones y ciudades de España, Irlanda, Italia, Países Bajos, Austria, Portugal, Finlandia y Reino Unido. Por otra parte, la prevalencia de la hepatitis C es muy alta entre los consumidores por vía inyectada en todos los países, cuyos índices de infección varían entre el 40 % y el 90 %. No obstante, parece que los casos de hepatitis C notificados han disminuido en Dinamarca, Finlandia y Suecia, mientras que han aumentado en los Países Bajos y el Reino Unido y los de hepatitis B, han disminuido en Dinamarca y Finlandia, mientras que han aumentado en Noruega y Reino Unido<sup>187</sup>.

Las tendencias primordiales en España y Reino Unido son:

1- Para Inglaterra y Gales, la prevalencia de VIH en 1999 en una muestra representativa de usuarios de drogas por vía parenteral fue del 0,8% y durante el periodo 1992-1999 ha

---

<sup>187</sup> EMCDDA, 2003, Pps.24-28.

permanecido estable e inferior al 2%, especialmente reducida entre los jóvenes usuarios. En función del género, no se aprecian diferencias significativas, aunque sí geográficamente con una prevalencia superior en Londres. En Escocia, la infección por VIH entre UDVP desde los años ochenta ha sido superior al resto del Reino Unido, aunque a 31 de diciembre de 2000, se habían identificado un menor número de infectados por VIH (1.248) y de ellos, los UDVP (19) representaron la proporción anual más baja desde que se comenzó a contabilizar en 1983. Por su parte, en España el modo de contabilizar la enfermedad no se realiza sobre una muestra de usuarios sino que existe un registro de VIH y SIDA desde 1982. No obstante, en la década de los ochenta se ha mencionado que en España, junto con Italia, contaban con las mayores proporciones de infectados por utilización de la vía inyectada (59,77%). En cuanto al SIDA, desde 1981 a 31 de diciembre de 2000 se produjeron un 65,2% de los casos entre UDVP y en el 2000 descendieron al 56%. Desde 1996 a 1999, el número de infectados por VIH también ha sido menor aunque en el año 2000 se ha frenado esta tendencia. Es fundamental tener en siempre presente cómo han podido influir los avances en terapias con antiretrovirales para frenar o retrasar el desarrollo de la enfermedad.

2- La Hepatitis C se presenta en el Reino Unido como una enfermedad asociada mientras que en España no existen datos al respecto. Este aspecto no puede llevar a concluir que sea mejor la situación sino que, solamente, existe una actual preocupación en la política británica por combatir la propagación de este virus. En Inglaterra y Gales ha descendido del 35% en 1998 al 32% un año más tarde, aunque ha aumentado en las edades más avanzadas. También en este caso, se observan proporciones de Anti-HBc superiores en Londres al resto del territorio. En Escocia, se ha achacado durante la década de los noventa, la extensión de esta enfermedad infecciosa entre los usuarios de drogas por vía inyectada por la falta de intervenciones como el intercambio de jeringuillas. A 30 de junio del 2000, un 58% de los 10.929 casos del virus de Hepatitis C conocidos afectaban a los usuarios de drogas por vía parenteral y del total de los diagnosticados, un 46% (5021) se originaron entre enero del 1998 y junio del 2000.

3- En España, la Tuberculosis es mencionada como un importante problema de salud pública, encontrado con frecuencia entre los consumidores de droga (especialmente entre los infectados por VIH) y tradicionalmente se ha relacionado con el abuso de alcohol y su modo de vida. No obstante, existe poca información aunque se conoce que un 26,9% de los casos de Tuberculosis estuvieron asociados con el consumo de drogas, particularmente con la vía inyectada (13,8%), con el alcoholismo (11,6%) o con la cocaína y la heroína (4,2%).

4- En los últimos años ha crecido la preocupación en los servicios de tratamiento por la diagnosis dual o coexistencia de desórdenes psicológicos y psiquiátricos en los consumidores de drogas. En Reino Unido, este aspecto ha sido detectado de un modo especial entre la población reclusa y en Escocia, una investigación mostraba que cuatro de cada diez pacientes que presentaban su primer episodio de enfermedad psicótica habían sido consumidores de drogas, en su mayoría varones jóvenes. En España, no hay estudios estadísticos que reflejen la proporción de personas con diagnosis dual, pero se aprecia una percepción del problema en el área de tratamiento y una creciente preocupación por resolver una patología por los Servicios de Salud Mental y por los de Drogodependencias. En algunas regiones se han buscado soluciones como la creación de protocolos de actuación conjunta o la creación de Unidades específicas. Aún no se sabe qué porcentaje de drogodependientes puede desarrollar este tipo de enfermedades pero hay que ser conscientes de que estas enfermedades pasan desapercibidas, son difíciles de tratar y a diferencia de los anteriores virus, son una consecuencia directa de las sustancias.

### **Muertes ocasionadas por el consumo de sustancias**

Anteriormente, se ha reflejado la dificultad que entraña poder comparar las muertes ocasionadas con las drogas y solamente es posible limitarse a describir las tendencias, reconociendo que muchos de los fallecimientos no son registrados como causa de las drogas. Si tenemos en cuenta estas limitaciones se pueden describir algunas tendencias generales en los países de la UE. Durante los años ochenta y principios de los

noventa se observó un notable aumento del número de muertes relacionadas con la droga. En el período 1990-2000, la tendencia continuó, aunque a un ritmo inferior. En 2000, se notificaron 8 731 muertes por reacción aguda con drogas en toda la UE, en comparación con las 6394 en 1990 (lo que representa un aumento del 36,5 %). En España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido se ha producido un incremento del número de casos en los que se encontró cocaína, generalmente junto con otras sustancias. Además, el Reino Unido manifestó una tendencia al alza en las muertes por reacción aguda y de los casos de heroína/morfina (EMCDDA, 2003:28-33).

Pese a los problemas de comparar realidades diversas, en el Reino Unido las muertes relacionadas con la droga ascendieron a 2.300 en Inglaterra y Gales en 1998, mientras que en Escocia e Irlanda del Norte permanecieron relativamente bajas. En los últimos años, el número de muertes en usuarios de drogas continua creciendo, aunque parece haber descendido en Inglaterra y Gales mientras que en Escocia e Irlanda del Norte ocurre lo contrario. En España, el número de muertes asociadas con la droga (opiáceos o cocaína) creció hasta 1991, pero a partir de ese año se ha producido una tendencia decreciente (desde 536 a 241 durante 1992-2000). Esta tendencia se debe a la reducción de las muertes causadas por la heroína, ya que aquellas motivadas por la cocaína no han dejado de crecer, con la excepción del año 2000. Además, los accidentes de tráfico son la causa principal de mortalidad en los jóvenes y en una elevada proporción de los casos habían consumido drogas, principalmente alcohol, aunque también cocaína, benzodiazepinas, opiáceos y cannabis. Estos resultados, junto con los de mortalidad asociada al tabaquismo hacen fundamental la investigación en esta línea para prevenir la mortalidad asociada con la droga (ver Gráfico 5.2).

**Gráfico 5.2.: Consecuencias sanitarias del consumo de drogas**

CONSECUENCIAS SANITARIAS	REINO UNIDO	ESCOCIA	ESPAÑA
<b>Admisiones a tratamiento</b>	40.430 usuarios en seis meses: incremento del 7%	4.412 en 2001	49,487 en un año, desciende
<b>Heroína</b>	62% tendencia creciente	71% tendencia creciente entre gente joven de 15-19 (2001) (10.591)	72% opiáceos (desciende) (40,5% de las urgencias)
<b>Heroína por vía parenteral</b>	58% permanece constante	53% tendencia decreciente	28,7% desciende
<b>Cocaína</b>	5% desciende		17,2% aumenta (hasta el año 2000) (45,3% de las urgencias)
<b>Cocaína por vía parenteral</b>	12% aumenta		
<b>Anfetaminas</b>	3% varones 4% mujeres		Permanece estable en 300 casos (0,6%)
<b>Benzodiazepinas</b>	2% varones 3% mujeres	Diazepam: 12% desciende obtenido ilícitamente 31% aumenta Temazepam 1% desciende	
<b>Cánnabis</b>	10% varones 6% mujeres		6,1% aumenta (14,8% urgencias)
<b>Usuarios de droga por vía inyectada</b>	40% tendencia creciente		28,7% desciende (los nuevos atendidos 17,7% desciende)
<b>Usuarios que comparten material</b>		34% aumenta	
<b>VIH</b>	0,8% (1999, para Gales e Inglaterra)	19 casos (la más baja desde 1983)	SIDA: desde 1981 a 31 diciembre de 2000: 65,2% casos en UDVP 2000 56% desciende
<b>Hepatitis B</b>		360 casos desciende (reclusos grupo vulnerable)	
<b>Hepatitis C</b>	35% desciende (Gales e Inglaterra)	58% de los casos en UDVP	
<b>Tuberculosis</b>			38,5 por 100.000 habitantes
<b>Diagnóstico Dual</b>		40% usuarios de drogas	
<b>Muertes</b>	2.300 Inglaterra y Gales en 1998 tendencia decreciente. Escocia e Irlanda del Norte bajos niveles aunque aumenta VIH-SIDA 40 en 1997	292 (2000) aumentan	241 desciende (pero aumentan las muertes por cocaína)

Fuente: elaboración propia.

### 5.1.3.2. Consecuencias sociales de la droga

#### Consecuencias sanitarias de la droga en las cárceles

En los capítulos anteriores se ha observado la especial preocupación por la situación de los drogodependientes encarcelados. El informe anual del EMCDDA (2003) afirma que, el porcentaje de presos dentro de la UE que afirman haber consumido alguna vez una droga ilegal varía entre el 29 % y el 86 %, dependiendo de la prisión y el país de que se trate pero en la mayoría de los estudios supera la mitad. Por sustancias, el cannabis es la más consumida aunque varios estudios señalan amplios historiales de consumo de heroína así como la utilización de la vía parenteral como mecanismo de administración. En último término el citado informe manifiesta que España es el único país dentro de la Unión, en el que se están aplicando de un modo sistemático los servicios de intercambio de jeringuillas en prisión<sup>188</sup>.

En este sentido, el informe *Assistance to drug users in European Union prisons*, (Asistencia a los usuarios de drogas en las cárceles de la Unión Europea) (2001) señala que los usuarios de drogas representan más de 350.000 reclusos en toda Europa. Por países, España (96,6 por 100.000), Inglaterra/Gales (106,8) y Escocia (118) tienen las más altas proporciones de población reclusa por cada 100.000 habitantes, junto con Portugal, Alemania, Francia e Italia. Además, la proporción de usuarios de droga entre este sector de población en España (35–54%) es superior a Inglaterra/Gales (15–29%) o Escocia (18-33%) y por último, el número de mujeres encarceladas ha crecido en los últimos años y se localiza mayoritariamente en España (9,2%)<sup>189</sup>.

---

<sup>188</sup> OEDT (2003): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa y Noruega*. Lisboa.

<sup>189</sup> Dr. Heino Stöver, Carl von Ossietzky University of Oldenburg and Petra Paula Merino, EMCDDA, Drug Demand Reduction (2001): *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. EMCDDA. Pps.7-10. In

[www.emcdda.org/multimedia/project\\_reports/responses/assistance\\_prisons\\_abridged.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/responses/assistance_prisons_abridged.pdf)

Algunas conclusiones del citado informe son:

- Hay un incremento de las intervenciones con los usuarios de drogas en las cárceles, aunque se han detectado importantes *deficiencias en la provisión adecuada de tratamiento, asistencia y prevención en el sistema penitenciario.*
- La principal aproximación a la intervención es la abstinencia orientada al tratamiento en instalaciones especiales, y ha aumentado especialmente en Austria, Inglaterra y Escocia.
- La provisión de tratamiento con metadona no está tan extendida en las instituciones penitenciarias y España<sup>190</sup> y Austria destacan sobre el resto, en contraste con Reino Unido, donde es mínima, aparte de aquella orientada a la desintoxicación, pues, en Inglaterra y Gales, pese a producirse un incremento de la desintoxicación con metadona, su uso está limitado en el caso del mantenimiento. En Escocia, estos últimos programas *se han incluido para reclusos en condiciones especiales, determinada por el perfil clínico y la situación judicial y penal. El contacto con la comunidad y la prescripción se realiza posteriormente para confirmar la dosis adecuada y el cumplimiento y buena disposición para continuar. De esta forma, si un recluso en un programa comunitario de metadona se encuentra en la cárcel durante más de tres meses, podría participar en un programa de prescripción, bajo ciertas condiciones.*
- La desintoxicación es ofrecida en casi todos los Estados Miembros y además, Inglaterra dispone de centros de post-desintoxicación y acupuntura auricular en algunas instituciones penitenciarias.
- En España, aproximadamente ocho de cada diez profesionales en centros penitenciarios participaron en programas de intervención para drogodependientes y en su mayoría, pertenecían a organizaciones no gubernamentales, incluyendo entre este personal a ex-toxicómanos y antiguos reclusos.
- Respecto a los programas de reducción de daños, los de intercambio de jeringuillas no están implementados en la mayoría de los países europeos (excepto en Alemania y

---

<sup>190</sup> En España, en 1990 una ley incluía la utilización de metadona en las prisiones y en 1997 todas ellas (salvo dos) habían desarrollado este tipo de programas no orientados específicamente hacia la abstinencia, con aproximadamente seis de cada diez drogodependientes en el mismo.

España) y nueve de los Países Miembros (entre ellos España) tienen políticas de acceso a profilácticos, como programas de reducción de riesgos.

- En muchos países europeos, la lejía no se distribuye oficialmente en las instituciones penitenciarias o solamente con fines de limpieza, con la excepción de Alemania, Francia, España, Suiza, Bélgica, Luxemburgo y los Países Bajos. En Escocia, por ejemplo, disponen de lejía y pastillas esterilizadas, junto con información e instrucciones prácticas sobre cómo esterilizar tazas, cuchillas y material de inyección. En España, cada recluso puede disponer de un kit con distintos productos, entre los que se incluye una botella de lejía e información sobre la limpieza del material de inyección.
- Por último, muchos de los países intentan reducir las recaídas y proveer apoyo a la integración social. En España, los drogodependientes que hayan estado en tratamiento en la cárcel podrán continuar en un programa terapéutico si se encuentran en libertad condicional. En Inglaterra, Gales y Escocia, a través de la *through care* se intenta garantizar “la calidad de la atención a los reclusos desde el apoyo inicial hasta la prevención de recaídas, estableciendo una transición no problemática a la atención comunitaria después de la puesta en libertad”, intentando promocionar estas medidas mediante sentencias favorables, con incentivos y ciertos privilegios<sup>191</sup>.

Como resultado de las medidas puestas en marcha, en el Reino Unido, la Estrategia antidroga en las instituciones penitenciarias ha logrado una importante reducción en el consumo de drogas entre la población reclusa incorporando a un gran número de personas en programas de rehabilitación y desintoxicación. En Escocia, se ha revisado la estrategia porque el porcentaje de reclusos a los que se les ha detectado droga a través de la orina ha aumentado (del 73% al 77%) y en los últimos años también se están incorporando nuevos tratamientos. La política de drogas española en 1997 ya se hacía eco de la situación de marginalidad en la que se encontraban los drogodependientes en las cárceles y ha intentado incorporar un gran número de programas de deshabitación, reducción de daños (metadona e intercambio de jeringuillas) y derivación

---

<sup>191</sup> Dr. Heino Stöver, Carl von Ossietzky University of Oldenburg and Petra Paula Merino, EMCDDA, Drug Demand Reduction (2001): *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. EMCDDA. En [www.emcdda.org/multimedia/project\\_reports/responses/assistance\\_prisons\\_abridged.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/responses/assistance_prisons_abridged.pdf)

a recursos comunitarios externos. En este sentido, se consideran medidas avanzadas que pueden contribuir a reducir la asociación entre delincuencia y drogas.

### **Drogas y exclusión social**

Por otro lado, los últimos estudios continúan reflejando la estrecha vinculación entre algunas drogas y la exclusión social y este aspecto es tratado con detalle en el informe anual del Observatorio Europeo (2003). Además, este fenómeno constituye una gran preocupación en la política social de Reino Unido. Entre los consumidores de heroína en los últimos doce meses, se encontraban los hogares con menor proporción de ingresos económicos (entre el grupo de edad de 16 a 29 años), niveles de empleo, educativo y por último, la proporción de jóvenes entre 16 y 19 años con peores cualificaciones.<sup>192</sup> En España, según el Informe 4 del Observatorio sobre Drogas, en 1999 los admitidos a tratamiento por heroína sin estudios, representaban el 14,9% y el 18,4% por otros opiáceos. Además, un 39,6% de los consumidores de heroína tenían estudios de Primaria y EGB y solamente un 2,8% medios y superiores. Estos resultados contrastan con el perfil del consumidor de otras sustancias como las anfetaminas, la cocaína, el cannabis o los hipnosedantes. Además, un 52,5% de pacientes atendidos por heroína se encontraban en paro, frente al 30,1% de la cocaína, donde un 59,6% estaban trabajando.

Por otro lado, las consecuencias sociales del consumo de drogas son diferentes en función del género. Aunque hay pocas investigaciones sobre la relación de la mujer con las drogas, parece claro que la aproximación a estas sustancias es distinta y ello se observa en España y Reino Unido. En general tienen un consumo más dramático que el hombre, entre otros factores por la vinculación entre prostitución y drogas y muestran más dificultades para acceder a los servicios de tratamiento, por lo que recientemente se están desarrollando un mayor número de dispositivos específicos. En España, en los últimos años la violencia doméstica, ligada en muchas ocasiones con el consumo de drogas, ha hecho su aparición en la agenda pública y en este problema la mujer se

---

<sup>192</sup> *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*, Drugscope and EMCDDA, Pp.61.

considera especialmente vulnerable. Además, en Reino Unido y España, la situación epidemiológica reflejaba la incorporación creciente de la mujer al consumo de sustancias.

En la misma línea, pese a las similitudes, se observa una preocupación diferenciada en razón a las circunstancias singulares de cada país; en Reino Unido, hay una gran preocupación por los sin techo con problemas de drogas y cuentan con un organismo encargado de solucionar este problema. Una de las conclusiones principales de un estudio realizado a esta población es que la mitad de ellos confesaba que su adicción a la droga era una de las razones principales que les había convertido en personas sin hogar<sup>193</sup>. En el caso de España, son otros los colectivos que se perciben vulnerables hoy en día y en un futuro, como los inmigrantes ilegales con problemas sociales, entre los que se puede incluir el de las drogas, y cuyas demandas se están recibiendo en algunas comunidades (por ejemplo Andalucía) o los menores con problemas de delincuencia y drogas (por ejemplo en Ceuta).

Finalmente, la droga se asocia con frecuencia a problemas de tipo judicial ocasionados por tráfico y posesión de sustancias ilegales. En España, Italia y Países Bajos el consumo de drogas no es un delito penal, todos los delitos se refieren a la venta o al tráfico de drogas. Para el conjunto de la Unión Europea, los delitos contra la legislación en materia de drogas crecieron entre 1985 y 2001 y especialmente aquellos asociados con el cannabis. Por países, Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Portugal y España, experimentaron un aumento, Suecia permaneció estable e Irlanda, Austria y Reino Unido experimentaron un descenso. En 2001 se produjeron notables aumentos en España, Luxemburgo y Portugal<sup>194</sup>.

En la comparación de España y Reino Unido, aunque, como se ha señalado la legislación difiere en cada uno de los países, se observa un aumento de los delitos asociados principalmente por cannabis. Este aspecto debería ser estudiado para facilitar

---

<sup>193</sup> Jane Fountain. University of Central Lancashire. Preston. (2002): *The service needs of drug who are homeless*. Bridging the Gaps - Research Seminar Series, Scottish Addiction Studies, University of Stirling, 19<sup>th</sup> September.

<sup>194</sup> OEDT (2003): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa y Noruega*. Lisboa.

información sobre las consecuencias puesto que, el inicio de los jóvenes en delitos por esta sustancia que conciben menos peligrosa puede ser el comienzo de una carrera que les lleve a prisión. En Inglaterra y Gales en 1999 fueron detenidas 121.000 personas por delitos asociados con estas sustancias y un año más tarde 111.000 y un 74% de estos estaban motivados por cannabis (74%). En España, durante el año 2000, 81.302 personas fueron denunciadas y 17.067 detenidas por tráfico de drogas, principalmente por cannabis y derivados (44% detenidos y 70,6% denunciados), cocaína (31,5% detenidos y 14% denunciados) y opiáceos (13,1% detenidos y 9,9% denunciados). Además, se han incrementado las sanciones por consumo de drogas en la vía pública, de 47.207 en 1999 a 49.469 en el 2000, aunque un 10% de ellas han sido reemplazadas por inicios de tratamiento.<sup>195</sup>

---

<sup>195</sup> *Informe 4* del Observatorio Español sobre Drogas, Pp.151.

**Gráfico 5.3: Consecuencias sociales del consumo de drogas**

CONSECUENCIAS SOCIALES	REINO UNIDO	ESCOCIA	ESPAÑA
<b>INSTITUCIONES PENITENCIARIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nuevas actividades</li> <li>- Descenso de los test positivos en consumo de drogas (del 24,4% en 1995 al 12,4% en el 2000/01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de incorporar programas</li> <li>- Aumenta el consumo de drogas en instituciones penitenciarias (del 73% al 77%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentan los programas para drogodependientes</li> </ul>
<b>EXCLUSIÓN SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por los <i>sin techo</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por los <i>sin techo</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupación por los inmigrantes y menores (Ceuta)</li> </ul>
<b>MUJER Y DROGAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo más dramático</li> <li>- Prostitución</li> <li>- Embarazadas y drogas</li> <li>- Dificultad de acceso a los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo más dramático</li> <li>- Prostitución</li> <li>- Embarazadas y drogas</li> <li>- Dificultad de acceso a los recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo más dramático</li> <li>- Prostitución</li> <li>- Embarazadas y drogas</li> <li>- Dificultad de acceso a los recursos</li> <li>- Violencia doméstica y drogas</li> </ul>
<b>DETENIDOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 111.000 personas en el 2000</li> <li>- 74% por cannabis</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 17.067 detenidos y 81.302 denuncias</li> <li>- Principalmente cannabis (44% detenidos y 70,6% de las denuncias)</li> <li>- Aumentan las sanciones por consumo en la vía pública y un 10% se sustituyen por la participación en programas</li> </ul>

**Fuente: elaboración propia.**

## 5.2. Comparación de la Política de Drogas: Estructura y Planificación

El informe del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) sobre las estrategias nacionales y los mecanismos de coordinación en los Estados Miembros muestra tendencias comunes en algunas de estas áreas. En particular, se observa la introducción de una nueva cultura en las actuaciones y en la evaluación que queda reflejada en las estrategias nacionales. La evaluación como herramienta y análisis de los resultados es un elemento clave de esta nueva tendencia y a través de medidas de rendimiento y de resultados, se intenta aumentar la eficacia de la política de drogas como objetivo primordial. La responsabilidad en materia de coordinación en los países europeos recae predominantemente en las administraciones sanitaria y social. Además, las estrategias de drogas de los Estados Miembros contemplan elementos comunes como la prevención, el tratamiento, la investigación, la información, el control de la oferta y la cooperación internacional<sup>196</sup>.

En la misma línea, la política europea sobre drogas, se ha materializado en los últimos años en el Plan Europeo de Acción en Drogas (2000)<sup>197</sup> y posteriormente, en la Estrategia Europea sobre Drogas (2000-04).<sup>198</sup> Este documento, contiene 11 objetivos generales (*aims*) y seis medidas de actuación principales (*targets*), mientras que el Plan de Acción cuenta aproximadamente con 100 actividades específicas para ser implementadas a finales del 2004. Las seis actuaciones principales consisten en reducir de modo considerable la prevalencia de consumo de drogas y los nuevos inicios, particularmente entre los menores de 18 años; la incidencia del daño ocasionado para la salud (VIH, hepatitis, TBC etc.); el número de muertes; la disponibilidad de drogas ilícitas y el número de delitos asociados; el blanqueo de capitales y el tráfico ilícito de precursores y finalmente, aumentar el porcentaje de éxito entre los pacientes tratados.

---

<sup>196</sup> En EMCDDA [www.emcdda.org/policy\\_law/eu/eu\\_actionplan.shtml](http://www.emcdda.org/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml)

<sup>197</sup> European Commission (1999): Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on a European Union Action Plan to Combat Drugs (2000 – 2004). Brussels. En [www.emcdda.org/multimedia/actionplan/action\\_en.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/action_en.pdf)

<sup>198</sup> Council of the European Union (1999): *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*. En [www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf)

No obstante, existen diferencias en las actuaciones prioritarias en cada uno de los países europeos. En general, el informe del Observatorio Europeo (2003), muestra que en la política de drogas a menudo los grupos de intervención no están perfectamente definidos, que aumenta la conciencia de la necesidad de cooperación entre los sistemas así como entre las políticas sanitaria, educativa y social. No obstante, existen mayores preocupaciones por ciertos temas en los distintos países, por ejemplo, por la exclusión social y la droga en Irlanda y Reino Unido; por el aumento de la inversión en tratamiento en Dinamarca, Alemania, Reino Unido y Noruega; por la prevención en las escuelas en España, Grecia e Irlanda<sup>199</sup>.

Reino Unido y España se caracterizan por la aprobación de una Estrategia Nacional con una vigencia de diez años y por adaptar sus actuaciones con objetivos similares a los de la Estrategia Europea, en el primer caso para el 2005 y el 2008 y en el segundo para el 2003 y el 2008. No obstante se aprecian algunas peculiaridades propias de cada situación: en Reino Unido, el tratamiento particular de la problemática del alcohol y la especial preocupación por la exclusión social; en España, el abordaje conjunto del alcohol y el tabaco con las drogas ilícitas y el objetivo prioritario por la prevención y la educación para la salud. Sin embargo, España también tiene su propia estrategia de prevención del tabaquismo, emprendida por el Ministerio de Sanidad y consumo dentro del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007.

Respecto a la política británica, en 1998 el Gobierno publicó *Tackling Drugs To Build A Better Britain*, su estrategia para hacer frente a las drogas en la próxima década. Además, el Gobierno británico se caracteriza por publicar importantes documentos que explican o modifican la estrategia iniciada: el primer plan anual de coordinación y el primer informe fueron publicados en 1999 y el Segundo plan durante el 2000/2001. Además, aquellos puntos considerados débiles en las evaluaciones son estudiados minuciosamente en documentos específicos como el desarrollado para combatir el crack. En materia de competencias, la estrategia británica se centra principalmente en Inglaterra

---

<sup>199</sup> OEDT (2003): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa y Noruega*. Lisboa.

pero es importante para Escocia, Gales e Irlanda del Norte y éstas han desarrollado sus propias estrategias, detalladas en el capítulo IV.

A diferencia del caso español, en el que el tabaco y el alcohol son incluidos en la estrategia junto con las drogas ilegales, quizás por la tradición histórica, el alcohol y el tabaco en Reino Unido siguen una política diferenciada al resto de sustancias. En lo que al alcohol se refiere, *Tackling alcohol related crime, disorder and nuisance* es el Plan de Acción<sup>200</sup> del Reino Unido y tiene como objetivos específicos reducir los problemas crecientes de los bebedores menores de edad; disminuir la embriaguez en espacios públicos y prevenir la violencia asociada con el alcohol. No obstante, este Plan ha sido duramente criticado por la demora en su aprobación y por la falta de presupuesto.

**Tabla 5.1: Planificación en materia de drogas.**

UNIÓN EUROPEA	REINO UNIDO	ESPAÑA
. Plan Europeo de Acción en Drogas (2000)	- Tackling Drugs To Build a Better Britain (1998-2008).	- Plan de medidas para luchar contra las drogas (1997)
. Estrategia Europea sobre Drogas (2000-2004)	Estrategia Nacional (drogas ilegales) I Plan Coordinación (1999) II Plan Coordinación (2000/01) Alcohol: Tackling alcohol related crime, disorder and nuisance: Plan de Acción.	- Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) (drogas legales e ilegales)

**Fuente: elaboración propia.**

Por su parte, en España, como se mencionó en el capítulo II, desde 1985 el Plan Nacional sobre Drogas es el responsable de la coordinación de las políticas en la materia. A comienzos de 1997, esta preocupación les llevó a proponer el “Plan de medidas para luchar contra las drogas” de naturaleza urgente. Dos años más tarde, en 1999, ante una realidad nueva en el panorama de las drogas, se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) al considerar fundamental adaptar las necesidades actuales de este fenómeno. El objetivo prioritario de este documento es la prevención, enmarcada en la

<sup>200</sup> [www.homeoffice.gov.uk/pcrg/aap0700.htm](http://www.homeoffice.gov.uk/pcrg/aap0700.htm)

perspectiva de la “Educación para la Salud”, basada en la educación y formación en actitudes y valores, particularmente a niños y jóvenes y teniendo como marco de desarrollo la familia y la escuela.<sup>201</sup> Todas las actuaciones en materia de drogas son agrupadas en tres niveles estratégicos: la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional (ver Tabla 5.1). No obstante, a nivel comparativo, la revisión de las actuaciones y la elaboración de planes de actuación anuales –al menos a efectos de publicación- resulta menos dinámica que en el caso británico aunque hay que tener en cuenta que esta política también afecta a las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Junto con la estrategia aprobada, la estructura organizativa resulta fundamental en todos los países para poner en marcha las políticas en drogas y la participación e implicación de toda la sociedad en este problema se estructura de un modo propio en cada uno de ellos. En el Reino Unido, para implementar la estrategia es necesaria la participación de las Organizaciones Nacionales y Locales en Drogas, el Gobierno Central, Coordinador Antidroga y representantes, UKADCU, Ministerios y Agencias, Grupo que Dirige la Estrategia (Strategic Steering Group) y Grupos que la llevan a cabo (Strategy Support Groups), el sector privado, el sector voluntario, agencias, medios de comunicación, padres, jóvenes, etc. A nivel gubernamental, el trabajo es dirigido por el “Cabinet Sub-Committee on Drug Misuse” y por otros grupos.

Estos conducen juntos a los representantes clave en el campo de las drogas desde los estatutarios, voluntariado, sectores privados y otros con interés en la materia, y trabajan estrechamente con las asociaciones locales constituidas por los Equipos de Acción en Drogas (Drug Action Teams). Estos Equipos trabajan conjuntamente con representantes de todas las agencias locales envueltas en el abordaje de esta problemática, incluyendo la autoridad sanitaria, local, policía, los encargados de vigilar la libertad condicional, los servicios sociales, educación y servicios juveniles y el sector voluntario. Los DATs también trabajan con las Asociaciones de Delitos y Reducción del Desorden Público

---

<sup>201</sup>Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1999): *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*, Pp.7.

(Crime and Disorder Reduction Partnerships)(CDRPs) para ayudar a la policía y a las comunidades a hacer frente a los problemas locales y su asociación con el delito.<sup>202</sup>

Por su parte, en España, todos los niveles de la administración tienen responsabilidades en el campo de la adicción a las drogas: la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas, la Administración Local; las Organizaciones no Gubernamentales y otras organizaciones sociales (universidades, fundaciones, etc.). A diferencia del caso británico, hay tres niveles de administración y no existen equipos multidisciplinares como los DATs sino que los diferentes organismos implicados (Atención Primaria, Servicios Sociales, Instituciones Penitenciarias, Educación, etc.) actúan conjuntamente mediante protocolos y grupos de trabajo sin existir una estructura similar a la de Reino Unido.

En último término, pese a las dificultades que entraña comparar el presupuesto de estos dos países, puesto que no podemos conocer o cuantificar las necesidades en cada uno de ellos, ni saber si exactamente corresponden a las mismas partidas, según el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2003), en términos absolutos, el gasto público destinado a drogodependencias en Reino Unido ascendió a 466,3 millones de Euros para el periodo 2000-2001, mientras que en España en el año 2001 éste fue de 181,5 millones de Euros. Desglosado por partidas presupuestarias, la dotación económica en materia de tratamiento es superior en Reino Unido (78,79%) al caso de España (74,96%), mientras que en prevención esta relación se invierte (13,51% y 15,9% respectivamente).

---

<sup>202</sup> [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams)

### **5.3. Comparación de la Intervención Asistencial**

#### **5.3.1. Principales objetivos asistenciales**

En el contexto europeo, aunque los objetivos en materia de drogas están estrechamente ligados entre sí, entre las actuaciones principales de la Estrategia Europea sobre Drogas (2000-04)<sup>203</sup> algunas afectan especialmente a la intervención asistencial, concretamente la reducción del daño ocasionado por las drogas para la salud (VIH, hepatitis, TBC etc.), del número de muertes y el aumento del porcentaje de éxito entre los pacientes tratados. Por su parte, en los capítulos referidos a Reino Unido, Escocia y España, se realizó un análisis pormenorizado de los objetivos del tratamiento, extrayendo las principales líneas de actuación de acuerdo con los servicios, programas y usuarios a fin de conocer las consecuencias previstas. Este aspecto permite comparar de un modo sencillo, los principales objetivos perseguidos en la actualidad en ambos contextos.

En general, se observan puntos coincidentes en los objetivos asistenciales: en los servicios, hay una preocupación por aumentar la calidad en Reino Unido y en particular, la de los recursos de alojamiento en Escocia y los de instituciones penitenciarias en España, así como por desarrollar nuevos servicios, especialmente para los jóvenes en Reino Unido, compartidos a nivel local en Escocia y de emergencia social en España; en cuanto a los programas, también se persigue la mejora de la calidad de todos ellos en Reino Unido y España y específicamente, los de rehabilitación en Escocia e, igualmente, incluir nuevos programas, especialmente dirigidos a la población reclusa y a la disminución del delito, aunque en España sobresalen otros como los destinados a la población general, a menores, víctimas de la violencia y de integración social.

Junto con estos objetivos, en Escocia, al igual que en todo el Reino Unido, se hace hincapié en la necesidad de mejorar la formación del personal mientras que en España, la

---

<sup>203</sup> Council of the European Union (1999): *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*. En [www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf)

Estrategia Nacional dedica un capítulo específico a esta preocupación. En cuanto a los pacientes, en los tres casos se pretende lograr el mayor acceso de los mismos a los servicios de tratamiento, el descenso de la vía de administración inyectada y de la práctica de compartir material y particularmente, en Escocia y Reino Unido, se añade la problemática de reducir las muertes asociadas y en España de un modo especial la motivadas por los accidentes de tráfico. Además, este último país, junto con Escocia mencionan la necesidad de llegar a la población reclusa y lograr su integración social. Por último, aunque el objetivo final sea la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales ocasionadas por las drogas, en España persiste una preocupación especial por lograr el acercamiento y mejora de la red asistencial (ver Gráfico 5.4).

**Gráfico 5.4: Objetivos principales de la intervención asistencial**

OBJETIVOS	REINO UNIDO	ESCOCIA	ESPAÑA
<b>SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de la calidad</li> <li>- Desarrollo de nuevos servicios para jóvenes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de la eficacia de los recursos de alojamiento y apoyo residencial</li> <li>- Desarrollo de recursos de atención compartidos a nivel local</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora del tratamiento en Instituciones Penitenciarias</li> <li>- Aumento de la participación de las oficinas de farmacia</li> <li>- Nuevos recursos de emergencia social</li> <li>- Adaptación e integración de la red en el Sistema Nacional de Salud</li> <li>- Acercamiento de los recursos al lugar de residencia</li> </ul>
<b>PROGRAMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implantación programas de rehabilitación en Instituciones Penitenciarias</li> <li>- Mejora de la calidad (auditorías, protocolos de actuación)</li> <li>- Formación del personal</li> <li>- Nuevas licencias para prescripción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de programas relacionados con el delito</li> <li>- Mejora de los programas de rehabilitación</li> <li>- Formación del personal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de programas para población general, menores, reclusos, víctimas de la violencia y drogas, en comisarías y juzgados y de integración social</li> <li>- Coordinación, sistemas de calidad y mecanismos de evaluación</li> </ul>
<b>PACIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de los pacientes atendidos</li> <li>- Descenso vía inyectada y práctica de compartir material</li> <li>- Disminución muertes asociadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de los pacientes atendidos en tratamiento, especialmente reclusos</li> <li>- Descenso vía inyectada y práctica de compartir material</li> <li>- Disminución muertes asociadas</li> <li>- Aumento pacientes en formación y empleo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso universal a programas reducción del daño (vacunaciones)</li> <li>- Descenso vía inyectada y práctica de compartir material y accidentes tráfico</li> <li>- Reducción de las listas de espera en alcohol</li> <li>- Incremento de la participación de los reclusos en programas de formación y empleo y talleres</li> <li>- Acercamiento programas integración a nivel local</li> </ul>
<b>OBJETIVO FINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lograr que las personas con problemas de drogas los superen y puedan llevar una vida saludable y libre del delito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descenso del policonsumo, la sobredosis y el daño para la salud</li> <li>- Disminución de la disponibilidad de sustancias ilícitas y de los delitos cometidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir el daño ocasionado por el consumo, básicamente sus consecuencias sanitarias y sociales</li> <li>- Mejorar la calidad con una red diversificada y llegar a todos los pacientes</li> </ul>

**Fuente: elaboración propia.**

### **5.3.2. Programas y recursos: desarrollo de los servicios de alcohol y drogodependencias. El papel de las Organizaciones no Gubernamentales**

La situación social y cultura alrededor de la droga y la percepción como “problema social” resulta básica para conocer cuál fue la respuesta dada para resolver el problema asistencial. En este sentido, resulta interesante analizar el desarrollo de los servicios, conjuntamente con la situación histórica que subyace. En ambos casos, se puede delimitar un primer momento, con los servicios existentes antes de la llegada de la heroína; en segundo lugar, los desarrollados para atender a la población heroínmana; en tercer lugar, la problematización del uso de la droga y el advenimiento del SIDA y en último término, la cobertura universal de la red asistencial y el interés creciente en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios (ver Gráfico 5.5).

Antes de detallar cada momento, es importante conocer que en la esfera internacional, aunque el tratamiento de la adicción a las drogas ya era visto como una medida para reducir el abuso de estas sustancias, en la Convención de Naciones Unidas (UN Single Convention) de 1961, en este momento solo se reconoció el concepto de tratamiento de drogas como la desintoxicación a nivel individual mediante el ‘tratamiento libre de drogas’. Aunque las medidas terapéuticas que ayudaban a tratar la adicción a través del mantenimiento y la distribución de sustancias alternativas no se mencionaban en las Convenciones de Naciones Unidas de los años 1961, 1971 y 1988, la distribución de metadona o antagonistas similares a los adictos a la heroína comenzó a implantarse en algunos países europeos a fines de los sesenta y setenta y se desarrollaron y expandieron durante las décadas de los ochenta y noventa<sup>204</sup>.

---

<sup>204</sup> EMCDDA (2000): *Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level*. Pp.2.

## **Antes de la llegada de la heroína como problema social: los servicios de alcohol**

El desarrollo de los servicios de tratamiento acontece generalmente cuando hay una percepción del problema. Por este motivo, el desarrollo de los servicios de alcohol<sup>205</sup> ha precedido al de las drogas ilícitas en el Reino Unido y en España. Aunque se observan algunas similitudes, en Reino Unido se ha caracterizado por una mayor participación del sector voluntario y por un desarrollo de los recursos anterior al caso español. Hasta principios de los años sesenta, el principal grupo existente era Alcohólicos Anónimos pero en Inglaterra y Gales, en 1962, el Ministro de Salud elaboró un memorando en el que se recomendaba el establecimiento de “unidades especiales para el tratamiento de los alcohólicos” en cada una de las áreas regionales hospitalarias y en Escocia se reconocieron similares necesidades. Pese a su pertenencia al Servicio Nacional de Salud, la mayoría de ellos, establecieron relaciones con los trabajadores sociales y las asociaciones de voluntariado. En España, en esta década aún se consideraban los problemas del alcohol con un enfoque moral que se solucionaba con la prisión o el manicomio. Junto con ellos, los dependientes a la morfina eran atendidos mediante las cartillas de extradosis e internamientos periódicos. Aunque en 1955 un doctor en Madrid se interesó en formar un grupo de Alcohólicos Anónimos en el Hospital Residencial La Paz con Ray C. (miembro de Alcohólicos Anónimos que residía en esa ciudad) hasta 1976 no tuvo lugar la primera reunión y solo en 1979 (el 25 de octubre) fue legalmente establecido<sup>206</sup>. Aunque en la década de los setenta comienza a plantearse la atención al alcoholismo desde la psiquiatría aún subyace un enfoque moral e ideológico.

La ausencia de una atención adecuada en España contrasta con Reino Unido donde en 1978, en el informe del Comité de Ayuda al Alcoholismo (Advisory Committee on Alcoholism), se plantea que los servicios tenían que ayudar a “cualquier persona que experimentase problemas sociales, psicológicos o psíquicos como consecuencia de su repetida ingesta de alcohol o por parte de otros” y para ello el tratamiento debía proporcionarse a nivel primario.

---

<sup>205</sup> Ritson, Bruce (1992): “Services for problem drinkers in Scotland”. En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Pps. 131-136.

<sup>206</sup> [www.alcoholicos-anonimos.org/1/breve\\_historia\\_de\\_a\\_a.htm](http://www.alcoholicos-anonimos.org/1/breve_historia_de_a_a.htm)

## Los servicios desarrollados para atender a la población heroínómana

Hasta la década de los sesenta, no había servicios de tratamiento de drogas en el Reino Unido. A partir de ese momento, se desarrollaron un importante rango de servicios especialistas y algunos médicos generales han continuado proporcionando asistencia desde la atención primaria. Al igual que en el caso del alcohol, en el desarrollo de los servicios para usuarios de drogas en Reino Unido las organizaciones de voluntariado jugaron un papel fundamental apoyadas gubernamentalmente. Hasta la década de los setenta, los pocos servicios para atender a los drogodependientes se encontraban en los hospitales y como respuesta al aumento del número de drogodependientes se incorporaron un mayor número de Unidades Hospitalarias de Dependencia (DDUs) en 1968.

En España, al igual que el alcoholismo durante los años setenta los problemas de la droga también eran vistos como problemas psiquiátricos y poco a poco empezaron a observarse como un serio malestar que necesitaba conocimiento y recursos específicos. Los recursos tradicionales de alcohol no fueron capaces de asumir la atención que precisaba este nuevo problema y generaron un vacío asistencial. Como se ha mencionado, las dos opciones para resolver el problema eran las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes y la medicina privada que no gozaba de mucho prestigio. Además, no había un marco legal que pudiera amparar las intervenciones y la falta de formación era la tónica dominante. Aunque aparecieron algunos programas y recursos para alcohólicos surgieron de forma aislada sin coordinación entre los recursos y servicios<sup>207</sup>.

En la década de los ochenta, a diferencia del déficit de recursos en España, el Reino Unido contaba con un gran soporte asistencial: se establecieron los Equipos de Atención Comunitaria (Community-based drug teams (CDTs)) con un enfoque multidisciplinar y en Escocia, los psiquiatras y las Oficina de Coordinación coincidieron en la idea de que

---

<sup>207</sup>Pascual Fernández, Cesar. (2002): “Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Se refiere a algunos programas locales como SPOTT y DROSS en Barcelona, el Plan Local sobre Drogas en Madrid y la red asistencial DAK en el País Vasco.

el principal apoyo debía de ser proporcionado por las agencias comunitarias no estatutarias, que tendrían que proporcionar servicios profesionalizados a través de una red de centros de día que ofrecerían apoyo psicológico y familiar en la esfera local. No obstante, se observaba la ausencia de proyectos de rehabilitación en amplias áreas, aunque merece especial mención la participación de los frailes Franciscanos de la Iglesia Católica y posteriormente, se incorporaron residencias también no estatutarias. Además, los psiquiatras podían atender a los usuarios de drogas en las clínicas generales y en algunas áreas los servicios sociales estaban establecidos en la comunidad, atendidos por trabajadores sociales.

### **Problemas sociales y sanitarios: la llegada del SIDA**

En Gran Bretaña, pronto se incorporó el modelo de reducción de daños en la política en drogas intentando prevenir la transmisión del VIH. El Consejo de Ayuda en Drogas (Advisory Council on the Misuse on Drugs) en 1988 expresaba la postura de que el VIH era un problema mayor que el del consumo de sustancias ilícitas y esta opinión fue ampliamente aceptada entre los profesionales y la mayoría de los proyectos comunitarios se adherían al modelo de reducción del daño. Por ello, durante los años noventa, aparecieron numerosos programas de intercambio de jeringuillas, servicios especializados para usuarias de drogas embarazadas, etc. Los profesionales compartían la asistencia junto con las agencias no estatutarias y los médicos generales (GPs) que se encargaba de la prescripción cuando era preciso.

En España, entre 1977 y 1982 aparecieron un importante número de adictos a la heroína con problemas psicológico, sociales y sanitarios asociados aunque la implicación inicial de la medicina general en esta problemática fue sustituida por el modelo psicosocial. La respuesta gubernamental en 1985 consistió en el desarrollo de una red asistencial específica para drogodependientes que en ocasiones actuó de espaldas a la red normalizada. Junto con ello, parece que el modelo de reducción de daños tardó más tiempo en implantarse, en un país que destacaba con mayores tasas de SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral.

## **Desarrollo de nuevos servicios e interés en evaluar y mejorar la calidad**

Lo más destacado en los últimos años es el interés por mejorar los servicios ofertados, la aproximación a la esfera del ciudadano, el crecimiento de los programas judiciales y el desarrollo de los de reducción del daño. En el conjunto de la Unión Europea, en los últimos años los programas de reducción de daños han crecido en un 34%, especialmente aquellos en los que la dotación era menor, como Grecia, Irlanda, Portugal, Finlandia y Noruega. No obstante, como se ha mencionado, en la mayoría de países, las medidas de reducción del daño en las prisiones son relativamente limitadas.

En la intervención asistencial de Reino Unido y España se observan diferencias. En el Reino Unido, desde la década de los noventa, el Sistema Nacional de Salud (NHS) y la Ley sobre Asistencia Comunitaria (Community Care Act) dotaron a las autoridades locales de responsabilidades para organizar los servicios de ayuda al drogodependiente. La iniciativa de “arrest referral” es una intervención de la justicia para identificar a los delincuentes con problemas de abuso de drogas y derivarlos a un tratamiento adecuado para frenar la actividad delictiva y el consumo de sustancias. No obstante, estos proyectos no son alternativas al procesamiento

En cuanto a los programas de reducción de daños, pese a que se desarrollaron ampliamente en el Reino Unido durante los años ochenta, en la actualidad parece que se ha producido cierto retroceso: se observan deficiencias en la dotación de material, reticencias de los farmacéuticos a participar en estos programas, la percepción negativa hacia este proyecto por parte del público en general y algunas resistencias legales a distribuir la parafernalia para inyectarse (filtros, cucharillas, ácido cítrico y agua esterilizada). Además, la provisión de jeringuillas en el interior de las prisiones resulta aún controvertida.

En España, en los últimos años se ha alcanzado una estructura asistencial similar a la de otros países y el reto se encuentra en alcanzar la cobertura universal y mejorar la calidad de los servicios. En el contexto europeo en un futuro próximo es posible

encontrar limitaciones en los recursos disponibles, la aparición de nuevas bolsas de pobreza formadas según Castells (2001) por madres solteras, inmigrantes, jóvenes desempleados, entre otros<sup>208</sup>, por lo que la evaluación tendrá una importancia considerable en este contexto<sup>209</sup>. Para solventar los problemas ocasionados por una red de atención específica, se ha creado el Circuito Terapéutico del Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes, que *deberá proporcionar la asistencia mediante el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Acción Social y Servicios Sociales*, apoyado por los recursos privados debidamente autorizados. Junto con ello, se han transferido las competencias en sanidad a todas las Comunidades Autónomas, con lo que se espera solucionar los problemas de coordinación.

En cuanto a los programas, España se ha incorporado a todos los de reducción de daños y en este momento la mayor proporción de drogodependientes en tratamiento se encuentran en los programas de metadona. En este tipo de tratamiento participaron 891 farmacias y 28 unidades móviles aunque la mayor parte de los pacientes reciben tratamiento en los centros específicos. En los programas de “reducción del daño” participaron 19 centros de emergencia social, 31 unidades móviles, 1.829 farmacias y 44 programas de otro tipo y también hubo un aumento de los “programas de intercambio de jeringuillas” con 4.467.266 jeringuillas dispensadas o “kits”. En los programas para población con problemas de alcoholismo se han atendido a 352 pacientes en 60 unidades hospitalarias y 33 centros residenciales (no hospitalarios).

Además de ello, se han desarrollado “otros programas” para atender a población específica, como las minorías étnicas; sobre prostitución y drogas; patología dual; programas de adicción a psicoestimulantes y otros de atención a menores, mujeres, etc. Finalmente, es necesario referirse a los programas orientados a la población drogodependiente con problemas jurídico- penales. En este sentido, la Estrategia Europea sobre Drogas (2000-2004) recomienda reducir el delito asociado con las drogas,

---

<sup>208</sup> Castells, M. (1995): La ciudad informacional. Tecnologías de la información, estructuración económica y el proceso urbano-regional. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

<sup>209</sup> Pascual Fernández, Cesar. (2002): “Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

especialmente la delincuencia urbana y juvenil. Para alcanzar la reinserción social, los programas se clasifican en tres niveles. En el primero, los programas en comisarías y juzgados; en el segundo, las alternativas a la privación de libertad, las cuales necesitan sistemas de coordinación entre las diferentes instituciones para mejorar sus programas y por último, en el tercer nivel, los programas en centros penitenciarios.

En última instancia, en el contexto europeo, el Informe Anual del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2001) menciona que el trabajo a pie de calle desempeña un papel fundamental en relación con las medidas de reducción del daño, poniéndose en contacto con los usuarios de drogas en su propio entorno. Sin embargo, delimitar y describir este tipo de trabajo no es fácil *debido a que muchas de las actividades son desempeñadas en el entorno local por organizaciones no gubernamentales y por estructuras que tienden a ser bastante complejas*<sup>210</sup>. A grandes rasgos, podría consistir en asistencia social, intercambio de jeringuillas, servicios de bajo umbral y/o servicios especiales para minorías étnicas, prostitutas y otros colectivos que no acceden a los servicios regulares de tratamiento.

Algunos programas de esta naturaleza se localizan en Dinamarca, Francia, Países Bajos, Austria y Reino Unido aunque el trabajo se extiende alrededor de toda la Unión Europea. En los Países Bajos, Austria y España algunas iniciativas se encargan de analizar el contenido de las pastillas consumidas en las zonas de baile. Por otro lado, los servicios de bajo umbral, también se han extendido rápidamente. Habitaciones para usuarios, donde pueden inyectarse bajo condiciones higiénicas y seguras, fueron legalizados en Alemania en febrero del 2000 y posteriormente fue implantado en Madrid como proyecto piloto. Por último, las organizaciones dirigidas por extoxicómanos que trabajan a pie de calle proporcionan a los drogodependientes un alto grado de confianza. De ellas, la más antiguas, Mainline en Amsterdam o Brugerforeningen en Copenhague, trabajan conjuntamente con los servicios públicos<sup>211</sup>.

---

<sup>210</sup>EMCDDA (2001): *Annual Report on the state of drug problem in European Union*. Chapter 2

<sup>211</sup>EMCDDA (2001): *Annual Report on the state of drug problem in European Union*.

Gráfico 5.5.: Desarrollo histórico y papel de las ONG's

GRAN BRETAÑA	ESPAÑA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hasta la década de los sesenta:</b> Alcohólicos Anónimos y Atención Primaria (GPs)</li> <li>- <b>1962: Ministro de Salud:</b> recomendación del establecimiento de unidades especiales para el tratamiento de alcoholismo (Unidades Hospitalarias)</li> <li>- <b>1966:</b> Consejos Locales en Alcohol</li> <li>- <b>Décadas de los sesenta y setenta:</b> pocos servicios de atención a las drogodependencias. Unidades de Dependencia de Drogas (DDUs)</li> <li>- <b>1978:</b> niveles de intervención en bebedores abusivos</li> <li>- <b>Finales de los setenta: virus VIH:</b> agencias comunitarias no estatutarias en drogas: servicios profesionales.</li> <li>- <b>Recursos residenciales: no estatutarios</b></li> <li>- <b>Informe:</b> “Drugs in Britain”: expansión de la red de servicios de tratamiento</li> <li>- <b>Década de los ochenta: VIH/SIDA:</b> cambió de dirección: prescripción de metadona e intercambio de jeringuillas</li> <li>- <b>1990:</b> responsabilidades a las autoridades locales para organizar los servicios (DATs)</li> <li>- <b>1991:</b> infección del VIH: programas de reducción del daño e intercambio de jeringuillas</li> <li>- <b>Fines de los noventa:</b> servicios relacionados con el delito y el tratamiento</li> <li>- <b>1999</b> Hepatitis C entre los UDVP (Escocia)</li> <li>- <b>2001:</b> nuevas directrices para la prescripción de heroína entre todos los médicos (incluidos los GPs) y mejora de la calidad de los servicios</li> <li>- <b>2002:</b> Debilidades en los servicios de alcohol</li> <li>- Drogas: controversia en el intercambio de jeringuillas en instituciones penitenciarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Guerra Civil-finales de los sesenta:</b> abuso de alcohol: perversión moral: cárceles o manicomios (asistencia médica minoritaria)</li> <li>- <b>Década de los setenta:</b> problemas de drogas: problemas psiquiátricos necesitaban recursos específicos: connotación moral e ideológica</li> <li>- <b>1975-1985:</b> Recursos tradicionales de alcohol no podían asumir la atención de este tipo de sustancias: vacío asistencial             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunidades Terapéuticas: Iglesia evangelista REMAR y El Patriarca</li> <li>- Medicina Privada</li> <li>- Programas locales sin coordinación</li> </ul> </li> <li>- <b>1977-1982:</b> aparición de un importante número de consumidores de heroína: asistencia centrada en el modelo psicológico</li> <li>- <b>1985:</b> Plan Nacional sobre Drogas: recursos específicos a un lado de las redes normales de salud con difícil comunicación. Orden Ministerial que limitaba la intervención terapéutica con metadona</li> <li>- <b>1985-1995:</b> peor situación en relación con el consumo de drogas</li> <li>- <b>SIDA:</b> cambio en el modelo de intervención, introduciendo la reducción del daño: política controvertida (extendida a diferentes ritmos)</li> <li>- <b>1995-2000:</b> extensión de los programas de reducción del daño: en farmacias y servicios relacionados con el delito y el tratamiento</li> <li>- <b>1999:</b> Estrategia Nacional sobre Drogas: Circuito Terapéutico de Asistencia e Integración Social para Drogodependientes: (Sistema Nacional de Salud, Sistema de Acción Social y Servicios Sociales y recursos privados validados).</li> <li>- <b>2002:</b> Mejora de la calidad de los servicios, coordinación, mejora de los servicios de alcohol y de aquellos relacionados con la población con problemas jurídico-penales.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

### 5.3.3. Evaluación de resultados: principales problemas asistenciales

Finalmente, resulta primordial conocer los retos en drogodependencias a los que se enfrentarán los países en los próximos años. Las debilidades detectadas son fundamentales para conocer en qué línea irán encaminadas las próximas actuaciones. No obstante, es preciso promover nuevas investigaciones, mejorar los indicadores comunes que permitan comparar las diversas situaciones y seguir fomentando la evaluación. En este sentido, parece que la tradición anglosajona en implantar mecanismos de evaluación está más enraizada que en el caso español, habiéndose emprendido una evaluación del tratamiento en Inglaterra (NTORS) y Escocia (DORIS). En España también se han implantado nuevos indicadores y mejorado el sistema de información (Observatorio); además, se realizan numerosos estudios en la materia procedentes de muy diversas disciplinas, aunque se aprecia la necesidad de lograr cierta coordinación y difusión de las mismas.

Para el Observatorio Europeo, en los últimos años es necesaria la colaboración y un mayor entendimiento entre los investigadores y los responsables de la toma de decisiones. Por otra parte, se constatan debilidades en la revisión de la prevención en las escuelas, en la mejora de la prevención de enfermedades infecciosas y en los servicios para drogodependientes en las cárceles. Como contrapartida, existe una preocupación por asegurar la calidad mediante el establecimiento de directrices, normas de calidad y sistemas de acreditación<sup>212</sup>.

Pese a las peculiaridades de cada contexto, se observan preocupaciones similares en cuanto a la conveniencia de mejorar en España e implantar en Reino Unido los programas de intercambio de jeringuillas en las instituciones penitenciarias; obtener una red flexible que sea capaz de garantizar la atención precisada por los pacientes de cocaína, por los heroínómanos envejecidos (España), la población marginada, las mujeres drogodependientes, etc.; mejorar la coordinación entre las distintas instituciones, la

---

<sup>212</sup> OEDT (2003): *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa y Noruega*. Lisboa.

formación de los profesionales para obtener adecuados recursos humanos y finalmente, recursos materiales adecuados a las demandas especialmente deficitarios en atender a la población con problemas de alcoholismo (ver Gráfico 6).

En el contexto europeo, en 1998, la Federación de Profesionales Trabajando en el Campo del Abuso de Drogas (ERIT) condujo un estudio sobre la evolución de la práctica profesional de reducción del riesgo en siete países europeos (España, Portugal, Francia, Bélgica, Alemania, Italia e Inglaterra). Los resultados de este estudio muestran un conjunto de elementos que resumen la importancia de la reducción del riesgo como modelo de intervención en el campo del abuso de drogas y las dificultades y puntos convergentes de los profesionales en su desarrollo. La evolución experimentada ha tenido diferentes ritmos pero parecen coincidir en tres áreas principales: *1. El trabajo relacionado con las prácticas de inyección se desarrolla a través de la consideración de otros comportamientos de riesgo. 2. Las acciones de reducción del riesgo se limitan exclusivamente a aspectos sanitarios, sociales que son cada vez más importantes. 3. El trabajo de los profesionales en la reducción del riesgo no se realiza solamente alrededor del grupo de usuarios sino que cada vez más tiende a integrar a la comunidad social circundante.*<sup>213</sup> La conclusión principal es que, la aparición del SIDA, ha sido un factor que ha provocado el desarrollo de las políticas de reducción del riesgo, y finalmente, ha sido el modelo de intervención en el campo de las drogodependencias, incluyéndose en todas las áreas. No obstante, existen tres problemas comunes en la reducción del riesgo entre los profesionales: la precariedad social en la que se encuentran los drogodependientes; la ausencia de una política social y finalmente, una tensión inevitable con el marco legal<sup>214</sup>.

---

<sup>213</sup>Morel, Alain (Dr.); Morales, Luis (2001): *European Letter on risk reduction*. Federation of European Professionals working in the field of drug abuse (ERIT)

<sup>214</sup>Morel, Alain (Dr.); Morales, Luis (1999): “Prácticas Profesionales Europeas en materia de reducción de riesgos”. Federación Europea de Profesionales en Toxicomanía (ERIT). En *Adicciones*. Volumen 11. No 3. Editorial SOCIDROGALCOHOL. (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías).



**Gráfico 5.6.: Evaluación de resultados. Principales problemas asistenciales**

OBJETIVOS	INGLATERRA	ESCOCIA	ESPAÑA
<b>REDUCCIÓN DEL RIEGO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de más jeringuillas</li> <li>- Colaboración de las oficinas de farmacia</li> <li>- Revisión de la ley para prevenir el HCV</li> <li>- Necesidad de implantación en instituciones penitenciarias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalización de los programas de metadona</li> <li>- Mejora de la coordinación con instituciones penitenciarias</li> </ul>
<b>ALCOHOL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principal problema</li> <li>- Ausencia de estrategia</li> <li>- Falta de prioridad</li> <li>- Necesidad de recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Numerosos servicios de alcohol deficitarios</li> <li>- Cobertura desigual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar los recursos, adecuarlos a las necesidades</li> <li>- Acercar la red a la población con problemas de alcoholismo</li> <li>- Reducir las listas de espera</li> </ul>
<b>SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opciones limitadas en tratamiento</li> <li>- Listas de espera</li> <li>- Necesidad de coordinación</li> <li>- Flexibilidad de la red</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar la red de atención a las necesidades (cocaína: red privada)</li> <li>- Llegar a las zonas sin recursos y solucionar el problema en las saturadas</li> <li>- Integrar el Circuito Terapéutico en el Sistema de Salud</li> <li>- Necesidad de coordinación</li> </ul>
<b>PACIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de adaptar la atención a los pacientes atendidos por cocaína y especialmente crack (mayores recaídas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar los servicios en instituciones penitenciarias</li> <li>- Desarrollar los servicios para los <i>sin techo</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de los pacientes que demandan tratamiento por cocaína y cannabis</li> <li>- Población heroínmana envejecida</li> <li>- Nuevos pacientes</li> </ul>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la formación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia y necesidad de formación</li> </ul>

**Fuente: elaboración propia.**

#### 5.4. Discusión de los resultados

- El uso de alcohol ha sido percibido más “problemático” en el Reino Unido, especialmente en Escocia. El consumo de whisky (Escocia) tiene diferentes consecuencias que la cerveza (Inglaterra) o el vino (España). No obstante, en los últimos años, quizás motivado por el uso de combinados en España, las políticas de control del alcohol han cambiado y junto con Bélgica y Francia, España podría ser clasificada como un país con una política media de alcohol. En el desarrollo de los servicios de alcohol, las organizaciones de voluntariado han jugado un papel fundamental y hasta principios de los sesenta, la principal en Reino Unido era Alcohólicos Anónimos. Posteriormente, se recomendó la creación en los hospitales de unidades especiales para el tratamiento de los problemas de alcoholismo. La aproximación de las organizaciones no gubernamentales era la de no reconocer el “alcoholismo” como una enfermedad. En 1978, hubo un cambio en estos servicios, culminando en la necesidad de proporcionar tratamiento a nivel primario. En España, desde la Guerra Civil hasta finales de los sesenta, las consecuencias del abuso de alcohol eran explicados en clave de perversión moral más que médica, biológica o psiquiátrica y las cárceles y el manicomio eran los principales recursos. En los años sesenta, el alcohol y su problemática social fue estudiado ampliamente desde la psiquiatría y la medicina y apareció un importante movimiento social (Socidrogalcohol, Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Ex-alcohólicos...) aunque parece que el movimiento social específico en alcohol (antes de ello había organizaciones católicas) se estableció en los años ochenta.

- La aparición de las drogas en Gran Bretaña también precedió al caso español. Concretamente en Gran Bretaña, en la década de los cincuenta aparecieron un creciente número de jóvenes usuarios de heroína mientras se gestaban algunos héroes culturales (James Dean, Marlon Brando y los Teddy Boys) y en los club de jazz, la heroína, la cocaína y el cannabis eran utilizados regularmente.<sup>215</sup> En España, unas décadas más tarde, a finales de los setenta, se extendió el consumo de cannabis, alucinógenos, estimulantes (principalmente anfetaminas) y heroína. Primeramente, las drogas eran consumidas entre un sector de la población que mantenía contacto con otros países

---

<sup>215</sup>Yates, R. (2002): “A Brief History of British Drug Policy, 1950-2001”. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 9, No. 2. , pp. 113-124.

(generación beat, movimiento hippie y otros movimientos políticos y contraculturales) al tiempo que el cannabis tenía connotaciones políticas en la España predemocrática; las anfetaminas y la cocaína, con ciertas élites sociales y culturales y el abuso de sedantes entre los sectores populares, mujeres y personas de mediana edad.

- La introducción del mercado negro de drogas parece anterior en Gran Bretaña, concretamente en 1967 se aprecia la primera génesis, aunque la expansión dramática de la heroína comienza en 1979 mientras que en España aparece a principios de los ochenta. En el Reino Unido, el Gobierno actuó proporcionando recursos económicos (CFI) para extender la red de servicios de tratamiento y gran parte del dinero se destinó a los servicios no estatutarios con base comunitaria. En España, durante los años setenta, los problemas de drogas fueron vistos como problemas psiquiátricos y comenzaron a ser vistos como situación preocupante que requería de conocimiento y recursos específicos. Los tradicionales recursos de alcohol no fueron capaces de asumir la atención a este tipo de sustancias y como consecuencia de ello se generó un vacío asistencial, cubierto en un principio por las Comunidades Terapéuticas de carácter voluntario y la Medicina Privada, aunque las iniciativas poseían en un principio más dosis de altruismo que de conocimientos y recursos adecuados y esta coyuntura dio lugar a la aparición de organizaciones con dudosos objetivos. Hubo también falta de coordinación entre los diferentes recursos y servicios y en 1985, se creó el Plan Nacional sobre Drogas y se desarrolló una red asistencial específica a veces de espaldas a la red normal.

- Las consecuencias de la utilización de la vía inyectada también fueron diferentes en ambos contextos e incluso variaron en el interior de Reino Unido y España. Prueba de ello es que, en el primer caso, un 7% de las personas infectadas por el VIH eran usuarios de droga por vía parenteral, aunque en Escocia, a principios de los ochenta, se localizaban altas proporciones entre los jóvenes usuarios de estas sustancias por vía parenteral, y más del 60% de éstos se registraban en Edimburgo, Dundee y Glasgow.<sup>216</sup>. En España, las tasas de casos de SIDA fueron, junto con Italia, las más elevadas entre los países europeos, representando en el primer caso un 59,77% de los casos de SIDA diagnosticados. Además, en todos los escenarios mencionados, la llegada del VIH/SIDA

---

<sup>216</sup>Plant, Martin (1992): *Alcohol, tobacco and illicit drug use in Scotland*. En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Edinburgh University Press. Pp.3-9.

supuso un cambio de dirección en las actuaciones en materia de drogas. En Gran Bretaña, desde mediados de los ochenta, la aparición del VIH/SIDA trajo consigo un replanteamiento de las medidas emprendidas. En 1988 el ACMD publicó su informe *AIDS & Drug Misuse* en el que se mencionaba que el primer objetivo de trabajo con los drogodependientes habría de ser la prevención frente al contagio o transmisión del virus. Junto con esta medida, en ese momento, las agencias comunitarias fueron provistas de nuevas responsabilidades y la posibilidad de prescribir metadona comenzó a hacerse realidad, al tiempo que en algunas agencias también se disponía de servicios de intercambio de jeringuillas. En España, durante los ochenta, una Orden Ministerial limitó la intervención terapéutica con metadona, prohibiendo la intervención privada y creando una Comisión Pública que autorizase la prescripción y dispensación de esta sustancia. Desde 1985 a 1995, junto con el desarrollo de recursos públicos, se vivió la peor situación en el consumo de drogas y de esta forma, como modelo de intervención se fue introduciendo la reducción de daños. Junto con la abstinencia, único objetivo hasta el momento, se perseguían a partir de ahora nuevos objetivos asociados a un modo de consumo más seguro. Al igual que en el caso británico, estas estrategias se extendieron a diferentes ritmos entre las diferentes regiones españolas, suscitando un debate previo a la implantación.

- Durante los años noventa, la percepción social del problema desciende y al mismo tiempo se incorporan nuevas sustancias. A finales de los años ochenta, el Reino Unido experimentaba la difusión de un consumo de drogas asociado a unas prácticas totalmente novedosas e inesperadas, centradas en la utilización del éxtasis en las zonas de baile o “raves” y junto con este elemento, se produjo un aumento en el consumo de alcohol entre los jóvenes. En España, de un modo similar, a principios de los noventa aparecieron las drogas de síntesis y su modo de consumo, siendo el éxtasis la más popular. Entre la gente joven, se generaliza el consumo de más de una sustancia (policonsumo) y de esta forma, el alcohol, la cocaína y el cannabis cobran protagonismo durante el fin de semana, en espacios públicos y siendo aceptado relativamente por la sociedad. Los últimos estudios del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), revelan que, en Reino Unido y España, el porcentaje de adultos que consume cannabis es similar (entre el 20%-25%) aunque el de anfetaminas es superior en el caso británico (10%) y el de cocaína en el español. Por último, la tendencia en el consumo de drogas entre los jóvenes es creciente en el Reino Unido,

superior en Inglaterra y Gales a Escocia y especialmente preocupante, el de heroína, cocaína y crack; en España, aunque con una tendencia decreciente, hay un importante número de consumidores de cocaína; finalmente, en ambos casos hay un importante incremento en el consumo por parte de las mujeres.

- En relación con los problemas sanitarios asociados, las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias han aumentado en Gran Bretaña (en un 7% para Inglaterra, Escocia y Gales) y descendido en España. En ambos casos, la heroína es la protagonista de las admisiones a tratamiento, con un 62% de los pacientes en Reino Unido y un 72,2% en España. Además, la proporción de los que utilizan la vía inyectada permanece estable en el primer caso, aproximadamente en un 60%, mientras que en España, entre 1991 y el 2000, ha descendido progresivamente en los pacientes atendidos (74,7% en 1991 al 28,7% en 2000) como en los nuevos casos (50,3% al 17,7% en el mismo periodo) y continúa aumentando la edad media de los consumidores de heroína. El descenso de la vía inyectada coincide en el mismo periodo con el aumento de la vía fumada (del 43,4% en 1991 al 74,1% en el 2000) y el mismo proceso se observa en el caso escocés. En cuanto a la cocaína, existen dos problemas diferentes en Reino Unido y España. En el primer caso, esta sustancia desciende como droga principal entre los pacientes pero encuentra una gran proporción de usuarios por vía inyectada y la mayor parte de ellos también son consumidores de otras drogas. Parece que la utilización de la cocaína en muchos casos va ligada al crack y a una situación de marginación social. En España, en los últimos años han crecido los problemas asociados con la cocaína, con un mayor número de urgencias que la heroína y con un descenso, desde 1995, en la edad media de los consumidores. Por último, en cuanto a la vía de administración de esta sustancia, desciende la inyectada (desde el 19,2% en 1991 al 1,9% en el 2000), mientras que hay un espectacular crecimiento de la esnifada (de 315 en 1991 a casi 6000 durante 1999-2000). Salvo en Canarias, el crack es poco común en España y aunque un sector de la población consumo cocaína mezclada con heroína (*revuelto*), lo cierto es que es consumida por un sector social con nivel económico alto y con un perfil alejado de la exclusión social.

- Como consecuencia sanitaria del consumo de drogas, se han citado algunas enfermedades asociadas. En Inglaterra y Gales, la prevalencia de HIV entre UDVP durante el periodo 1992-1999 ha permanecido estable e inferior al 2%, siendo en este

último año del 0,8%, superior en Londres. La hepatitis C ha descendido del 35% en 1998 al 32% en 1999, aunque hay un aumento en función de la edad, al igual que en el caso anterior, superior en Londres<sup>217</sup>. En Escocia, la extensión de la hepatitis C durante los años noventa no ha sido controlada con intervenciones como el intercambio de jeringuillas y en el año 2000, un 58% de los 10.929 casos eran de UDVP. Además un 46% de los casos fue diagnosticado entre enero de 1998 y junio del 2000. Por su parte, en España, con la llegada del VIH, la mayoría de los infectados por SIDA eran UDVP (59,8%) y desde 1981 a diciembre del 2000 se ha producido un descenso del 65,2% al 56%. Además, desde 1996 a 1999, el número de infectados por VIH entre los UDVP también se ha reducido, con la excepción del año 2000, donde se ha frenado esta tendencia. En cuanto al resto de enfermedades asociadas, España carece de información al respecto y un ejemplo de ello es la tuberculosis en grupos de alto riesgo, aunque un estudio revela que el consumo de drogas es el principal factor de riesgo en un 26,9% de los casos.

- Por su parte, el análisis del alcohol, muestra diferencias y semejanzas en ambos contextos. La legislación en materia de control de esta sustancia ha sido una de las más estrictas en la tradición anglosajona y aunque en la década de los setenta se produjo la ampliación de los horarios de apertura de los establecimientos, en los últimos años han surgido nuevas leyes referidas a la materia. Un ejemplo de ello es, en Escocia, el control de bebidas alcohólicas en espacios públicos: como en partidos de fútbol (Crime and Punishment Act 1997) y la venta a menores. Por su parte, España, al igual que los países mediterráneos, carecía de una política de control de bebidas alcohólicas y en los últimos años se sitúa en un nivel medio. Además se han incluido nuevas leyes referidas a la venta de bebidas alcohólicas a menores y la prohibición de esta práctica en espacios públicos (2002). En cuanto a la planificación, el alcohol y el tabaco son contemplado en España, en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) junto con las drogas ilegales. Su principal objetivo es la prevención y se incluyen un importante número de actividades relacionadas con esta sustancia<sup>218</sup>, considerada la droga más importante, principalmente entre los jóvenes;<sup>219</sup> en el Reino Unido, por el contrario, el alcohol tiene

---

<sup>217</sup> Drugscope and EMCDDA (2002): *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*, Pp. 58.

<sup>218</sup> Robles, Gonzalo (2002): Congreso sobre "Jóvenes, Noche y Alcohol" en [www.sindrogas.es/congreso/congreso/html/programa.htm](http://www.sindrogas.es/congreso/congreso/html/programa.htm)

<sup>219</sup> PNSD (2002): "La comprensión del problema de los consumos de drogas". *En Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias*.

un tratamiento diferenciado del resto de sustancias y en los últimos años criticado por la ausencia de una estrategia en la materia y un déficit de recursos adecuados. No obstante, en España, los responsables de los planes autonómicos también perciben la necesidad de mejorar los recursos existentes.

- Finalmente, es en el área de diseño, comisionado y evaluación de los servicios donde las políticas gubernamentales se han extendido en los últimos años, intentando detectar las debilidades y mejorar la calidad.<sup>220</sup> En Inglaterra, los principales problemas se refieren al acceso rápido al tratamiento, cuyas listas de espera en ocasiones hacen fracasar a las personas en la red. *Algunos de los problemas son el resultado de recursos obligados, pero con poca planificación de los servicios, diferentes visiones acerca del trabajo que hay que realizar y pobre colaboración y ayuda entre los servicios de tratamiento, los de medicina general, servicios los de salud mental y prisiones*<sup>221</sup>. Las agencias locales necesitarán centrar sus esfuerzos en reforzar el compañerismo en el modo de trabajo y en el comisionado; revisando la calidad y el alcance de los servicios de tratamiento; promoviendo mejor coordinación y acuerdos comunes en la atención; desarrollando aproximaciones más flexibles y mejorando la ayuda en atención primaria.<sup>222</sup> En cuanto a los pacientes, aumenta el número de los que ingresan en tratamiento por problemas relacionados con la cocaína y la combinación de cocaína/heroína, especialmente con el crack. Los comisionados tienen el papel clave de modificar y adaptar lo que históricamente ha sido un sistema de tratamiento centrado en los opiáceos en otro que también sea capaz de solventar las necesidades de la población cocainómana. Finalmente, parece que una de las debilidades más importantes detectadas se refieren al tratamiento de los problemas de alcohol. La ausencia de un estrategia en alcohol ha causado un vacío en la planificación a nivel local y la falta de prioridad sobre lo recursos de alcohol en la agenda de drogas está desestabilizando los actuales servicios. En Escocia, la prevención del HCV implica la necesidad de distribuir un mayor número de jeringuillas por inyector y por día junto con el material necesario para ello; aumentar el número de oficinas de farmacia que participan en los proyectos de intercambio de jeringuillas; revisar la ley en lo que se refiere a la posesión y venta de

---

<sup>220</sup> Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1999): *Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*,

<sup>221</sup> Audit Commission (2002): *Changing habits. The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing*. Pp.34.

<sup>222</sup> Audit Commission (2002): *Changing habits. The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing*. Pp. 63.

parafernalia para la inyección y el desarrollo de programas en las cárceles, donde resulta controvertida. Además, se recomienda que los servicios de tratamiento y de reducción del daño desarrollen trabajos a pie de calle específicamente dirigidos a la población *sin techo*. Finalmente, la percepción general en los servicios de alcohol, es que la cobertura es desigual y fragmentada, con disparidades en el apoyo y el tratamiento disponible a lo largo de la geografía escocesa.

- Por su parte, en España, los principales problemas percibidos son el elevado consumo de drogas entre los escolares, de alcohol entre los jóvenes y el personal laboral, la feminización del consumo, el liderazgo de la cocaína y las drogas de síntesis y por último, nuevos problemas con la cocaína y el cannabis en las demandas de tratamiento. El perfil del usuario de cocaína es en su mayoría el de personas que no han tenido relación con la heroína ni problemas sociales y con frecuencia les resulta difícil acceder a los recursos tradicionales. Nos encontramos ante una realidad que cambia rápidamente y es necesario adaptar los recursos a los nuevos pacientes (inmigrantes, personas con consumo problemático de alcohol, fumadores, policonsumidores, pacientes con trastornos mentales...) junto con una población heroinómana envejecida con una situación social desfavorable. Otros problemas se refieren a los recursos humanos, a veces motivados por la ausencia de profesionales y a los recursos, en algunas zonas saturados y en otras ausentes (por ejemplo en aquellas zonas con poca población resulta muy costoso). Por estas razones, el objetivo principal es integrar el Circuito Terapéutico en el Sistema de Salud, solventando las resistencias del proceso y adaptando la red a las necesidades (servicios en alcoholismo, programas de cocaína, psicoestimulantes, tabaco, salud mental, etc.); la formación y aumento del número de profesionales; la normalización de los programas de metadona; la coordinación entre las asistencia e inserción social y acercar la red a la población con problemas de alcoholismo<sup>223</sup>.

---

<sup>223</sup> Algunas conclusiones del estudio *Evaluación Externa del Plan Nacional sobre Drogas y de los Planes Autonómicos*. Financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Trinidad, A.; Martín-Lagos, M.D.; Fernández, M. Et al. Madrid. (2004).

## **CONCLUSIONES**

Como señalaba Lanmand (2000:4-10), los cuatro objetivos perseguidos por la comparación eran la descripción contextual, la clasificación en distintas categorías con características identificables y compartidas, la comprobación de hipótesis que ayuda a construir teorías generales y finalmente, la predicción sobre lo que puede resultar en otros países no incluidos en la comparación original o resultados en el futuro dándose la presencia de ciertos factores antecedentes. Atendiendo a los mismos, se extraen las principales conclusiones, distinguiendo en un primer momento aquellas obtenidas como consecuencia de la descripción de la situación de cada país; en segundo término, los resultados de la comparación entre ambos y finalmente, las conclusiones generales obtenidas como consecuencia del análisis que, pueden servir para conocer otras situaciones. A continuación se presentan por este orden las principales conclusiones.

**Objetivo: realizar una evaluación diagnóstica de la situación de la drogadicción en España mediante el conocimiento de la evolución histórica del problema de la droga y la política de drogodependencias; el análisis de la situación del consumo de drogas y las consecuencias derivadas; la planificación, estructura y organigrama para hacerle frente; los recursos humanos, económicos y materiales; los principales objetivos en intervención asistencial y la relación con las organizaciones no gubernamentales y finalmente, la evaluación y los principales problemas existentes:**

1-En España, hasta la segunda mitad del siglo XX, los medicamentos se vendían en farmacias, las drogas y plantas medicinales, en droguerías y herbolarios y la legislación del momento se preocupaba por regular la venta adecuada pero el consumo de drogas era una práctica minoritaria, conocida y tolerada socialmente. Pese a esta situación, el Gobierno firmó el Convenio Internacional de la Haya (1912) sobre Restricción en el

empleo y tráfico de opio, morfina, cocaína y sus sales, al que se habían sumado otros países y desde 1918 a 1921, se crearon órdenes con el fin de garantizar su cumplimiento. Aunque aparecieron colectivos que luchaban contra el alcoholismo al igual que en Reino Unido no tuvieron tanta repercusión y no se emprendieron medidas prohibicionistas.

Durante los años 30 el Gobierno aludía al principio jurídico de “salud pública” en defensa del “vicio” y a favor de “la moral y las buenas costumbres” para intervenir, los medios de comunicación empezaban a denunciar el tráfico de cocaína y morfina y el asalto al expreso de Andalucía, asociado con la droga generó un clima de crispación social e inseguridad ciudadana. No obstante, aún no existe una subcultura de la droga y el delito y tampoco estereotipos, por lo que los españoles no se sentían amenazados por el uso de estas sustancias y los drogodependientes eran considerados enfermos mentales que debían ser tratados en el manicomio. Parece que como consecuencia de los controles internacionales y por la implantación de la Sanidad Pública universal, se decretó la prohibición de fabricar e importar heroína y cáñamo, pasando de una política restrictiva a otra prohibicionista; se detectaron algunos fraudes en las recetas por parte de los farmacéuticos y se aprobó la Ley de Vagos y Maleantes que incidía en la criminalización del problema.

En la Dictadura, aparte del alcohol y el tabaco, se consumían barbitúricos y anfetaminas, cannabis en ambientes marginales y existían un considerable número de adictos a la morfina controlados. En 1970, tras la década del desarrollismo y un gran cambio social en España, se sustituye la Ley de Vagos por la de Peligrosidad Social, que declara a todos los consumidores de drogas en estado de peligro junto con otros colectivos. A fines de los setenta comienza a generalizarse el uso de cannabis, alucinógenos y estimulantes (principalmente anfetaminas), mientras que la heroína es utilizada por parte de la población con alto nivel económico y cultural. En un segundo momento, aparece el mercado negro y con él la extensión del consumo de drogas entre todas las clases sociales, convirtiéndose la heroína en el mayor problema del momento.

Ante la alarma generada, los primeros en buscar una solución fueron algunas organizaciones en su mayoría procedentes de otros países que, junto con las familias de drogodependientes organizadas, ofrecieron modelos no institucionales como única

salida al abandono de la dependencia. A diferencia del alcohol, estos movimientos sí tuvieron éxito ante sus demandas. Posteriormente, la infección del VIH supuso un cambio en la concepción de las drogas como problema individual entendido como problema de salud pública. Durante los años noventa, el consumo de heroína descendía y la práctica de inyectarse era reemplazada por la vía fumada o inhalada y junto con estos cambios, aparecían en escena las drogas de síntesis, como nuevo modo de consumo. Las características dominantes en la actualidad son el policonsumo normalizado entre los jóvenes, durante los fines de semana y en espacios públicos. Sin suscitar la alarma anteriormente descrita, el modo de consumo del alcohol en espacios públicos se considera un problema social que enfrenta a los ciudadanos con unos jóvenes que reclaman el derecho a disfrutar de su ocio libremente y la búsqueda de soluciones ha dado lugar a medidas locales que prohíben el consumo de alcohol en la vía pública o “botellón”.

2- Atendiendo a la situación epidemiológica, en general, desde 1995 a 1999, se produjo un descenso del consumo de drogas alguna vez en la vida y en el pasado año, con la excepción en este último caso de la cocaína y el crack. En el 2001 hubo un aumento del consumo de todas las sustancias alguna vez en la vida; en los últimos doce meses, con la excepción de los inhalables y la heroína que se mantienen y del crack que desciende y finalmente, en los últimos treinta días, excepto el mantenimiento de los alucinógenos y el descenso de la heroína y el crack. Además, también es mayor porcentaje de población que consume diariamente tabaco, alcohol y cannabis.

El alcohol es la sustancia más frecuente entre la población y el consumo problemático afecta especialmente a los varones; el tabaco aumenta en los más jóvenes y las mujeres consolidan la tendencia ascendente. En cuanto a las sustancias ilegales, el cannabis es la más utilizada, seguida a gran distancia por la cocaína y en ambos casos, aumenta debido al comportamiento de los jóvenes varones. El porcentaje de usuarios de heroína sigue disminuyendo, aunque en el 2001 tiene un cierto repunte en los que la han probado, pero la edad de inicio se retrasa. Por último, entre la población general, un 4,2% había probado el éxtasis, principalmente varones jóvenes (8%); los tranquilizantes sin receta y los somníferos en el último año alcanzan el 2,5% y el 1,6% respectivamente; un 3% han probado alguna vez anfetaminas y un 2,9% alucinógenos;

finalmente, los inhalables y el crack, a diferencia de Reino Unido, se mantiene en bajos niveles (0,8% y 0,4% respectivamente). De estos resultados se desprende el aumento del consumo de sustancias entre los más jóvenes lo que motiva el planteamiento de estrategias de prevención dirigidas a ellos.

3- El cambio en el modo de consumo tiene consecuencias asociadas en el área asistencial. Desde 1995 han crecido los casos de cocaína aunque en el año 2000 esta tendencia se ha frenado y la proporción de urgencias relacionadas con esta sustancia (45,3%) es superior a las ocasionadas por la heroína (40,5%). Además, en el 2000, también se produjo un incremento de las admisiones a tratamiento por cannabis (6,1%) que causaron un 14,8% de las urgencias. Sin embargo, la heroína continúa siendo la droga que ocasiona más problemas sanitarios, apareciendo en un 72,2% de las admisiones generales por abuso de sustancias psicoactivas, en un 40,5% de las urgencias y en un 89,4% de las muertes por sobredosis. Se trata de dos perfiles diferenciados: mientras sigue creciendo la media de edad de los consumidores de heroína, entre los de cocaína ocurre lo contrario; los heroínómanos tienen un nivel de educación inferior, están desempleados en mayor medida, han cometido un importante número de actividades ilegales y han estado detenidos en alguna ocasión; por último, de los que utilizaron en los últimos doce meses la vía inyectada, un 34% compartió material.

Como contrapartida, en los últimos años, la proporción de personas trabajando y con alto nivel de estudios ha crecido entre los pacientes que solicitan tratamiento, paralelamente a las demandas de atención por cocaína. Consecuencia de estos resultados, es fundamental tener presente que el proceso de discriminización de las drogas es positivo, aunque hay que tener precaución con las consecuencias imprevistas de la situación actual. Probablemente una de ellas sea los problemas de salud mental, que pueden tener en principio un impacto menor entre la ciudadanía que, por ejemplo, los delitos y la inseguridad asociada a la heroína. Otro aspecto fundamental es que aún no existen tratamientos sustitutivos de la adicción a la cocaína tan desarrollados como los de la heroína.

En cuanto a la vía de administración de la sustancia, entre 1991 y el 2000, el número de consumidores de heroína que utilizaban la inyección descendió

progresivamente al tiempo que aumentaba la vía fumada y el número de usuarios por VIH es cada vez menor, aunque en el año 2000 se frenó esta tendencia. La tuberculosis constituye otro importante problema de salud pública y el principal factor de riesgo es el consumo de drogas en más de una cuarta parte de los casos. Otro problema que perciben los servicios de tratamiento es la patología dual o coexistencia de la dependencia de drogas con problemas mentales aunque aún no se dispone de datos al respecto. Las muertes asociadas con la droga (opiáceos o cocaína) mantuvieron una tendencia creciente hasta 1991, año a partir del cual comenzaron a descender aunque las relacionadas con la cocaína han seguido aumentando, con la excepción del año 2000. Además, la relación entre muertes en accidentes de tráfico y consumo de drogas muestra que se trata de varones jóvenes (91,7%) y la sustancia detectada en primer lugar es el alcohol.

Por último, en los últimos años se aprecia un incremento del número de delitos relacionados con el tráfico de drogas, en orden de importancia por delitos relacionados con el cannabis y derivados, la cocaína y opiáceos; han aumentado las sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública y aproximadamente, un 10% de las impuestas fueron reemplazadas por inicios de tratamiento. Finalmente, otros problemas sociales del consumo son la situación marginal de los drogodependientes en prisión (un 18,3% de ellos con infección del VIH, el 4,5% Hepatitis C, un 0,14% Hepatitis B y un 0,8% con tuberculosis respiratoria) aunque para solucionar esta situación se han incorporado programas de intercambio de jeringuillas y de metadona. Finalmente, las mujeres heroínómanas son más jóvenes y tienen trayectorias de consumo más drásticas que los varones y el alcohol especialmente y otras drogas, es un importante factor de violencia doméstica. Otros colectivos vulnerables hoy en día y en un futuro son los de los inmigrantes ilegales con problemas sociales, entre los que se puede incluir el de las drogas y los menores con problemas de delincuencia y drogas.

4- Como reflexión ante una nueva realidad, en 1999, se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008) que priorizaba la prevención y la organización de las actuaciones mediante tres niveles básicos: la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional. Todos los niveles de la Administración tienen poderes en el campo de la adicción a las drogas junto con las Organizaciones no Gubernamentales y otras entidades sociales (universidades, fundaciones, etc.).

5- Los objetivos principales en la reducción de la demanda, se centran en la prevención, sin olvidar la asistencia e integración social y la reducción del daño. En esta última, se considera básica la puesta en marcha de intervenciones destinadas a reducir las consecuencias sociales y sanitarias del consumo y en asistencia e integración social es importante definir el circuito terapéutico del Sistema de Asistencia e Integración de los Drogodependientes, adaptándolo a las premisas contenidas en la Estrategia Nacional. Según esta última, mediante el Circuito Terapéutico la *asistencia para drogodependientes debe ser proporcionada a través del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Acción y Servicios Sociales*, complementado por los recursos privados adecuadamente autorizados y/o validados. Este proceso requiere como premisa fundamental la combinación coordinada entre los diferentes recursos.

6- Históricamente, el desarrollo de los servicios de alcohol ha precedido al de las drogas ilícitas. Desde la Guerra Civil hasta fines de los sesenta, el tratamiento de esta problemática ofrecía como únicas salidas la prisión o el internamiento en el manicomio, subyaciendo a estas actuaciones connotaciones morales e ideológicas. Quizás por este motivo, cuando surgió en escena el problema de la heroína, los tradicionales recursos en materia de alcohol no pudieron hacerle frente y como resultado se generó un vacío asistencial, cubierto exclusivamente por las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes y la medicina privada. En 1985, se creó el Plan Nacional sobre Drogas con la prioridad de atender a esta población drogodependientes mediante el desarrollo de una red asistencial, situada paralelamente a la red normalizada y en ocasiones de espaldas a ella, dificultando su necesaria comunicación. En los últimos años, una vez que se ha logrado una estructura similar a la de otros países es preciso aproximarse a la consecución de la cobertura universal de asistencia y mejorar la calidad de los servicios.

7- Pese a los logros alcanzados, aún quedan problemas por resolver, como los elevados niveles de consumo de drogas entre los escolares y de alcohol entre los jóvenes y la población trabajadora; la feminización del consumo, el liderazgo de la cocaína y las drogas de síntesis; los nuevos problemas con la cocaína y el cannabis en los recursos de tratamiento. Nos encontramos ante una realidad marcada por cambios acelerados y es necesario adaptar los recursos a los nuevos pacientes (inmigrantes, personas con

consumo problemático de alcohol, fumadores, policonsumidores, enfermos mentales...) junto con una población heroínómana envejecida que se encuentra ante una deficiente situación social.

**Objetivo: realizar una evaluación diagnóstico de los planes autonómicos sobre drogas, centrada en la situación de la intervención asistencial y comparar el modo de actuación de los distintos planes, estableciendo clasificaciones y modelos de intervención. Se contempla la situación del consumo y las consecuencias derivadas; la planificación, legislación y coordinación; los principales objetivos asistenciales, el circuito terapéutico y los recursos, programas y usuarios; finalmente, la evaluación de cada plan con los puntos fuertes y débiles.**

1- Pese a tratarse de un problema de gran magnitud, la percepción social de la gravedad del fenómeno ha descendido y es menor que en décadas pasadas, 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. La heroína ha dejado de ser “la sustancia problemática por excelencia” y aunque persiste en Aragón, Valencia, Ceuta y Melilla, la práctica totalidad de los responsables sitúa entre las primeras posiciones el alcohol y el tabaco.

2- 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 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.

3- Las mayores tasas de admisión a tratamiento por alcohol cada 100.000 habitantes se dieron en Extremadura y País Vasco y en el caso de las sustancias psicoactivas, en Ceuta, Canarias y Baleares; por el contrario, las menores tasas resultaron en Navarra, Asturias y Castilla-La Mancha. Respecto al tipo de sustancia, el tratamiento por cocaína ha crecido, predominando especialmente en la zona mediterránea, lo que coincide con la

mayor prevalencia de consumo. Las demandas se encuentran entre el 20% y el 40% en Canarias, Murcia y País Vasco y superan el 40% de los admitidos por primera vez en Valencia, Cataluña, Baleares y Navarra. La heroína pierde peso como sustancia principal (72,2%) especialmente en las nuevas demandas, en favor de la cocaína (32,1%) y el cannabis (14,5%).

En cuanto al modo de administración de la heroína, la pulmonar o fumada es la más frecuente frente a la inyectada y estos resultados son especialmente notables en los admitidos a tratamiento por primera vez. Existen diferencias entre Comunidades Autónomas y aún predomina en el nordeste de la Península y la fumada e inhalada en el sur, hecho asociado con la disponibilidad de heroína blanca o marrón respectivamente y en los últimos años, con la implantación y éxito de los programas de reducción del daño. Particularmente, Aragón, Navarra, Baleares, Cataluña y País Vasco sobresalen con mayor porcentaje de admitidos a tratamiento que utilizan la vía parenteral, en contraposición con Ceuta y Melilla, Andalucía y Extremadura. Los casos de SIDA en usuarios de droga por vía parenteral han descendido en el territorio nacional aunque alcanzan mayores proporciones en Madrid, Baleares, La Rioja y País Vasco, en contraste con Extremadura, Castilla-La Mancha y Melilla.

4- Las Comunidades y Ciudades Autónomas, han articulado un conjunto de medidas de coordinación, planificación y actuación, concretadas en planes específicos para dar respuesta a las necesidades. Los pioneros surgieron paralelamente al Plan Nacional en Andalucía, Asturias y Madrid (1985); Galicia y La Rioja (1986) y Cantabria y Castilla-La Mancha (1987) y progresivamente se han ido incorporando el resto, pudiendo localizarse planes de reciente creación como los de la Ciudad de Melilla (2001) o Aragón (2002). Otra de las notas distintivas es la variabilidad del periodo para el cual se planifica la política de drogas, que frecuentemente oscila entre los 3 y 4 años, así como la Consejería de la que depende, en su mayoría Sanidad. Por otro lado, 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 otras y en este momento trece Comunidades Autónomas tienen leyes específicas en drogodependencias.

5- En cuanto a la coordinación entre las administraciones, los resultados ponen de relieve dificultades con la Administración Central, en materia de coordinación y financiación; con la Autonómica, en los recursos (materiales y humanos) y finalmente, con la Local, de financiación, aunque también de recursos y de definición de competencias. Por su parte, las ONG's participan primordialmente en 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. Se considera fundamental su trabajo y el contacto con ellas es una importante fuente de información para conocer la situación y problemas de manera rápida aunque la importancia de su trabajo requiere que sigan formándose, profesionalizándose y evaluando los programas en los que participan.

6- El análisis de los recursos humanos muestra como 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. 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. Algunos aspectos mejorables de cara a los profesionales son la mejora en la formación, en la coordinación y en las relaciones interprofesionales; la dotación de estrategias eficaces y la mejora de la situación contractual y retributiva para contar con personal motivado; finalmente, la implantación de sistemas de rotación para evitar la falta de motivación y el síndrome *“burnout”* o *“estar quemado”*.

7- Los recursos económicos se consideran siempre insuficientes puesto que cuanta más dotación económica haya, un mayor número de acciones se podrán emprender, así como mejorar la calidad de las existentes. Por áreas de actuación, la mayor parte del presupuesto está destinado al área asistencial y en segundo lugar, a la prevención e incorporación social. Por comunidades sobresalen en prevención, Melilla, Castilla-La Mancha y Aragón; en intervención asistencial, Cataluña y en incorporación social el País Vasco. Finalmente, la Comunidad que más cantidad destina a estudios e investigaciones es Cantabria y en coordinación institucional destacan Extremadura y Andalucía. Existe una asociación entre las Comunidades con mayor demanda de

atención por consumo de heroína- mayor porcentaje de pacientes usuarios de drogas por vía parenteral y el mayor presupuesto destinado a esta área de actuación. Además, se aprecia una vinculación entre la percepción de la gravedad del problema y el elevado presupuesto asistencial.

8- El análisis de los objetivos propuestos en intervención asistencial revela objetivos similares a los de la Estrategia. Respecto a la red de atención, la preocupación prioritaria es la consecución de la normalización asistencial, mediante la integración de los servicios en la Red de Salud, garantizando la asistencia hospitalaria y la atención integral en igualdad de condiciones. Para lograr la normalización de la atención y la participación de todos los recursos en la red, las Comunidades hacen especial hincapié en la coordinación entre los distintos servicios del sistema, específicamente, entre los sociales y sanitarios, entre los recursos y las políticas sectoriales, con el sistema judicial y finalmente, entre los propios servicios sanitarios y profesionales de la prevención, asistencia y reinserción social.

En la misma línea, a la red de atención a las drogodependencias se le atribuyen con frecuencia los adjetivos de calidad y eficacia, mediante programas de atención útiles, con servicios ágiles y continuos y con una oferta integral, plural y diversificada. Para lograr este propósito, algunas Comunidades se refieren a la necesidad de mejora de la información estadística de los centros y la implantación de protocolos de atención, al fomento de la investigación por parte del personal, a la disposición de hojas de reclamaciones y sugerencias sobre la calidad del servicio, entre otras. Se persigue la eficacia de los tratamientos, incorporando alternativas terapéuticas adecuadas, contrastadas científicamente y coordinadas; con tratamientos intensivos y otros que muestren eficacia y en definitiva, que permitan aumentar la tasa de retención y abstinencia a 12 meses en la heroína, cocaína y alcohol.

En cuanto a los programas, hay una preocupación especial por adaptar los objetivos intermedios en los fines de la atención sanitaria, mediante programas de reducción del daño, junto con los libres de drogas y mejorar la salud de los pacientes. De un modo específico, el País Vasco se refiere a la necesidad de reducir las listas de espera e incrementar la capacidad de respuesta asistencial, mientras que Aragón y Valencia consideran prioritarios los programas dirigidos a la prevención de

enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA. Además, el éxito en el tratamiento camina paralelamente a la resolución de la problemática social y jurídico-penal del paciente, sin la cual resulta muy difícil lograr el objetivo último de inserción en la sociedad. Por este motivo, se propone la normalización social, el tratamiento global del problema y la colaboración en la resolución de problemas no estrictamente sanitarios.

Respecto a los pacientes, resulta primordial aumentar la demanda y acceso a los dispositivos, aspecto en el que coinciden la práctica totalidad de las Comunidades. Para ello, se proponen estrategias de captación activa y programas flexibles que eviten la desconexión de la realidad, aproximación de los recursos a los usuarios y en definitiva, aumentar los casos atendidos, evitando la demanda asistencial no satisfecha. Por esta razón, junto con los programas mencionados, se incorporan otros destinados a grupos específicos, como los mayores de 35 años con polimedicación, de patología dual y la cobertura asistencial de emergencia, a los drogodependientes de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario y a la población con problemas de alcoholismo como patología con mayor prevalencia. El objetivo final de la intervención es la reducción de la morbilidad y mortalidad de los pacientes, mejorando los niveles de salud física y psíquica y la calidad de vida. En última instancia, para lograr el éxito de la intervención asistencial, resulta primordial la implicación de otros grupos en el proceso terapéutico, especialmente de la familia, de las ONG's y grupos de autoayuda.

7- El circuito terapéutico se puede clasificar en tres modelos de intervención: las Comunidades Autónomas con tres y con dos niveles de intervención asistencial, distinguiendo según la puerta de entrada, entre las que la tienen en los centros específicos y aquellas que se localizan en Atención Primaria. En general, y pese a las transferencias sanitarias, la mayoría de los responsables mencionan a la Administración Central como responsable de la Atención Primaria de Salud y el resto de competencias sanitarias se localizan en las Comunidades Autónomas, concretamente las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, los Centros de Drogodependencias y la Red de Salud Mental. Los recursos altamente especializados y de inserción social son gestionados por la Administración Local y además, la iniciativa privada participa mediante convenios/conciertos y subvenciones, principalmente en las Comunidades Terapéuticas, gestionadas en nueve Comunidades Autónomas y en ocasiones, en los Centros de Día y Centros de Emergencia Social y Acogida. Por último, se menciona la colaboración de

empresas privadas en los programas de inserción y de la medicina privada y las farmacias en la dispensación de opiáceos.

8- El análisis de la evolución experimentada por los recursos normalizados en las Comunidades y Ciudades Autónomas muestra tendencias similares. En general, se ha producido un incremento considerable de los dispositivos, especialmente de los centros de prescripción y dispensación de opiáceos y de los ambulatorios y el mantenimiento de las Comunidades Terapéuticas y de las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). En cuanto a los usuarios, atendidos sobresale el espectacular incremento en los programas de prescripción y dispensación del daño, con la excepción de Navarra y en menor medida en los Centros de Emergencia Social puestos en marcha en Cataluña y Valencia. Por otro lado, pese a la mayor dotación de recursos, cada vez es menor el número de usuarios que demandan tratamiento en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, en los Centros Ambulatorios, en las Comunidades Terapéuticas y en los Centros de Día.

9- Conforme a la evaluación realizada por los responsables, 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. Por otro lado, la tendencia general es a calificar los recursos como muy adecuados, aunque algunas Comunidades señalan que cabría mejorarlos en función de las necesidades observadas.

A pesar del buen funcionamiento logrado con el paso de los años, los responsables hablan de nuevos problemas y retos futuros. En definitiva, se trata de lograr una red normalizada, integrada en salud y facilitada por la transferencia de competencias en esta materia durante el año 2002; diversificada, que incluya centros de emergencia social, de Salud Mental, de corta y media estancia y que en ocasiones, incluya las ludopatía en la atención (Andalucía y Valencia) y finalmente, coordinada, en la que todos los recursos

participantes en la red actúen como elementos del proceso derivando de un modo ágil a los pacientes. Por otro lado, incluir en ella programas específicos homologados, como los ensayos de heroína, de tabaco, para pacientes con problemas mentales, cocainómanos y alcohólicos, entre otros junto con nuevos usuarios como los inmigrantes. Para garantizar una atención de calidad será preciso contar con un volumen de profesionales adecuado y con una formación en drogodependencias que les permita superar la posible inseguridad de una tradicional dedicación a la problemática de la heroína. Además, será conveniente conseguir criterios comunes en el tratamiento con metadona y concienciar a la sociedad en el tema de la psicoddependencia, la cual puede pasar inicialmente desapercibida y ocasionar problemas a largo plazo. Finalmente, cada región tendrá que superar en la medida de lo posible algunas condiciones estructurales como las distancias geográficas, que motivan problemas particulares con tratamientos diferenciados y dificultan la coordinación, resuelta con protocolos de actuación o el número de habitantes que, en ocasiones conlleva sobrecarga asistencial o por lo contrario, en zonas dispersas dificulta y encarece los servicios ofertados. En este caso, algunas soluciones han pasado por el desplazamiento de profesionales aunque, la normalización y asistencia en el área de salud se espera que facilite esta atención.

**Objetivo: realizar una evaluación diagnóstico de la situación de la drogadicción en Reino Unido con los mismos indicadores que en España: el conocimiento de la evolución histórica del problema de la droga y la política de drogodependencias; el análisis de la situación del consumo de drogas y las consecuencias derivadas; la planificación, estructura y organigrama para hacerle frente; los recursos humanos, económicos y materiales; los principales objetivos en intervención asistencial y la relación con las organizaciones no gubernamentales y finalmente, la evaluación y los principales problemas existentes:**

1- Históricamente, la primera actuación del Gobierno británico en materia de drogas tuvo lugar en las colonias en el siglo XIX, con el interés de conocer los efectos que podían ocasionar la producción y el consumo de cáñamo en la India. Un siglo más tarde, en los años veinte, el Comité Rolleston, formado por un grupo de médicos, concluyó que, en ciertos casos, el mantenimiento con drogas podía ayudar a los pacientes a superar su dependencia como precedente al modelo de reducción de daños. En los años

50 y 60, el aumento de adictos notificados hizo que a partir de ese momento la prescripción de heroína y cocaína requiriera una licencia especial, siendo dispensada por los psiquiatras en las Unidades de Dependencia de las Drogas (DDUs), que tratarían a los pacientes como enfermos. La aparición del mercado negro y de la epidemia de heroína en la década de los 70 coincidió con la aprobación de una Ley de drogas (Misuse of Drugs Act 1971) encargada de regular el control de drogas peligrosas y su importación, exportación, producción, oferta, prescripción, posesión y posesión con intento de venta, distinguiendo en función de tres grupos entre drogas duras y blandas. La llegada del SIDA cambió el modo de entender la política de drogas confiriendo un papel primordial a la prevención de las prácticas que podían extender la epidemia. En la sociedad del Tercer Milenio, aparecen por un lado, los jóvenes adultos normalizados que hacen uso de las drogas los fines de semana para evadirse de la realidad; por otro, los excluidos de la sociedad que incorporan esta sustancia de modo problemático junto con otras circunstancias sociales. Al tiempo que la política de drogas aumenta las medidas referidas a la exclusión social, se cuestiona la clasificación de drogas blandas y duras y el discurso que asocia la droga con el delito y la tragedia personal y no con jóvenes que incluyen las drogas como parte de su vida.

Respecto al alcohol, hasta la década de los setenta Gran Bretaña se caracterizó por poseer una legislación restrictiva, que regulaba la oferta de alcohol y el acceso a la misma a través, principalmente, de políticas de precios, un sistema de licencia de apertura de locales etc. y mediante el empleo del sistema penal para evitar la embriaguez y el desorden público. En los últimos años, se buscan nuevas medidas locales para evitar el consumo de alcohol en espacios públicos.

2- La situación epidemiológica, sitúa a Gran Bretaña en niveles superiores de consumo de sustancias ilícitas a otros países europeos y en los últimos años parece que se ha producido un incremento en el indicador de consumo alguna vez en la vida y en el de aquellos que habían tomado drogas el pasado año.

3- Tomar drogas tiene consecuencias sanitarias y sociales y uno de los cambios encontrados en las agencias de tratamiento es el incremento del número de usuarios de cocaína/crack y policonsumidores, existiendo aún servicios tradicionalmente creados para usuarios de heroína que se consideran inadecuados para atender esta nueva

problemática; la prevalencia de VIH asociado con las drogodependencias no es muy elevada y en todo caso superior en Londres al resto de Inglaterra y Gales; la Hepatitis C se considera otro gran problema asociado aunque para el conjunto de Inglaterra y Gales, descendió en los últimos años (aunque aumenta en edades avanzadas); el número de muertes en usuarios de drogas continua creciendo y finalmente, en aquellas prisiones donde se ha puesto en práctica una estrategia anti-drogas, ha descendido el número de los que han dado positivo en los test realizados.

4- Para hacer frente a esta problemática, en 1998, el Gobierno publicó su estrategia para la próxima década, combinando la ejecución estricta con la prevención. La droga se asocia con otros problemas sociales y se actúa mediante cuatro áreas de actuación: ayudar a los jóvenes a hacer frente a la droga para lograr su completo desarrollo en la sociedad; proteger a las comunidades de la conducta delictiva y antisocial asociada a la droga; tratamiento para lograr que las personas con este problema lo superen y vivan de modo saludable y alejados del delito, y finalmente, endurecer y dificultar la disponibilidad de drogas ilegales en las calles. Además, se ha publicado una estrategia específica para el crack así como documentos para actuar en las instituciones penitenciarias, para prevenir la hepatitis, etc. La estrategia se centra principalmente en Inglaterra pero Escocia, Gales e Irlanda del Norte han desarrollado sus propias estrategias en consonancia con los cuatro principios citados. En cuanto al alcohol, en la actualidad se está elaborando una futura estrategia prevista para el 2004 y evaluando el alcance del problema. Por ahora, el Plan de Acción se asienta en algunos objetivos clave y prioridades, materializados en programas de trabajo para abordar el delito asociado con el alcohol, el desorden y el perjuicio. Por su parte, Escocia, Gales e Irlanda del Norte, cuentan con documentos específicos para tratar el alcohol.

5- En tratamiento, el principal objetivo es capacitar a las personas con problemas de drogas a superarlos, viviendo de un modo saludable y libre del delito y el objetivo clave es aumentar la demanda de los drogodependientes, incluyendo a los reclusos, en programas de tratamiento que tengan un impacto positivo en la salud y el delito. La principal meta es desarrollar y mejorar los servicios y programas con el fin último de abordar el problema de la droga.

6- Un importante número de estudios han sido sometidos a evaluación de resultados y los principales problemas son, a nivel local el acceso a algunos servicios de prescripción a través de los médicos generales y a los programas de día estructurados; por otro lado, todos los recursos han tenido un tiempo máximo de espera superior al objetivo fijado; en el tratamiento, parece que las opciones son limitadas, con retrasos y cuidados poco desarrollados que permiten a muchas personas “fracasar en la red”. Algunos de los problemas tienen su origen en la dotación limitada de recursos, pobre planificación de los servicios, diferentes perspectivas acerca de “qué trabajo hay que desarrollar” y problemas de coordinación entre los servicios de tratamiento, los médicos generales, los servicios de salud mental y las prisiones. En los referente a los pacientes, cada vez es mayor el número personas que demandan tratamiento por abuso de cocaína y la combinación de cocaína y heroína, especialmente crack. Además existen problemas motivados por la propia sustancia, puesto que parece que el tratamiento de esta adicción es más difícil y además se combina el consumo de drogas con el de alcohol, lo que implica la necesidad de desarrollar y reforzar el tratamiento del policonsumo. Finalmente, se aprecia que las mayores deficiencias se encuentran en el campo del alcohol lo que para algunos es consecuencia de la ausencia de una estrategia gubernamental en la materia.

**Objetivo: evaluar la situación de la drogadicción en Escocia distinguiendo las peculiaridades de la región que la distinguen de la situación británica. Para ello se han utilizado los mismos indicadores:**

1- Escocia tradicionalmente ha poseído algunos problemas sociales, como el desempleo, que han superado a la media británica y una tradición cultura que les hace preferir el whisky a la cerveza.

2- En cuanto a la situación epidemiológica, *se ha producido un cambio cultural y la mayoría de la población tiene un uso recreativo de las drogas; solamente un 10% de los consumos serían problemáticos (..)*; además, parece que la mujer se ha incorporado al patrón de uso tradicionalmente masculino. Por tipo de sustancias, el cannabis es con diferencia, la droga ilegal más utilizada, un 3% consume estimulantes (éxtasis, cocaína, crack, anfetaminas y poper) y “solo” un 1% de los jóvenes entre 12 y 15 años ha consumido opiáceos en el último año (heroína o metadona). La proporción de jóvenes

consumidores de drogas ha descendido, especialmente entre los varones jóvenes aunque, esta tendencia no se ha seguido por la cocaína, heroína, crack y metadona, sustancias consideradas más problemáticas. Además, el área con más altas prevalencias de uso problemático o abuso es Glasgow.

3- Sin embargo, *este 10% de población con consumos problemáticos es el que comete el 90% de los delitos asociados con la droga* y tiene la mayor parte de los problemas sociales y sanitarios y la población que acude a tratamiento es la más desfavorecida socialmente. En los años 2000/2001, las demandas de tratamiento por abuso de heroína crecieron especialmente entre los más jóvenes y aumentó el porcentaje general de los que utilizan la vía inyectada, aunque se aprecia un progresivo aumento de heroína fumada como única ruta de uso. La proporción de nuevos pacientes que han compartido material de inyección en el último mes también es mayor, de un modo especial entre los más jóvenes. Respecto a las enfermedades asociadas, la infección de VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral se ha reducido de modo considerable; una cuarta parte de los 360 casos de hepatitis B mencionaban la utilización de la vía inyectada y aunque ha descendido, permanece estable en los grupos más vulnerables, como los presos y además, el 58% de los casos conocidos de Hepatitis C afectan a usuarios de drogas por vía parenteral. Por último, cuatro de cada diez personas que presentan su primer episodio de enfermedad psicótica han tenido relación con el abuso de drogas y en mayor medida se trata de hombres jóvenes.

4- Para hacer frente a la situación descrita, la estrategia escocesa “Tackling Drugs in Scotland: Action in Partnership” (1999) sigue las directrices de “Tackling Drugs to Build a Better Britain” y se centra en las mismas áreas de actuación: los jóvenes, las comunidades, el tratamiento y la disponibilidad. El Plan de Acción, supone un cambio en las consecuencias finales perseguidas, teniendo en cuenta que para alcanzar una vida abstinentes y libre de droga, es preciso lograr objetivos intermedios como la reducción del policonsumo, de la sobredosis y del daño asociado con las drogas; de la oferta de estas sustancias en el mercado negro y por último, de los delitos relacionados.

5- Las prioridades del tratamiento son la reducción de daños, con especial énfasis en deshacer la vinculación entre delito y drogas adecuando programas de rehabilitación en prisión. El Plan de Acción en materia de alcohol, tiene como propósito reducir los daños producidos, con un cambio de actitud en torno a esta sustancia, desarrollando servicios de apoyo y tratamiento y permitiendo la aplicación del plan a nivel local y en segundo término, incidiendo en la reducción y el modo de consumo para reducir las molestias ocasionadas a otros ciudadanos y el delito.

6- En cuanto a los recursos de tratamiento, la creación de los servicios de alcohol ha precedido a la de drogas ilícitas, manteniendo estrechos vínculos con los trabajadores sociales y las agencias de voluntariado (Alcohólicos Anónimos y los Consejos en Alcohol). Por otra parte, los servicios para atender el problema del consumo de sustancias ilícitas surgieron a finales de los setenta ante la demanda de asistencia generada por la heroína y el virus del VIH. Los responsables se pronunciaron en favor del establecimiento de agencias de drogas no estatutarias implantadas en la comunidad, como modelo de servicio prioritario y la dotación de presupuesto al sector privado supuso una importante distinción respecto a la situación del alcohol, aunque enseguida hubo una presión para proporcionar servicios profesionalizados. Unos años más tarde, se percibía que el problema del VIH era mayor que el del consumo de sustancias ilícitas y esta opinión fue ampliamente compartida por los profesionales, los cuales iniciaron la prescripción de sustancias y la reducción de daños como prioridad. En 1999, uno de los mayores cambios ha sido la preocupación por el control de la expansión del la hepatitis C entre los usuarios de droga por vía inyectada.

7- Como resultado de la evaluación, los principales problemas son la necesidad de distribuir un mayor número de jeringuillas para prevenir la Hepatitis C entre los usuarios de drogas; incrementar el número de farmacias que participan en los programas de intercambio de jeringuillas; revisar la legislación respecto a la prohibición de vender material de inyección y su dispensación en instituciones penitenciarias. Así mismo, se recomienda el fomento de programas de reducción del daño a pie de calle, en contacto con los “sin techo”. Otros problemas se refieren a la tasa de abandono en los pacientes; deficiencias en los servicios de alcohol, con la impresión de que existe una cobertura geográfica desigual y finalmente, la mejora de la formación de los profesionales.

**Objetivo: realizar un análisis comparativo entre España y Gran Bretaña conociendo sus características distintivas y las situaciones comunes:**

1- El uso de alcohol ha sido percibido más “problemático” en el Reino Unido, especialmente en Escocia. No obstante, en los últimos años, motivado por el uso de combinados en España, las políticas de control del alcohol han cambiado y junto con Bélgica y Francia, puede ser clasificada como un país con una política media de alcohol. En el desarrollo de los servicios de alcohol, las organizaciones de voluntariado han jugado un papel fundamental. Posteriormente, se recomendó la creación en los hospitales de unidades especiales para el tratamiento del alcoholismo mientras que la aproximación de las organizaciones no gubernamentales era la de no reconocer el “alcoholismo” como una enfermedad. En 1978, hubo un cambio en los servicios que culminó en el tratamiento a nivel primario. En España, desde la Guerra Civil hasta finales de los sesenta, las consecuencias del abuso de alcohol eran explicados en clave de perversión moral más que médica, biológica o psiquiátrica y las cárceles y el manicomio eran los principales recursos. En los años sesenta, el alcohol y su problemática social fue estudiado ampliamente y apareció un importante movimiento social aunque el movimiento social específico en alcohol (iniciado a comienzos de siglo) creció en número en los años ochenta.

2- En ambos casos se tenía conocimiento del consumo de drogas en las colonias mientras y en un principio fue tolerado socialmente en ambos países. Parece que, en el desarrollo histórico, la aparición de las drogas en Gran Bretaña estuvo ligada con la heroína mientras que en España parecía predominar la cocaína. El modelo médico Rolleston se extendió en los años veinte permitiendo a los doctores prescribir heroína en ciertos casos mientras que en España se vendían variadas sustancias en farmacias, droguerías y herbolarios para combatir el dolor. En Gran Bretaña, en la década de los cincuenta aparecieron un creciente número de jóvenes usuarios de heroína mientras se gestaban algunos héroes culturales y en los club de jazz, la heroína, la cocaína y el cannabis eran utilizados regularmente; en España, en los años treinta había un mercado de cocaína entre los vendedores callejeros, en los cabarets, los music-halls, tablaos flamencos, etc. de las grandes ciudades y entre la IGM y la Guerra Civil, esta sustancia fue la droga con mayor demanda, generalmente personas que intentaban llevar una vida

frívola, bohemia y mundana, apasionando especialmente a la alta sociedad. No obstante, parece que progresivamente al extenderse pierde su atractivo y se asocia primordialmente a homosexuales y prostitutas. A finales de los setenta, se extendió el consumo de cannabis, alucinógenos, estimulantes y heroína, primeramente, entre un sector de la población que mantenía contacto con otros países; el cannabis tenía connotaciones políticas; las anfetaminas y la cocaína, con ciertas élites sociales y culturales y el abuso de sedantes entre los sectores populares, mujeres y personas de mediana edad.

3- La introducción del mercado negro de la heroína parece anterior en Gran Bretaña, concretamente en 1967 se aprecia la primera génesis, aunque la expansión dramática comienza en 1979 mientras que en España aparece a principios de los ochenta. En el Reino Unido, el Gobierno actuó proporcionando recursos económicos (CFI) para extender la red de servicios de tratamiento, principalmente servicios no estatutarios con base comunitaria. En España, durante los años setenta, los problemas de drogas fueron vistos como problemas psiquiátricos y comenzaron a ser tratados como situación preocupante que requería de conocimiento y recursos específicos. Los tradicionales recursos de alcohol no fueron capaces de asumir la atención a este tipo de sustancias en una década de transición y como consecuencia de ello se generó un vacío asistencial, cubierto en un principio por las Comunidades Terapéuticas de carácter voluntario y la Medicina Privada. Hubo falta de coordinación entre los diferentes recursos y servicios y en 1985, coincidiendo con la creación del Servicio Nacional de Salud y a las puertas de la descentralización administrativa se creó el Plan Nacional sobre Drogas y se desarrolló una red asistencial pública específica a veces de espaldas a la red normalizada.

4- Las consecuencias de la utilización de la vía inyectada también fueron diferentes en ambos contextos e incluso variaron en el interior de Reino Unido y España. En el primer caso, un 7% de las personas infectadas por el VIH eran usuarios de droga por vía parenteral, aunque en Escocia, se localizaban altas proporciones y más del 60% de éstos se registraban en Edimburgo, Dundee y Glasgow. En España, las tasas de casos de SIDA fueron, junto con Italia, las más elevadas entre los países europeos, representando en el primer caso un 59,8% de los casos diagnosticados. Además, en todos los escenarios mencionados, la llegada del VIH/SIDA supuso un cambio de dirección en las actuaciones en materia de drogas. En Gran Bretaña, desde mediados de los ochenta, la

aparición del VIH/SIDA trajo consigo un replanteamiento de las medidas emprendidas y el primer objetivo de trabajo habría de ser la prevención frente al contagio o transmisión del virus. Las agencias comunitarias fueron provistas de nuevas responsabilidades y la posibilidad de prescribir metadona comenzó a hacerse realidad, al tiempo que en algunas agencias también se disponía de servicios de intercambio de jeringuillas. En España, durante los ochenta, una Orden Ministerial limitó la intervención terapéutica con metadona, prohibiendo la intervención privada y creando una Comisión Pública que autorizase la prescripción y dispensación de esta sustancia. Desde 1985 a 1995, junto con el desarrollo de recursos públicos, se vivió la peor situación en el consumo de drogas y de esta forma, como modelo de intervención se fue introduciendo lentamente la reducción de daños. Al igual que en el caso británico, estas estrategias se extendieron a diferentes ritmos entre las diferentes regiones españolas, suscitando un debate previo a la implantación.

5- Durante los años noventa, la percepción social del problema desciende y al mismo tiempo se incorporan nuevas sustancias. A finales de los años ochenta, el Reino Unido experimentaba la difusión de un consumo de drogas, centradas en la utilización del éxtasis en las zonas de baile o “raves” y junto con este elemento, se produjo un aumento en el consumo de alcohol entre los jóvenes. En España, de un modo similar, aparecieron las drogas de síntesis y su modo de consumo. Entre la gente joven, se generaliza el policonsumo y el alcohol, la cocaína y el cannabis cobran protagonismo durante el fin de semana, en espacios públicos y siendo aceptado relativamente por la sociedad. Los últimos estudios del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), revelan que, en Reino Unido y España, el porcentaje de adultos que consume cannabis es similar (entre el 20%-25%) aunque el de anfetaminas es superior en el caso británico (10%) y el de cocaína en el español. Por último, la tendencia en el consumo de drogas entre los jóvenes es creciente en el Reino Unido, superior en Inglaterra y Gales a Escocia y especialmente preocupante, el de heroína, cocaína y crack; en España, se aprecia similar tendencia ascendente en el 2001 con un importante porcentaje de consumidores de cocaína; finalmente, en ambos casos se aprecia la feminización del consumo.

6- En relación con los problemas sanitarios asociados, las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias han aumentado en Gran Bretaña y descendido en España. En

ambos casos, la heroína es la principal protagonista, con un 62% de los pacientes en Reino Unido y un 72,2% en España. Además, la proporción de los que utilizan la vía inyectada permanece estable en el primer caso, aproximadamente en un 60%, mientras que en España, entre 1991 y el 2000, ha descendido progresivamente en los pacientes atendidos (74,7% en 1991 al 28,7% en 2000) como en los nuevos casos (50,3% al 17,7% en el mismo periodo) y continúa aumentando la edad media de los consumidores de heroína. El descenso de la vía inyectada coincide en el mismo periodo con el aumento de la vía fumada y el mismo proceso se observa en el caso escocés.

En cuanto a la cocaína, existen dos problemas diferentes en Reino Unido y España. En el primer caso, esta sustancia desciende como droga principal entre los pacientes pero encuentra una gran proporción de usuarios por vía inyectada y la mayor parte de ellos también son consumidores de otras drogas. Parece que la utilización de la cocaína en muchos casos va ligada al crack y a una situación de marginación social. En España, en los últimos años han crecido los problemas asociados con la cocaína, con un mayor número de urgencias que la heroína y con un descenso, desde 1995, en la edad media de los consumidores. Por último, en cuanto a la vía de administración de esta sustancia, desciende la inyectada (desde el 19,2% en 1991 al 1,9% en el 2000), mientras que hay un espectacular crecimiento de la esnifada (de 315 en 1991 a casi 6000 durante 1999-2000). Salvo en Canarias, el crack es poco común en España y aunque un sector muy marginado de la población consume cocaína mezclada con heroína (*revuelto*), lo cierto es que es consumida primordialmente por un sector social con nivel económico alto y con un perfil ajeno a la exclusión social.

Como consecuencia sanitaria del consumo de drogas, se han citado algunas enfermedades asociadas. En Inglaterra y Gales, la prevalencia de VIH entre UDVP durante el periodo 1992-1999 ha permanecido estable e inferior al 2%, siendo en este último año del 0,8%, superior en Londres; la hepatitis C ha descendido del 35% en 1998 al 32% en 1999, aunque hay un aumento en función de la edad, al igual que en el caso anterior, superior en Londres y en Escocia. En España, con la llegada del VIH, la mayoría de los infectados por SIDA eran UDVP (59,8%) y desde 1981 a diciembre del 2000 se ha producido un descenso del 65,2% al 56%. Además, desde 1996 a 1999, el número de infectados por VIH entre los UDVP también se ha reducido, con la excepción del año 2000, donde se ha frenado esta tendencia. En cuanto al resto de

enfermedades asociadas, España carece de información al respecto y un ejemplo de ello es la tuberculosis en grupos de alto riesgo, aunque un estudio revela que el consumo de drogas es el principal factor de riesgo en un 26,9% de los casos.

7- El análisis del alcohol, muestra diferencias y semejanzas en ambos contextos. La legislación en materia de control de esta sustancia ha sido una de las más estrictas en la tradición anglosajona y aunque en la década de los setenta se produjo la ampliación de los horarios de apertura de los establecimientos, en los últimos años han surgido nuevas leyes referidas a la materia. España, como país mediterráneo, carecía de una política de control de bebidas alcohólicas y en los últimos años se sitúa en un nivel medio. Además se han incluido nuevas leyes referidas a la venta de bebidas alcohólicas a menores y la prohibición de esta práctica en espacios públicos. En cuanto a la planificación, el alcohol y el tabaco son contemplados en España, en la Estrategia Nacional junto con las drogas ilegales y el alcohol es considerada la droga más importante, principalmente entre los jóvenes. En el Reino Unido, por el contrario, el alcohol tiene un tratamiento diferenciado del resto de sustancias y en los últimos años se ha criticado por la ausencia de una estrategia en la materia y un déficit de recursos adecuados. No obstante, en España, los responsables de los planes autonómicos también perciben la necesidad de mejorar los recursos existentes.

8- Las políticas gubernamentales se han extendido en los últimos años en el área de diseño y evaluación de los servicios, intentando detectar las debilidades y mejorar la calidad. Los principales problemas detectados en España, Reino Unido (Inglaterra principalmente) y Escocia, versan en líneas generales sobre el consumo, los servicios, los pacientes y los recursos humanos y en función de las áreas de actuación, sobre el alcohol y la reducción del daño. En este sentido, el consumo entre los jóvenes ha aumentado en los últimos años en Inglaterra y España y se aprecia la creciente incorporación de la mujer al consumo. En cuanto a los servicios, se observan opciones limitadas en ambos contextos, la necesidad de adaptar la red de atención a las necesidades de la población, logrando su flexibilidad para adaptarse a las nuevas demandas de tratamiento. En España la adaptación pasa por la integración en el Sistema Nacional de Salud. Por otro lado, es necesaria la coordinación entre las distintas agencias participantes (atención primaria, servicios sociales, salud mental, etc.), evitando las listas de espera y la cobertura desigual de los recursos. Esta red ha de

atender a nuevos pacientes, en Inglaterra especialmente por cocaína y crack; en Escocia, los presos y los sin techo y por último en España, por cocaína, la población heroinómana envejecida y nuevos pacientes con problemas sociales (inmigrantes, menores, etc.). Además, para lograr la mejor atención es necesario incrementar la formación de los profesionales en Escocia y España. Por último, los puntos débiles aluden a las áreas de tratamiento del alcohol y de reducción de daños. En el primer caso, se considera el principal problema en Reino Unido por la falta de prioridad y de estrategia que motiva la ausencia de recursos; en Escocia la cobertura es desigual y los servicios se consideran deficitarios; finalmente, en España, es necesario mejorar los recursos y acercar la red a esta población. Por otra parte, es preciso incidir en la reducción de daños en Escocia, incorporando más jeringuillas, logrando la colaboración de las oficinas de farmacia, revisando la legislación para prevenir la hepatitis C e implantando programas de intercambio de jeringuillas en instituciones penitenciarias. En España, es preciso mejorar la coordinación con instituciones penitenciarias y lograr la normalización de la dispensación de metadona.

Los resultados de la evaluación de los planes autonómicos, revelan algunos objetivos que pueden ser aplicables a todas las circunstancias y consisten en concienciar a la sociedad en el tema de la psicoddependencia, la cual puede pasar inicialmente desapercibida y ocasionar problemas a largo plazo. Además, cada región tendrá que superar algunas condiciones estructurales como las distancias geográficas, que motivan problemas particulares con tratamientos diferenciados y dificultan la coordinación, resuelta con protocolos de actuación o el número de habitantes que, en ocasiones conlleva sobrecarga asistencial o por lo contrario, en zonas dispersas dificulta y encarece los servicios ofertados.

**Objetivo: establecer conclusiones generales sobre la evolución del consumo de drogas y las medidas de actuación puestas a disposición de ello.**

La incursión en esta investigación ha derivado, en primer lugar, en un conjunto de conclusiones específicas sobre cada uno de los contextos analizados y la comparación entre los mismos. En segundo término, ha permitido la obtención de un conjunto de conclusiones generales sobre los procesos que rodean a la formación del

problema de las drogas, la situación del consumo y las consecuencias derivadas, la creación de las políticas para resolverlo y el impacto de las mismas.

1.- La extensión del consumo de drogas y su asociación con otros problemas sociales (tráfico de drogas, venta ilícita de medicamentos, robos, violencia familiar, molestias a los ciudadanos, ruidos, etc.) y sanitarios (demanda de atención, enfermedades asociadas, mortalidad, etc.) genera alarma en la opinión pública y la creación de medidas para resolverlo.

Existen ejemplos de lo observado: el problema del alcohol en la sociedad británica, asociado a una nueva sociedad en la intoxicación etílica era incompatible con la moral del trabajo de la sociedad industrial; la asociación del atraco al expreso de Andalucía con el contrabando de drogas generó una sensación de inseguridad ciudadana. Posteriormente, la relación entre delincuencia y heroína conformó la imagen del “yonqui” y la demanda de soluciones a este problema; su vinculación con el SIDA convirtió a la droga en el principal problema de salud pública. Finalmente, en los últimos años el ruido y la suciedad provocada por el consumo de alcohol en la vía pública ha ocasionado la búsqueda de nuevas soluciones. Junto con estos problemas, existe una preocupación estatal por las consecuencias del tráfico ilícito de sustancias.

2.- La respuesta a este problema puede ser buscada por parte del Estado, de los ciudadanos organizados o de la iniciativa privada. En el caso del Estado, sus actuaciones van encaminadas a la creación de leyes que incidan sobre la **oferta de drogas**, prohibiendo o regulando la venta de algunas sustancias, penando o sancionando administrativamente el tráfico ilícito, la posesión, etc. o en segundo término, sobre la **demanda**. En este caso, pueden incidir mediante la elaboración de políticas que actúen evitando que la población solicite estas sustancias (prevención); el tratamiento de los pacientes que son adictos y finalmente, la reinserción de los mismos en la sociedad.

El análisis de los casos estudiados revela que la sociedad ha evolucionado desde el mínimo control de la oferta de sustancias, en el que éstas se podían comprar y vender en el mercado, hasta la prohibición de determinadas sustancias catalogadas como drogas y la creación de leyes para perseguir el delito asociado con un tráfico de drogas que hoy

en día es internacional. En este sentido, se aprecian diferencias en la legislación del Reino Unido y España; en el primer caso, se regula la oferta, posesión, etc. y se distingue entre tres grupos de drogas; la legislación española no sanciona la posesión de drogas sino el tráfico de las mismas y se ampara en la distinción entre sustancias más o menos dañinas reguladas por la Convención de Naciones Unidas.

3.- A su vez, la imagen del consumidor y el tratamiento han variado a lo largo del tiempo en un proceso en el que la droga ha servido como estigma en unos grupos y como signo de status en otros, sin constituir un “problema social” en un principio. Es el caso de las rentas de anfión, de la cocaína entre grupos con alto status o de la heroína y el yanqui. Por su parte, el tratamiento de la adicción en un principio era la cárcel o el manicomio; posteriormente, se consideró una enfermedad que requería la creación de recursos para lograr la abstinencia. Con la asociación del “SIDA” y la drogodependencia, se desarrollaron y permitieron nuevas medidas de intervención que incluían tratamiento para lograr la abstinencia (libre de drogas) o la reducción del daño (metadona, intercambio de jeringuillas, etc.). No obstante, en el Reino Unido, el objetivo perseguido es la abstinencia y se considera un paso intermedio el resto, por lo que en la actualidad existe una preocupación por estudiar qué pacientes logran la abstinencia y cuáles no.

4.- Finalmente, en la sociedad del bienestar se reconoce el consumo de drogas entre **algunos sectores normalizados** que, en la búsqueda de la identidad, asocian distintos tipos de sustancias con formas de música, modos de vestir, etc. Por este motivo, la política incluye como objetivo la prevención del consumo, informando de las consecuencias que puede tener la droga y de cuál ha de ser el consumo en el caso de que se desee tomar la sustancia (ejemplo: no mezclar alcohol con otras drogas; beber agua si se toman pastillas, etc.). Además, la gran oferta de drogas hace que el tratamiento se tenga que especializar en distintos tipos de adicción, por lo que los recursos tradicionales dirigidos a los consumidores de heroína comienzan a incluir una variada oferta de programas: para tabaquismo, cocaína, éxtasis, etc. Además, las terapias encuentran que el tratamiento no es aislado sino que existe un complejo engranaje de instituciones y factores sociales que influyen en esta adicción y con los que es preciso contar para que este trabajo resulte exitoso. Por este motivo, el tratamiento incluye a

equipos multidisciplinares en los que intervienen sanidad, servicios sociales, mentales, etc. y se solicita la participación de la familia, la educación, el grupo de pares, los medios de comunicación, el trabajo, las empresas, las organizaciones de autoayuda, etc. Por este motivo, se incluyen a estos grupos en todas las fases citadas: prevención, tratamiento y de un modo muy especial en la reinserción social, como parte del proceso terapéutico. Por otro lado, la sociedad está cada vez más polarizada con sectores que permanecen excluido, y entre estos grupos aparecen las mujeres solteras, los parados de larga duración, los inmigrantes ilegales, etc. colectivos vulnerables que en ocasiones no acceden a los servicios y que precisan un tratamiento integral de diversos problemas: mentales, sanitarios, sociales, etc.

5- La sociedad del bienestar históricamente introdujo un número creciente de recursos y gasto público para atender las necesidades de la población y ante la crisis económica y los problemas de sostener la totalidad de servicios, se plantea, por un lado, un nuevo modo de gestión, que tenga en cuenta la eficacia del servicio y el control del mismo; conociendo sus efectos, proponiendo nuevas soluciones y evaluando nuevos métodos de intervención. En segundo término, la participación de nuevos agentes que, en ocasiones están movidos por los valores posmaterialistas, actúen conjuntamente con las organizaciones no gubernamentales, sin quitarles su responsabilidad. De esta forma, surgen recursos de tratamiento privados, por ejemplo en el caso de la cocaína dirigidos a un sector específico; Comunidades Terapéuticas de organizaciones no gubernamentales que establecen convenios; trabajadores a pie de calle que se encargan de los grupos más desfavorecidos (intercambio de jeringuillas en prisión, talleres destinados a prostitutas drogodependientes, etc.) e incluso asociaciones que analizan el contenido de las drogas de síntesis en las discotecas para prevenir de sus efectos. Además, se establecen convenios con empresas y ayuntamientos para lograr la reinserción y formación de extoxicómanos.

6.- En este proceso se observa que el acercamiento al ciudadano ha generado un proceso de descentralización en el que cada vez más municipios intentan elaborar sus propios planes de actuación en su comunidad y en el caso de España, aquellos que tienen menos de 20000 habitantes, se organizan en mancomunidades que aglutinan a varios municipios en programas conjuntos. En Gran Bretaña, los servicios se organizan localmente y participan un gran número de organizaciones no estatutarias con tradición

en este campo. En la misma línea, las organizaciones no gubernamentales se asocian crecientemente en federaciones con los mismos intereses y el interés por investigar el fenómeno de la drogodependencia, hace que los grupos de profesionales sean cada vez más numerosos desde diferentes disciplinas y analicen esta situación local e internacionalmente. No hallamos ante la sociedad red. La creciente descentralización ha generado problemas de coordinación entre las diversas administraciones y redes dependiendo de su mayor o menor interdependencia, del modo de organización, de la naturaleza formal o informal de las relaciones y de los instrumentos utilizados para mejorar la coordinación (planificación, regulaciones formales o contratos). Este aspecto surge como uno de los puntos débiles en la actualidad.

7- Por este motivo, la evaluación global cobra una especial importancia a la vez que se reconoce su dificultad puesto que resulta cada vez más difícil conocer el impacto de actuaciones tan diversas. Todos los aspectos mencionados llevan a considerar relevantes como la situación del consumo, las consecuencias derivadas, la legislación, la planificación y organigrama, la coordinación con otras organizaciones y administraciones, los recursos humanos, materiales y económicos puestos en marcha y finalmente, los principales problemas y retos de cara al futuro.

8- En último término, los problemas de coordinación, de cobertura desigual de los servicios; la necesidad de hacerlos flexibles y accesibles, dirigidos a cada paciente y a cada situación, no solo se constata como un hecho común en los países analizados sino como un aspecto relativo a otras áreas de intervención estatal en la adaptación de los servicios a las necesidades de la población. Por este motivo, es fundamental la evaluación como mecanismo de análisis de la realidad en la que se quiere actuar, sea rural, urbana, Zona Urbana Desfavorecida, etc<sup>224</sup>.

---

<sup>224</sup> Para conocer este aspecto con más detalle, se aconseja el Informe del Comité Director para la Democracia Local y Regional (CDLR) del Consejo de Europa (colaboración de Massimo Balducci. Autor y revisor a la edición española José Manuel Rodríguez y José Manuel Canales, respectivamente).(2001). *Los servicios de proximidad en las zonas urbanas desfavorecidas y en las zonas con baja densidad de población*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Calafat, A. et al. (1998). *Night life in Europe and recreative drug use*. SONAR 98. IREFREA y la Comisión Europea.
- Council of the European Union. (1999). *European Union Drugs Strategy (2000-2004)*. Disponible en [www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/cordroque64en.pdf) .
- EMCDDA.(2000). *Reviewing legal aspects of substitution treatment at international level*. Lisboa.
- EMCDDA (2001). *Drug Coordination Arrangements in the EU Member States*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- EMCDDA (2001). *General Report of activities, 2000*. Lisboa.
- EMCDDA (2001): *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea*. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
- EMCDDA (2002). *2001 Annual Report on the state of drug problem in European Union*.
- EMCDDA (2002). *Illicit possession of drugs and the law*. Lisboa. En [eldd.emcdda.org/trends/trends\\_possession\\_EU\\_ES.shtml](http://eldd.emcdda.org/trends/trends_possession_EU_ES.shtml).
- EMCDDA (2002). *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea 2001*. Lisboa.
- EMCDDA (2003). *Informe Anual sobre el Problema de la Drogodependencia en la Unión Europea y Noruega*. Lisboa: Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
- EMCDDA (2003). *Annual Report on the State of the Drugs problem in the European Union and Norway*.
- EMCDDA. *The European Legal Database on Drugs (ELDD)*.
- Eurobarómetro 57.2 sobre las actitudes de los jóvenes de la Unión Europea ante las drogas. Realizado entre el 27 de abril y el 10 de junio de 2002.
- European Commission. (1999). *Communication from the Commission to the Council and the European Parliament on a European Union Action Plan to Combat Drugs (2000 – 2004)*. Brussels. Disponible en [www.emcdda.org/multimedia/actionplan/action\\_en.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/actionplan/action_en.pdf)

- Morel, A.(Dr.) y Morales, L. (1999). “Prácticas Profesionales Europeas en materia de reducción de riesgos”. Federación Europea de Profesionales en Toxicomanía (ERIT). *Adicciones*. Volumen 11. No 3. SOCIDROGALCOHOL. (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías).
- Morel, A. (Dr.) y Morales, L. (2001). *European Letter on risk reduction*. Federation of European Professionals working in the field of drug abuse (ERIT).
- Norström, T. (2001). *Alcohol in Postwar Europe: Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm: National Institute of Public Health. European Commission. Disponible en [www.fhi.se/pdf/ECAS\\_2.pdf](http://www.fhi.se/pdf/ECAS_2.pdf). Pps. 14-18.
- Schardt, S. (Ed.) (2001). *European Cities on Drug Policy*. Frankfurt and Main.
- Solberg, U. (2002). *Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway*. Lisboa: EMCDDA.
- Stöver, H.; von Ossietzky, C. and Merino, P.P. (2001). *An overview study: Assistance to drug users in European Union prisons*. Lisbon: EMCDDA. Pps.7-10.  
[www.emcdda.org/multimedia/project\\_reports/responses/assistance\\_prisons\\_abridged.pdf](http://www.emcdda.org/multimedia/project_reports/responses/assistance_prisons_abridged.pdf).
- Swedish National Institute of Public Health. (2001). *The statistics on drug-related deaths in Europe*. Informe de la Conferencia de Estocolmo de Abril de 2001. Disponible en [www.fhi.se/shop/material\\_pdf/sta\\_drug.pdf](http://www.fhi.se/shop/material_pdf/sta_drug.pdf).
- Alonso, J., 1976. Citado por Navarro Botella, Jose (2002): “El consumo de Drogas”. En *Sociedad: una perspectiva de 15 años*. FAD y col. Pps. 15-28.  
[www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)
- Arroyo, A.; Marrón, T.; Coronas, D.; Leal, M.J.; Solé, C. y Laliaga, A. (2000): “Programa de mantenimiento con metadona en prisión: cambios sociales y sanitarios”. *Adicciones*, Vol.12, nº 2.
- Arteman, A.; Gual, A.; Padrós, J.; Casas, M.; Bruguera, E.; Colom, J. (2001): “¿Qué hacer cuando un paciente es un colega? Dos años de experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME)”. *Adicciones*, Volumen 13, nº1.
- Bobes, J.; Bascarán, M.T.; González, M.P.; Sáiz, P.A. (2000): “Epidemiología del uso/abuso de cánnabis”. *Adicciones*, Vol.12. Suplemento 2. 2000. Pps. 31-40.
- CIDUR-EDIS (1980). *Juventud y droga en España*. Madrid: Ministerio de Cultura.

- CIS (2000). Barómetro de diciembre de 2000 (expectativas 2001). Estudio nº 2405.Madrid.
- CIS (2000). “Datos de opinión” enero-marzo de 2000. Madrid.
- CIS (1999). Barómetro de diciembre de 1999 (expectativas 2000). Madrid.
- CIS (1999). Datos de opinión julio-septiembre 1999.
- CIS (1979). “Victimización y droga”. *REIS N° 18*. Madrid. Pps. 143-169.
- Cuadrado, P. (1998): “Evolución de la dependencia alcohólica en tratamiento. Factores predictivos en un seguimiento de 5 a 7 años”. *Adicciones*, Volumen 10, nº 4.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (1999). “*Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008)*”. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2002). *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España, 2001* (Resumen de prensa). Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2002). “La comprensión del problema de los consumos de drogas”. En *Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias*. Disponible en [www.mir.es/pnsd](http://www.mir.es/pnsd).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (2001). *Indicadores tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2000*. Madrid: Ministerio del Interior. Pp.23-24.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y Equipo de Investigación Sociológica (EDIS). (1995). *Encuesta Domiciliaria sobre Uso de Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (1997). *Encuesta sobre Drogas a la población escolar 1996*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (1997). *Plan de medidas para luchar contra las drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). (1997). *Plan de medidas para luchar contra las drogas. Medidas aplicadas durante 1997*. Madrid. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (1997): *Constitución del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid. Ministerio del Interior.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (1998). *Catálogo de Centros de Asistencia a Drogodependientes*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (1998). *Informe 1*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (1999). *Informe 2*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (2000). *Informe 3*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (2001). *Informe 4*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. (2002). *Informe 5*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: *Encuesta Escolar 2000*. Disponible en [www.mir.es/pnsd](http://www.mir.es/pnsd).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Memorias 1996-2000. Madrid: Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas para el período 2000-2008. Acceso en la Base de Datos de Legislación de Noticias Jurídicas. [www.juridicas.com/base\\_datos](http://www.juridicas.com/base_datos).
- De Miguel, A. (1993). *La sociedad española 1993-94*. Madrid: Alianza. Se dedica un epígrafe al consumo de drogas.
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña. (2001). “Cataluña pondrá en marcha la primera unidad de Patología Dual del Estado”. [www.gencat.es/sanitat/portal/cat/salmen2.htm](http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/salmen2.htm).
- Dictamen del Consejo Económico y Social sobre el Anteproyecto de Ley de Drogas que supone la prohibición del consumo en la vía pública en el territorio español (junio del 2002). En [www.ces.es/prensa/np20020604.htm](http://www.ces.es/prensa/np20020604.htm).

- Documentos TV (6/1/2003). El documental “La huella de la cocaína” (Guión: Jordi Godón; Realización: Mario García de Castro).
- Escudero, M. (2000): “Programa de mantenimiento con metadona realizado en Barcelona. Evaluación de una muestra de 40 participantes a los 4 años de su inicio”. *Adicciones*, Volumen 12, nº 3.
- FERMAD. VII Jornadas sobre Familia y Drogodependencias. Madrid, 5-6 Abril, 2001.
- Fernández, J.J.; González, MP.; Sáiz, PA.; Gutiérrez, E. y Bobes, J. (1999). “Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona”. *Adicciones*, Volumen 11, nº1.
- Gamella, J. F. (1997). “Heroína en España, 1977-1996”. En *Claves de Razón Práctica*. Mayo 1997. Pps. 20-30.
- Gamella, J. y Álvarez, A., (1997). *Las drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de su adquisición y consumo*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Gamella, Juan F.: *La historia de Julián. Memorias de heroína y delincuencia* Madrid: Popular.
- Garzón, B. (1997): “Política General en material de Drogodependencias en España”. En M<sup>a</sup> Pilar Gualda et al.: *Avances en Política Social*. Granada: Diputación Provincial. Pps. 97-101.
- Grupo de Trabajo del PMIT. (1999). *La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- Gutiérrez, E.; Sáiz, P.A.; García, N.; Fernández, P.; González, M<sup>a</sup> P.; Fernández, J.J. y Bobes, J. (2001). “Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos”. *Adicciones*, Volumen 13, nº 1.
- Jiménez, L.; Sáiz, P.A.; Gutiérrez, E.; Bascarán, M<sup>a</sup> T.; Carreño, E.; González-Quirós, M.; González, M<sup>a</sup> P. y Bobes, J. (2000). “Valoración transversal tras quince años en una muestra de adictos a opiáceos en Asturias”. *Adicciones*, Volumen 12, nº 4.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal. (BOE 24 de noviembre de 1995).
- López, M. (2002). “Malos tratos. Amores que matan”. *El Mundo* 12-02-2002. [www.el-mundo.es/salud/280/12N0145.html](http://www.el-mundo.es/salud/280/12N0145.html).

- Llorente, J.M.; Fernández, C. (1999). “Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro”. *Adicciones*, Volumen 11, nº 4.
- Marina, P. (1999). “¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos?”. *Adicciones*, Volumen 11, nº 3.
- Megías, E. (1988). “Prevención de Sida en Drogodependientes”. En *Comunidad y Drogas*.
- Megías, E. (Dir.)(2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J. y Romaní, O. (2000). *La percepción social de los problemas de las drogas en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Megías, E. y Zarco, J. (2002): “Introducción”. En *La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias*. E. Megías (Coord.). EDIS. Disponible en [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm) (2001).
- Megías; E. (Coord.)(2003). *Hijos y padres: comunicación y conflictos*. Madrid: FAD.
- Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, [www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#](http://www.mir.es/pnd/prevenci/html/recursos.htm#).
- Moreno, J.J. y Herrero, F.J. (2000). “Factores asociados al éxito en programas para dejar de fumar”. *Adicciones*, Volumen 12, nº 3.
- Navarro, J. (2002). “El consumo de Drogas”. En *Sociedad: una perspectiva de 15 años*. V.V.A.A. Madrid: FAD. Pps. 15-28. [www.fad.es/estudios/index.htm](http://www.fad.es/estudios/index.htm)
- Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (2003). “Acuerdo en torno a un tratado internacional para el control del tabaco”. 1 de marzo de 2003. [www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/](http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr21/es/).
- Pascual, C. (2000). “Gestión de la Calidad en Drogodependencias”. *Adicciones*, Volumen 12, nº1.
- Pascual, C. (2002). “Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. V.V.A.A. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).
- Real Decreto 79/1997, de 24 de enero, por el que se modifica la composición y estructura del grupo interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas.
- Rodríguez, E. y Romaní, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación La Caixa.

- Rodríguez, E.; Megías, I. y Sánchez, E. (2002). *Jóvenes y relaciones grupales*. FAD.
- Romaní, O. (1999). “La construcción social del problema de la droga”. En *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel.
- Sánchez, E.; Tomás, V. y Climent, A.(1999). “Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos”. *Adicciones*, Volumen 11, nº3.
- Sánchez-Hervás, E.; Tomás, V.; Morales, E. (2001). “Evaluación psicopatológica en dependientes al alcohol, heroína y cocaína mediante el Brief Symptom Inventory”. *Adicciones*, Volumen 13, nº 1.
- Secades, R.; Fernández, R. y Fernández, J.R. 53 (1998). “Factores asociados a la retención de heroínómanos en un programa libre de drogas”. *Adicciones*, Volumen 10, nº1.
- Secades, R. y Magdalena, Y. (2000). “Predictores de la Retención en una Comunidad Terapéutica para drogodependientes”. *Adicciones*, Volumen 12, nº3.
- Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA: *Registro Nacional de SIDA*. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
- Tato, J.; Nicolás, I.; Saborido, T.; Lacasta, S.; Rodríguez, N.; Tomás, X. y Moreno, M. (2000). “Drogodependencias-sida. Intervención socio-sanitaria en el ámbito domiciliario”. *Adicciones*, Volumen 12, nº 4.
- Terra: Actualidad 17-01-2003: “El Gobierno endurece las penas por terrorismo y tráfico de drogas y personas”.
- Torre, M et al. (2002).“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. En *II Symposium Nacional Tratamiento de Adicción en la Mujer*. Madrid 13 y 14 diciembre de 2002: Instituto Spiral.
- Torres, M.A.; Arias, F. y Ochoa, E. (2000). “Efectividad de la Naltrexona en pacientes alcohólicos”. *Adicciones*, Volumen 12, Nº2.
- Torres, M.A.; García, M.; Rebollida, M. y Valdés, R. (2001). “Malos tratos sobre mujeres de la provincia de Valencia”. En *Salud y Drogas*, Volumen 1, nº 2, Pp.205-243. [inid.umh.es/SyD/rev/r2/3Or3.pdf](http://inid.umh.es/SyD/rev/r2/3Or3.pdf).
- *Trastornos adictivos*. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías. Vol. 1- Nº 1-1999.
- Usó, J.C. (1996). *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Ed. Taurus.

- V.V.A.A. (2002): *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Valiente, C. (2001). “¿Movilizándose por otros? “El caso de las “Madres contra la Droga” en España”. *REIS*, nº96, Oct-Dic. 2001. Pps. 153-184.
- Vegue, M.; Alvaro, E. y García, S. (1998). “Evaluación de un programa de metadona en prisión. Resultados preliminares”. *Adicciones*, Volumen 10, nº 1.
- [www.ruidos.org/Normas/alcohol.html](http://www.ruidos.org/Normas/alcohol.html)
- [www.unad.org/index1.htm](http://www.unad.org/index1.htm)
- Decreto 270/1997, de 2 de diciembre.
- Decreto 72/85 de 3 de Abril. Creación del Comisionado para la Droga.
- Decreto 73/85 de 3 de Abril. Creación de los Centros Provinciales de Drogodependencias
- EDIS: Los Andaluces ante las Drogas” (1987/2000) encuestas realizadas por la empresa EDIS a la población andaluza. I, II, III, IV, V, VI y VII
- Comisionado para la Droga (2000). *Directorio de Centros. Plan Andaluz sobre Drogas*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Consejería de Asuntos Sociales (2001). II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2001-2007). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas
- Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón (1995). "El consumo de alcohol y otras drogas entre los adolescentes y jóvenes de diez áreas rurales de Aragón".
- Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón (1996). "Estudio de hábitos y actitudes ante la droga en jóvenes de 15 a 24 años de las ciudades de Huesca, Teruel y Zaragoza".
- Unidad de Coordinación en Drogodependencias. (1998). *Memoria 1998*. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón.
- Unidad de Coordinación en Drogodependencias. (2000). *Memoria 2000*. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón.
- Unidad de Coordinación en Drogodependencias. (2001). *Memoria 2001*. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo de la Diputación General de Aragón.

- Fundación Mapfre medicina (2001): Screening de drogas de abuso en personal de Aragón. Estudio por edades. [www.mapfremedicina.es](http://www.mapfremedicina.es).
- 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).
- Noticia El Periódico (9/5/01): “Los casos de sida en Aragón disminuyeron el año pasado en un 15% respecto al 99”.
- Noticia La Vanguardia 1997: “Los jóvenes aragoneses gastan 18.000 millones en bebidas alcohólicas”.
- Real e Ilustre Colegio de Abogados de Zaragoza (1999): “Informe especial del Justicia de Aragón sobre el consumo abusivo del alcohol por los menores en Aragón”.
- Real e Ilustre Colegio de Abogados de Zaragoza (2002): “Informe especial del Justicia de Aragón sobre la violencia juvenil en Aragón”. B.O.C.A. 215/2002, publicado el 15/03/2002.
- Consejería de Servicios Sociales (1995). *Memoria 1995*. Oviedo: Principado de Asturias.
- Consejería de Servicios Sociales. *Plan Regional sobre Drogas (2001-2003)*. Oviedo: Principado de Asturias.
- Consejería de Servicios Sociales. *Plan sobre Drogas para Asturias, 2001-2003. Proceso de reflexión y debate con la sociedad*. Oviedo: Principado de Asturias.
- Decreto 83/1999, de 11 de agosto, del Presidente del Principado, de Reestructuración de las Consejerías que forman parte de la Comunidad Autónoma, por el que el Plan de drogodependencias pasó a estar incluido en el ámbito de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (Dirección General de Salud Pública).
- 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*, Volumen 12, nº 4. Artículo publicado previamente en *International Journal of Drug Policy* 11, (2000) 235-244 con el título “Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort”.
- Conselleria de Sanitat y Seguretat Social. *Pla Autonòmic de Drogues: Programa de Prevenció de Drogues de Mallorca*. Govern Balear.

- Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias (2000). *Plan General de Servicios Sociales de Canarias*.
- Dirección General de Atención a las Drogodependencias (2000). *II Plan Canario sobre Drogas (2001-2008)*. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. En [www.comtf.es/doc/Borrador\\_II\\_PlanCanarioDrogas.htm](http://www.comtf.es/doc/Borrador_II_PlanCanarioDrogas.htm)
- Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud (1997). *Defunciones Canarias 1995*. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda.
- Instituto Canario de Estadística (ISTAC) y Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud (1999). *Defunciones Canarias 1996*. Gobierno de Canarias. Consejería de Economía y Hacienda, 1999.
- Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.
- Serra-Majem, Ll.; Calvo, J.R.; Santana, F.; Orengo, J.C.; López-Cabañas, A. y Serrano, P. (1998). “European tobacco control initiative: from Helsinki (Finland) to Las Palmas de Gran Canaria (Spain)”. Las Palmas: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Servicio Canario de Salud.
- Servicio Canario de Salud. (1997). *Encuesta de salud de Canarias*. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.
- Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria (2002). *Memoria 2000/2001 del Plan Regional sobre Drogas*. Santander.
- Javier, F. et al. (2002). “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. En *I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid: Instituto Spiral. 13 y 14 de diciembre de 2002.
- Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en Materia de Drogodependencias. [www.csanidadcantabria.com/sanidad2/normativa](http://www.csanidadcantabria.com/sanidad2/normativa)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1998-2000). *Programa de Prevención y Promoción de Tabaquismo en Profesionales Sanitarios*. Madrid. Se puede ver con más detalle en [www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/programa.htm](http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/programa.htm)
- Paniagua, H; García, S. et al. (2000). “Perfil del Adolescente cántabro en el año 2000: Hacia una estrategia preventiva”. En *Boletín Epidemiológico de Cantabria*, n°8.

- Consejería de Sanidad. *Plan Regional sobre Drogas 1996-99. I: Marco de actuación.*
- Consejería de Sanidad. *Plan Regional sobre Drogas 1992-95.*
- III Plan Regional (1997-2000) Decreto 200/1997, de 9 de octubre. BOCyL nº 196, de 13 de octubre de 1997
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social. *II Plan Regional sobre Drogas (1998).* Junta de Castilla y León.
- Consejería de Sanidad y Bienestar Social (2001). *IV Plan Regional sobre Drogas (2001-2004).* Junta de Castilla y León. (Decreto de 3 de mayo de 2001).
- Decreto 201/1997, de 9 de octubre (BOC y L, nº 196, 13 octubre 1997): composición de la Oficina de Coordinación del Plan.
- Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes
- Alsedá, M. y Godoy, P. (1994). “Mortalidad atribuible al alcohol en Cataluña”. Sección de Epidemiología. Delegación Territorial del Departament de Sanitat i Seguretat Social de Lleida. Facultad de Medicina. Universidad de Lleida.
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social. (2001). *Memoria de la actividad del Órgano Técnico de Drogodependencias.*
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Servicio Catalán de la Salud. (2000). *Plan de Salud de Cataluña, 1999-2001.*
- 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 años. En [www.fad.es/cd/leyes/textos/ccatl2085.htm](http://www.fad.es/cd/leyes/textos/ccatl2085.htm)
- Ley 20/1985 sobre Prevención y Asistencia en materia de drogodependencias.
- Ley 8/1998: modifica parcialmente la anterior.
- Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña. *Informes Anuales 1998-2000.*
- Web de la Generalitat de Cataluña. Dirección General de Drogodependencias y SIDA: [www.gencat.es/sanitat/es/for.htm](http://www.gencat.es/sanitat/es/for.htm)
- Ley Orgánica 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta
- Noticia del 17 de octubre 2000 *El Mundo* “Un centenar de jóvenes vive entre la prostitución y la droga en Ceuta”. En [www.el-mundo.es/2000/10/17/indice.html](http://www.el-mundo.es/2000/10/17/indice.html)

- Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud de Extremadura (2001-2004)* Baigorri, A. (Dir.).(1993). *Mujeres en Extremadura*. Badajoz: Dirección general de la Mujer.
- Plan Integral sobre Drogas (PID) (2000). “Sociedad del ocio juvenil”. Junta de Extremadura.
- Web de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura.. En [www.juntaex.es/consejerias/syc/std/prevencion.htm](http://www.juntaex.es/consejerias/syc/std/prevencion.htm)
- Ley 4/1997 de 10 de abril.
- Ley 1/1999 de 29 de marzo de Prevención Asistencia y Reinserción de las Drogodependencias de Extremadura.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *I Plan de Galicia sobre Drogas 1986-96*. Xunta de Galicia
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *III Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004*. Xunta de Galicia
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. *Programas asistenciales do Plan Autonómicos sobre Drogodependencias*. Xunta de Galicia.
- Decreto 174/1994, de 2 de junio, creó comisiones de coordinación entre las instituciones que intervienen en el campo de las drogodependencias.
- Decreto 33/1993, de 19 de febrero, se creó el Comisionado del Plan Autonómico
- 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.
- Decreto 86/1994, de 14 de abril, estableció la estructura y funciones de la Oficina del Comisionado.
- Encuestas EDIS 1988, 92, 94, 96, 98
- II 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)
  - Ley de Galicia sobre Drogas: Ley 2/1996 do 8 de maio. Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais.
- Comisión Regional de Coordinación para la Prevención y Asistencia en Drogodependencias (1986). *Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones*. Gobierno de La Rioja.

- Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones de La Rioja (aprobada el 23 de octubre de 2001).
- Plan Regional de Drogodependencias y otras Adicciones (1997). *Segundo Plan (1997)*. Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.
- Agencia Antidroga (1998). *Memoria 1997*. Madrid: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.
- Agencia Antidroga (2001). *Memoria 2000*. Madrid: Consejería de Sanidad.
  - Comunidad de Madrid (1990). *Evaluación del trabajo y resultados* (aproximación a los Servicios Sociales). Serie Informes Técnicos.
- EDIS (1997). "Estudio del consumo de drogas y factores asociados en el Municipio de Madrid 1997". Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal contra las Drogas.
- Gándara, J.; Sanz, O. y Fuentes, J.C. (1999). "Adicciones sin drogas: ¿hábitos o enfermedades?". Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Agencia Antidroga.
- Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- I Plan Autonómico de Lucha contra la Droga (2001)
- Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan Regional sobre Drogas, 1993-96*. Región de Murcia.
- Freixinós, M<sup>a</sup> A. (2000). *Consumo de drogas, personalidad y conductas patológicas en adolescentes*. Universidad de Murcia, Facultad de Psicología.
- Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social. Asamblea Regional de Murcia. Publicación en Boletín Oficial de la Región de Murcia (3/11/97) y B.O.E. (12/2/98).
- Plan Regional sobre Drogas para el trienio 1998-2000. Más información en el Dictamen 5/1998 del Consejo Económico y Social de la Región de Murcia. En [www.cesmurcia.es/dictamen/a\\_1998/d\\_5\\_98.htm](http://www.cesmurcia.es/dictamen/a_1998/d_5_98.htm)
- Sistema de Información sobre las Toxicomanías de la Región de Murcia (SITCAM)(1998): *Informe Anual 1998*. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Serie Documentos, nº 5.
- Universidad de Murcia: "Estudio sobre Conductas de Salud en la Población Escolarizada". [www.um.es](http://www.um.es)

- Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra: *Memoria 2000*. Subdirección de Salud Mental. Departamento de Salud.
- Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra: *Memoria 1999*. Subdirección de Salud Mental. Departamento de Salud.
- Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. *IV Plan Trienal sobre Drogodependencias 2000-2002*. Viceconsejería de Asuntos Sociales. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. En [www1.euskadi.net/drogodep/trienal\\_c.asp](http://www1.euskadi.net/drogodep/trienal_c.asp)
- Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. *Euskadi y Drogas*.
- Ley 18/98 de Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias, que sustituyó a la elaborada diez años atrás
- Observatorio Vasco sobre Drogas (1999): *Informe 2*. Vitoria: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Observatorio Vasco sobre Drogas (2000): *Informe 3*. Vitoria: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Observatorio Vasco sobre Drogas (2001): *Informe 4*. Vitoria: Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Web de la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco: [www1.euskadi.net/drogodep/indice\\_c.asp](http://www1.euskadi.net/drogodep/indice_c.asp).
- Conselleria de Benestar Social (2001). *Plan Autonómico Valenciano sobre drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. 1999-2002*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- "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.
- 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.
- *Encuestas 1996-1998-2000-2002 de la Comunidad Valenciana*
- Ley 3/1997, de 16 de junio de la Generalitat Valenciana, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- 1971 Misuse of Drugs Act
- Agencia Nacional de Tratamiento (NTA)

- Alcohol Concern (2000). *Britain's Ruin. Alcohol Concern's report on alcohol use&misuse in UK*. Pp.4. Más información en [www.alcoholconcern.org.uk](http://www.alcoholconcern.org.uk)
- Alcohol Concern. *The State of the Nation. Britain's True Alcohol Bill*.
- Allsop, D. and Slavin, W. (1992). "Scottish voluntary alcohol and drug services". In *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Edinburgh University Press. Pp. 123-130.
- Angus, N. (2002). *Cluster of Wound Bolulism cases in injecting drug users*. [www.drugmisuse.isdscotland.org/news/phls\\_release.pdf](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/news/phls_release.pdf)
- Artículo BBC News 25/5/2000: "Strategy tackles drug and alcohol misuse". En [news.bbc.co.uk/1/hi/uk/wales/762753.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/wales/762753.stm). Explica la estrategia contra la droga de Gales.
- Audit Commission (2002). *Changing habits. The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing*. Pps.7; 20-24; 34; 63.
- Audit Commission and District Audit (2002). *Fundamental principles of handling public money. A good practice guide for drug action teams*. En [www.nta.nhs.uk](http://www.nta.nhs.uk).
- Burroughs, W. (1953). *Yonqui*. Barcelona: Anagrama.
- Census of 1991.
- Centre for Substance Abuse Treatment (CSAT)) y la Administración de Servicios Mentales y de Abuso de Drogas (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) de EEUU En [www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/SHEETS/107\\_multiple\\_indicator.pdf](http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/SHEETS/107_multiple_indicator.pdf)
- Centre for Drug Misuse Research at the University of Glasgow; Scottish Centre for Infection and Environmental Health (SCIEH). *Estimating the National and Local Prevalence of Problem Drug Misuse in Scotland*. Scottish Executive. Scottish Drug Misuse
- Communicable disease surveillance centre (2002). HIV and AIDS in the UK in 2001. En [www.phls.co.uk/topics\\_az/hiv\\_and\\_sti/publications/hiv\\_annual\\_2002.pdf](http://www.phls.co.uk/topics_az/hiv_and_sti/publications/hiv_annual_2002.pdf) .
- Corporate governance: a framework for public bodies (1995).
- Davidson, G (1994). *Alcohol and child mistreatment*. United Kingdom: Powys Social Services Department.
- Department of General Practice and Primary Care and the Health Economics Research Unit (HERU) at the University of Aberdeen commissioned by the

- Effective Interventions Unit (EIU) (2002). *The effectiveness of treatment for opiate dependent drug users: An international systematic review of the evidence.*
- Department of Health (1999). *Drug Misuse and Dependence-Guidelines on Clinical Management.* Pps.127-128.
  - Department of Health (2002). *Models of Care for substance misuse treatment.*
  - Drug Misuse Statistics Scotland (2001). *Continuous Morbidity Recording (CMR)* Pp.40.
  - Drug Misuse Statistics Scotland, 2002. In [www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/02bull/a5/a5index.htm](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/02bull/a5/a5index.htm)
  - Drugs Strategy Directorate (2002). *Updated Drug Strategy 2002.* En [www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/NationalStrategy](http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/NationalStrategy).
  - Drugscope and EMCDDA (2002). *Annual Report on the UK Drug Situation 2001*, Pps.21; 35; 55; 58; 60-61; 73-75.
  - Drugscope. UK Drug Report 2001. *The Drug Situation in the UK.* En [www.drugscope.org.uk/druginfo/drugreport.asp](http://www.drugscope.org.uk/druginfo/drugreport.asp)
  - Dunbar (1992). *International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.* En [www.nta.nhs.uk/publications/briefing1b.pdf](http://www.nta.nhs.uk/publications/briefing1b.pdf)  
En [www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm#recen](http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm#recen) .
  - European Working Group on Drugs Oriented Research (EWODOR); Scottish Addiction Studies (2002). “Scottish American Congress”. *22nd - 24th September 2002 - Stirling Management Centre, University of Stirling.* Congreso Escocés-Americano, septiembre de 2002.
  - Fountain, J. University of Central Lancashire. Preston. (2002). *The service needs of drug who are homeless.* Bridging the Gaps - Research Seminar Series, Scottish Addiction Studies, University of Stirling, 19<sup>th</sup> September.
  - Frischer, M.; Hickman, M.; Kraus, L.; Mariani, F. and Wiessing, L. (2001). “A comparison of different methods for estimating the prevalence of problematic drug misuse in Great Britain”. *Addiction*, 96, 1465–1476.
  - Gossop, M.; Marsden, J. and Stewart, D. (2001). *After Five Years The National Treatment Outcome Research Study.* London: National Addiction Centre.
  - Greenwood, J. (1992). “Services for problem drug users in Scotland”. In *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience.* Pp. 138-143.
  - Gruer, L. and Syed, A. (2001). *Clostridium novyi & Co: the drug injector outbreaks.* En [www.iduoutbreak.abelgratis.com/consummary.htm](http://www.iduoutbreak.abelgratis.com/consummary.htm)

- Hall, W.; Room, R. and Bondy, S. (1995). *A Comparative Appraisal of the Health and Psychological Consequences of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use*. [www.druglibrary.org/schaffer/hemp/general/who-index.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/hemp/general/who-index.htm)
- Health Education Board for Scotland (2002). *Preventing HCV in Scotland: Option for Action. Report of a deliberative seminar*. Pp.15; 33-34.
- Historia de los Teddy Boys en [www.rockabilly.nl/cavan/teddyboys.htm](http://www.rockabilly.nl/cavan/teddyboys.htm)
- Independent inquiry into the Misuse of Drugs Act 1971 (2000). *Drugs and the Law*. Vizcondesa Runciman DBE.
- Information and Statistic Division (ISD) (2001). *Drug Misuse Statistics Scotland 2001*, Pps.14-16; 19-22; 27; 41; 47; 50-51; 62-63; 82-85; 98-99; 111; 151-53. ISD. Escocia.
- Jamieson, J., McIvor, G. and Murray, C. (1999). *Understanding Offending Among Young People*, Edinburgh: The Stationery Office.
- Galbraith, L. and Peter, K. (2001). *An Outcomes Pilot Study. Individuals attending selected drug services in Scotland*. Scotland: ISD. [www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/local/Outcome-full-report.pdf](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/publications/local/Outcome-full-report.pdf)
- Mallender, J.; Roberts, E. and Seddon, T. (2001). *Evaluation Of Drug Testing In The Criminal Justice System In Three Pilot Areas*.
- Maxwell (1950) cited by Yates, R. (1999). *Only Available in Black: The limiting of Addiction Services in the Twentieth Century*.  
En [www.stir.ac.uk/Departments/HumanSciences/AppSocSci/DRUGS/black.pdf](http://www.stir.ac.uk/Departments/HumanSciences/AppSocSci/DRUGS/black.pdf)
- McLaughlin et al. (2001). *The parole Board for Scotland. Annual Report*.
- Microsoft Encarta Encyclopedia 2001
- National Treatment Agency (2002). *Commissioning cocaine/crack dependence*.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2002).
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) (2002). *Key findings on drug treatment Drug action teams' template analysis*. En [www.nta.nhs.uk](http://www.nta.nhs.uk).
- Neale, J.; Saville, E. and McKeganey, N. (2002). *Project Drug Outcome Research in Scotland study (DORIS)*. Centre for Drug Misuse Research. Glasgow University. [www.gla.ac.uk/centres/drugmisuse/Projects.html](http://www.gla.ac.uk/centres/drugmisuse/Projects.html)
- Northern Ireland Office (25/06/1999) "Review of Strategy on alcohol related harm" [www.nio.gov.uk/press/1999/jun/990625f-dhss.htm](http://www.nio.gov.uk/press/1999/jun/990625f-dhss.htm)
- Orford, J. and Edwards, G. (1978). *Alcoholism*. New York: Oxford University Press.

- Paton, D. "The legend of drunken Scotland". En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Edinburgh: University Press, Pps. 10-16.
- Plant, M. (1992). "Alcohol, tobacco and illicit drug use in Scotland". In *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Edinburgh: University Press, Pps. 3-9.
- Riley, D. (1993). *The Harm Reduction Model. Pragmatic Approaches to Drug Use from the Area between Intolerance and Neglect*.  
[www.ccsa.ca/docs/harmred.htm](http://www.ccsa.ca/docs/harmred.htm).
- Ritson, B. (1992). "Services for problem drinkers in Scotland". En *Alcohol and Drugs. The Scottish Experience*. Pps. 131-136.
- Scottish Department of Health (1995). *The Scottish Health Survey*. London.  
[www.archive.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth/shch1.htm#1.1](http://www.archive.official-documents.co.uk/document/scottish/shealth/shch1.htm#1.1)
- Scottish Executive (2001). *Effective Interventions Unit Evaluation Statement*.  
[www.drugmisuse.isdscotland.org/goodpractice/EIU\\_eval\\_statement.pdf](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/goodpractice/EIU_eval_statement.pdf)
- Scottish Executive (2001). *National Care Standards*, Pp.4.
- Scottish Executive (2002). *Better communities in Scotland: Closing the gap*.
- Scottish Executive (2002). *Plan for Action on Alcohol Problems*, Pps. 3-4; 50.  
Más información en [www.scotland.gov.uk/health/alcoholproblems/](http://www.scotland.gov.uk/health/alcoholproblems/)
- Scottish Executive. Artículo 12/1/2000. Gray, I.: "Iain Gray Targets Scotland's Drugs Misery".
- Scottish Executive's Drugs Action Plan (2000). "*Protecting our Future*". Pps. 20-21. [www.scotland.gov.uk/library2/doc15/dap-00.asp](http://www.scotland.gov.uk/library2/doc15/dap-00.asp)
- Scottish Office (1994). *Drugs in Scotland. Meeting the Challenges*. Report of Ministerial Drugs Task Force.
- Shaffer Library Of Drug Policy:  
[www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/studies.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/studies.htm).
- Sondhi, A.; O'Shea, J. and Williams, T. (2002). *Arrest Referral. Emerging findings from the national monitoring and evaluation programme*. Home Office. Pp.2.
- Strategy Unit and Department of Health (2002). *National Alcohol Harm Reduction. Consultation Document*.
- The Advisory Council on the Misuse of Drugs (2000). *Reducing Drug-related Deaths*, London, Pp.1.

- The Guardian “Young make drugs part of everyday life”. 25 de noviembre de 2002.
- The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator (1998). *Tackling Drugs to Build a Better Britain. The Government's 10-year anti-drugs strategy.*
- The United Kingdom Anti-Drugs Co-ordinator (2002). *Tackling Drugs to Build a Better Britain Second National Plan (2000/2001).*
- UK House of Lords (1998). Informe sobre el cannabis. En [www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15101.htm](http://www.druglibrary.org/schaffer/Library/studies/hlords/15101.htm)
- Web de communities in Scotland. [www.communitiesscotland.gov.uk/communities/](http://www.communitiesscotland.gov.uk/communities/)
- Web de Drug Misuse Information in Scotland. [www.drugmisuse.isdscotland.org/index.shtml](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/index.shtml)
- Web de la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA)). [www.nta.nhs.uk](http://www.nta.nhs.uk).
- Web de la National Treatment Agency for Substance Misuse: *Guidance*. En [www.nta.nhs.uk](http://www.nta.nhs.uk).
- Web de los Equipos de Acción en Drogas y de la Estrategia Nacional en Reino Unido [www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams](http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/DrugActionTeams)
- Web de los servicios en prisión en Inglaterra y Gales. Entre éstos se encuentran los programas y actividades de drogodependencias en prisión [www.hmprisons.gov.uk](http://www.hmprisons.gov.uk).
- Web de Scotland Against Drugs. [www.sad.org.uk/](http://www.sad.org.uk/)
- Web de Scottish Crime survey. [www.data-archive.ac.uk/findingData/scsResourcesBi.asp](http://www.data-archive.ac.uk/findingData/scsResourcesBi.asp)
- Web de Scottish Drug Misuse Database. [www.drugmisuse.isdscotland.org/sdmd/sdmd.htm](http://www.drugmisuse.isdscotland.org/sdmd/sdmd.htm)
- Web de Scottish Training Project. [www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm](http://www.stir.ac.uk/departments/humansciences/appsocsci/drugs/library.htm).
- Web de Social Inclusion Partnership (SIPs) [www.scvo.org.uk/sip/default.htm](http://www.scvo.org.uk/sip/default.htm).
- Web del British Crime Survey [www.homeoffice.gov.uk/rds/bcs1.html](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/bcs1.html).
- Yates, R. (2002): “A Brief History of British Drug Policy, 1950-2001”. En *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 9, No. 2. , pp. 113-124.
- Yates, R. and McIvor, G. “Inebriety and the Criminal Justice System in Scotland” (no publicado).

- York Consulting Limited (YCL) and the School of Nursing and Midwifery, Dundee University (SNMDU) commissioned by the Effective Interventions Unit (EIU) (2001): *Drug Treatment Services for young people: A research review*.
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología*. Ed. Fundamentos.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS, Cuadernos Metodológicos.
- Alvira, F. (2000). "Diseños de investigación social: criterios operativos". En M. García; J. Ibáñez y F. Alvira (compilación): *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- Ballart, X. (1992). *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos?* Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas (M.A.P.).
- Beltrán, M.(2000). "Cinco vías de acceso a la realidad social". Pps. 15-55. En M. García; J. Ibáñez y F. Alvira (compilación): *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza. Pps.15-55.
- Berk, R.A. y Rossi, P.H. (1999). *Thinking about program evaluation 2*. London: Sage Publications.
- Bondonio, D.(2002). "Evaluating Decentralized Policies". In *Evaluation*. London: Sage Publications. Pps.101-124.
- Cañs, J. (1997). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: CIS, Cuadernos Metodológicos nº21. Pps.23-20; 89.
- Consejería de Asuntos Sociales (1998): *Evaluación del Plan Andaluz sobre Drogas. Primer informe*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Cronbach, L.J. (1989): *Designing evaluations of educational and social programs*. London: Jossey- Bass Publishers.
- Chelimsky, E y Shadish, W. R. (Eds.) (1997). *Evaluation for the 21st century*. London: Sage Publications.
- Dale, R. (1998). *Evaluation Frameworks for development programmes and projects*. London: Sage Publications.
- Espinoza, M. (1993). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- Etzioni, A. and Dubow, F.L. (1970). *Comparative Perspectives. Theories and Methods*. Boston: Little, Brown and Company.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction (2001). *Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners*.

- Evert, Vedung (1997). *Evaluación de Políticas Públicas y Programas*. Madrid. Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- González, P. (2000). “Medir en las Ciencias Sociales”. En M. García; J., Ibáñez y F. Alvira (compilación). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- González, B. (2000). “Nuevas perspectivas en la explotación y aprovechamiento de los datos secundarios”. En M. García; J., Ibáñez y F. Alvira (compilación). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- Hanberger, A. (2001). “What is the Policy Problem? Methodological Challenges in Policy Evaluation”. En *Evaluation*, 7:1;45-62.
- Hantrais, L. (2002). “Comparative Research Methods”. Loughborough University. Cross-National Research Group. En <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.htm>.
- Hopkins, T. K. and Wallenstein, I. (1970). “The Comparative Study of National Societies”. En A., Etzioni and F.L., Dubow. *Comparative Perspectives. Theories and Methods*. Boston: Little, Brown and Company. Pps.183-204.
- Ibáñez, J. (2000). “Perspectivas de la investigación social: el diseño de las tres perspectivas”. En M. García; J., Ibáñez y F. Alvira (compilación). *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- Landmand, T. (2000): *Issues and Methods in comparative politics. An introduction*. London: Routledge. Pps. 4-10.
- Linz, J. y De Miguel, A. (1966): “Within Nation Differences and Comparisons: The Eight Spains”. In *Comparing Nations: The Use of Qualitative Data in Cross-National Research*. R., Merritt and S. Rokkan (Eds.). New Haven: Yale University Press.
- Mabbet, D. and Bolderson, H. (1999). Theories and Methods. In J. Clased. *Comparative Social Policy*, Oxford: Blackwell. Pps. 34-56.
- Meil, G. (1997). “Política social comparada”. En C, Alemán y J. Garcés. *Política Social*. McGraw Hill. Pps. 133-153.
- Ministerio de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo y del Interior. *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Universidade de Santiago de Compostela.
  - Monnier, E. (1995). *Evaluación de la acción de los poderes públicos*. Instituto de Estudios Fiscales.
  - Quinn, M. (2002). “A vision of Evaluation that Strengthens Democracy”. In *Evaluation*. London: Sage Publications. Pps. 125-139.

- Quinn, M. (1987). *How to use qualitative methods in Evaluation*. London: Sage Publications.
- Ragin, C. (1994). "Using Comparative Methods to Study Diversity". In *Constructing Social Research*. California: Sage Publications. Pps. 105-130.
- Rossi, P.H. y Freeman, H.E. (1989). *Evaluation a systematic approach*. London: Sage Publications.
- Ruíz, J. I. (1996). *Metodología de la Investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- 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.
- Trinidad, A et al. (2001): *Evaluación institucional de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada*. Universidad de Granada.
- Alcock, P. (1996). *Social Policy in Britain: themes and issues*. London: Palgrave Publishers. Pps.18-41.
- Alemán, C. (1991). *El sistema público de servicios sociales en España*. Granada: Impredisur.
- Alemán, C.; Garcés, J. (1997). *Política Social*. McGraw Hill.
- Alemán, C.; García, M.(1999). *Fundamentos de Bienestar Social*. Valencia: Tirant lo Blanch. Pp. 168; 215-218; 220; Capítulo IV.
- Alonso, L. E. "La producción social de la necesidad". UNED. [www.uned.es/125051/socicon/lea.htm](http://www.uned.es/125051/socicon/lea.htm)
- Appleby, J.; Ball, Terence (Eds.)(1999): *Thomas Jefferson, political writings*. New York: Cambridge University Press.
- Arenilla, M. (2000). "Planificación y Políticas Públicas". En A., Trinidad (Coord.): *Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas. Pps. 37-68.
- Baena, M. (2000). *Curso de Ciencia de la Administración. Vol.I*. Madrid: Tecnos.
- Beltrán, M (2000). "El problema de la calidad en los servicios públicos". En A., Trinidad (Coord.). *Evaluación y Calidad en las Organizaciones Públicas*. Madrid: INAP.
- Beltrán, M. (2000). "El Policy Análisis como instrumento de valoración de la acción pública". En *La acción pública en el régimen democrático*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. Pps.17-39.

- Beveridge, W. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. Pp.170. Resumen en [www.weasel.cwc.net/beveridge.htm](http://www.weasel.cwc.net/beveridge.htm)
- Blumer, H. (1971). "Social Problems as Collective Behaviour". En *Social Problems*. XVIII, 3: 298-306.
- Boyne, G. (2001). *Public Administration*. Vol.79. No.1 (73-88). Oxford: Blackwell Publishers.
- Bradshaw, J. (1972). "The concept of social need". *New society*. Pps. 30 march : 640-643. En *Health Policy Review*, 2002, Vol. 3. N.2. Harvard.
- Bryson, L. (1992). *Welfare and the State*. London: Macmillan. Pp.36.
- Cahill, M.(1994). *The New Social Policy*. Oxford: Blackwell. Pps. 173-193.
- Canales, J.M. (2001). "Gobernabilidad y Gestión Pública". En Olñas, B. (Coord.). *La Nueva Gestión Pública*. Madrid: Prentice Hall. Pps.37-48.
- Canales, J.M. (2002). *Lecciones de Administración y Gestión Pública*. Universidad de Alicante.
- Casado, D. (1997). "Antecedentes históricos de la política social en España". En C., Alemán y J., Garcés, *Política Social*. McGraw Hill. (Pps. 4-29).
- Clarke, J.; Cochrane, A. and McLaughlin E. (1995). *Managing Social Policy*. London: Sage Publications. "Introduction". Pps. 1-11.
- Comité Director para la Democracia Local y Regional (CDLR) del Consejo de Europa (colaboración de Massimo Balducci. Autor y revisor a la edición española José Manuel Rodríguez y José Manuel Canales, respectivamente).(2001). *Los servicios de proximidad en las zonas urbanas desfavorecidas y en las zonas con baja densidad de población*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas.
- Davies, C.; Finlay, L.and Bullman, A. (2000). *Changing Practice in Health and Social Care*. London: Open University and Sage Publications.
- Doménech, R. (1995). "La iniciativa social y la gestión de recursos". En *Avances en Política Social*. Diputación Provincial de Granada. Pp.441.
- Donnison, D.V. (1975). *An Approach to Social Policy*. Dublin: National Economic and Social Council and Republic of Ireland Stationery Office. Pp.26
- Donolo, C. (1999). *¿Cómo gobernar mañana?*. Barcelona: Galaxia de Gutemberg y Círculo de Lectores.
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona. Icaria.
- Esping-Andersen (2000). "Two societies, one sociology and no theory". In *The British Journal of Sociology*. Vol.51. No.1. Pps.59-75.

- Esping-Andersen (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Great Britain: Polity Press.
- Esping-Andersen (2000). "Two societies, one sociology, and no theory". *British Journal of Sociology*, Vol. 1. No1.
- Etzioni, A. (1961). *A comparative analysis of complex organizations. On power, involvement and their correlates*. New York: The Free Press of Glencoe.
- Fernández, R.V. (2003). "Estadísticas comparadas. Principales Indicadores Económicos y Sociales en España". En *Informe 2003*. Fundación Hogar del Empleado. J. A. Garde (Ed.). Pps.489-557.
- Ferrera, M. (1996). "The southern model of welfare in social Europe". In *Journal of European Social Policy*, 6, Pps. 17-37.
- Freeman, R. (1999). *Institutions, States and Cultures: Health Policy and Politics in Europe*. Pps. 80-94.
- Friedman, J. (1991). *Planificación en el ámbito público*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
- García, M. (1982). *Las transformaciones del Estado Contemporáneo*. Madrid: Alianza.
- Garde, J.A. (2000). "Once propuestas sobre el Estado del bienestar". En *Informe 2000. Políticas sociales y Estado del bienestar en España*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado. Pps.141-152.
- Giddens, A. (2001). "Pobreza, bienestar social y exclusión social". En *Sociología*. Madrid: Alianza. (4ª Edición). Pp.428.
- González, L. (2000). "Antecedentes y fundamentos teóricos y doctrinales del Estado del Bienestar". En *Las estructuras del bienestar en Europa*. S., Muñoz; J.L.,García y L. González (Dir.). Escuela Libre Editorial y Cívitas. Págs. 37-129.
- Grasa, R.; Gambará, H.; Manóvil, M. J. (2001): Mesa redonda "Métodos de evaluación de proyectos". En <Curso de Periodismo Solidario>. El País. Madrid.
- Gough, Ian (1979). *Economía política del Estado del bienestar*. Madrid: Blume.
- Greer, A.; Hogget, P. (1999). "Public policies, private strategies and local public spending bodies". *Public Administration* Vol.77 No.2 1999 (235-256).
- Gualda, M. P.; Delgado, J.F. y Rodríguez, A. (Coord.): *Avances en Política Social*. Diputación Provincial de Granada. Este libro es el resultado de los trabajos presentados en las Primeras Jornadas Internacionales de Política Social y Calidad de Vida. La Unión Europea y el Bienestar Social, celebradas en Granada en marzo de 1994.

- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere: An Inquiry into a Category of Bourgeois Society*. Cambridge: MIT Press. Edición española (1981): *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública*. Barcelona: Ed. GG.
- Herrera, M. y Castón, P. (2003). *Las Políticas Sociales en las sociedades complejas*. Ariel.
- Hill, M. (1993). "Introduction". In *New Agendas in the Study of the Policy Process*. London: Harvester.
- Hill, M. (1993). *Understanding Social Policy*. Oxford: Blackwell. Pps.8-10; 75-82; 89-91; 92-94.
- Iglesias de Ussel, J. (2000). "Familia y estructuras de solidaridad en España". En *Las estructuras del bienestar en Europa*. S., Muñoz; J.L., García y L. González (Dir.). Escuela Libre Editorial y Cívitas. Pps.761-777.
- Irigoyen, J. (1996). *La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica*. Granada: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
- Jones Finer, Catherine (1999): "Trends and Developments in Welfare States". Pp. 15-33. En Clasen, Jochen (1999): *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*. Blackwell Publishers Ltd, Oxford. Pp. 15-33.
- Kennett Patricia (2001): "Theory and analysis in cross-national social policy research". En *Comparative social policy*. Open University Press. Buckingham.
- Lagares, M. (1988): "Niveles de cobertura del gasto público en España", *Papeles de Economía Española*, nº37, Pps 158 y ss. En "El Estado de bienestar moderno". Montoro, R. En *Las estructuras del bienestar en Europa*. (cit.)
- Leibfried, S. (1991): *Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes in the European Community*. Bremen University. Germany.
- Liddiard, Mark "Social need, inequality and difference". En Baldock, John; Manning, Nick; Miller, Steward; Vickerstaff, Sarah (1999): *Social Policy*. Oxford University Press.
- Lyon, D. (1994): *Postmodernidad*. Madrid. Alianza.
- Marinakou, M. (1998): "Welfare States in the European periphery: the case of Greece". In R.Sykes and P.Alcock (eds) *Developments in European Social Policy: Convergence and Diversity*. Bristol. Policy Press.
- Marshall, T.H. (1965), *Class, citizenship, and social development*. New York. Doubleday.

- Maslow, Abraham (1975): *Motivación y personalidad*. Barcelona. Sagitario.
  - Merton, R.K. y Nisbet, R. (eds) (1976): *Contemporary Social Problems*. Nueva York. Hancourt Brace and Jovanovich. En *Diccionario de Sociología*.
  - Miller, Stewart (1999): *Social Policy*. Oxford University Press. Pp.6. Información más detallada sobre el caso británico en Timmins, Nicholas (1995): *Los cinco gigantes*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pps.10-13-16.
  - Mishra, R. (1992). *El Estado del Bienestar en crisis: pensamiento y cambio social*. Edición española. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. La edición original se publicó en 1984 con el título: *The Welfare State in Crisis. Social Thought and Social Change*.
  - Montagut, Teresa. (2000): *Política social. Una introducción*. Ariel Sociología. Barcelona.
  - Montoro Romero, R. (1997): “Fundamentos teóricos de la política social”. En Alemán Bracho, C. y Garcés, J. (Coord.): *Política Social*. Mc.GrawHill. Pps.34; 39.
  - Montoro Romero, Ricardo “El Estado de Bienestar moderno”. En *Las estructuras del bienestar en Europa*. Muñoz Machado, Santiago; García delgado, José Luis; González Seara, Luis (Dir.). Escuela Libre Editorial y Cívitas. Pps. 131-182
  - Montoro, C. (2001). “La reforma del Estado del Bienestar: Derechos, deberes e igualdad de oportunidades”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 80.
  - Moreno, R.F. (2002). “La culminación del proceso de descentralización sanitaria”. En *Revista de Administración Sanitaria*. Volumen VI. Número 21. Enero/marzo 2002.
- Navarro, V. (2003). “¿Excesivos Estados de Bienestar?”. *El País*. 12 de julio de 2003.
- Navarro, V. (2002). *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Barcelona: Anagrama.
- Navarro, V. (2000). *Globalización económica, poder político y Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Navarro, V. (1998). *Neoliberalismo y Estado del Bienestar*. Barcelona: Ariel.
- Olías, B. (Dir.) (2001). *La Nueva Gestión Pública*. Madrid: Pearson Educación.

- Olías, B. (2001). “La evolución de la gestión pública: la Nueva Gestión Pública”. En Olías, B. (Dir.). *La Nueva Gestión Pública*. Madrid: Pearson Educación. Pps.2-34.
- Park, R. (1939). *An outline of the Principles of Sociology*. Nueva York: Barnes and Noble.
- Parsons, W. (1995). *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Peters, G. B. (1998): “*Managing horizontal government: the politics of coordination*”. In *Public Administration*, Vol. 76. Pps. 295-311.
- Pérez, M.; De Cueto, C. (1997). “Análisis de la Política Social”. En C., Alemán y J., Garcés (1997), *Política Social*. McGraw Hill.
- Picó, J. (1987). *Teorías sobre el Estado del Bienestar*. Siglo Veintiuno España editores. Pp.3.
- Pierson, C. (1991). *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*. Oxford: Polity Press/Blackwell. Pp. 216-17. Citado en Miller, Steward (1999): development of social policy”. En *Social Policy*. Oxford: University Press.
- Rhodes, R. (1996). “The new governance: governing without government”. In *Political Studies*, Vol.44.Pp.652-67.
- Rodríguez, J. (1999). “El Estado del Bienestar en España: pautas evolutivas y reestructuración institucional”. En R. Gomá y J. Subirats (Coord.), *Políticas Públicas en España*. Barcelona: Ariel. Pps. 135- 152.
- Sánchez, M. (1994). “Las relaciones de coordinación y cooperación entre administraciones publicas en España”. En *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 1 (Ene. 1994). Pp. 1. Caracas.
- Sánchez, A. (1997). “Intervención comunitaria, calidad de vida y política social”. En P., Gualda; J.F. Delgado y A.Rodríguez (Coord.), *Avances en política social*. Pps.77-94. Diputación Provincial de Granada.
- Sandersons, I. (2000). “Evaluation in a Complex Policy Systems”. *Evaluation*. Vol 6 (4). 433-454. London: Sage Publications.
- Sandersons, I. (2002). “Evidence-based policy making”. *Public Administration*. Vol.80. No 1, (1-22).
- Smith, Adams (1776). “*Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones*”

- Subirats, J. (1992). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas.
  - Subirats, J. (1996). “Democracia: participación y eficiencia”. En *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, nº5-6 de agosto. INAP. Madrid. Pps.35-44.
  - Subirats, J. y Gomá, R. (2000). “Estado del bienestar: nueva agenda para la innovación social”. En *Informe 2000: Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*. Madrid. Fundación Hogar del Empleado. Pps. 33-63.
  - Sulbrandt, J. (1997). “La gerencia de políticas y programas sociales”. En R., Urzúa (Ed.), *Cambio social y políticas públicas*. Centro de análisis de políticas públicas. Universidad de Chile. Pps.263-292.
  - Taylor-Gooby, P. (1988). “The future of the British Welfare State: public attitudes, citizenship and social policy under the Conservative governments of the 1980s”. In *European Sociological Review*, Vol. 4., nº1. Pps.1-19.
  - Tenti, E.(1997). “Actores, acción colectiva y participación en el campo de las políticas públicas” En R., Urzúa (Ed.)(1997), *Cambio social y políticas públicas*. Centro de análisis de políticas públicas. Universidad de Chile. Pps.23-66.
  - Titmuss, R.M. (1981). *Política social*. Barcelona. Ariel. Pps.65-66.
  - Urzúa, R. (Ed.)(1997). *Cambio social y políticas públicas*. Centro de análisis de políticas públicas. Universidad de Chile. Pps.23-66.
  - Varas, A. (1997). “Democratización y políticas públicas”. En R., Urzúa (Ed.), *Cambio social y políticas públicas*. Centro de análisis de políticas públicas. Universidad de Chile.
  - Vintro, E. (1995). “La participación ciudadana y las políticas sociales”. En *Avances en Política Social*. Diputación de Granada. Pp.179-187.
  - [www.socialexclusionunit.gov.uk/what\\_is\\_SEU.htm](http://www.socialexclusionunit.gov.uk/what_is_SEU.htm)
  - Wolfensberger, W.; Tullman, S. (2000). “Community and Stigma” . The principle of normalization. En *Changing Practice in Health and Social Care*. Davies, Celia et al. London: Sage Publications.
- Ariño, A. (Ed.) (2003). *Diccionario de la Solidaridad (I)*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Callejo, J.; Izquierda, J.L. (1996). *Los nuevos voluntarios: entre el individualismo y la solidaridad*. Diputación Provincial de Valladolid.
  - Casado, D (1999). *Imagen y realidad de la acción voluntaria*. Barcelona: Hacer.
  - Casado, D. (Comp.) (1995). *Organizaciones Voluntarias en España*. Barcelona.

- Donati, P. (1997). “El desarrollo de las Organizaciones del Tercer Sector en el proceso de modernización y más allá”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N.79. Pps. 113-141
  - Fuentes, P. (2001). “El asociacionismo frente a la exclusión social”. En <VII Jornadas sobre familia y drogodependencias>. Federación de Asociaciones para la Asistencia al Drogodependiente y su familia (Fermad). Ayuntamiento de Madrid.
  - García, J. (1996). “El Tercer Sector” en *Revista de Documentación Social*, nº 103 Abril-Junio. Pp. 12-35.
  - Herrera, M. (1998). “La sociabilidad de las redes sociales y los procesos asociativos”. Working Paper. Granada: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología.
  - Jerez, A. (1997). *¿Trabajo voluntario o participación?*. Madrid: Tecnos.
  - Laraña, E. (1999). *La construcción de los movimientos sociales*. Madrid: Alianza. Pps. 48; 110-111.
  - Martínez, M. I. et al. (2000). *Empleo y trabajo voluntario en las ONGs de acción social*. Equipo de Investigación del Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  - Mogín, T.(2002). “El voluntariado y las Organizaciones no Gubernamentales”. En *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD.
  - Mogín, T. (2001). “Marco general del voluntariado en España”. En <Curso de Periodismo Solidario>. El País. Madrid.
  - Montserrat, J. (1996). “Hacia un enfoque multidisciplinar del Sector no Lucrativo”. en *Revista de Documentación Social*, nº 103 Abril-Junio. Pp. 37-51).
  - Pérez, V. (1993). *La primacía de la sociedad civil*. Madrid: Alianza.
  - Rodríguez, G. y Montserrat, J. (Dir.)(1996). *Las entidades voluntarias en España. Institucionalización, estructura económica y desarrollo asociativo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
  - Ruíz, J.I. (Dir.)(2000): *El sector no lucrativo en España*. Madrid: Fundación BBV.
  - Velloso, A. (1999). *Guía crítica del voluntariado en España*. Madrid: Espasa. Pp. 49-74.
  - Andrés, F.; Elzo, J. (Dir)(1999). *España 2000, entre el localismo y la globalidad: la encuesta europea de valores en su tercera aplicación 1981-1999*. Universidad de Deusto y Fundación Santa María
- Bell, D. (1973). *The Coming of Post-Industrial Society*. Nueva York: Basic Books.
- Benedicto, J. y Morán, M.L. (1995): *Sociología Política*. Madrid: Alianza.

- Castells, M. (1997). *La era de la información*. Conferencia de apertura del VII Congreso Nacional de Sociología (Septiembre de 2001).
  - Castells, M. (1995): *La ciudad informacional. Tecnologías de la información, estructuración económica y el proceso urbano-regional*. Madrid: Alianza.
  - De Miguel, J. (1998). *Estructura y cambio social en España*. Madrid: Alianza.
  - Elzo, J.; Andrés, F. González-Anleo, J. et al. (1999). *Los Jóvenes españoles 99*. Fundación Santa María.
  - Giner, S.; Lamo de Espinosa, E.; Torres, C. (Eds.)(1998). *Diccionario de Sociología*. Pps.526, 604. Madrid: Alianza.
  - Habermas, J. (1981). *Historia y crítica de la opinión pública. La transformación estructural de la vida pública*. Barcelona: Ed. GG.
- Iglesias de Ussel, J. (1998). *La familia y el cambio político en España*. Tecnos.
- Inglehart, R. (1991). *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
  - Marcuse, H. (1984). *La agresividad en la sociedad industrial avanzada y otros ensayos*. Madrid: Alianza.
  - Quinto Informe Foessa. En De Miguel, Jesús (1998): *Estructura y cambio social en España*. Madrid. Alianza.

## **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

## CAPÍTULO I- LA POLÍTICA SOCIAL COMPARADA

Tabla 1.1: La política social y otras definiciones vinculadas con ella

Tabla 1.2: Nuevas formas de exclusión social

Tabla 1.3: Aportaciones a la tipología de Estados del Bienestar

Tabla 1.4: Gasto en protección social en la Unión Europea, Reino Unido y España (2000-2001)

Tabla 1.5: Indicadores demográficos en la Unión Europea, Reino Unido y España (1999)

Tabla 1.6: Otros Indicadores sociales en la Unión Europea, Reino Unido y España (1998-2001)

Tabla 1.7: Tipos de decisión, objetivos y soluciones

Gráfico 1.1.: Las necesidades sociales en relación con las drogodependencias

Gráfico 1.2. Gasto por hogar en la Unión Europea, España y Reino Unido (1999)

## OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Gráfico 1: Resumen de modelo de evaluación diagnóstico

Gráfico 2: Modelo de análisis de la Política comparada como evaluación

## CAPÍTULO II- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA.

Gráfico 2.1: Proporción de población que consumió alcohol en los últimos 30 días por género y grupo de edad (1999).

Tabla 2.1: Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre la población española de 15-64 años (%), 1995-2001.

Gráfico 2.2: Admisiones a tratamiento por consumo de drogas en España, 2000

Gráfico 2.3: Organismos con competencia en materia de drogas en España

Gráfico 2.4: Presupuesto destinado a las distintas áreas de intervención en España 1996-2000

Gráfico 2.5: Prioridades en la reducción del daño en la Estrategia Nacional sobre Drogas

Gráfico 2.6: Prioridades en asistencia e integración social en la Estrategia Nacional sobre Drogas

Gráfico 2.7: Circuito terapéutico de asistencia e integración social para drogodependientes

Tabla 2.2: Evolución de los recursos en tratamiento de drogas gestionados por ONG's 1996-2000

### CAPÍTULO III- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA EN EL SENO DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS.

Tabla 3.1: Situación general del consumo de drogas y evolución en los últimos 5 años

Tabla 3.2: Sustancias que más problemas generan por orden de importancia, 2001

Tabla 3.3: Tendencias, máximos y mínimos en el consumo de sustancias en las Comunidades y Ciudades Autónomas, 1999

Gráfico 3.1: Aspectos más destacados en la situación general del consumo de drogas según los responsables autonómicos, 2002.

Tabla 3.4: Consecuencias sanitarias del consumo de drogas en las Comunidades y Ciudades Autónomas, 2000

Gráfico 3.2: Aspectos más destacados en la evolución de los Planes Autonómicos sobre Drogas

Tabla 3.5: Rasgos generales de los Planes Autonómicos sobre Drogas

Tabla 3.6: Primeras leyes en Drogodependencias

Tabla 3.7: Algunos aspectos destacados en la planificación y evaluación del Plan.

Tabla 3.8: Dificultades con las diferentes Administraciones

Tabla 3.9: Relación con los municipios: nº de convenios y de municipios con Planes de Drogas

Tabla 3.10: Algunos aspectos relacionados con las ONGs

Tabla 3.11: Rasgos generales del personal en las diferentes áreas de intervención

Tabla 3.12: Principales deficiencias que afectan al personal

Tabla 3.13: Presupuesto (en pesetas) por áreas de actuación, año 2000

Tabla 3.14: Evolución del Presupuesto destinado a Intervención Asistencial (porcentaje) 1996-2000

Tabla 3.15: Principales objetivos asistenciales en las Comunidades Autónomas

Tabla 3.16: Principales objetivos de los servicios de atención asistencial en las Comunidades Autónomas

Tabla 3.17: Principales objetivos de los programas de atención asistencial en las Comunidades Autónomas

Tabla 3.18: Principales objetivos respecto a los pacientes en intervención asistencial en las Comunidades Autónomas

Tabla 3.19: Comunidades Autónomas con tres niveles de intervención asistencial

Tabla 3.20: Comunidades Autónomas con dos niveles de intervención asistencial y entrada en los centros específicos

Gráfico 3.3: Comunidades Autónomas con entrada en Atención Primaria

Tabla 3.21: Entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos  
Tabla 3.22: Entornos institucionales a los que pertenecen los dispositivos  
Tabla 3.23: Distribución de los usuarios atendidos por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000  
Tabla 3.24: Distribución de la población con problemas de alcoholismo atendidos, por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000  
Tabla 3.25: Distribución de la población con problemas jurídico-penales, por Comunidades Autónomas, recurso y media usuario/recurso, 2000  
Tabla 3.26: Grado de adecuación de los programas de intervención asistencial  
Tabla 3.27: Grado de adecuación de los recursos de la intervención asistencial  
Gráfico 3.4: Principales problemas y retos en la intervención asistencial  
Tabla 3.28: Puntos fuertes y débiles de los Planes Autonómicos sobre Drogas  
Tabla 3.29: Recomendaciones a cada Comunidad tras la Evaluación Externa

## CAPÍTULO IV- LA INTERVENCIÓN ASISTENCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN GRAN BRETAÑA: EVOLUCIÓN, SITUACIÓN SOCIAL, POLÍTICAS Y RECURSOS.

Gráfico 4.1.1: Prevalencia de consumo de drogas desde 1994 al 2000 con los indicadores “alguna vez”, “en los últimos doce meses” y “en el último mes” (%).  
Gráfico 4.1.2: Porcentaje de jóvenes (16-29 años) que consumieron alucinógenos, anfetaminas, cocaína, éxtasis y opiáceos en el último año. 1998-2000.  
Tabla 4.1.3: Resumen de la prevalencia estimada de usuarios de drogas en Reino Unido basada en múltiples métodos (1996)  
Tabla 4.1.2: Probable ruta de infección del VIH: Primera diagnosis en Reino Unido por año (1985-2001)  
Gráfico 4.1.3: Objetivo prioritarios en el Tratamiento de las drogodependencias en Gran Bretaña  
Tabla 4.1.3: Servicios de Tratamiento en Reino Unido  
Gráfico 4.1.4: Niveles de intervención para las drogodependencias  
Gráfico 4.2.1: Prevalencia en el uso de drogas “alguna vez en la vida” y “en los últimos doce meses” (1993-2000).  
Tabla 4.2.1: Admisiones generales en hospitales por consumo de drogas 1997/98-2000/01.  
Tabla 4.2.2: Vía de administración de la heroína en función de la edad (2000/2001)  
Gráfico 4.2.2: Porcentaje de pacientes atendidos según el tipo de sustancia (1996/1997-2000/2001).

Gráfico 4.2.3: Evolución del número de personas infectadas por el VIH por categorías y año de la muestra (1981-2001)

Tabla 4.2.3: Personas que presentan anticuerpos positivos de Hepatitis C en Escocia 1993-2000.

Gráfico 4.2.4: Cómo actuar juntos adecuadamente

Gráfico 4.2.5: Presupuesto para la implementación de la Estrategia (millones de libras).

Gráfico 4.2.6: Prioridades en el Plan de Acción en Drogas en Escocia

Tabla 4.2.4: Comparación de la situación real con la esperada en el Plan de Acción.

Gráfico 4.2.7: Evolución de los Servicios de Tratamiento del alcoholismo en Escocia

## CAPÍTULO V- COMPARACIÓN DE TENDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN REINO UNIDO Y ESPAÑA.

Gráfico 5.1: Desarrollo histórico del problema social de la droga en Reino Unido y España

Gráfico 5.2: Consecuencias sanitarias del consumo de drogas

Gráfico 5.3: Consecuencias sociales del consumo de drogas

Tabla 5.1: Planificación en materia de drogas.

Gráfico 5.4: Objetivos principales de la intervención asistencial

Gráfico 5.5: Desarrollo histórico de los servicios y papel de las ONG's

Gráfico 5.6: Evaluación de resultados. Principales problemas asistenciales

## **ANEXO**

## 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?

	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>
- 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)

	<b>1<sup>a</sup></b>	<b>2<sup>a</sup></b>	<b>3<sup>a</sup></b>
- 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<sup>a</sup>**.....

**2<sup>a</sup>**.....

**3<sup>a</sup>**.....

- 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:**

**15- ¿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  
.....  
.....

16- ¿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)

17- 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.

18- 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
Ambito de definición de competencias			
Ambito de coordinación			
Ambito de financiación			
Ambito de recursos (materiales, humanos)			
Otro tipo de problemas (ANOTAR)			

**19-** 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)

**20-** En el caso de que haya señalado que les faltan competencias, ¿de qué tipo?

.....  
.....

**21-** En el caso de que haya señalado que les sobran competencias, ¿de qué tipo?

.....  
.....

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

**22-** 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.

29- ¿Cuál es el organigrama de la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico? (Indicando personal y titulación).

30- ¿Hay órganos consultivos? En caso afirmativo, indique la fecha de constitución, quiénes lo componen y con qué periodicidad se reúnen.

- Sí.....1

- No.....2

- Fecha de constitución.....

.....

- Quiénes lo componen.....

.....

- Periodicidad con la que se reúnen.....

.....

### **Presupuesto.**

Trata todo lo relacionado con los aspectos económicos: los criterios que se siguen, las cantidades aportadas por las distintas entidades, el proceso de distribución del gasto, las modificaciones presupuestarias y los problemas encontrados.

31- Indíquenos el presupuesto y la estructura que gestiona la Oficina de Coordinación del Plan Autonómico.

32- Comente si quiere hacer alguna observación sobre el presupuesto.

33- Con respecto al presupuesto del actual Plan, ¿sería tan amable de indicarnos qué cantidad económica aportaron cada una de las siguientes instituciones?.

**INSTITUCIONES**

**CANTIDADES APORTADAS.**

**ANUALES**

**1. Gobierno Central.**

1.1. M. de Trabajo y Asuntos Sociales (vía 0,5 del IRPF) .....

1.2. M. del Interior (PNSD) .....

1.3. M. de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida) .....

**\* TOTAL** .....

**2. La Comunidad Autónoma** .....

**3. La Unión Europea** .....

**4. Fundaciones** .....

**5. Otros (ANOTAR)**  
.....  
.....  
.....

**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?

- Sí.....1

- 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
<b>1. Licenciados</b> - -	
<b>2. Diplomados</b> - -	
<b>3. Bachiller/FP.</b>	
<b>4. Graduado Escolar</b>	
<b>5. Sin estudios</b>	

INTERVENCIÓN ASISTENCIAL:

TITULACIÓN	NÚMERO
<b>1. Licenciados</b> - -	
<b>2. Diplomados</b> - -	
<b>3. Bachiller/FP.</b>	
<b>4. Graduado Escolar</b>	
<b>5. Sin estudios</b>	

INCORPORACIÓN SOCIAL:

TITULACIÓN	NÚMERO
<b>1. Licenciados</b> - -	
<b>2. Diplomados</b> - -	
<b>3. Bachiller/FP.</b>	
<b>4. Graduado Escolar</b>	
<b>5.Sin estudios</b>	

- 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 este campo.....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.....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

.....  
.....

**Ámbito 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



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:

- Si.....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:

- Si.....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, descríbanos 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, indíquenos, 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.**

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.

ENTIDADES	CONVENIOS (Número)	FUNCIONAMIENTO				
		MUY BIEN	BIEN	REGULAR	MAL	MUY MAL
- Con el Gob. Central.	-					
- Con Diputaciones Provinciales.	-					
- Con Ayuntamientos	-					
- Con entidades privadas.	-					

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
- .....

**Desarrollo y realización de programas.**

4- Indique, si es tan amable, los programas existentes en su Comunidad en el área de incorporación social y califique su funcionamiento.

PROGRAMAS	FUNCIONAMIENTO				
	MB	B	R	M	MM
Programas gestionados por la Oficina: ..... ..... ..... ..... ..... .....					
Programas gestionados por otros organismos o entidades: - Con el Gobierno Central: ..... ..... .....  - Con otros organismos de la Administración Autonómica: ..... ..... .....  - Con la Administración Local: ..... ..... .....  - Con Entidades privadas: ..... ..... .....					

5-

6- En relación con los **programas** en funcionamiento en materia de incorporación social, existentes en su Comunidad, ¿podría indicarnos si en función de las necesidades estimadas los aumentaría, mantendría o disminuiría? ¿Cómo calificaría el funcionamiento de los mismos?

PROGRAMAS				FUNCIONAMIENTO				
	AUMENTAR	DISMINUIR	MANTENER	MB	B	R	M	MM
- Formación								
- Integración laboral (Empleo)								
- Apoyo residencial								
- Otros programas (Especificar)								
.....								
.....								
.....								

7- 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	MANTENER	DISMINUIR	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) ..... ..... .....								

**8-** ¿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?

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Epidemiología de los consumos de drogas en población general</b>		
<b>Epidemiología de los consumos de drogas en población escolar</b>		
<b>Epidemiología de los consumos de drogas en colectivos específicos:</b>		
<b>- Población laboral</b>		
<b>- Jóvenes</b>		
<b>- Otros (anotar)</b>		
<b>Características sociodemográficas y patrones de consumo de la población drogodependiente atendida en los servicios asistenciales</b>		
<b>Estudio de necesidades de la población drogodependiente</b>		
<b>Situación sanitaria, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas, prácticas de riesgo de la población drogodependiente, etc.</b>		
<b>Estudios de seguimiento usuarios de los servicios asistenciales</b>		
<b>Evaluación de resultados de los programas asistenciales</b>		
<b>Factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas</b>		

<b>Evaluación de la implementación de los programas de prevención</b>		
<b>Evaluación de resultados de los programas de prevención</b>		
<b>Evaluación de la implementación de los programas de inserción social</b>		
<b>Evaluación de resultados de los programas de inserción social</b>		
<b>Oferta de drogas</b>		
<b>Otras líneas de investigación (anotar)</b>		

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).

	1°	2°	3°
<b>Acuerdo estable de colaboración con alguna Universidad o Centro Público de Investigación</b>			
<b>Adjudicación a alguna empresa de investigación especializada</b>			
<b>Realización por técnicos y personal de la propia institución</b>			
<b>Realización por parte de alguna ONG</b>			
<b>Otros (anotar)</b>			

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.

## **PROTOCOLO DE ENTREVISTA**

- Aspectos más destacados en la evolución de la situación de la drogadicción en su Comunidad.
- Evolución del Plan Autonómico
- Recursos humanos: situación, evolución, puntos débiles y fuertes
- Descripción de la situación, evolución y aspectos más destacados de cada una de las áreas: prevención, intervención asistencial, incorporación social, estudios e investigaciones.
- Presupuesto: situación y comentarios al mismo (suficiente/insuficiente)
- Valoración global de la situación: puntos fuertes y débiles.
- Algún comentario final que deseen añadir.

## INTRODUCTION

“The kind of sociologist that will probably contribute little if anything to the making of a bright sociological future is the kind that reminds happily glued to his or her own society and times. From the didactic point of view we might therefore seriously consider a policy of not merely encouraging, but actively requiring that coming sociologists *never* study just their own society, but always in a comparative context. The capacity of sociology to ask and answer big questions will be vastly enhanced when Americans study Germany, when Germans study Spain, and when Spaniards study the USA. Gøsta Esping-Andersen.

The main purpose of this research, “Comparative perspective on the convergence of social policies in the field of drug dependency” - the cases of Spain and United Kingdom” was originally to investigate the real situation of care in drug-dependency in Spain. However, as it usually happens in research, this objective and the way to approach it changed during the years and turned into something more ambitious. What was originally planned to reach by means of comparing all the different Autonomous Communities expanded beyond the national frontiers in the search of a comparison with another external reality: The United Kingdom. For this reason, two types of comparative analysis have been made: domestic and trans-national.

The first of them began in 1999 when the Government's Delegation for the National Plan on Drugs, among other investigations, considered interesting the “External Evaluation of the National Plan on Drugs and of the Autonomous Plans”. This proposal was presented by a team of investigation called “The social problems of

Andalusia” directed by the lecturer Mr Antonio Trinidad. It was an evaluation /diagnosis that sought to know the real situation and the magnitude of the problem of drug addiction, through the employment of various primary sources (questionnaire and he/she interviews semi-structured to the responsible ones autonomous) as well as secondary sources (documents of the National Plan on Drugs, of the Autonomous Plans, of the NGOs, Legislation, etc.) , contrasted and analysed in order to achieve a more scientific and rigorous set of conclusions which was in turn handed over to those responsible for the plans with the purpose of reaching a motivated opinion on the external observer's view.

Additionally, and parallel to the national investigation, the interest on a trans-national comparison first began to take shape as I began to learn about the situation in Europe in August 2001, when I carried out a stage in the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), collaborating in the project “Drug Co-ordination Arrangements in the EU Member States” under the supervision of the coordinator of the program called “National Strategies”, Danillo Ballota. Once the European perspective was well known to me, the trans-national analysis was based on the premise that a detailed knowledge of the situation of another country would shed some light on the results which were specific to Spain and on to what extent there would be other common shared tendencies between Spain and its neighbour countries.

This interest was materialised one year later when the University of Stirling (Scotland), accepted a project whose main objective was to compare the situation of the care services in Spain and United Kingdom (England, Scotland, Wales and Ireland of the North), particularly in the case of Scotland. The study belonged to the investigation program “Improving Human Research Potential and the socio-economic Knowledge Base”, a Marie Curie Fellowship of the European Commission. It was directed by Professor Jochen Classen of this University and it was carried out from September to November 2002 at the Department of Applied Social Science and the Centre of Comparative Investigation and Social Well-being, under the supervision of the President of EWODOR (European Working Group on Drugs Orientated Research), Rowdy Yates. Nevertheless, in spite of the study being limited the care situation the investigation again was enriched with the historical, social and cultural description of the phenomenon of drug-dependency. Without this background , it would have been difficult to understand the most relevant aspects of the policies in this field.

For this reason, the PhD's framework was the social and political study which was considered necessary in this context as the essential theoretical demarcation that would help us to understand the evolution of the transformations and the social change from the sociological perspective. As some authors say, Sociology has developed a substantial objective knowledge and theories about the social control, the socialisation and the social change that can be useful to understand the consequences of social policies (...). They are also interesting in so far as it improves the perception of the problems and its definition (...), why certain practices are considered social problems and how they are approached and solved. But, mainly, Sociology adds two major contributions: the first one is the interconnection of things and the second one refers to the importance given to standards and values like the knot that keeps systems together (...)." The comparison of social policies in both countries, without being the primary object of study, has been considered the necessary starting point in the understanding of drug-dependency policies. For this reason, the first chapter deals with the main aspects of social policy and its comparative dimension; next, the objectives of this investigation and its methodology, including a comparison model that could be implemented in future investigations; finally, the chapters showing the result of the actual research.

First of all a block on the Spanish drug-dependency policy has been broken down, in order to better understand its content. The main results of the evaluation of the Autonomous Plans in the field of drugs are also included. Secondly comes the British policy on drug dependency that, as in the previous case, include a descriptive chapter on the situation in Scotland, as an example of peculiarities occurring within any given country. Thirdly, the comparative study on Spain and The United Kingdom and, finally, the PhD's main conclusions.

The main bibliography consulted along these years has been commented with the purpose of helping other people who might be interested in this research. Also, a methodological annex is added, with the questionnaire used in the Evaluation and the interview protocol; an annex of charts with the resources in care services in the Autonomous Communities and, lastly, an index of graphics and charts to facilitate both reading and search. I hope that this investigation has a practical use for all those professionals that work in the field of the drug-dependency, that the knowledge of other

situations and of someone's own reality, from the external spectator's look contributes to the improvement of the policies in the field , to the benefit of those who want to give up drugs to have a healthy life

## 1- OBJECTIVES

This investigation is supported by the increasing need to evaluate social policies and the necessity of objective knowledge of the situation so that responsible politicians can foresee their performances. For this reason, the general objective of this study has been to know the magnitude of the problem of drug-addiction and its basic characteristics in the area of care services what is known as "Evaluation and Diagnosis".

The specific objectives have been:

1. To elaborate an analytic model that allows both in the Spain and in the Autonomous Communities:

1.1. To know the evolution of the social problem of drug-addiction.

1.2. To examine the social consequences of drugs.

1.3. To analyse the structure, organization, coordination and planning of policies on drug dependency; the proposed objectives and the economic, human and material resources available for the their attainment .

1.4. To describe the evolution experienced by the pattern of care services against drug-addiction and the institutions involved, including both public and private entities.

1.5. To know the main weaknesses detected in care services in the field of drug-addiction by different evaluations and studies that may show the need to revise the initial planning.

2. To apply the same analysis to the United Kingdom in general, and to Scotland in particular.

3. To be able to compare both realities to obtain valuable data on the situation of each country, their similarities and differences ; general processes and specific problems as well as the political strategies implemented to give an answer to each one of the situations.

## 2- METHODOLOGY

This PhD study belongs to the Project “External Evaluation of the National Strategy on Drugs and the Autonomous Regional Plans”. In 1999, the National Plan on Drugs considered appropriate to have an external evaluation of the National Plan and of each of the Autonomous Plans. This research was requested to the Department of Sociology of the University of Granada. The study consisted of a diagnostic evaluation where the main objective was to know the magnitude of the problem and the main challenges to be faced. The specific targets were to describe all programs on prevention, treatment and social reinsertion; to know their development and running and analyze their early results; to revise different studies and researches in the field of drugs; to study the co-ordination between different Administrations and between Non Governmental Organizations. Finally, to carry out a comparative study.

In general terms, the evaluation method tried to provide an insight of how something has been implemented comparing with the original planning. It should supply information about the value of the intervention as a means to solve a given problem. The term “evaluation” refers to the process to determine the merit, value or importance of something or the result of a process.<sup>225</sup> The European Monitoring Centre for Drug and Drug Addictions, said that frequently the evaluation is associated with the need to justify funds but the most important aim should be to maintain and improve the service. In the last few years, the interest of the evaluation in the field of drugs has been related to harm reduction, trying to know if an intervention had the desired effect. Changes in the context make essential the use of the evaluation method to guarantee that the groups who are the targets of the intervention are to benefit from it.<sup>226</sup> The evaluation of programs are becoming an absolute necessity for those who work in the field of drugs and those who have to take the decisions. With a wide perspective the evaluation of social programs can be defined as the systematic application of qualified methods in Social Sciences with the intention of knowing and judging their design, process, result and effects of the interventions (...) (Trinidad, A.: 2001).

---

<sup>225</sup> European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (2001): Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners. Pp.17.

<sup>226</sup> European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (2001): Guidelines for the evaluation of outreach work. A manual for outreach practitioners. Pp.16.

With the Fellow's Project the objective was to analyse the evolution of treatment and the role played by NGOs on drugs, comparing Spain with Great Britain and specially Scotland. This analysis give us a cross national perspective and show how policies change to reply to different problems; what has been the reply and what problems they have found. The approximation makes use of the sociological perspective, analysing the role of the main players sometimes with an historical view of the social problem, useful to understand developments whithin cultural traditions. Additionally, statistical surveys with their main indicators of consumption are a useful tool to better know the current situation. But t drugs have other social and heath consequences, which are important in order to understand the magnitude of the problem in society. Besides, the Government's policy on drugs has an enormous influence in society and, in the work professionals in the field, including state and non-state services . In summary this study wanted to put together different visions of the same reality: historical, cultural, social, political, etc, with a better knowledge of the situation.

It is with these objectives in mind that the comparative perspective is used. Following Lanmand (2000:4-10) this tool "is more than scientific technique, it provides a basic intellectual outlook that helps one overcome natural inclinations to view the world through egocentric lenses". This activity would be able to reach four objectives: **contextual description**, with the description of the phenomena and events of a particular country or group or countries. **Classification**, for cognitive simplification, establishing different conceptual classifications to group vast numbers of countries, political systems, events, etc. into distinct categories with identifiable and shared characteristics. The **hypothesis-testing function** allows the elimination of rival explanations about particular events, players, structures, etc to help build more general theories. Finally it will allow **prediction** about the likely outcomes in other countries not included in the original comparison or outcomes in the future given the presence of certain antecedent factors". The last objective is the most difficult and seldom -- possible reach<sup>227</sup>.

Following Hopkins and Wallenstein (1970: 185), in the *Cross-national Studies* the elements are national societies or "parts" of such societies (polities, economies,

---

<sup>227</sup>Landmand, Todd (2000): Issues and Methods in comparative politics. An introduction. Routledge. London. Pps. 4-10.

stratification systems, occupational structures...). The properties are predicated of societies or their parts and the propositions state relations among these societal-level properties<sup>228</sup>. More recently, Linda Hantrais defined a comparative and cross-national study: “*when individuals or teams set out to examine particular issues or phenomena in two or more countries with the express intention of comparing their manifestations in different socio-cultural settings (institutions, customs, traditions, value systems, lifestyles, language, thought patterns) using the same research instruments, either to carry out secondary analysis of national data or to conduct new empirical work. The aim may be to seek explanations for similarities and differences, to generalize from them or to gain a greater awareness and a deeper understanding of social reality in different national contexts*”<sup>229</sup>.

Our study is focused on the social policies in the field of drugs specifically on treatment and their evolution in two different contexts. The deductive method is used applying a general theory to a specific case in order to explain certain aspects. The qualitative method is often adopted when a smaller number of countries are involved and where researchers are looking at a well-defined issue in two or more national contexts and are required to have intimate knowledge of all the countries under study. For this reason, an intensive study is pursued and its data is compared in its own context trying to find the general trend in each case. The approach use secondary analysis of national data and an interpretation of the findings in relation to their wider social contexts. The sources come from different national and cross national (European) studies, statistics, strategic plans, laws in the field of drug, resources, etc.

Finally, these studies have some common problems as linguistic and cultural factors, differences in research traditions and administrative structures, accessing comparable data, different concepts and research parameters, which will be trying to solve. On the other hand, this researchers have many benefits, for instance, the personal contacts established, with different experience and knowledge of each own intellectual traditions; the comparisons show exciting insights and a deeper understanding of issues

---

<sup>228</sup> Hopkins, Terence K; Wallenstein, Immanuel (1970): “The Comparative Study of National Societies”. In Etzioni, Amitai; Dubow, Fredic L. Dubow (1970): Comparative Perspectives. Theories and Methods. Little, Brown and Company. Boston. Pps.183-204.

<sup>229</sup> Linda Hantrais is Director of the European Research Centre, Loughborough University. She is convenor of the Cross-National Research Group and series editor of *Cross-National Research Papers*. In <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>

in different countries. They could allow the identification of gaps in knowledge, solutions and new perspectives. Finally, they give the possibility to identify and illuminate similarities and differences, not only in the observed characteristics of particular institutions, systems or practices, but also in the search for possible explanations with a different cultural perspective while also reconsidering their own country from the perspective of the external observer<sup>230</sup>.

The study has three specific analyses on the United Kingdom, Scotland and Spain and, finally a comparative report. The structure is the same in all cases: first, some cultural aspect in the evolution of drugs; second, the epidemiological situation and main consequences of consumption; third, structures and planning; fourth, treatment. In treatment, there are some sections: main target in treatment; Programs and Resources. Development of the alcohol and drug abuse services; The role on Non-Governmental Organizations in treatment and its monitoring outcomes, as well as its main problems. Finally, some conclusions are drawn.

### **Policy evaluation framework**

In the same line as other evaluation studies (Hanberger, 2001: 45-62)<sup>231</sup> the overall purpose of the framework is to enhance practical and theoretical knowledge of the processes and outcomes of drug policy. The framework shows aspects and dimensions on which the evaluation will focus. It is constructed from five basic categories or components, and all are essential to help understand and explain a policy in its societal context. In a last step, the cross-national comparative method is used as a means of evaluation.

1.- The problem situation: provides the structure and direction of the evaluation and suggests that the policy is located in relation to the problem situation and within the socio-historical and political context in which it has developed. The questions concerning the problem situation are:

---

<sup>230</sup> Hantrais, Linda (2002): *Comparative Research Methods*. Loughborough University. Cross-National Research Group. In <http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU13.html>

<sup>231</sup> Hanberger, Anders: "What is the Policy Problem? Methodological Challenges in Policy Evaluation". In *Evaluation* (2001) 7:1;45-62.

- What is the cultural and social context? What is the evolution of the social problem?
- What is the epidemiological situation regarding consumption? What are the main substances and players?
- What are the main health and social consequences?

2.- The planning and structure of public policy, including the main problem-solving targets and principal players. It is important to analyse the main goals in this area, classified into resources, programs, patients and consequences. At the same time, it is important to know the main structure and the players who work at this level.

- What are the goals?
- What is the policy theory or programme logic?
- What policy measures can or are actually being used?

3.- The implementation process is the focus of the third category. It refers to how a policy and line of action or inaction are implemented. The implementation includes the evolution and situation of the economic, human and material resources in this research, especially alcohol and drugs services and the role of the NGO's. Finally, the main problems in this area are analysed.

- What line of action is followed in practice?
- How does the implementing organization work in practice?
- Is it enough competence being integrated?
- Are resources used effectively and in the right way?
- Do unexpected problems occur?

4.- Results: the outcomes and implications of the policy.

- To what extent are the intended goals reached?
- Are there unexpected results?
- What are the effects?

5.- Analysing different contexts. If the evaluation model were applied to two different contexts, it would show important results in the methodological and theoretical field.

- Is it possible to extend this model to different countries?
- Is it possible to compare two different traditions? What are the common and different characteristics of drugs policy?

One advantage of this model is the additional possibility of comparing different regional contexts and describing the particular situation within a country, for instance in the autonomous communities of Spain.

### **3- DRUG TREATMENT IN SPAIN: EVOLUTION, SOCIAL SITUATION, POLICY AND RESOURCES. MAIN CONCLUSIONS.**

To understand the reality in drug taking in Spain and its evolution, it is necessary to go back three decades. Then we find three different periods. The first period would be the time when drugs were not considered to be a social problem and all drug abuse was exclusively related to alcohol. At the end of 1970s began the consumption of cannabis, hallucinogens, stimulants (mainly amphetamines) and heroin used between a part of population with a high economical and cultural status. The second period, would be characterized for the appear a black market and drug taking spread between all social classes with the heroin becoming a major problem at that moment. The first response was given through some organizations, which were usually already operating in other countries and also some families who became organized and often the schemes available to give up addiction were unofficial ones. In 1985 the “National Plan on Drugs” was set up. The arrival of HIV infection completely changed the perception people had on drugs. So far they were considered a public health problem and from then society began to see “Drugs” as a potential risk to its security, in a country where injecting drug users were the majority of the AIDS infections. In 1990’s this phenomenon changed with a decrease in consumption and the practice of injecting oneself being replaced by smoking or inhaling drugs. The HIV associated with injecting practices had been decreasing. Since early 1990’s synthetic drugs have been appearing together with and a new pattern of consumption, being the Ecstasy the most popular substance. Drug taking appears between young people who take more than one substance ( multiple consumption), alcohol, cocaine, cannabis, during the weekend and in public spaces. This pattern of consumption is not marginal and it is relatively accepted in society.

In treatment, since 1995 there has been an increase in cases of cocaine abuse although in 2000 this tendency stalled (17,5% in 1999 and 17,2% in 2000). In spite of

this the proportion of emergencies related with cocaine (45,3%) is higher than those related with heroin (40,5%). In 2000, there was an increase in reported cases of admissions for cannabis abuse (6,1%), with a 14,8 per cent of the emergencies. In 1999, with a new reality in the field of drugs, the National Drugs Strategy (2000-2008) was passed. The fundamental aim of the Strategy is prevention and there are three basic strategic levels: demand reduction, control of supply and international co-operation. In demand reduction, the objectives are focused in prevention, harm reduction as well as assistance and social integration. In harm reduction, it considers the implementation of interventions aimed at reducing the harmful effects of consumption, basically its social and health consequences. In assistance and social reintegration its important to define the therapeutic circuit of the System for Assistance and Social Integration of Drug Addicts, adapting it to what was laid down in the National Strategy on Drugs. At all the levels of the Administration, different powers in the field of drug addiction are assigned (**General Administration of the State**, the government and legislative bodies of the **Autonomous Communities**, the **Local Administration**) and also **Non-Governmental Organizations** and **other social organizations** (universities, foundations, etc.).

The development of the alcohol services preceded the illicit drugs ones. Since the spanish civil war till the end of 1960s, the alcohol treatment was imprisonment or reclusion at a lunatic asylum with a moral connotation and . When the heroin problem came about the traditional alcohol strategies did not take into account these substances and generated a lack of assistance, which was covered by **Therapeutic Communities** for drug addicts and **Private Medicine**. In 1985 the National Plan on Drugs was set up with the priority of attending drug addiction and developing a network of care services in most occasions aside of the normal health care network and sometimes behind its back with two parallel networks with difficulties in communicating with each other. In the last years, with the National Strategy on Drugs its ambition to become a structure similar to the one in other countries was reaffirmed so now it is necessary approach to the universal impact of AIDS and to improve the quality of services. In the European context in the next future it might be possible to observe a limitation of available resources and an increase of new problems of inequality with migration movements and new groups living in pockets of poverty.

The National Strategy on Drugs has developed a "Therapeutic Circuit of Assistance and Social Integration System for Drug Addicts". And it said that "*assistance for drug addicts must be given through the National Health Service*" as well as "*the Systems for Social Action and Social Services*", supplemented by private resources duly authorized and/or validated. These will provide assistance , which will be tailored to the needs of each patient, with flexible programs for access and preferably carried out in the patient's living area and with strategies to contact drug addicts facilitating access to the different resources. In the majority of cases, requires a coordinated combination of different aid resources and *every resource is a necessary element, but not sufficient in itself, of a complex therapeutic process.*

As a summary, still there are some problems such as a higher drug consumption among students, high levels of consumption of alcohol between teenagers in the working population and women, the leadership of cocaine and synthetic drugs ; new problems with cocaine and cannabis in the field of treatment. We have a fast changing reality and it is necessary to adapt it to new patients (immigrants, people with problematic consumption of alcohol, smokers, multiple-consumers, patients with mental illness...) together with the heroin population who grew old and has a difficult social situation. Other problems are related to human resources, sometimes a lack of professionals leading in some zones to saturation and in other zones to a lack of services (for example zones with scarce population). For these reasons the main challenge is that the Therapeutic circuit in the Health System softens the resistances to this process. Also, to adapt the network to new needs (services on alcoholism, programs for cocaine, psycho-stimulants, tobacco, mental health, etc) training and an increase in the number of professionals, the normalization of methadone programs, the co-ordination between assistance and social reinsertion. Finally, to bring services nearer to the population with alcohol problems<sup>232</sup>.

---

<sup>232</sup> Some conclusions of the Study External Evaluation of the National Plan on Drugs and the Autonomous Region Plans. Trinidad, A. ;Martín-Lagos, M.D.; Fernández, M. (2002): no published.

#### 4- COMPARATIVE TRENDS IN DRUG POLICY IN UK AND SPAIN. MAIN CONCLUSIONS

- Alcohol abuse is seen as more “problematic” in United Kingdom especially in Scotland. The consumption of whisky had had different consequences than beer (England) or wine (Spain). Nonetheless in the last years maybe with the use of spirits in Spain, the alcohol control policies have changed and together with Belgium and France could be classified as a medium alcohol control country. But in the development of alcohol services the voluntary alcohol services played an important role, until the early 1960s the main provider was AA. Then, the Ministry of Health for England and Wales issued a memorandum to hospital authorities recommending the establishment of **special “units for the treatment of alcoholics” in each of the Regional Hospital Board areas** and Scotland recognized similar needs. The approach to alcoholism by voluntary organizations does not recognize “alcoholism” as a “disease”. In 1978 there was a change of view of the services for alcoholics which culminated in the report by the Advisory Committee on Alcoholism whose main conclusion was that treatment should be provided at primary level.
- In Spain, since The Civil War and until the end of 1960s, the consequences of abuse of illegal substances were seen as aberrations, explained as some moral perversion or as a medical, biological or psychiatric condition. The treatment was prison or alunatic asylum. In the 1960s alcoholism was studied in the field of psychiatry and medicine (Santodomingo, Freixa, Bogani, Alonso Fernández, Alcalá-Santaella, Seva Díaz, etc.) but at the same time emerged an important social movement (Socidrogalcohol, Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Ex-alcohólicos...) although it seems that the social movement specifically for alcohol (before there were only some catholic organizations) was established in 1980s.
- The appearance of drugs in Great Britain preceded Spain. In Britain, in 1950s there was an increasing number of young heroin users mirroring attitudes of some role models such as James Dean, Marlon Brando, and the Teddy Boys. On top of that heroin, cocaine and cannabis were regularly used in jazz clubs.<sup>233</sup> In Spain, at the end of 1970s started the consumption of cannabis, hallucinogens, stimulants (mainly

---

<sup>233</sup>YATES, R. (2002): A Brief History of British Drug Policy, 1950-2001. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 9, No. 2. , pp. 113-124.

amphetamines) and heroin. Firstly, drugs were used among a part of the population in contact with other countries (beat generation, hippie movement and other political movement against culture). Cannabis was had a "anti-cultural" and "anti-political" connotation in the Pre-democratic Spain; amphetamines and cocaine, was associated to certain social and cultural elites whereas the abuse of the sedatives more to working class, especially to women and middle-aged people .

- The appearance of a black market in drugs was slightly earlier in Britain. In 1967 there was a genesis of it but the dramatic expansion of the heroin black market began in 1979 while in Spain it appeared at the beginning of 1980s. In Britain, the Government provided a Central Funding Initiative (CFI) to an expanded network of treatment services and most of the new money went into community-based services with almost 60% going to new community services (voluntary and statutory) and a further 10% going to existing voluntary agencies. In Spain, during 1970s the drug problems were seen as psychiatric problems and started to be seen as serious conditions which needed specific knowledge and resources. The traditional resources for alcohol abuse did not match up to these substances and generated a lack of assistance. To solve the problem appeared mainly **Therapeutic Communities** for drug addiction, together with the **Private Medicine** but the social intervention was more altruistic than knowledgeable, which together with the lack of resources also allowed the appearance of some organizations with doubtful objectives. There was a lack of co-ordination between different resources and services so in 1985, for the National Plan on Drugs the priority was to attend drug dependency developing an network of care services for drug-addicts sometimes through two parallel networks with difficulties to communicate.
- The consequences of injecting were different. In Scotland during the early 1980s very high levels of HIV infection had been established amongst young intravenous drug users in Edinburgh and Dundee. Over sixty per cent of these were recorded in Edinburgh, Dundee and Glasgow, while only seven of HIV-positive people in the UK were intravenous drug users<sup>234</sup>. In Spain, a 59,77% of the AIDS infections were drug users. In Britain, from the middle of the 1980s the emergence of HIV/AIDS began to bring about a change in direction. In 1988 the ACMD published its report "AIDS & Drug Misuse" and the first aim of the work in the field of drug abuse was

---

<sup>234</sup>Plant, Martin (1992): *Alcohol, tobacco and illicit drug use in Scotland. In Alcohol and Drugs. The Scottish Experience.* Edinburgh University Press. Pp.3-9.

recognized to be to prevent drug users from acquiring or transmitting the virus. At that moment community-based agencies were provided with a prescribing capability and methadone became more readily available with many agencies also offering an injection equipment exchange service. In Spain on the other hand during 1980s there was a Ministerial Order which limited the therapeutic intervention with methadone forbidding private intervention and setting up a Public Commission to authorize the prescription and dispensation of methadone. From 1985 to 1995 together with the increase of public resources, Spain faced the worst situation of drug consumption and other models of intervention introducing harm reduction strategies were considered. Together with abstinence, other objectives related to the manner of consumption were introduced looking for safer consumption thus reducing certain risky practices associated with it. Like in the UK, these strategies were extending with different time schedules, consequence of the controversial nature of the policy.

- During 1990s the social perception of the problem decreased and at the same time new substances came about. In the late 1980s, the UK experienced an almost totally unprecedented and unexpected wave of drug taking, Ecstasy almost exclusively in dance venues or “raves” as well as an increase in the use of alcohol by young people. In Spain, since early 1990’s synthetic drugs have been appearing being Ecstasy the most popular one. Drug taking takes place among young people who take more than one substance (multiple consumption), alcohol, cocaine, cannabis, during the weekend and in public spaces. This pattern of consumption is not marginal and it is relatively accepted in society. The percentage of adults who take cannabis is similar (20%-25%) between the two countries, the proportion of amphetamine taking is higher in the UK (10%) and cocaine is higher in Spain. The trends show an increase in consumption among the UK’s young population, more in England and Wales than in Scotland, of heroin, cocaine and crack. In Spain there has been a decrease in consumption but still cocaine abuse is important in numbers and in both cases there is an noticeable increase in female consumption.
- Associated health problems and the rate of admissions for drug misuse are increasing. For England, Scotland and Wales combined there is a 7% increase whereas in Spain the rate is decreasing. For Britain, heroin was the main drug in 62% of reported cases and in Spain 72,2% of the general admissions. Nonetheless the proportion of those reported injecting heroin remains stable at nearly 60% in Britain. In Spain however, between 1991 and 2000, the proportion reported injecting

drugs was falling year by year both in the case of known patients (74,7% in 1991 to 28,7% in 2000) and new patients (50,3% to 17,7% in the same period). The increase in the average age of heroin users continues. The fall in those reported injecting heroin coincide in the same period with an increase in those reported smoking (since 43,4% in 1991 to 74,1% in 2000). In Britain cocaine decreased as the main drug but a greater proportion were reported to be injecting users and most cocaine users are also users of other drugs. In Spain, in the last years an important proportion of problems related with cocaine use has arisen with more emergency cases than heroin, and the average age of cocaine taking decreasing since 1995. In cocaine, the “injected way” also has been given up (since 19,2 per cent in 1991 to 1,9 per cent in 2000), while a spectacular increase in the proportion reported snorting (since 315 in 1991 to almost 6000 during 1999-2000) has been reported.

- For England and Wales as a whole, prevalence of HIV in 1999 was 0.8%, and prevalence over the period 1992-1999 has remained less than 2% but prevalence of HIV in London was higher than in the rest of England and Wales. For hepatitis C in England and Wales as a whole, prevalence declined from 35% in 1998 to 32% in 1999 but there was an increase in prevalence with age. Anti-HBc prevalence was generally higher in London than elsewhere<sup>235</sup>. The spread of hepatitis C infection among injecting drug users in Scotland during the 1990s was not controlled by interventions such as the existing needle/syringe exchange. On 30 June 2000, 58% of the 10.929 known cases of Hepatitis C Virus affected Injecting drug users whose a 58 per cent were injecting drug users. Of the 10929 cases, 46 per cent (5021) were diagnosed between January 1998 and the end of June 2000. In Spain, when the HIV infection arrived, the injecting users were the majority of the AIDS infections (59,77%) and about AIDS since 1981-31 December 2000 had been 65,2% cases injecting drugs users and in 2000 decreased with 56%. Since 1996 to 1999, the number of reported HIV-infected injectors had dropped but in 2000 this tendency. In Spain there is little information about the incidence of other diseases related to drug abuse such as tuberculosis among high risk groups but it is clear that s drug taking was the main risk factor in 26,9 per cent of cases.
- About alcohol, in Scotland, two specific groups of people have been subject to other legislation aimed at controlling public drinking: football supporters and the under age. The Crime and Punishment Act of 1997 and recent Scottish legislation have

<sup>235</sup> Drugscope and EMCDDA (2002): Annual Report on the UK Drug Situation 2001, Pp. 58.

been largely concerned with deterring public drunkenness and preventing offenses and antisocial behavior, a similar approach to the one adopted against drinking and driving. In the case of the UK there are however problems due to lack of resources and planning in the case of alcohol. The alcohol is the most important drug, especially among young people, on weekends and within the same age group, who get drunk with beer and spirits.<sup>236</sup> In Spain, “The National Strategy on Drugs” (2000-2008) include alcohol and tobacco alongside other drugs. The main objective is prevention with an important number of activities related to alcohol.<sup>237</sup> There have been modifications in the law to try to limit alcohol consumption in public spaces. But in the opinion of those responsible, is that it is necessary to improve and strengthen these actions.

- Finally, it is in the area of designing, commissioning and evaluating services where government policy has been more active trying to detect weaknesses and room for improvement since the role played by social exclusion and other environmental factors has been recognized as decisive to understand the prevalence of drug related problems in deprived communities. In Spain the National Strategy on Drugs seeks to evaluate and to improve the quality of services.<sup>238</sup> In England the main problem can be described as *rapid access to treatment. A picture emerges of limited treatment options, lengthy delays and under-developed care management that allows too many people to ‘fall through the net’. Some of the problems stem from constrained resources, but poor service planning, different views about ‘what works’ and poor collaboration between treatment services, GPs, mental health services and prisons do not help*<sup>239</sup>. About patients, increasing numbers of cocaine and cocaine/heroin users, especially crack users, are entering treatment. Commissioners have a key role in turning what has historically been an opiate-focused treatment system into one that is also capable of meeting the needs of cocaine users. Finally, it seems that one of the most important gaps is in the field of alcohol. The absence of the long awaited Government strategy on alcohol is causing a ‘planning blight’ at local level

---

<sup>236</sup> PNSD (2002): *La comprensión del problema de los consumos de drogas*. In Actuar es posible: Servicios sociales y drogodependencias.

<sup>237</sup> Robles, Gonzalo (2002): Congreso sobre “Jóvenes, Noche y Alcohol” in [www.sindrogas.es/congreso/congreso/html/programa.htm](http://www.sindrogas.es/congreso/congreso/html/programa.htm)

<sup>238</sup> National Plan on Drug (1999): *National Drugs Strategy (2000-2008)*.

<sup>239</sup> Audit Commission (2002): *Changing habits. The commissioning and management of community drug treatment services for adults changing*. Pp.34.

and at the level of local commissioners. The lack of priority on alcohol services and the dominance of the “drug agenda” is destabilizing current services. In Scotland, in order to prevent HCV infections, more syringes per injector per day and more sets of injecting equipment have to be distributed. Furthermore, it is necessary to increase the number of community pharmacies involved in the syringe exchange scheme; revise the law on possession and supply of drug paraphernalia (filters, spoons, citric acid and sterile water). Today the provision of syringes inside prisons is controversial. It is recommended that drug-treatment and harm-reduction services develop community services specifically targeted to the homeless. In Alcohol Services gaps have been identified. The perception is that service coverage is patchy and fragmented, with disparities in support and treatment available across the country.

- In Spain, the main problems are: higher drug consumption among young students, high levels of consumption of alcohol among the young and in working population, female consumption, dominance of cocaine and synthetic drugs; new problems in the treatment of cocaine and cannabis addictions. The profile of cocaine user is mainly someone who has no relation with heroin and neither has social problems. Therefore, sometimes it is difficult for him to access help. We have a fast changing reality and it is necessary to adapt it to new patients (immigrants, people with problematic consumption of alcohol, smokers, multiple-consumers, patients with mental illnesses...), together with the heroin population who is growing older and has a precarious social situation. Other problems are related to the human resources, sometimes a lack of professionals as well as saturation of services in some zones while in other zones no service at all is being provided (for example in scarcely populated areas. There is also little collaboration between different services and for this reason the main objective for the Therapeutic Circuit in the Health System must be to soften the resistances to this process, adapting the network to the needs (services in alcoholism, programs in cocaine, psycho-stimulants, tobacco, mental health, etc); training and to increase the number of professionals, the normalization of methadone programs, the co-ordination between treatment and social reinsertion and finally, to bring services closer to the population with alcohol problems.<sup>240</sup>

---

<sup>240</sup> Some conclusions of the Study External Evaluation of the National Plan on Drugs and the Autonomous Region Plans. Trinidad, A.; Martín-Lagos, M.D.; Fernández, M. (2002): not published.