



PARLAMENTO DE ANDALUCÍA

SUMARIO

3. INFORMACIÓN

3.4 INSTITUCIONES Y ÓRGANOS VINCULADOS AL PARLAMENTO

3.4.2 DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

- 6-02/OIDC-000004, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz relativo a la situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía 26.954

3. INFORMACIÓN

3.4 INSTITUCIONES Y ÓRGANOS VINCULADOS AL PARLAMENTO

3.4.2 DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

6-02/OIDC-000004, Informe Especial del Defensor del Pueblo Andaluz relativo a la situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía

Sesión de la Mesa de la Diputación Permanente de 9 de enero de 2003

Sesión de la Junta de Portavoces de 5 de febrero de 2003

Tramitación en la Comisión de Asuntos Sociales

Orden de publicación de 10 de febrero de 2003

**INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA
LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS Y OTRAS ADICCIONES EN ANDALUCÍA**

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN. LAS DROGODEPENDENCIAS COMO FENÓMENO DE NUESTRO TIEMPO. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL	26.961
1. 1. Estructura del Informe	26.961
1. 2. Las drogodependencias como fenómeno social	26.962
1. 3. Las drogas un problema actual	26.963
1. 4. Las respuestas institucionales al problema de las drogas	26.966
2. METODOLOGÍA DEL INFORME Y ESTRUCTURA POBLACIONAL	26.970
2. 1. Introducción	26.970
2. 2. Instrumentos utilizados	26.970
2. 2. 1. La observación participante	26.970
2. 2. 2. Instrumentos de reunión de datos: entrevista abierta, el grupo focal y la encuesta a través de un cuestionario previo	26.971
2. 2. 2. 1. Entrevista abierta	26.971
2. 2. 2. 2. El grupo focal	26.972
2. 2. 2. 3. La encuesta a través de un cuestionario previo	26.972
2. 2. 3. El universo y la muestra	26.973
2. 2. 4. El trabajo de campo	26.973
2. 2. 5. Perfil de los pacientes participantes en la muestra	26.973
2. 2. 6. Profesionales que han participado en la muestra	26.979
2. 2. 7. Perfil y perspectiva de los profesionales	26.980
3. ASPECTOS LEGALES DE LAS DROGAS	26.989
3. 1. Normativa Europea	26.989

3. 2. Normativa de carácter nacional	26.989
3. 2. 1. Otras normas de carácter estatal	26.991
3. 3. Normativas de ámbito autonómico	26.993
3. 4. Aspectos legales y normativos del juego patológico	26.995
3. 5. Aspectos punitivos de las drogas	26.996
4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ANDALUCÍA	26.999
4. 1. Introducción	26.999
4. 2. Aproximación a las nuevas formas de consumo	27.000
4. 3. Importancia del conocimiento de los consumos de las distintas drogas	27.002
4. 4. Incidencia del consumo de sustancias adictivas en Andalucía	27.002
4. 4. 1. El consumo de drogas legales	27.002
4. 4. 1. 1. El consumo de tabaco	27.003
4. 4. 1. 2. El consumo de alcohol	27.004
4. 4. 2. El consumo de drogas ilegales	27.005
4. 4. 2. 1. El consumo de cannabis	27.006
4. 4. 2. 2. El consumo de cocaína	27.008
4. 4. 2. 3. El consumo de heroína	27.009
4. 4. 2. 4. El consumo de drogas de síntesis	27.009
4. 5. Conclusiones	27.011
5. LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS	27.013
5. 1. Introducción	27.013
5. 2. Algunas previsiones legales recogidas en la Ley andaluza de Prevención y Asistencia en materia de Drogas	27.014
5. 3. La prevención en el medio comunitario	27.015
5. 4. Prevención en el medio educativo	27.019
5. 4. 1. Aspectos normativos que sustentan la prevención de drogas en el medio educativo	27.022
5. 4. 2. Situación actual de los programas preventivos	27.024
5. 4. 3. Actuaciones con el profesorado	27.027
5. 5. La prevención en el ámbito familiar	27.028
5. 6. La prevención en el ámbito laboral	27.030
5. 6. 1. Aspectos normativos	27.033
5. 6. 2. Recomendaciones para los programas de prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral	27.033
5. 7. Propuestas y recomendaciones para la prevención de las drogodependencias	27.034
5. 7. 1. Propuestas generales referidas a los programas	27.035
5. 7. 2. Propuestas específicas	27.036
5. 7. 2. 1. Con relación a las propuestas y programas de formación e investigación	27.036
5. 7. 2. 2. Con relación a los programas de prevención comunitaria	27.036
5. 7. 2. 3. Con relación a los programas de prevención en el ámbito educativo	27.036
5. 7. 2. 4. Con relación a los programas en el ámbito laboral	27.037
6. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN DROGODEPENDENCIAS	27.038
6. 1. La intervención en drogodependencias	27.038
6. 2. Situación de la Red y de los recursos de atención a los drogodependientes	27.040
6. 3. Los programas libres de drogas	27.044
6. 4. Los centros y los programas	27.046
6. 4. 1. Las Unidades de Desintoxicación	27.049
6. 4. 2. Los centros de atención ambulatoria	27.054
6. 4. 3. Las Comunidades Terapéuticas	27.056

6. 4. 4. Centros de Día	27.060
6. 4. 5. Viviendas de Apoyo al Tratamiento	27.063
6. 4. 6. Viviendas de Reinserción	27.064
6. 5. Los programas de reducción del daño	27.067
6. 6. Los programas con sustitutivos	27.069
6. 7. El programa de mantenimiento con metadona en Andalucía	27.069
6. 8. Perspectiva de los programas de reducción del riesgo y daño desde el punto de vista de los usuarios y profesionales	27.072
6. 9. Otros programas de reducción del daño: programa con heroína	27.075
6. 10. Conclusiones y propuestas para los programas de reducción del daño	27.077
7. PATOLOGÍA DUAL	27.079
7. 1. Introducción	27.079
7. 2. Situación actual del problema	27.080
7. 3. Diagnóstico final y recomendaciones	27.083
8. LA INCORPORACIÓN SOCIAL	27.086
8. 1. Aspectos claves en la normalización de los drogodependientes	27.086
8. 2. Algunos aspectos conceptuales de la Incorporación Social	27.089
8. 3. El empleo como propuesta de normalización	27.091
8. 4. Los proyectos institucionales para la Incorporación Social	27.092
8. 4. 1. El Programa Red de Artesanos	27.092
8. 4. 2. El programa Arquímedes	27.097
8. 5. El papel de las Administraciones Públicas y de la Iniciativa Social	27.099
8. 6. Conclusiones y recomendaciones	27.100
9. LA ADICCIÓN AL JUEGO DE AZAR	27.102
9. 1. Introducción	27.102
9. 2. Características de las conductas del jugador patológico	27.104
9. 3. El movimiento asociativo en el juego patológico	27.107
10. LOS MOVIMIENTOS SOCIALES EN DROGODEPENDENCIAS	27.111
10. 1. Introducción	27.111
10. 2. Antecedentes del papel de la iniciativa social en drogodependencias	27.112
10. 3. La estructura del movimiento asociativo en drogodependencias	27.113
10. 4. La perspectiva del movimiento asociativo	27.114
10. 4. 1. La perspectiva desde la Fundación Proyecto Hombre	27.116
10. 5. Funciones del movimiento asociativo en drogodependencias	27.117
10. 6. Perspectiva de las familias y del movimiento asociativo en drogodependencias	27.118
10. 7. Conclusiones y recomendaciones	27.119
11. LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE ANTE EL CUMPLIMIENTO DE CONDENA	27.121
11. 1. Introducción: datos sobre la población penitenciaria en Andalucía	27.121
11. 2. Droga y delincuencia: un binomio demasiado frecuente	27.122
11. 3. Importancia de la intervención sobre la población drogodependiente en las prisiones	27.124
11. 4. Los recursos humanos y materiales de la atención a la población drogodependiente en el ámbito de las instituciones penitenciarias	27.128
11. 5. La situación interna de los penados	27.132
11. 6. Conclusiones y recomendaciones	27.135

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27.137
12. 1. Conclusiones	27.137
12. 2. Recomendaciones	27.139
13. CUESTIONARIOS	27.144
14. BIBLIOGRAFÍA	27.153
15. REFERENCIAS NORMATIVAS	27.159
15. 1. Normativa Estatal	27.159
15. 2. Normativa Andaluza	27.160

LA SITUACIÓN DE LAS DROGAS Y OTRAS ADICCIONES EN ANDALUCÍA

PRESENTACIÓN

“Las drogas nos arrancan de la realidad cotidiana, enturbian nuestra percepción, alteran nuestras sensaciones y, por decirlo con una palabra, hacen que el universo entero entre en estado de suspensión”.

Octavio Paz, Corriente alterna.

El consumo de drogas y sus consecuencias es uno de los temas que más preocupan a los ciudadanos, siendo percibido por éstos como una seria amenaza social que se pone de manifiesto ante esta Institución a través de sus quejas, reclamando sus derechos y exponiéndonos sus situaciones. Pero más allá de los propios afectados y su entorno, es necesario plantearse en qué medida las posibles causas, los efectos, sus consecuencias y las actitudes de los ciudadanos vienen a influir en la propia representación social de las drogas en el seno de la comunidad. Al mismo tiempo, resulta difícil justificar que siendo un problema con bajos índices de morbimortalidad tenga tanta importancia en relación a otros problemas sociales.

Existen, además, otras graves cuestiones relacionadas con las drogas que son sentidas por los ciudadanos, que escapan de lo estrictamente asistencial o preventivo para convertirse en un elemento de primer orden, como es el caso del narcotráfico, el blanqueo de dinero o los daños ocasionados en los distintos entornos donde se asientan tanto las poblaciones consumidoras como los denominados mercados de las drogas. En estos casos, son una parte más de un problema que viene a afectar, a veces, a las estructuras sociales donde inciden las drogodependencias, y de forma más virulenta en las zonas y poblaciones en grave riesgo de exclusión y de marginación.

Ante las respuestas posibles que se puedan dar al fenómeno social de las drogas, no debemos perder la referencia de las recomendaciones dadas desde el Consejo de Europa, en cuanto a armonización legislativa, Acción Común 96/750/JAI, de 16 de diciembre de 1996, adoptada por el Consejo sobre la base del artículo K.3 del Tratado de la Unión Europea, relativa a la aproximación de las legislaciones y de las prácticas entre los miembros de la Unión Europea (DOCE núm. 342, de 31 de diciembre de 1996), donde se establece en los considerandos que *“la lucha contra el tráfico debe ir conjugada con una política activa de prevención, tratamiento y reinserción de los toxicómanos. Así podemos ver la importancia de las políticas globales en este ámbito y la importancia de coordinar éstas para dar una respuesta integral a un fenómeno de varias raíces sociales”.*

En este sentido, no debemos de obviar que en estos momentos las políticas que se articulan desde el Plan Nacional sobre Drogas vienen a incidir en todos los aspectos anteriormente referenciados. Siendo esto así, y a tenor de los trabajos realizados en estos años, junto a los datos epidemiológicos y las encuestas de consumo, se podría entender que se ha conseguido modificar la situación o de mejorar algunos indicadores relacionados con el tema.

Si entendemos esta situación como posible, ello puede llegar a producir un falso espejismo, ya que al ser un fenómeno tan cambiante y dinámico vuelve a presentar, con el paso de los años, formas y características que vienen a poner de manifiesto un reciente incremento del consumo de casi todas las sustancias, nuevas formas de consumo y la existencia de un núcleo importante de población afectada. Ello se ha debido al resurgir del consumo de determinadas sustancias que parecía haber concluido y, que con el paso del tiempo, llegan a convertirse de nuevo en fuente de conflictos con relación a las poblaciones consumidoras.

Mientras, se observa la existencia de un incremento de población consumidora cronicada, cada vez más enferma, y más deteriorada si cabe, que no aparece en encuestas o estudios por ser una población oculta y que cada vez tiene mayor dificultad para manifestar el consumo o la adicción que presenta. Por otro lado, el consumo de nuevas drogas en los espacios juveniles y de diversión, la expansión de determinados consumos y su incremento y el descenso de la edad de inicio del consumo del alcohol, cannabis y tabaco, etc., nos lleva a concluir que, de seguir esta tendencia, y de no ponerse los medios y recursos adecuados para cambiar esta situación, en los próximos años, podremos sentir de nuevo una fuerte presencia social de las drogas y sus conflictos asociados.

Tampoco debemos olvidar la aparición de nuevas adicciones entre los sectores juveniles —videojuegos, internet, consumo compulsivo...—, y las ya consolidadas en sectores de población donde existe una fuerte presencia de drogas legales. En el caso de algunos adolescentes, se observan conductas y comportamientos que se asimilan a las de los consumidores de otras drogas.

Podemos afirmar que todo ello es debido a los cambios operados en el fenómeno de las drogas y las adicciones, en el que se observa una evolución de formas muy distintas a lo que se esperaba hace unos años. En la década de los setenta y los ochenta el problema de las drogas fue un problema epidemiológico de gran magnitud, mientras que desde los noventa hasta ahora la realidad epidemiológica ha ido evolucionando en lo que afecta al consumo de las distintas sustancias (cannabis,

heroína, alcohol, anfetaminas, drogas de síntesis...) pasando por la construcción de un discurso social diferente donde se incluyen argumentos que vienen a incidir en la libertad en el uso de las mismas o en la propia imagen social de los consumidores.

Sin embargo, como fenómeno socialmente relevante, las drogodependencias aparecen de forma característica en las sociedades urbanas y posteriormente se desarrollan en todos los entornos y en el conjunto de los grupos sociales. Así, su expansión, con el paso del tiempo, llegó a convertirle en un problema con amplias y complicadas raíces sociales, familiares e individuales. Llegado este momento, se convierte en fuente de debate en relación a su status legal que debe ser tenido en cuenta ante la nueva situación existente con respecto a su consumo.

Otro aspecto a destacar a nivel social, es la presencia de las diferentes drogas en diversos ámbitos sociales, tanto de manera instrumental como simbólica, con lo que adquieren un status especial que obliga a que se tengan en cuenta estos aspectos en cualquier propuesta o alternativa que se vaya a realizar.

Parece, por tanto, que el consumo de drogas es una realidad presente en la sociedad actual. En nuestro país, hemos pasado de un consumo moderado en que la demanda, el suministro y el consumo han tenido un prolongado equilibrio, a un nuevo modelo consumista caracterizado por la disponibilidad de sustancias psicoactivas purificadas, procedentes de las drogas naturales que son tratadas con una gran variedad de productos sintéticos, así como por la aparición de nuevas formas de consumo. Ello ha venido a romper el equilibrio existente en relación a las drogas durante siglos en las distintas sociedades.

Este modelo consumista tiene una gran repercusión en el mercado de las drogas legales (alcohol, tabaco,...), de tal manera que en los últimos años se ha vivido una explosión del consumo de bebidas alcohólicas en amplios sectores sociales, así como un incremento importante en el consumo de tabaco que tiene que ver, entre otras razones, con la mayor incorporación social de la mujer y con la participación de los jóvenes en nuevos escenarios de ocio donde existen consumos de sustancias de forma generalizada, cada vez a edades más tempranas.

No obstante, la población drogodependiente, que sigue siendo muy importante en nuestro país, adquiere en estos momentos un concepto social distinto al de hace unas décadas. Ello tiene que ver con la ampliación del término drogodependiente, que se ha modificado para muchos ciudadanos, al empezar a incluirse junto a los consumidores de drogas ilegales aquellos otros que abusan de las drogas legales. Además, debemos admitir la existencia de sectores sociales que se cronifican en la enfermedad; otros, se sitúan dentro del colectivo de excluidos sociales, por tanto lejos de las redes asistenciales; mientras, en los centros penitenciarios existe un enorme colec-

tivo con problemas de drogas que en muchos casos al llegar allí se acrecienta; así como existen otros en los que se da, junto a su problema de drogadicción, un trastorno mental definido. Nos estamos refiriendo en este último caso al grupo que se sitúa dentro de lo que se conoce como enfermos con una patología dual.

Ello implica que, como tal problema, desde las Administraciones Públicas tenga cabida una atención tanto preventiva como asistencial, siendo ello un derecho recogido en el artículo 45 de nuestra Constitución, en lo referido al derecho de protección de la salud; en la Ley General de Sanidad (Ley 14/86, de 25 de abril), en su artículo 42 y 70.1, en cuanto hace referencia a cobertura sanitaria y social de las mismas, y en la Ley 4/1997, de prevención y asistencia en materia de drogas de la Comunidad Autónoma, como marco normativo unitario, que regula esta materia desde las distintas dimensiones que presenta la atención a dicho fenómeno en la sociedad andaluza, y que llega a definir el problema de las drogodependencias como una enfermedad crónica y recidivante.

En el momento de enfrentarnos con la realización de un Informe Especial desde esta Institución, debemos tener presente que lo que se viene definiendo como el fenómeno de las drogas y otras adicciones afecta a un porcentaje muy alto de andaluces quienes, aun existiendo grandes diferencias entre unos consumidores y otros en relación a la sustancia consumida, en cualquier caso el uso de drogas y los problemas asociados a otras adicciones los convierten en objeto del informe. Por este motivo, nos preocupa la situación de éstos y sus demandas, así como la de los familiares que sufren estas situaciones. También son los profesionales objeto de nuestro informe, ya que su situación y perspectiva del problema puede tener una gran incidencia en el colectivo de afectados.

Por otro lado, como hemos hecho referencia anteriormente, no podemos obviar que dentro del colectivo de afectados existe un porcentaje muy alto de excluidos sociales que se encuentran desprotegidos ante las dificultades que entraña iniciar un proceso de tratamiento para abandonar las adicciones. A estos sectores esta Institución se siente próxima y en la obligación de asumir la defensa de sus derechos e intereses, en su función de salvaguarda de los Derechos Fundamentales de los ciudadanos consagrados y establecidos en el título I de la Constitución y, de forma más específica, los derechos sociales.

Es por ello, que desde el acercamiento que esta Institución tiene a los problemas y dificultades que presentan estos colectivos, se asume la realización de este informe que pretende ser una aproximación a la realidad que en estos momentos viven sectores de nuestra sociedad. Para ello, se plantea establecer cuáles son los ejes de referencia que existen en estos momentos en la atención a las drogodependencias en Andalucía y en qué medida éstos proporcionan una adecuada respuesta a las

necesidades actuales de las poblaciones consumidoras. En materia de prevención, debemos conocer de qué forma las acciones que se realizan llegan a los sectores seleccionados y cumplen al final su objetivo.

Para concluir, podemos decir que las posibles soluciones o, cuando menos, las vías de reconducción del problema, no pueden venir de medidas precipitadas ni de decisiones unilaterales. Entre otras razones, porque es un problema que afecta a todos los ciudadanos al participar éstos tanto en el origen como en las soluciones del mismo. Por otro lado, la experiencia vivida en Andalucía en este tema, como una de las Comunidades Autónomas donde el problema de las drogas y otras adicciones tiene una gran incidencia y donde ha existido una fuerte presencia del sector público y de los movimientos sociales en la intervención sobre las causas y los efectos de las mismas, obliga a contar con la colaboración y la experiencia de todos los sectores a la hora de la toma de decisiones que se vayan a realizar en el proceso de elaboración de las estrategias de intervención en el futuro.

En este sentido, la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, configurada como instrumento de garantía y efectividad de los derechos y libertades reconocidos en nuestra Constitución, manifiesta su decidido compromiso en la defensa de los sectores sociales más desprotegidos. Así, el mandato de elaborar este informe surge de la necesidad de estudiar y conocer una realidad enormemente compleja y que afecta a un sector muy importante de la población. Conscientes de esta situación, se ha realizado en un momento en el que se están revisando las políticas de drogas en nuestro país y también en Andalucía. Ello nace de un proceso de reflexión al que esta Institución se suma, desde otra perspectiva más del análisis de esta realidad, en el deseo de contribuir a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos afectados y la merma y reducción, si es posible, del problema.

Andalucía, diciembre de 2002.
Defensor del Pueblo Andaluz,
José Chamizo de la Rubia.

1. INTRODUCCIÓN. LAS DROGODEPENDENCIAS COMO FENÓMENO DE NUESTRO TIEMPO. LA RESPUESTA INSTITUCIONAL

1. 1. ESTRUCTURA DEL INFORME

La importancia de conocer la realidad del fenómeno de las adicciones en nuestra Comunidad Autónoma es el objeto principal del presente informe. Para ello, no hemos escatimado en el conocimiento de las distintas realidades y perspectivas que el problema plantea. Son muchas las aristas del mismo, y es difícil, por mucho que uno se lo proponga, llegar a describir cada una de ellas. No obstante, en nuestro intento hemos pretendido ser críticos con determinadas actuaciones, comprensivos con la situación y dificultades que una atención como ésta requiere y, por último, constructivos y realistas en nuestras propuestas y recomendaciones.

El informe pretende recoger, entre otras cuestiones, la situación actual de las estructuras creadas en estos años, las relaciones que los afectados mantienen con ellas, los efectos que producen en las poblaciones objeto de intervención y, de forma especial, la respuesta que desde las Administraciones, tanto a nivel terapéutico como normativo, se viene dando al problema, y en qué medida se adecua a la situación actual a tenor de las distintas perspectivas del problema. En cualquier caso, es necesario conocer tanto la percepción ciudadana como la de los profesionales en relación a los cambios que se operan en estos momentos para dimensionar la respuesta a este nuevo marco de las drogas.

El capítulo primero sirve, a modo de presentación, como una aproximación general al problema, para llegar a nuestra realidad más próxima, concluyendo con el análisis de la respuesta institucional surgida a mediados de los años ochenta.

El capítulo segundo se ocupa de los aspectos metodológicos del informe, donde se recogen los instrumentos dentro del modelo seguido de investigación cualitativa. Junto a los aspectos metodológicos se exponen los perfiles de los participantes en la muestra de los que se extraen conclusiones que van más allá de los datos personales y que son reflejo de las poblaciones atendidas necesidades y existentes.

En el tercer capítulo realizamos una aproximación a la normativa Europea, Estatal y de Andalucía, sin olvidar aquellos aspectos sancionadores y punitivos que existen en nuestro ordenamiento jurídico. En el Cuarto, nos centramos en los aspectos epidemiológicos del problema y concluimos con aquellas cuestiones surgidas al hilo de la situación actual de los consumos, que deben servirnos de reflexión general para entender el contexto de las actuaciones y de los programas.

El capítulo quinto se ha dedicado íntegramente a la prevención de las drogodependencias, partiendo de un análisis general de los programas en los distintos ámbitos de intervención y haciendo un recorrido por los marcos normativos de los mismos, para concluir con una valoración de actuaciones realizadas por las Administraciones desde los distintos contextos, para cerrar con toda una serie de recomendaciones que sirvan como posible referente a las actuaciones futuras.

El capítulo sexto se centra en la intervención asistencial. Es en éste donde está más presente el análisis de la situación y la participación de los sectores implicados a través de sus comentarios y de sus aportaciones a los distintos instrumentos seleccionados. En él hemos recogido, además, las aportaciones de los profesionales y de otros sectores. Dentro de este capítulo, hemos dedicado una parte importante a los programas de reducción del daño por la incidencia que en estos momentos tienen en la atención a las drogodependencias y, de forma especial, al programa de mantenimiento con metadona.

A los pacientes con problemas psiquiátricos hemos dedicado el capítulo séptimo, al considerar que su importancia requiere un tratamiento especial. De esta forma hemos intentado adentrarnos en una de las aristas más punzantes que en estos momentos tiene el tratamiento de las drogas en nuestra Comunidad Autónoma y, de seguir así, mucho nos tememos que en los próximos años va a ser causa de conflicto tanto para los recursos como para el drama familiar que representa.

Partiendo de la consideración de que todo proceso de intervención con poblaciones consumidoras pretende alcanzar la normalización de éstos, desde el capítulo octavo, se ha pretendido recoger el marco de los programas de Incorporación Social, como referentes para la normalización. Es aquí donde encontramos en estos momentos una mayor demanda por parte de los usuarios y profesionales, siendo éstas más patentes en los propios usuarios. Es éste, por tanto, un aspecto de gran trascendencia para el futuro de las actuaciones en materia de drogas, al ser una de las áreas que en mayor medida se solicitan medios y recursos.

En el capítulo noveno, hemos abordado aquellas cuestiones que afectan a otras adicciones, centrándonos de alguna forma en el juego patológico, como un trastorno psiquiátrico que afecta a un sector importante de ciudadanos en nuestra Comunidad Autónoma, con enormes costes económicos y sociales. Para ello, se ha contado con la colaboración y punto de vista de los movimientos de autoayuda que vienen trabajando en este ámbito.

En el capítulo décimo, hemos recogido la participación del movimiento asociativo y sus distintos ámbitos de intervención. No debemos olvidar que es Andalucía la Comunidad Autónoma que cuenta con un mayor número de asociaciones, y éstas tienen una alta implantación en todo el territorio cubriendo muchos de los escenarios donde la propia Administración no llega.

Con el capítulo undécimo, nos adentramos en uno de los temas que mayor trascendencia tiene en el conjunto de la población drogodependiente como es el de los aspectos penales y procesales. Este último aspecto, que ya fue abordado en un Informe Especial de esta Institución del año 2000, vuelve a ser tratado desde una óptica distinta al ser motivo de queja, tanto desde los propios pacientes como de las familias.

Finalmente, y en el último capítulo, el duodécimo, desde la información recogida y tratada a lo largo del informe, cerramos con una serie de recomendaciones que vengán a responder a modo de conclusiones a las demandas de los propios sectores sociales implicados en el tema, sin olvidarnos, por otro lado, de la situación planteada en torno a otras adicciones que son recogidas en la Ley 4/1997 y las propuestas planteadas desde el II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones, aprobado recientemente.

1. 2. LAS DROGODEPENDENCIAS COMO FENÓMENO SOCIAL

El denominado fenómeno o problema de las drogodependencias es, en cierto modo, un problema sostenido desde diversos sectores sociales, que ven en él una forma de perpetuarse y controlar distintos ámbitos de la sociedad. El mundo de las drogas no es sólo el mundo de la marginalidad. Es también el mundo del negocio, del dinero y del poder. Atajar sus causas es un problema cuando menos complejo al que la sociedad debe dar soluciones, aunque en este proyecto se necesita la concurrencia de todos y cada uno de los sectores sociales, aportando ideas, propuestas e iniciativas que sean capaces de modificar este estado de cosas. Sólo modificando o cambiando determinados aspectos del problema, no se llegará a modificar la situación o sólo conseguiremos cambiar algunas cuestiones que tienen que ver con él.

Hay que tener en cuenta que el problema no queda limitado a la existencia de una serie de causas y consecuencias que el fenómeno produce en la sociedad. Además, entran a formar parte de su complejo mundo determinadas actitudes y creencias sociales relacionadas con el problema que, si no llegan a cambiar, será difícil vislumbrar unas condiciones de vida distintas para los ciudadanos vinculados con el tema.

Por otro lado, en el fenómeno de las drogas existe una cierta orientación estética de una sociedad que pretende vivir con

preocupación los cambios y los conflictos de su tiempo: paro, ecología, grandes tragedias,... Ante la desmotivación de una parte importante de la ciudadanía se produce, a la contra, el discurso de otra parte de la sociedad que exhibe formas estéticas y modernas de vivir los problemas de la época desde el discurso teórico del tema en el que caben múltiples interpretaciones y soluciones. Mientras, la sociedad ve resurgir de forma periódica el debate de las drogas y sus consecuencias como un problema importante para la comunidad que no llega a cerrarse, ya que sigue viéndose como algo sometido a grandes cambios con soluciones difíciles.

Así, las Administraciones Públicas junto a la participación de la iniciativa privada, a lo largo de estos años, han ido configurando un modelo de atención a los problemas ocasionados por las drogas, que en muchos casos sólo ha llegado a dar respuesta a perfiles determinados de usuarios, y determinados aspectos que les afectan.

Podemos afirmar que las políticas de drogas que han surgido en estos años han venido a paliar las condiciones objetivas detectadas. Como todas las soluciones de carácter singular, sólo han cubierto una parcela del problema, debido a las limitaciones de medios y recursos especializados y al aumento de la demanda que se iba generando ante la presencia cada vez mayor de poblaciones consumidoras. Ello sólo podría justificar una parte de la situación actual, que en cualquier caso requiere nuevas formas imaginativas de intervención y adaptadas al momento y a sus necesidades.

En este sentido, habría que destacar que la situación ha sido así porque a comienzos de los ochenta la aparición de la heroína supeditó las políticas de drogas, dada la existencia de poblaciones importantes vinculadas a ella. No obstante, en el momento actual sigue existiendo una fuerte relación a las respuestas diseñadas en estos años a los sistemas de atención. La justificación la podemos encontrar en la existencia aún de importantes sectores de población consumidora y que probablemente seguirán consumiendo. Esta forma de entender la situación incide de forma directa en todas las políticas de drogas, tanto asistenciales como preventivas.

Sin embargo, en los últimos años, se ha producido una evolución debido a la aparición de nuevas sustancias, nuevas formas de consumo y nuevos perfiles de consumidores. Mientras, las graves consecuencias sobrevenidas por el consumo de drogas en estos años, junto a la ubicación de los consumidores en los círculos de la exclusión social, ha llevado a éstos a su cronicación, y este mal endémico es vivido con desesperación por las familias y, a veces, con cierta indiferencia desde sectores de la sociedad que, al vivir alejados del problema, se muestran indiferentes ante el mismo.

Este análisis de la realidad debe concluir con nuevas propuestas capaces de acercar, por un lado, el problema a la so-

ciudad y, por otro, de mejorar la respuesta que en estos momentos se está dando a éste. También debemos abordar los cambios que se vienen produciendo con relación a los nuevos consumidores y a las nuevas formas de tratamiento, articulando de esta manera una respuesta más coherente a estas nuevas situaciones.

De esta forma, podemos ver cómo las drogodependencias han dejado de ser una situación, condición o decisión personal, para convertirse, como era previsible, con todos los datos históricos, culturales y sociológicos de los últimos cien años, en un problema de salud pública, en un momento donde la defensa de este concepto aparece como una responsabilidad de los Estados sobre los ciudadanos. Unido a ello, habría que añadir otros que tienen que ver con problemas de índole político y económico, con aspectos relacionados con la delincuencia, el mercado ilícito y el blanqueo de capital.

Al constituirse las drogodependencias en un fenómeno presente en las sociedades industrializadas y en las post-industrializadas, dejan de ser un fenómeno exquisito y de minorías para convertirse, con el paso de los años, en un fenómeno socioepidemiológico de primera magnitud. En poco tiempo las toxicomanías han pasando de ser un problema individual que afectaba a grupos determinados de la sociedad a ser un problema de masas. Ello ha llevado implícito la aceptación de determinadas drogas y de sus usuarios, y a la contra su rechazo social al valorar la drogadicción como una consecuencia indeseada de una costumbre social ilegal, punitiva y rechazable. Estas posiciones llegan a ser cada vez más minoritarias en la sociedad, al haberse producido un cambio en la percepción social de las drogas.

Las drogodependencias y sus consecuencias se convierten hoy en un problema social y sanitario de gran relevancia, debido tanto a su gravedad como al amplio abanico de población a la que afecta y a las dificultades que entraña el manejo de todos los factores que la originan y mantienen (Ferre, Sánchez y Salvador, 1991). Por ello, adquiere en estos momentos una nueva dimensión que en nada se parece a situaciones o condiciones anteriores.

1. 3. LAS DROGAS UN PROBLEMA ACTUAL

Lo que se viene definiendo como “crisis de las drogas” corresponde a un proceso de cambios que se produce a lo largo de la historia con respecto a las distintas sustancias y a su relación con los individuos en determinados contextos sociales. Sin embargo, en el momento actual cuando hablamos de crisis nos estamos refiriendo al proceso operado en cuanto al fenómeno en los últimos años en nuestro país (Gamella, 1997).

Así, se puede afirmar que asistimos a cambios importantes en lo que venimos definiendo como el fenómeno de las drogo-

dependencias, y que tiene que ver con diversos aspectos, entre otros:

a) La rápida expansión en las formas de consumo, sobre todo de ciertas drogas que se extienden entre los sectores más juveniles.

b) La alarma social que las drogas producen en los ciudadanos y que puede provocar respuestas irracionales en muchos de ellos.

c) La existencia de una cierta economía asociada al dinero procedente de las drogas, que es dirigido a determinados sectores sociales y económicos de nuestro país, y que llega a ser un motivo que impide la toma de decisiones que permita la mejora de la situación.

d) La existencia de un problema de Salud Pública que emerge alrededor de las sustancias y de los efectos, y que llega a afectar a núcleos de población importantes.

Junto a estos aspectos habría que añadir toda una serie de elementos que conforman este problema y que forman, en gran medida, su base:

a) *Elementos económicos.* No debemos perder de referencia el papel jugado por muchos países productores (Afganistán, Colombia, Perú, Marruecos, etc.) y los altos beneficios que provienen del control de la producción y del mercado.

b) *Elementos políticos.* El nuevo mapa político surgido en la Europa de los últimos quince años viene a representar un cambio de orientación en las políticas en relación con las drogas (políticas consensuales sobre la represión del tráfico, medidas de legislación comparada entre países de la Unión Europea, nueva visión sobre el tema...).

c) *Elementos legislativos.* La existencia de una nueva tipificación de los delitos relacionados con el consumo y tráfico de drogas, recogidas en el Código Penal de 1995, junto a la aprobación de las Leyes relacionadas con la prevención y asistencia en materia de drogas (Ley 4/1997, de 9 de julio, de la Comunidad Autónoma Andaluza; Ley 3/1997, de 16 de junio sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana; Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social de la Comunidad Autónoma de Murcia,...), o el desarrollo normativo y modificaciones a los textos originales que han existido en algunas Comunidades Autónomas -País Vasco, Cataluña, Valencia, Andalucía... – en relación con leyes aprobadas con anterioridad para adaptarlas a la situación actual.

Este desarrollo normativo viene a poner de manifiesto la actitud de las Administraciones por normalizar y regular la situación, aunque en ello encuentren enormes dificultades al enfrentarse a una situación compleja que afecta a muchos sectores.

d) *Elementos culturales.* Es éste uno de los aspectos que más ha evolucionado en el consumo de drogas en los últimos años. La percepción social de los ciudadanos se ha ido modi-

ficando en distintos aspectos, sobre todo en lo relacionado con las actitudes sobre la penalización y sanción del consumo de las drogas. Se establecen criterios distintos en función del tipo de sustancias y si este uso es público o privado.

Uno de los elementos que inciden culturalmente en el consumo de drogas es el debate generado con relación a la legalización, despenalización y uso terapéutico de las distintas sustancias. Así podemos ver como en el último estudio publi-

cado de la serie "Los Andaluces ante las Drogas VI" (1998), a la cuestión planteada sobre si estarían de acuerdo con respecto a la legalización del uso de las drogas, sólo un 31% estaría de acuerdo frente a un 63% que estaría en desacuerdo. Con relación a las actitudes del consumo público o privado, el mismo estudio realizado en 1998 compara datos referidos a esta cuestión con respecto a estudios realizados en años anteriores, y se observa lo siguiente:

¿DEBEMOS SANCIONAR EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN EL ÁMBITO PRIVADO?	1989	1992	1994	1996	1998	2000
No debe sancionarse	23,1	24,4	26,4	28,7	31,8	36,6
Sí, levemente	38,5	32,3	35,0	32,4	42,4	35,7
Sí, con sanción penal	38,4	43,3	38,6	38,9	25,8	27,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro núm. 1: Posición de los andaluces ante las sanciones al consumo de drogas. Fuente: EDIS, 2000.

En este cuadro, podemos observar cómo ha ido cambiando la percepción de los ciudadanos con respecto a una mayor posición liberadora frente a la sancionadora del consumo de drogas. Al mismo tiempo que disminuyen, de forma importante, aquellas otras que consideran que la sanción debe ser penal en el caso del consumo de drogas ilegales. Asistimos a una situación de mayor tolerancia social con respecto al consumo de drogas ilegales, sobre todo en sus aspectos sancionadores o punitivos.

Al hilo de esta cuestión merece la pena hacer un comentario con relación al uso terapéutico de la heroína, y que en estos momentos sería importante para aquellos que no consiguen desvincularse de la misma. En este sentido, la Junta de Andalucía se planteó hace unos años el uso terapéutico de esta sustancia, después de que se hubieran producido fracasos terapéuticos anteriores o no existiera intención clara de dejar de consumirla. Con respecto a la utilización de esta sustancia, con un claro objetivo terapéutico, observamos la existencia de una tendencia mayoritaria, en un 42,6% de la población encuestada, que se consideran partidarios del uso terapéutico de la misma, frente a un 37,9% en desacuerdo, existiendo un 19,5% que no se manifiesta. Nos encontramos, también en este caso, con una aceptación importante por parte de los ciudadanos del uso controlado de determinadas drogas.

Supone ello un paso adelante hacia un modelo terapéutico progresista, que vincula las sustancias a un tratamiento capaz de

dar respuesta a los sectores sociales más deteriorados y con menos posibilidades de entrar en el sistema. Al mismo tiempo, rompe la asociación que se produce con determinadas sustancias como instrumento criminalizador para dichos ciudadanos.

e) Elementos educativos y psicológicos. Se justifican éstos en base a que en la génesis del problema, y en la gran mayoría de casos, están presentes componentes psicológicos y educativos, lo que obliga a una intervención que recoja modelos que incidan en estos aspectos.

No obstante, habría que hacer referencia a que en estos momentos se produce una fuerte medicalización en los tratamientos de las drogodependencias. Se debe insistir en la necesidad de contar en los mismos con un apoyo psicológico y educativo. De no existir éstos, se llegaría a un estancamiento en los procesos de rehabilitación, que impediría una mejora en la calidad y en las condiciones de vida de los afectados.

f) Elementos sanitarios. Desde el modelo de Salud Pública se contempla la necesidad de realizar un control sanitario, tanto de los individuos afectados como de las sustancias, como un sistema de garantía para el resto de los ciudadanos y mejora de su calidad de vida.

Frente a su complejidad y sus consecuencias vemos como las drogas se han instalado como parte de una nueva cultura en jóvenes y adolescentes urbanos. Es este un motivo más que debe llevar a la toma de decisiones por parte de las Administraciones y desde la comunidad, hacia estrategias preventivas y

asistenciales dirigidas a aquellos sectores que se inician en el consumo, así como a aquellos otros que ya están ubicados en los consumos.

Con respecto a la población consumidora parece razonable insistir en las políticas de reducción y, a ser posible, en la eliminación del daño, a tenor de los últimos datos e informes al respecto. En estos momentos aún existe un sector importante de población que todavía no ha entrado en contacto con las redes asistenciales, debido a las características de su perfil de consumidor, en algunos casos y, en otros, ante la ausencia de recursos que trabajen en los propios ámbitos sociales donde viven los consumidores.

En esta situación se encuentra un importante grupo de pacientes con trastornos psiquiátricos y con dependencia a las sustancias. Se observa como las relaciones entre ambos trastornos han sido perfectamente establecidas, ya que en algunos casos el consumo de drogas se ha producido como consecuencia de aliviar determinados síntomas psicopatológicos y, en otros casos, puede que los efectos biológicos y sociales derivados del uso de drogas sea un factor de vulnerabilidad ante la existencia de determinados trastornos psiquiátricos (esquizofrenias, trastornos de personalidad, depresivos de ansiedad y psicóticos...).

En este sentido, parece difícil establecer el impacto que cada trastorno psiquiátrico tiene sobre la conducta adictiva y, como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (Rousanville et al., 1982, McLellan 1986, Pascual 1994) existen toda una serie de situaciones que se dan en ellos, siendo las más frecuentes: la existencia de un porcentaje elevado de recaídas, lentitud en los procesos de recuperación, riesgos de otras patologías, como el alcoholismo y politoxicomanía, que vienen a complicar su recuperación.

Debido al alto porcentaje de pacientes existentes en estos momentos con este tipo de perfil, y las dificultades que éstos encuentran para iniciar el tratamiento, su situación requiere de una atención especial en este informe a tenor de los datos existentes en estos momentos, y que será abordada de forma monográfica en un solo capítulo.

Realizar la rehabilitación supone adquirir nuevas estrategias para afrontar, tanto situaciones frustrantes como tentadoras. Hay que tener en cuenta que no en todos los casos el consumo de drogas obedece a una decisión juvenil para encontrar diversión, sino que en muchas situaciones está presente el mundo del sufrimiento personal y de las frustraciones individuales de una sociedad que crea todo tipo de males modernos, a los que los hombres y mujeres no tienen planteados soluciones.

En las sociedades actuales, donde coexisten formas y pensamientos diferentes, la tolerancia y la solidaridad con los más desprotegidos son valores en alza para diversos sectores sociales que ayudan a que el resto de la sociedad entienda y admita los programas que tienen como objetivo mejorar las condicio-

nes de vida de los que son diferentes. En este sentido, debemos recordar lo que se proclama en el Acta de constitución de la UNESCO, cuando afirma: *“No basta con acuerdos económicos y políticos. El futuro de la humanidad depende de la solidaridad intelectual y moral”*. A ello habría que añadir, la necesidad de que este compromiso se debe forjar desde los Estados y gobiernos en el deseo de aumentar las cotas de protección que supongan mejoras en el bienestar de los colectivos desfavorecidos y, en este sentido, el de los drogodependientes.

Estamos convencidos que resulta complejo alejar a esta población de los escenarios de la subcultura de las drogas y conseguir adherirlos a comportamientos normalizados como objetivo de la rehabilitación (Estivill y de la Hoz, 1993). Para ello, parece necesario contar con programas de amplios contenidos formativos y educativos que sean capaces de ayudarles a reaccionar y conseguir el proceso de maduración necesario para cubrir estos objetivos.

En este sentido, debemos tener en cuenta que los programas de atención a las drogodependencias pretenden la reconstrucción o construcción de una vida que sólo puede llegar a buen fin si el balance de lo cotidiano supone para el individuo una sociabilidad gratificante con respecto al punto de partida. En la vida de un consumidor de drogas se pasa por muchos momentos y situaciones, donde aspectos como su historia previa de consumo, su posible vinculación con delitos cometidos en relación con éstos, sus recaídas y desalientos, supeditan su proceso de normalización.

Todo ello sería posible si, al esfuerzo individual que cada uno de ellos debe poner de manifiesto en ese instante, se uniera el apoyo solidario de la comunidad. Consiguiendo de esta forma que esta disposición redundara en un proceso de ayuda y de cambio que la sociedad demanda para estos colectivos.

No obstante, en los procesos de normalización se admite que las características previas supeditan, en gran medida, estos procesos. Así, vemos como el peor pronóstico en la rehabilitación de los drogodependientes tiene que ver con los conflictos legales y la falta de un nivel educativo adecuado que les permita el desarrollo de una actividad normalizada dirigida a la búsqueda de un empleo, al mismo tiempo que cumpla el objetivo de contar con una actividad que satisfaga las propias inquietudes de los individuos.

Podríamos concluir este apartado, entendiendo que el problema de las drogas adquiere en estos momentos una nueva dimensión que podríamos resumir en los siguientes aspectos:

– La configuración de un modelo de policonsumo. En él se realiza agrupación de distintas sustancias tanto legales como ilegales, siendo los más frecuentes el consumo de alcohol, tabaco y cannabis y, por otro lado, el de heroína y cocaína, aunque en este último se produce con todo tipo de drogas. En cualquier caso, se da un modelo de consumo mezclado y cru-

zados en casi todos los casos. Es difícil identificar a los consumidores de drogas en relación a la sustancia consumida, aunque en la mayoría de casos existe una sustancia principal como referente.

– La existencia de un discurso social permanente donde se abordan cuestiones que tienen que ver con la despenalización, legalización, y a la contra, la penalización del tráfico y del consumo, con la aplicación de medidas legales restrictivas propuestas desde distintos ámbitos de la sociedad. Esta situación está cambiando hacia actitudes más permisivas debido a los cambios operados en otras generaciones posteriores más tolerantes y habituadas a este problema.

– El mantenimiento de ciertas actitudes en sectores sociales de rechazo al fenómeno drogas, que ha llevado a un deterioro de la imagen de los drogodependientes.

– La creación de una fuerte alarma social en torno al fenómeno de las drogas, en el que no han estado ausentes los medios de comunicación social, tanto a la hora de transmitir una determinada imagen como determinados aspectos del problema y, que después de tanto años, siguen actuando de la misma forma.

– La aparición y posterior extensión de las drogas de síntesis con un escenario social bien distinto que se consolida y que, probablemente, permanecerá durante bastante tiempo. Por otro lado, se produce un fuerte resurgir de las drogas legales, así como del cannabis entre sectores juveniles.

– El reconocimiento socio-cultural de las drogodependencias, así como las exigencias sociales para contar con una respuesta institucionalizada capaz de producir un cambio en la situación actual de éstas.

– La fuerte preocupación en el ámbito familiar por las prácticas de ocio de los hijos, que vienen a romper el esquema tradicional de las salidas y diversiones existentes en periodos anteriores, encontrándose las familias sin capacidad de respuesta ante estas situaciones nuevas.

– Las nuevas prácticas de los adultos con relación al consumo de drogas legales y la proyección e imitación entre los más jóvenes. Son éstas usadas con una cierta rutinización y ritualización por jóvenes y adolescentes.

– La aparición de una cierta conciencia social de proximidad y de convivencia con las drogas.

– La articulación de un tejido social sólido que se presenta a veces como una alternativa o respuesta al fenómeno y que enmascara en muchas ocasiones, las carencias que en estos momentos tienen las Administraciones para articular una respuesta pública, o, en su caso, al control de la existente desde los distintos sectores sociales implicados en el tema.

– La ruptura del consenso político que había existido hasta hace unos años en los temas de drogas, a la que se ha llegado en el momento que se ha roto el modelo pactado a mediados

de los ochenta y que se prologó hasta casi finales de los noventa. El último referente de este consenso lo tenemos en la aprobación de la Ley de Drogas con el consenso de todos los grupos políticos.

– Y, por último, no debemos de perder de vista que las drogodependencias representan un problema de salud pública con enormes costes sociales para los ciudadanos.

Sin embargo, debemos resaltar como en Andalucía se consolida, hasta finales de los noventa, un discurso técnico y científico sobre las formas de abordaje del problema que tiene su soporte más importante en los sectores profesionales que trabajan en el tema, pertenecientes tanto a las Administraciones Públicas como a la iniciativa social, y a una estructura que se asienta fundamentalmente en su abordaje asistencial, y desde donde emanan otras actuaciones en los distintos ámbitos de intervención. De este modelo han participado los movimientos e instituciones sociales que vienen trabajando en este ámbito en el que, con el paso del tiempo, han llegado a tener una fuerte presencia como complemento de la respuesta terapéutica pública.

1. 4. LAS RESPUESTAS INSTITUCIONALES AL PROBLEMA DE LAS DROGAS

Este apartado se complementa con los capítulos en los que se abordan los distintos ámbitos de actuación de los programas y recursos. No obstante, y al hilo de la descripción de estos recursos y programas incluiremos, junto a las opiniones y comentarios de los usuarios y profesionales, algunas de las quejas que al respecto se han presentado ante esta Institución. De forma específica en este apartado pretendemos introducirnos en lo que ha sido la respuesta institucional al problema de las drogas en Andalucía en estos años.

Por situarnos en el origen, podemos decir que el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, surgidos en 1985 al amparo del problema creado con la heroína, nacieron con la clara voluntad de llevar adelante actuaciones integradas en materia de drogodependencias en todo el territorio del Estado. Ello determinó que desde un primer momento existieran formas paritarias de actuación en las que vinieron a colaborar tanto la iniciativa social como Administraciones Públicas. Este modelo es el que se ha ido desarrollando en Andalucía, aunque en los últimos años se han ido operando cambios que modifican el estado inicial para buscar una mayor adaptación a la realidad de ese momento. Ello, no en todos los casos ha sido así, aunque se detectan cambios importantes, al mismo tiempo que existen carencias con relación a las posibles alternativas que se le puedan dar al problema en sus distintos ámbitos (prisiones, enfermos de patología dual, programas de Incorporación Social, falta de liderazgo interno e institucional...).

Un aspecto importante que debemos destacar, a finales de los ochenta, por su incidencia es la creación del Sistema Estatal de Información Sobre Toxicomanías (SEIT), desde el que recoge toda la información que aportan los pacientes atendidos en los distintos recursos asistenciales. En Andalucía, se crea en los primeros años de existencia del Plan y supone una fuente de información y de observación del problema de las drogodependencias en todo el territorio que, complementada con otras, puede ser el referente adecuado para la información sobre las drogas.

El modelo de intervención, que surge en Andalucía al amparo de los Decretos 72/1985, de 3 de abril, de creación del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía y el 73/1985, de 3 de abril, por el que se crean los Centros Provinciales de Toxicomanías y los Patronatos Provinciales, como órganos de participación en esta materia, venían a proponer un modelo de intervención global del problema donde se incluían tanto medidas dirigidas a la prevención como a la asistencia, en sus aspectos sanitarios y sociales, para alcanzar la integración social.

En aquellos años, los pocos recursos existentes estaban en manos de la iniciativa social e iban dirigidos al tratamiento de los problemas relacionados con el alcoholismo. Mientras, los problemas relacionados con otras drogas se orientaban hacia los servicios de Salud Mental, donde no recibían una atención específica. Ello fue motivo de que se detectara un escaso porcentaje de consumidores de drogas, que sólo en situaciones muy límite acudían a estos centros.

Los pacientes con problemas de heroína eran derivados a los centros de internamiento conocidos como Comunidades Terapéuticas, la gran mayoría dependientes del sector privado que en aquellos años se había iniciado en este ámbito. Dentro de éstas había una fuerte presencia de sectores religiosos, especialmente de algunas confesiones no católicas, principalmente la Iglesia Evangélica.

Mientras, los problemas surgidos con otras adicciones ni eran tratados ni sentidos como un problema.

Nos enfrentábamos a una respuesta única, que como era de esperar, no respondía al perfil de los distintos tipos de usuarios, existiendo en consecuencia un alto índice de abandonos y de fracasos en los tratamientos.

Al mismo tiempo se iba produciendo un fuerte incremento del número de consumidores de heroína, junto a la aparición de una fuerte presión hacia los propios usuarios asociada a los problemas de seguridad ciudadana que representaba el consumo de drogas y las formas de conseguirla. Las familias empezaban a constituir un frente de resistencia y de presión sobre las Administraciones, para que éstas se enfrentasen al problema a través de una respuesta coordinada y acorde al dimensionamiento que iba adquiriendo. Era ésta la situación de la

que se partía y desde la que se inició la creación de la Red de Atención en Andalucía, junto un discurso ideológico que sirvió para orientar a nivel social el problema de las drogas.

En cualquier caso, el modelo creado en 1985 consolidaba un sistema de atención a las drogodependencias que venía a constituirse en una red específica que pretendía la coordinación con otras redes asistenciales: Salud, Servicios Sociales y Salud Mental. Además, se centraba en un modelo de coordinación entre varias Administraciones con competencias delegadas por vía convenio. La Consejería de Asuntos Sociales asumía la responsabilidad de la planificación, coordinación, gestión de algunos programas y la evaluación. Mientras, las Diputaciones se convierten en el referente provincial en esta materia a través de los denominados Centros Provinciales de Drogodependencias, como órganos asistenciales y de coordinación.

Entre los elementos que caracterizan la organización a la respuesta asistencial al problema de las drogas, podríamos apuntar los siguientes:

a) La apuesta por la creación de una red específica de servicios para el tratamiento de las drogodependencias, con las dificultades de coordinación con otras redes que ello supone (SAS, Salud Mental, Servicios Sociales,...).

b) La hegemonía de los programas "Libres de drogas", en los primeros años de forma exclusiva.

c) El alto grado de especialización alcanzado por los recursos asistenciales (Sánchez, L., 1993) con una variada cartera de servicios que pretendían adaptarse a las necesidades de los pacientes.

d) Una fuerte demanda de los usuarios, y una escasa dotación de medios para dar respuesta a esta demanda. En los diez primeros años de existencia del plan se producía una tendencia alcista en relación a los recursos destinados para dar respuesta al problema, sin embargo con el paso de los años ésta se estanca o, en cualquier caso, podemos decir claramente que disminuye, cuando aún existen necesidades no cubiertas en este sector.

A partir de 1990, se produce un punto de inflexión con la incorporación de los Ayuntamientos y Mancomunidades de municipios, que supuso la constitución de la Red de Centros Comarcales para la atención a las drogodependencias, configurándose de este modo un modelo público de atención al que se suma la iniciativa social participando de forma mayoritaria en recursos y programas de prevención y de incorporación social.

El I Plan Andaluz sobre Drogodependencias (1987) venían a estructurarse en cuatro las áreas de intervención, partiendo de cuatro objetivos específicos:

1. Prevenir el consumo de drogas, a través de la Educación en valores y la promoción de procesos de crecimiento personal que fomenten y fortalezcan la madurez y autonomía de los individuos.

2. Prestar asistencia al drogodependiente, a través de programas adaptados a las características y necesidades de los drogodependientes.

3. Promover y favorecer el proceso de integración social de las personas afectadas por las drogodependencias, contribuyendo a la superación de los déficit educativos-formativos, laborales y de aislamiento social.

4. Promover la dignidad y la calidad de vida de los que no pueden o no quieren abandonar el consumo.

A comienzos de los noventa se inician los programas con sustitutivos, llegando a mediados de esa década las estrategias de reducción del daño que marcan una nueva pauta en los tratamientos de las drogodependencias en Andalucía.

A mediados del 2002 se aprueba el II Plan de Drogas y otras Adicciones que más difuso en sus objetivos y con más áreas de competencias, pretende dar respuestas a nuevas situaciones.

La configuración de la Red se realiza en torno a una serie de recursos y programas, cuya definición podría ser la siguiente:

En materia de prevención.

– Se realiza mediante programas con las Corporaciones Locales y grupos sociales organizados, a través de convocatorias públicas.

– Actuaciones dirigidas a facilitar información y formación en dicha materia, de forma específica a distintos sectores sociales, que venga a fomentar el autocontrol personal ante el consumo de drogas y la potenciación de medidas alternativas al mismo.

– Formación de profesionales que venga a mejorar la práctica profesional en los distintos espacios de intervención.

– Convenios y acuerdos con instituciones sociales que vienen interviniendo en el ámbito de la prevención.

– Campañas de sensibilización dirigidas a sectores de población general y grupos específicos.

– Programa de prevención del daño dirigido a jóvenes consumidores experimentales y en activo.

En Materia de deshabituación y desintoxicación.

Las prestaciones relacionadas con el proceso de deshabituación y desintoxicación de las personas drogodependientes se efectúa a través del dispositivo público acreditado a tales efectos, así como con la iniciativa social que concierta plazas y recursos con la Administración Pública, y que configuran la red de atención a las drogodependencias en la Comunidad Autónoma, que comprende los siguientes tipos de centros:

- Centros Provinciales de Drogodependencias.

Los Centros Provinciales de Drogodependencias son recursos especializados en la atención de problemas derivados de las dro-

gas y tienen como objetivo la coordinación técnica de las actividades relacionadas con las mismas en la provincia. Se vinculan con los convenios firmados para tal fin por la Junta de Andalucía y las Diputaciones Provinciales. No obstante, en estos momentos, se pretende que dicha coordinación técnica la realice las Delegaciones Provinciales, modelo que se instaura a comienzos de 2001 en la provincia de Córdoba y que parece presentarse como un referente del modelo a seguir, lo que está ocasionando importantes disfunciones al desaparecer el referente, a nivel provincial, del Plan de Drogas cuando éste se mantiene en otras provincias.

- Centros Comarcales sobre Drogodependencias.

Los Centros Comarcales sobre Drogodependencias vienen a realizar las mismas actividades que los centros provinciales de drogodependencias, ciñéndose a la demarcación territorial que les corresponde. Surgen del acuerdo realizado con las Corporaciones Locales (Diputaciones y Ayuntamientos), y el tratamiento que en ellos se realiza es de carácter ambulatorio.

- Comunidades Terapéuticas.

Las Comunidades Terapéuticas son recursos de carácter residencial para el tratamiento de las drogodependencias. La característica que mejor las define es la de posibilitar que la persona drogodependiente permanezca aislada temporalmente del ambiente, tanto familiar como social, donde puedan estar las causas de su drogodependencia. El ingreso en ellas se realiza a través de derivaciones realizadas desde los centros de tratamiento ambulatorio, siendo su espera media de dos a tres meses.

- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria se encuentran ubicadas dentro de los propios Hospitales, su función es la de realizar desintoxicaciones en régimen cerrado, cuando circunstancias psicosociales y familiares especiales hacen imposible llevarla a cabo a nivel ambulatorio o domiciliario. La indicación de ingreso en estas unidades ha de realizarse por los Centros Provinciales de Drogodependencias o los Centros Comarcales, previo estudio del paciente, cuando reúna las condiciones necesarias para que el tratamiento que se realice en ellas resulte útil. Los procesos de desintoxicación también pueden realizarse en régimen ambulatorio. En estos momentos existen tres en toda Andalucía.

- Programa de Mantenimiento con Metadona.

El Programa de Mantenimiento con Metadona incluye en estos momentos al mayor número de usuarios de la red pública de atención a las drogodependencias. Se realiza en colaboración con los centros asistenciales de la Red de Drogodependencias y el Sistema Andaluz de Salud. De esta forma la prescripción se realiza desde los centros de tratamiento ambulatorio y se dispensa en la mayoría de los centros del Servicio Andaluz de Salud.

- Centros de Emergencia Social.

Los Centros de Emergencia Social se constituyen en uno de los recursos de primer nivel, a los que acuden en primera instancia la población drogodependiente que no ha tenido contacto con los recursos normalizados creados para tal fin. En ellos, se les presta una primera acogida, que puede derivar en una asistencia de carácter social o un posible tratamiento asistencial si es demandado por los usuarios. La asistencia de estos recursos incluye: información, asesoramiento, educación sanitaria, higiene personal, intercambio de jeringuilla, preservativos, etc.

En el área de incorporación social.

- Centros de Día para la Incorporación Social.

Los Centros de Día y Reinserción realizan actividades de rehabilitación para favorecer el proceso de incorporación social de las personas drogodependientes en tratamiento, mediante estrategias socioeducativas. En estos centros se realizan diferentes actividades con el fin de que estas personas adquieran hábitos de vida más adaptados: horario, distribución del tiempo libre, deportes, actividades laborales, culturales y educativas, formativas, etc.

- Viviendas o casas de acogida.

Los equipos Específicos de Apoyo y Asistencia a Detenidos y Reclusos dependen de los centros provinciales de drogodependencias y prestan sus servicios en los centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, ubicados en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

- Viviendas de Reinserción.

Las Viviendas de Reinserción son centros de alojamiento y convivencia para drogodependientes en proceso de incorporación social, ubicados en zonas de viviendas normalizadas. Estos recursos se ofertan cuando dichas personas carecen de sistemas de relaciones y vinculación con el entorno familiar y de convivencia más próximo.

- Para el tratamiento de la ludopatía, éste se realiza en las asociaciones específicas, aunque desde el II Plan de Drogas se plantea su tratamiento desde los propios centros que pasan a denominarse Centros de Adicciones.

Al margen de los recursos a los que hemos hecho referencia en este apartado, se encuentran una serie de programas, de los que destacamos los siguientes:

- Red de Artesanos es un programa que les permite el aprendizaje de un oficio, contándose para ello con la colaboración de artesanos y pequeños empresarios que de forma voluntaria y altruista se prestan para tal fin. Durante un año reciben una ayuda económica que tiene la condición de beca.

- El programa Arquímedes, consiste en un proyecto de apoyo directo a la contratación de personas drogodependientes en fase de deshabitación. La ayuda la reciben la propia empresa o entidad en función del periodo de contratación mediante el que se vincule al trabajador. La contratación puede ser realizada por parte de empresas, instituciones sociales sin ánimo de lucro, empresas públicas y ayuntamientos.

- Desde los Servicios Sociales Comunitarios se viene interviniendo en otros niveles de la incorporación social mediante los recursos normalizados (cursos de formación para el empleo, talleres ocupacionales, escuelas taller, educación de adulto, etc.).

Para la promoción social.

- La promoción social se realiza a través de la participación activa de los movimientos sociales, que de forma específica o inespecífica, intervienen en el campo de las drogodependencias.

Uno de los aspectos más importante a destacar tiene que ver con la captación de pacientes, apoyo y seguimiento en aquellos casos que no cuentan con las redes familiares necesarias. Participan activamente en el ámbito de la prevención y de la incorporación social.

2. METODOLOGÍA DEL INFORME Y ESTRUCTURA POBLACIONAL

2. 1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se recoge el desarrollo metodológico que nos ha permitido realizar el informe, utilizando para ello distintos instrumentos de investigación social.

A la hora de plantearnos la metodología hemos pretendido buscar diversos métodos e instrumentos que respondiese a varios objetivos. Por un lado, profundizar en el conocimiento de las distintas propuestas y programas que se abordan en el informe, a tenor de las posiciones de los sectores implicados en el problema –afectados, profesionales, familiares, movimientos sociales...– al mismo tiempo que hemos indagado en la documentación oficial existente al respecto, solicitando a la Administración datos referidos a los programas. Información ésta que se solicitó a la Administración el 20 de julio de 2001, y se reiteró el 30 de noviembre del mismo año. Recibiendo respuesta el 22 de enero de 2002. Documentación que, en alguno de sus apartados, resultaba incompleta, confusa y contradictoria. No obstante, la hemos utilizado en consideración a que era una información oficial que venía a responder a nuestra petición. Por otro lado, se pretendía finalizar con propuestas y recomendaciones que dieran sentido a alguno de los aspectos conceptuales presentados y desarrollados en el mismo.

Para las cuestiones y aspectos abordados se han utilizado diversos instrumentos y técnicas dentro de los distintos enfoques metodológicos de descripción y análisis de los programas, y hemos combinado algunos instrumentos cualitativos junto a otros cuantitativos.

A través de las técnicas e instrumentos utilizados, se ha pretendido obtener información objetiva de los participantes seleccionados, teniendo en cuenta sus perfiles previamente determinados en función de los distintos recursos y momentos del tratamiento en que se encontraban. Hemos seleccionado una muestra que ha pretendido recoger a los pacientes en distintas etapas del tratamiento y a los profesionales que trabajan en los mismos, aunque somos conscientes que no hemos podido llegar a todos y cada uno de los sectores. Aún así, podemos considerar que para un estudio cualitativo es ésta la muestra más adecuada.

Las diversas situaciones que están presentes en los procesos de tratamiento, a veces muy diferentes en cada caso, son un claro referente para entender los distintos significados sociales que tienen los recursos y programas. En cualquier caso, debemos admitir que los procesos de tratamiento son procesos dinámicos, y como tal están sometidos a los cambios que se

van operado, así como al significado que llega a representar para los propios protagonistas de este proceso.

2. 2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Con relación a las investigaciones que se vienen realizando en el campo de las drogodependencias, éstas se desarrollan a través de diseños experimentales simples y dentro del campo de actuación de los programas. Con respecto a los instrumentos utilizados en el proyecto de investigación para la realización de este informe, ha existido cierta dificultad a la hora de establecerlos para que fuesen acordes al objetivo pretendido, cuando nos enfrentamos a situaciones complejas en el trabajo de campo. Por ello era necesario cuidar todos los aspectos de la investigación: una buena elección de la metodología y de los instrumentos, unos adecuados escenarios para la investigación, una buena elección de los informantes y una documentación adecuada.

La experiencia que se ha tenido en estos años sobre los trabajos de investigación realizados en el campo de las drogodependencias, nos ha permitido comprobar que ha existido siempre una actitud abierta y flexible, e incluso una cierta avidez por conocer y aplicar métodos estadísticos, sobre todo en el campo de la prevención de las drogodependencias y el asistencial, como mejor forma para conocer y validar los programas sin que se hayan obtenidos muchos éxitos en el intento.

En cualquier caso, y a la hora de seleccionar los instrumentos, se ha optado por la utilización de éstos en función de los objetivos que nos planteábamos. Así, podemos ver como puede resultar enriquecedor compaginar instrumentos estadísticos con otros de mayor uso en el campo de lo social (cuestionarios, grupo focal, entrevistas,...). Las cuestiones que venían a limitar esta elección han tenido que ver con los objetivos y los resultados que esperábamos obtener.

Podemos concluir afirmando que resulta complejo elegir un único instrumento capaz de recoger todos y cada uno de los aspectos que pretendemos estudiar. La elección de los instrumentos elegidos en la investigación ha sido, desde nuestro punto de vista, los que mejor podrían responder a las cuestiones planteadas, donde se ha pretendido triangular con diversos métodos.

Pasemos ahora a describir los instrumentos utilizados.

2. 2. 1. LA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

La observación participante es considerada como un ingrediente principal de la metodología cualitativa. Según Taylor y Bogdan (1994:31) sirve para designar “la investigación que

involucra la interacción social entre el investigador y los informadores en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”.

Partimos de un diagnóstico previo realizado en función de los datos e informes publicados sobre la situación de las drogodependencias en nuestra Comunidad Autónoma. La mayoría de esos informes tenían su origen en la propia Administración, con lo que era previsible que pudiera existir un cierto sesgo en los mismos por lo que había que recurrir a otras fuentes de información y de comprobación. Por ello, se optó por la fórmula de observación y escucha que ha servido para obtener diversos elementos de conocimiento de la realidad, siendo conscientes que existe en este instrumento un fuerte componente de subjetividad. Podemos caer en el error de dar significaciones personales a aquello que se recoge; o de no saber recoger correctamente la significación de lo que se dice, no llegando a percibir la totalidad de las situaciones o de las actitudes que el(los) participante(s) llegan a transmitir en un segundo plano (elementos ocultos de la información).

En este caso, hemos pretendido además realizar un seguimiento de algunas actuaciones, con lo que estaríamos ante un proceso analítico que, como sostienen Aguilar y Ander-Egg (1994:6), “mediante un conjunto de actividades, permite registrar, recopilar, medir, procesar y analizar una serie de informaciones que revelan la marcha o desarrollo de una actividad programada”.

Dentro de esta técnica hemos seleccionado, siguiendo a Irwin y Bushell, los métodos narrativos, el de muestreo y el de estimación.

2. 2. 2. INSTRUMENTOS DE REUNIÓN DE DATOS: ENTREVISTA ABIERTA, EL GRUPO FOCAL Y LA ENCUESTA A TRAVÉS DE UN CUESTIONARIO PREVIO

2. 2. 2. 1. Entrevista abierta

Dentro de los instrumentos de reunión de datos en investigación social se encuentran las entrevistas en profundidad. En este instrumento el investigador tiene una participación muy activa, al contar con el control y establecer las especificaciones. No obstante, cada vez en mayor medida las ciencias sociales necesitan contar con datos que los individuos deben comunicar a partir de su propia experiencia, convirtiéndose de esta forma en un elemento importante para la observación.

Las técnicas de entrevistas programadas son un instrumento más entre los existentes para la obtención de datos. Como señalan Benney y Hughes (Taylor y Bogman, 1970:100), “*la entrevista es la herramienta de excavar favorita de los sociólogos.*”

Este instrumento fue utilizado con determinadas personas representativas de sectores sociales implicados en el campo de las drogodependencias. Fundamentalmente, personas que

ostentaban cierta representatividad en función del puesto que ocupaban en el movimiento asociativo. El número de entrevistas realizadas fue de cinco, con una duración aproximada de una hora. En todos los casos las entrevistas fueron grabadas y han sido utilizadas como soporte del informe.

Como técnica, la entrevista es definida como un diálogo basado en la idea de que los entrevistados pueden ofrecer explicaciones sobre su conducta y sus acciones, que son capaces de reflexionar sobre sus prácticas, y sobre los hechos y fenómenos (Barquín Fernández, 1992).

A la hora de seleccionar la entrevista, optamos por una entrevista cualitativa y estructurada al considerarla más flexible y dinámica. Son, por tanto, entrevistas menos directivas y más ajustadas a que los participantes puedan hablar de forma abierta y así tratar cuestiones que no estando en el guión puedan ser elementos que complementen el trabajo. Al ser estas entrevistas en profundidad llegan a ser una conversación entre iguales que facilitan una mayor informalidad a los participantes y mayores posibilidades de realizar el registro de la misma, existiendo una gran naturalidad a la hora de recoger la información.

Para algunos autores se entiende este tipo de entrevista como: “*reiterados encuentros cara a cara entre investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras*” (Taylor y Bogman, 1994:101).

Para la entrevista se contó con una guía de la misma para asegurarnos que los temas claves fueran explotados con una cierta objetividad y obteniendo el mayor aprovechamiento de la misma.

En nuestro caso el cuestionario o entrevista (ver anexo I y II) fue elaborado de forma abierta para ir introduciendo nuevas cuestiones, en función de como fuese funcionando, e ir adaptándolo a las necesidades de la investigación. De esta forma conseguimos ir conociendo el grupo que participaba y en qué medida los participantes ponían de manifiesto sus propias opiniones que nos permitieran abrir nuevas expectativas o territorios donde indagar.

Durante el proceso de la entrevista mantuvimos una escucha atenta, para convertirlos en el hilo conductor de todo el proceso (Salomé, 1987). De esta forma pudimos llegar a extraer el mayor número posible de conclusiones, visiones y análisis que se desprendieran de los comentarios y reflexiones en voz alta que iban realizando los informantes.

Otro aspecto que tuvimos en cuenta en la elaboración del cuestionario que seguimos en la entrevista fue su adecuación a las necesidades que se planteaban, al mismo tiempo que fuese entendido por el público receptor del mismo. Pretendimos un lenguaje que comunicase bien los contenidos del cuestionario.

2. 2. 2. 2. El grupo focal

El marco teórico de la técnica de grupo focal fue desarrollado por Morgan (1988) y Debus (1988). La utilización del grupo focal responde a criterios de homogeneidad de los participantes y a un diseño cerrado de temas a tratar. El grupo de discusión se viene utilizando con frecuencia en la evaluación de programas sociales, y muestra las ventajas de la libertad de participación de los protagonistas y la riqueza de aportación que se produce en un debate abierto donde cada uno libremente expresa sus opiniones y reflexiones sobre las cuestiones planteadas.

Se utilizan sobre experiencias muy concretas sobre las que queremos profundizar. Bisquerra (1989) sostiene que este tipo de entrevista responde a un modelo de entrevista no directivo, en la que se introduce un cierto control. *“Se focaliza en las respuestas subjetivas del entrevistado, relativas a una situación en la que se haya envuelto y que es objeto de análisis por parte del entrevistador”*.

La duración del grupo focal con la entrevista que habíamos elaborado para iniciar o dirigir el trabajo no llegó a superar las dos horas, al entender que una mayor extensión podría dificultar la atención de los participantes, al mismo tiempo que a partir de determinado momento el material obtenido podía carecer de interés.

Un factor a considerar en la aplicación de estas técnicas de recogida de información, es el papel de los usuarios y los distintos indicadores que influyen en la percepción y valoración de los recursos que se les ofrecen y que son objeto de este estudio. En este sentido los sujetos y grupos elegidos, por su trayectoria dentro de los recursos de drogas, venían a contar con una larga experiencia.

Por último resaltar que el número de entrevistas grupales fue de quince, con una duración aproximada de grabación de sesenta minutos. Se distribuyeron de la siguiente forma: Comunidades Terapéuticas (ocho, siete a adultos y dos a menores), Piso de Reinserción (1), Centro de Día (2), Centro de Tratamiento Ambulatorio (2), grupos de familiares (2). Las provincias seleccionadas fueron: Sevilla, Cádiz, Málaga, Granada y Huelva.

Las entrevistas individuales se dirigieron a cinco personas claves del movimiento asociativo. Tres pertenecían a las asociaciones de lucha contra las drogas, una a Proyecto Hombre y otra al presidente de una asociación de jugadores de azar.

Junto a las grabaciones realizadas de los distintos grupos seleccionados de pacientes, se les pasó un cuestionario a todos los participantes con el único objetivo de conseguir el perfil de los participantes que participaban en los grupos.

2. 2. 2. 3. La encuesta a través de un cuestionario previo

Otro de los instrumentos utilizados ha sido la encuesta mediante un cuestionario previo opinático y actitudinal, que se dirigió a los profesionales que trabajan en la red de atención a las drogodependencias, pertenecieran a centros públicos o privados concertados.

La encuesta es el procedimiento de recogida de información más utilizado por parte de la sociología empírica y aplicada (García Ferrando, 1986). Se pretende, a través de un cuestionario previo, conocer una serie de informaciones que sean generalizadas para ese colectivo (Ghiglione y Matalon, 1989). Permite conocer la opinión sobre aspectos relacionados con los programas desde la perspectiva de los profesionales que trabajan en los distintos recursos asistenciales.

Para los distintos objetivos planteados en la investigación se requiere de un proceso de datos general y unos análisis estadísticos específicos. Toda la información obtenida se trabajó a través de un paquete informático bajo windows, y del que se obtuvieron los cuadros y los gráficos que representaban lo que podíamos definir como datos de los distintos aspectos que pretendíamos manejar en el informe.

Son escasos los cruces de variables realizados, ya que solo existía el objetivo de recoger las opiniones de los programas, las motivaciones, y las propuestas que a criterios de los profesionales mejor pueden ayudar al objetivo final del informe.

El número de cuestionarios enviados a los distintos centros seleccionados fue aproximadamente de 175, de los que nos fueron devueltos 109. Son éstos, por tanto, los que hemos codificado y de los que hemos extraído la información que aparece en los distintos capítulos del informe.

El cuestionario de los profesionales está formado por 16 ítems, de los que 11 eran cerrados o semicerrados, y 5 abiertos con tres alternativas cada una.

Para las preguntas abiertas seleccionamos, elegimos aquellas respuestas que con mayor frecuencia reconocían los participantes. Por tanto, la frecuencia en la repetición de estos ítems puede aparecer con unos porcentajes muy bajos en función del número de respuestas obtenidas, aunque al final ello puede llegar a ser significativo en el conjunto de las mismas. Los ítems abiertos, a la hora de ser recogidos en el informe, aparecen con los datos técnicos.

El análisis estadístico se asemeja mucho a la encuesta epidemiológica y social, como instrumento directo para conocer la prevalencia en drogodependencias, y ha sido utilizada en una parte de informe. Como objetivo último de esta metodología está proporcionar medios para extraer conclusiones sobre los distintos datos. Viene, por ello, a responder a cuestiones sustantivas previamente seleccionadas.

2. 2. 3. EL UNIVERSO Y LA MUESTRA

En la primera fase del estudio, y según la técnica de grabación en audio realizada, tanto en el grupo focal como en las entrevistas con pacientes y personas claves, se recogieron 18 horas de grabación que fueron transcritas agrupando las categorías que se iban repitiendo en la mayoría de los grupos. De esta forma se consiguió contar con un material que reflejaba de forma general la opinión de la mayoría de los pacientes. El número de participantes estuvo por encima de los setenta, y el de familiares fue de doce. El muestreo podemos considerarlo bastante alto, cuando por otro lado no existe una regla general para determinar donde concluye el trabajo especializado del muestreo (Festinger y Katz, 1953). Quizás el tema de la selección de la muestra sea necesario para otro tipo de investigaciones donde es necesario establecer una muestra probabilística y representativa de la población a estudiar.

A la hora de la selección de la muestra no existe una regla para determinar su mejor distribución, aunque en este caso elegimos la que se realiza en función de la distribución física de la población en tratamiento. En este caso la muestra podría definirse de conglomerado, al referirse a un grupo amplio de la población.

En nuestro trabajo el problema de definir la muestra no lo considerábamos importante, ya que no era nuestro objetivo estimar cantidades sino meramente medir relaciones y encontrar unos perfiles que vinieran a representar a la población usuaria de los programas, para complementar posteriormente ésta en función de los elementos que pretendíamos obtener con la opinión del cuestionario elaborado para los profesionales.

Con relación a la representación de los estratos de edades hemos elegido la totalidad de los participantes en un momento o tiempo determinado, al realizar un corte transversal sobre la población que participaba en ese momento en programas de tratamiento, por lo que no ha sido seleccionado este criterio como importante. Por otra parte en el análisis territorial de los participantes, podemos decir que nos ha permitido conocer significativamente la representación de cada provincia, sin que ello fuese significativo ya que la gran mayoría de recursos tenían un carácter supraprovincial.

En el caso del cuestionario utilizado con los profesionales, se remitió por correo o bien se les entregó de forma personal en los centros donde se realizaron los grupos de discusión. Todos iban con sobre franqueado a la Institución para facilitar su devolución.

2. 2. 4. EL TRABAJO DE CAMPO

En función de las técnicas seleccionadas se ha realizado un trabajo de campo diferenciado, y en cualquier caso adaptado a los objetivos planteados.

Con relación a la muestra seleccionada se eligió una que podemos considerar completa, al ser representativa del grupo y aleatoria, en consideración al número de pacientes que han pasado por los distintos programas, interesando de forma especial aquellos que tenían una mayor trayectoria en los mismos. Se optó por una intervención más cualitativa sobre un grupo de ellos y en situaciones bien distintas y programas. Por ello, se eligió la técnica del grupo focal que nos ha servido para poner de manifiesto sus impresiones, anhelos e inquietudes en torno a las expectativas generadas ante los distintos recursos y sus opiniones sobre aspectos de sus vidas y de los acontecimientos que han tenido que ver con su historia de consumo.

Como colofón de este apartado, y en base a la experiencia en la utilización de las entrevistas como instrumento del trabajo de investigación observamos la importancia que tiene para los entrevistados y participantes conocer el objetivo que tiene el estudio que se pretende realizar, su vinculación con el mismo y la importancia de su participación. Previo a ello, contamos con un cuestionario diseñado para la ocasión, ya que esto ayudó a la realización del trabajo de campo y, así, pudimos manejarnos con él a lo largo de la entrevista, aunque posteriormente se realizaron diversas modificaciones del guión establecido en función de las aportaciones recibidas en el periodo previo, y de la necesidad de orientar ésta hacia el objetivo planteado.

Con relación a los escenarios elegidos debemos reconocer que se seleccionaron de forma aleatoria e intentando que estuviesen representados todos y cada uno de los sectores y situaciones por la que transcurre el proceso de intervención con la población drogodependiente. En cualquier caso, debemos reconocer que en la visita a los distintos recursos, públicos, privados-concertados o de la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias (FADA), no hemos encontrado dificultad de acceso a los mismos, tanto desde los equipos directivos como de los técnicos y responsables de los recursos.

Quizás, la mayor dificultad de partida venía de poder conseguir la confianza necesaria de los informantes de las entrevistas y grupos de discusión para obtener sinceridad y una buena relación inmediata con los informantes que facilitasen el trabajo. No obstante, debemos reconocer que, una vez que informábamos del objeto que tenía el informe en el que se le pedía su colaboración y el carácter voluntario de la participación, en ningún caso encontramos objeción.

2. 2. 5. PERFIL DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN LA MUESTRA

El número de cuestionarios recogidos en los grupos focales fue de 73, pertenecientes a distintos recursos asistenciales. Se eligió como criterio para participar en la muestra pacientes que tuvieran una larga trayectoria en la utilización de los recursos asistenciales.

Establecida las matrices de datos, se realizó una análisis descriptivo de las distintas variables, profundizando y cruzando aquellas que considerábamos más interesantes.

Con relación al primer ítem elegimos la edad media de los participantes, que se situaba en 31,93 años. En este sentido, destacar que dentro de los grupos seleccionados se eligieron dos constituidos por menores en centros donde se aborda su tratamiento (C.T. de Mijas y Poveda). En este caso, fueron entrevistados un total de ocho menores.

Con relación al sexo, podemos ver que la proporción de mujeres es muy inferior a la de hombres, aunque en este caso las mujeres estarían casi seis puntos y medio por encima de la media del número de mujeres que se encuentran en tratamiento, según los datos de los sistemas de información en drogodependencias, que vienen a situar a éstas en un 10% aproximadamente.

SEXO DE LOS PARTICIPANTES

	Sexo	Núm.
Hombres	61	83,56%
Mujeres	12	16,44%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 2: Relación de pacientes que han participado en la muestra por sexo. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Según las provincias de origen de los participantes, nos encontramos que son Sevilla y Cádiz las provincias con mayor número de pacientes en tratamiento, datos que son corroborados por la información que proviene del Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias. En sentido opuesto, destaca Almería al ser la provincia de origen de un menor número de participantes de la muestra, con un 1,37%.

No obstante, debemos reconocer que este dato es poco significativo, ya que no visitamos recursos en todas las provincias y la proximidad geográfica de los pacientes en algunos tipos de recursos es significativa.

PROVINCIAS DE ORIGEN DE LOS PARTICIPANTES

Provincia	Núm.	%
Almería	1	1,37%
Cádiz	7	9,59%
Córdoba	1	1,37%
Granada	5	6,85%
Huelva	2	2,74%
Jaén	2	2,74%
Málaga	5	6,85%

Provincia	Núm.	%
Sevilla	18	24,66%
No contestan	32	43,84%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 3: Relación de pacientes por provincia de origen. Fuente: Oficina Defensor del Pueblo Andaluz.

Es en el ámbito familiar donde conviven de forma mayoritaria los pacientes en tratamiento, con un 69,86% de los casos. Ello supone que un elevado porcentaje de pacientes sigue aún, a pesar de la edad, vinculado a la familia de origen, cuando en muchos casos han sido la fuente de los conflictos que les llevaron a consumir o, en otros casos, son rechazados por ésta. Sólo un 10,96% mantiene una relación de pareja y otro 10% vive sólo.

SITUACIÓN DE CONVIVENCIA

Parentesco	Núm.	%
Familia	51	69,86%
Esposa	3	4,11%
Pareja	5	6,85%
Solo	7	9,59%
Otros	7	9,59%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 4: Situación de convivencia de los pacientes. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Los niveles de estudios alcanzados por la población drogodependiente en general son muy bajos, llegando a conseguir estudios elementales y el primer ciclo de la EGB un 24,60%. Sólo un 4,11% ha realizado estudios medios o superiores, y en el otro extremo estaría un 5,48% de los casos, que no llegó a concluir los niveles básicos de la enseñanza.

ESTUDIOS REALIZADOS

Nivel estudios	Núm.	%
Sin estudios	4	5,48%
EGB primaria	14	19,18%
EGB secundaria	39	53,42%
BUP	4	5,48%
FP1	4	5,48%
FP2	3	4,11%
Programa y garantía social	2	2,74%
Cursos Inem	0	0,00%

Nivel estudios	Núm.	%
Medios	2	2,74%
Superiores	1	1,37%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 5: Nivel de estudios alcanzados por los participantes. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

No obstante, hicimos un cruce en las variables referidas a los estudios y el tiempo trabajado, y en este sentido pudimos ver como aquellos que han alcanzado un bajo nivel formativo – primaria y sin estudios– no han llegado a tener una actividad laboral en un 46,45%. Mientras que los que se encuentran en niveles básicos e intermedios –EGB, Secundaria y BUP– alcanzan los niveles más altos con un 66,67%.

TIEMPO TRABAJADO Y NIVEL DE ESTUDIOS

Estudios	No trab.	%	+ 10 años	%	De 2 a 10	%
Sin estudios	1	9,09%	2	12,50%	1	3,33%
EGB primaria	4	36,36%	4	25,00%	2	6,67%
EGB secundaria	5	45,45%	6	37,50%	18	60,00%
BUP	0	0,00%	1	6,25%	2	6,67%
FP1	0	0,00%	1	6,25%	3	10,00%
FP2	0	0,00%	1	6,25%	2	6,67%
Mod. garantía social	1	9,09%	0	0,00%	1	3,33%
Cursos Inem	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Medios	0	0,00%	1	6,25%	1	3,33%
Superiores	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	11	100,00%	16	100,00%	30	100,00%

Cuadro núm. 6: Nivel de estudios alcanzados con relación al número de años trabajados. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a los trabajos desempeñados, encontramos en primer lugar que un 15,07% no contesta. Podría entenderse que este porcentaje de los que no ha trabajado nunca o no ha realizado actividad laboral alguna, tienen que ver con la larga trayectoria en el consumo de drogas, dada la edad media que se aproxima a los 32 años. Por otro lado, y dentro de las actividades laborales ejercidas, las mayoritarias son: hostelería, agricultura y construcción. Mientras, los trabajos que menos han desarrollado son aquéllos que requieren de una mayor especialización y formación (técnico medio, enfermería, electricista, funcionario,...).

Una vez cruzado este ítem con los niveles de estudios alcanzados podemos ver como los oficios que aparecen en un mayor porcentaje son los que requieren una menor formación profesional previa. Mientras, aquellos que han alcanzado un mayor nivel académico encuentran dificultad a la hora de conseguir empleo o bien la prolongación en los estudios no les ha permiti-

do aún incorporarse al mundo laboral. En este sentido, vemos como los que cuentan con experiencia profesional o que han desarrollado varios oficios poseen una formación académica básica.

ACTIVIDADES LABORALES DESEMPEÑADAS

Actividad	Núm.	%
Agrícola y ganadera	9	12,33%
Carpintero	4	5,48%
Chofer	3	4,11%
Construcción	5	6,85%
Dependiente	4	5,48%
Electricista	1	1,37%
Enfermera	1	1,37%

Actividad	Núm.	%
Funcionario	1	1,37%
Hostelería	13	17,81%
Jardinero	2	2,74%
Mecánico	3	4,11%
Otros	9	12,33%
Panadero	1	1,37%
Pintor	4	5,48%
Seguridad	1	1,37%
Técnico medio	1	1,37%
No contestan	11	15,07%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 7: Actividades laborales desarrolladas. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Con respecto al periodo de tiempo trabajado, sólo un 35,63% ha trabajado menos de cuatro años, y un 21,92% supera los diez. Podemos afirmar que la gran mayoría tiene experiencia laboral, y ello nos sitúa ante una población que ha realizado a lo largo de un periodo de su vida diversos trabajos en tiempo suficiente. Por ello, no nos debe extrañar que su demanda se centre en conseguir un empleo, más que de una formación para el empleo que por su propia práctica no es tan necesaria.

Tiempo trabajado	Núm.	%
1 AÑO	7	9,59%
1 A 1,99 AÑOS	4	5,48%
2 a 4 años	15	20,55%
5 a 9 años	15	20,55%
10 a 14 años	9	12,33%
15 o más años	7	9,59%
No cont. tiempo trabajado.	5	6,85%
No han trabajado	11	15,07%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 8: Experiencia de trabajo realizado. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Un indicador que consideramos interesante destacar es la edad de inicio en el consumo, que se sitúa en torno a los 17 años. Con este dato, podemos ver como se van incrementando los periodos de consumo de drogas, lo que justificaría el mayor

deterioro que sufre esta población con el paso de los años, cronificándose de esta manera en la enfermedad.

Edad de inicio en el consumo	
No contestan	13'00
Edad media de los que contestan	16,97

Cuadro núm. 9: Edad de inicio en el consumo. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Otra cuestión importante, era conocer las sustancias que en mayor medida son consumidas por estas poblaciones. En este sentido, pudimos observar que un 30,14% había consumido entre seis y siete sustancias diferentes, de las que aparecían en la lista del cuestionario. Mientras, que un 38,36% había llegado a probar entre 9 y 11, lo que pone de manifiesto el carácter de policonsumidores que está presente en estas poblaciones que les lleva a consumir de todo.

Grupo de sustancias de consumo		
Núm. sustancias	Núm.	%
1	0	0,00%
2	3	4,11%
3	1	1,37%
4	2	2,74%
5	10	13,70%
6	12	16,44%
7	10	13,70%
8	7	9,59%
9	10	13,70%
10	9	12,33%
11	9	12,33%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 10: Grupo de sustancias consumidas. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a las sustancias más consumidas o droga principal, podemos ver como es la cocaína, bien sola o mezclada con heroína, la que aparece con mayor frecuencia situándose en un porcentaje entre un 87% a un 90%, seguida del alcohol y el tabaco en un 69,89%.

Sustancias consumidas		
Núm. sustancias	Núm.	%
Heroína-cocaína	63	86,30%
Cocaína	66	90,41%
Alcohol y tabaco	51	69,86%

Cuadro núm. 11: Frecuencia de sustancias más consumidas. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

En relación a los años de consumo, observamos que la media se sitúa en 9,45 años. Es éste un periodo de latencia en el consumo muy alto, lo que pone de manifiesto que estamos ante una enfermedad que tiende a la cronicación.

Años que lleva consumiendo	
No contestan	13
Media años consumiendo	9,45

Cuadro núm. 12: Años de consumo de los participantes. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz

Porcentualmente el tiempo de consumo, en un 65,76% de los entrevistados, se sitúa por encima de los diez años. De ellos, un 39,73% supera los 15 años. Es éste un apartado más que pone de manifiesto la cronicación a la que hacíamos referencia antes.

Periodo de tiempo	Núm.	%
- 1 año	0	0,00%
1 a 1,99 años	1	1,37%
2 a 4 años	3	4,11%
5 a 9 años	8	10,96%
10 a 14 años	19	26,03%
15 o más años	29	39,73%
No contes. tiempo trab.	13	17,81%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 13: Tiempo de consumo. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Respecto a los recursos en los que se encontraban al ser encuestados eran en su gran mayoría Comunidades Terapéuticas, un 52%, seguidos los que se encontraban en Centros de Día, con un 30,14%.

En este apartado y en el siguiente no incluimos datos totales al considerar que había pacientes que estaban al mismo tiem-

po en varios programas, ya que podía estar en una vivienda de reinserción y participar al mismo tiempo en un centro de día o en el Programa Red de Artesanos.

Recurso en que se encuentra	Núm.	%
Vivienda de acogida	2	2,74%
Unidad desintoxicación hospitalaria	1	1,37%
Comunidad terapéutica	38	52,05%
Centro tratamiento terapéutico	6	8,22%
Centro de día	22	30,14%
Vivienda de reinserción	9	12,33%
Programa red artesanos	4	5,48%
Programa Arquímedes	0	0,00%
Otros	7	9,59%
No contestan	0	0,00%

Cuadro núm. 14: Recurso en que se encuentra en estos momentos. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

A la hora de conocer los recursos por los que han pasado para realizar tratamiento, lo primero que pudimos comprobar es la cantidad de recursos que utiliza esta población, tanto con relación a la tipología de centro como al tiempo de permanencia. Aparecen en primer lugar las comunidades terapéuticas, con un 68,49%, seguidas de los centros de tratamiento ambulatorio (27,4%). Siendo los menos utilizados las casas de acogidas y el programa Red de Artesanos (12,33% y 10,96%). Ello se justificaría por ser recursos más específicos para un determinado perfil de pacientes. En cualquier caso, los recursos para la incorporación social son pocos y existen dificultad para el acceso.

Recursos y programas donde ha estado	Núm. (73)	% que ha utilizado el recurso
Vivienda de acogida	9	12,33%
Unidad desintoxicación hospitalaria	18	24,66%
Comunidad terapéutica	50	68,49%
Centro tratamiento terapéutico	20	27,40%
Centro de día	32	43,84%
Vivienda de reinserción	12	16,48%
Programa red artesanos	8	10,96%

Recursos y programas donde ha estado	Núm. (73)	% que ha utilizado el recurso
Programa Arquímedes	0	0,00%
Otros	13	17,81%
No contestan	2	2,74%

Cuadro núm. 15: Recursos y programas por los que han pasado. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

A la cuestión sobre si han reiterado tratamiento en un mismo recurso, nos encontramos que un 68,86% de los pacientes ha repetido a lo largo del periodo de tratamiento.

% de población que ha repetido la estancia	Núm.	%
Si han estado	51	69,86%
No contestan	22	30,14%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 16: Porcentaje de población que ha repetido más de una vez en un recurso. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Dentro de los recursos en los que han estado y han utilizado más de una vez, son las Comunidades Terapéuticas las que alcanzan el mayor porcentaje de utilización, con un 35,62%, seguidas de los centros de tratamiento ambulatorio y los Centros de Día con un 24,66% y un 21,92%. Con relación a los Centros de Día, puede que se estén confundiendo los Centros de Día Asistenciales, con aquellos otros que van dirigidos a la Incorporación Social y que son el modelo que predomina en estos momentos en Andalucía.

Recursos que han estado más de una vez	Núm. (73)	% que ha utilizado el recurso
Vivienda de acogida	4	5,48%
Unidad desintoxicación hospitalaria	11	15,06%
Comunidad terapéutica	26	35,62%
Centro tratamiento terapéutico	18	24,66%
Centro de día	16	21,92%
Vivienda de reinserción	1	1,37%
Programa red artesanos	2	2,74%
Programa Arquímedes	0	0,00%

Recursos que han estado más de una vez	Núm. (73)	% que ha utilizado el recurso
Otros	10	13,67%
No contestan	5	6,85%

Cuadro núm. 17: Porcentaje de población que ha repetido más de una vez en un recurso. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Otro de los aspectos que consideramos importante, desde el punto de vista de la incorporación social, era saber en que medida han participado en alguna actividad laboral y si ésta había servido posteriormente para acercarlos al mundo del trabajo. En este sentido, un 28,77% valoraba como positivas las actividades realizadas, mientras un 10,96% consideraban que no les habían servido. En este ítem observamos que un 60,27% no llegaban a manifestarse, por lo que podemos deducir que en este elevado porcentaje estarían aquellos que no han participado en ninguna actividad de formación prelaboral y los que no cuentan con alguna opinión al respecto, porcentaje muy alto que pone de manifiesto la falta de recursos en este ámbito.

SI HAS PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL, ¿CONSIDERAS QUE TE HA SERVIDO?

Respuesta	Núm.	%
Si	21	28,77%
No	8	10,96%
No contestan	44	60,27%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 18: Valoración sobre la actividad laboral en la que ha participado. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Para finalizar el cuestionario con los usuarios, intentamos conocer algunos aspectos referidos a su percepción con relación a su situación dentro del problema de las drogas. En este apartado preguntamos por la situación que tenían en este momento, con respecto a la superación del problema. Al mismo tiempo que completábamos este ítem, intentando conocer cuáles eran las dificultades mayores que habían encontrado al conseguir el alta terapéutica, una vez concluido los programas de tratamiento.

A la primera de las cuestiones contestaban admitiendo un 68,49% que aún no habían superado su problema, mientras que un 27,40% reconocían que si habían superado esta situación. Es significativo este último dato cuando todavía estaban en proceso de tratamiento.

¿CONSIDERA QUE HA SUPERADO SU PROBLEMA CON LAS DROGAS?

Respuesta	Núm.	%
Si	20	27,40%
No	50	68,49%
No contestan	3	4,11%
Total	73	100,00%

Cuadro núm. 19: Consideración sobre la superación del problema de las drogas. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Y ya, con relación a las dificultades y necesidades que tiene esta población, una vez que se encuentra estabilizada en un programa de tratamiento, podemos ver que su mayor preocupación radica en no conseguir un puesto de trabajo para un 57,53%, seguido de no tener vivienda y pareja, en un 31,51% en ambos casos. Se pone de manifiesto la precariedad de medios para encauzar un cambio de vida cuando faltan los elementos básicos para mantener una estabilidad personal que les ayude a salir de este complejo mundo de las drogas. Parece claro, que el empleo junto a unas condiciones de vida adecuadas es básico en esos momentos.

Ello debe llevar a una reflexión con relación a esta población que permita encauzar los programas hacia aquellas carencias que en mayor medida demandan, y que son reconocidas como básicas para la rehabilitación.

DIFICULTADES QUE ENCUENTRAN EN ESTOS MOMENTOS

Respuesta	Núm.(73)	% de respuestas obtenidas
No tengo trabajo	45	57,53%
No tengo vivienda	23	31,51%
No tengo familia	1	1,37%
No tengo pareja	23	31,51%
Otros	15	20,55%
No contestan	19	26,03%

Cuadro núm. 20: Dificultades que encuentra en estos momentos en su vida. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

2. 2. 6. PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN LA MUESTRA

El número de cuestionarios remitidos a los distintos centros de tratamiento elegidos para la muestra fue de 180 aproximadamente, de los que contestaron 109. Al ser un cuestionario anónimo y entregado de forma aleatoria no nos permitió controlar la procedencia, para establecer un porcentaje sobre el lugar de origen. En cualquier caso la colaboración se les pedía

de forma voluntaria, por lo que era de esperar que no todos participaran en el proyecto. Sólo en el caso de la FADA, desde donde encontramos bastante colaboración, recibimos un solo envío con todos los cuestionarios que previamente habían sido entregado a la gerencia para su remisión.

Por el número de cuestionarios devueltos, podemos decir que la muestra es bastante representativa ya que la cifra aproximada del número de trabajadores de la Red de Atención a las Drogodependencias es de unos 550 trabajadores. Podemos fijar que la representación existente en base al número de encuestas contestadas es de un 20%.

En muchas ocasiones encontramos ítems que no fueron contestados en todos los cuestionarios, sobre todo aquellos que se presentaban como preguntas abiertas. En el caso de las respuestas elegidas estas se hicieron en función de la frecuencia con que aparecían.

La relación de centros donde estuvimos recogiendo la muestra y donde los cuestionarios de los profesionales fueron entregados en mano, fue la siguiente:

Cádiz:

Centro Comarcal de Drogodependencias de La Línea.
Comunidad Terapéutica de Tarifa.
Centro de Día de la Coordinadora Despierta.
Comunidad Terapéutica Montelegra.

Granada:

Centro Provincial de Drogodependencias. (pacientes, profesionales y familiares).

Jaén:

Centro Provincial de Drogodependencias.

Sevilla:

Comunidad Terapéutica de la Asociación Poveda.
Vivienda de Reinserción de la Asociación Poveda.
Centro de Regional de Rehabilitación Juan Gallardo.
Centro de Tratamiento Ambulatorio y de Día de la Asociación Antaris.

Málaga:

Vivienda de Reinserción y Centro de Día de la Asociación Alternativa-2.
Comunidad Terapéutica de Mijas.

Movimiento Asociativo:

Federación ENLACE.
Federación Provincial de Asociaciones de lucha contra la Droga de Cádiz.
FAJER.
Coordinadora abril.
Fundación Proyecto Hombre.

Por correo se remitieron a los Servicios de Drogodependencias de Málaga, Jaén y Cádiz. Sólo encontramos dificultades para el acceso al Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba, donde tras dos cartas reiterando nuestra visita, se nos indicó que no era el momento oportuno para realizar el cuestionario, dada la situación de crispación que se vivía en los centros de drogas de esa provincia en aquellos momentos, y que tenían su origen, según nos comunicaron, ante el intento de poner en marcha un nuevo modelo de atención consensuado entre la Delegación de Asuntos Sociales y la Diputación Provincial.

2. 2. 7. PERFIL Y PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Junto al perfil de los pacientes que han participado en la muestra intentamos conocer el de los profesionales que trabajan en la red, y que por el número resultaba bastante significativo. Por ello en este apartado, no sólo nos hemos parado a describir las características personales o laborales, sino que hemos incluido algunos comentarios de carácter general que afectan a la perspectiva que tienen de su actividad laboral.

El primero de los ítems hacía referencia a la titulación de los participantes, siendo el mayor porcentaje, un 35,78%, los que tenían formación en el campo de la psicología, seguido de los médicos en un 14,68%. Llama la atención que el apartado de otros, es decir titulaciones no recogidas del cuestionario por entender que no son mayoritarias, supone un 24,77%.

TITULACIÓN ACADÉMICA

Titulación	Núm.	%
Psicólogo	39	35,78%
Médico	16	14,68%
Pedagogo	1	0,92%
Educador	1	0,92%
Trab. social	21	19,27%
Otros	27	24,77%
No contesta	4	3,67%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 21: Titulación académica de los profesionales que participan en la muestra. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo andaluz.

Con relación al puesto de trabajo que ocupan en los distintos recursos, el mayor porcentaje, un 52,29% son terapeutas, seguido del grupo de los educadores con un 25,69%.

Actividad que desempeñan	Núm.	%
Director	8	7,34%
Terapeuta	57	52,29%
Educador	28	25,69%
Maestro taller	2	1,83%
Otros	12	11,01%
No contesta	2	1,83%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 22: Actividad profesional desempeñada. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Un aspecto a considerar con relación a los profesionales que trabajan en este ámbito, es que nos enfrentamos a un grupo muy joven, ya que un 70,64% no supera los 40 años. Sólo llegan a tener entre 41 a 50 años un 23,85%.

Edad	Núm.	%
Hasta 30 años	15	13,76%
31 a 35 años	25	22,94%
36 a 40 años	37	33,94%
41 a 45 años	22	20,18%
46 a 50 años	4	3,67%
No contesta	6	5,50%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 23: Edad media de los profesionales que han participado en la muestra. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo.

En cuanto al sexo de los trabajadores de la Red, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres con un 49,54%, frente a un 47,71% de hombres. Ello tiene que ver con las titulaciones, que como es sabido cada vez es mayor la presencia de mujeres en determinadas carreras, sobre todo aquellas que van dirigidas a los servicios sociales.

Sexo	Núm.	%
Hombre	52	47,71%
Mujer	54	49,54%
No contesta	3	2,75%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 24: Sexo de los trabajadores de los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Otro aspecto que resulta muy significativo, es la experiencia profesional de los trabajadores de los recursos asistenciales. En este sentido, se observa que un 66,97% de los participantes cuenta con una experiencia de más de seis años. Podemos decir que estamos ante una Red de Atención donde existen unos profesionales que se consolidan en función de la permanencia de sus trabajadores, aunque luego veremos como este indicador no se relaciona con la precariedad en la situación laboral.

Años trabajando	Núm.	%
0 - 5 años	34	31,19%
6 - 10 años	40	36,70%
11 - 15 años	26	23,85%
16 - 20 años	6	5,50%
+ 20 años	1	0,92%
No contesta	2	1,83%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 25: Años trabajados en drogodependencias. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a los recursos donde trabajan, son las Comunidades Terapéuticas las que alcanzan un mayor porcentaje con un 48,62%, seguido de los Centros de Tratamiento Ambulatorio con un 39,45%.

Recurso	Núm.	%
Comunidad terapéutica	53	48,62%
Centro de día	3	2,75%
C.trat. ambulatoria	43	39,45%
Casa de acogida	0	0,00%
Otros	6	5,50%
No contesta	4	3,67%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 26: Recursos donde trabajan. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En cuanto al carácter de los centros donde trabajan, un 76,3%, lo hacen en centros de titularidad pública, mientras que un 17,59% lo harían en los de titularidad privada-concertada. Este porcentaje es significativo en relación a como se constituye la Red, en la que la participación de la iniciativa social con respecto a la Administración Pública se sitúa en un porcentaje muy parecido.

Tipo de centro	Núm.	%
Público	86	79,63%
Privado-concertado	19	17,59%
No contesta	3	2,78%
Total	108	100,00%

Cuadro núm. 27: Titularidad de los centros. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con respecto a la vinculación laboral de los profesionales en los distintos recursos, sólo un 45,87% tiende a una situación que podemos definir como estable, según el vínculo laboral establecido con la empresa, frente a un 50,46% que están en situación de precariedad laboral; y, dentro de ésta destacar que un 23,85% de los profesionales mantienen contratos de obras y servicios, es decir contratos en precario. Ello pone de manifiesto la débil situación laboral de éstos, a pesar de que muchos llevan más de 6 años en sus respectivos centros.

Vínculo laboral	Núm.	%
Funcionario	3	2,75%
Laboral fijo	47	43,12%
Laboral eventual	12	11,01%
Interino	8	7,34%
Obras y servicios	26	23,85%
Otros	9	8,26%
No contesta	4	3,67%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 28: Vinculación laboral de los profesionales. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

A los datos recogidos en el cuadro anterior debemos unir el tiempo transcurrido en el trabajo actual, y volvemos a ver como un 42,20% lleva más de 6 años, frente a un 16,51% que no llega a cubrir los dos años de permanencia.

AÑOS TRABAJANDO EN EL RECURSO EN LO QUE LO HACEN ACTUALMENTE

Años	Núm.	%
0 a 2 años	18	16,51%
2 a 4 años	14	12,84%

Años	Núm.	%
4 a 6 años	31	28,44%
Más de 6 años	46	42,20%
No contesta	0	0,00%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 29: Años trabajado en el recurso en el que se encuentra actualmente. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Otro de los aspectos que buscábamos era el referido al nivel de satisfacción en el ejercicio de su actividad profesional, sobre todo porque se parte de la idea de que el trabajo en drogodependencias puede llegar a desgastar cuando se llevan muchos años trabajando en el ámbito asistencial. En este sentido, planteamos algunas cuestiones que iban a recoger esta información basándose en el posible deseo de cambiar de actividad laboral. Así, un 27,78% mostró este deseo, frente a un 67,59% que dijo que manifestaba estar satisfecho. Estamos, ante un colectivo de profesionales con un alto nivel de satisfacción en el trabajo que realizan. Este aspecto, muy significativo, se debe complementar cuando se aborden las perspectivas y demandas que en estos momentos tienen.

EN ESTOS MOMENTOS, ¿DESEARÍA CAMBIAR DE ACTIVIDAD LABORAL?

Respuesta	Núm.	%
Si	30	27,78%
No	73	67,59%
No contesta	5	4,63%
Total	108	100,00%

Cuadro núm. 30: Expectativas de cambio en la actividad laboral. Fuente: Defensor del Pueblo Andaluz.

Para aquellos que habían contestado de forma positiva a esta cuestión, se les daban varias posibilidades hacia donde dirigir este cambio. De forma mayoritaria, es decir un 50%, desearía seguir vinculado al mismo tema, seguido de los que lo harían en el ámbito de los Servicios Sociales.

SI DESEA CAMBIAR, ¿HACIA DÓNDE LE GUSTARÍA DIRIGIRLA?

Respuesta	Núm.	%
En el ámbito de las drogodependencias cambiando de recurso	15	13,89%

Respuesta	Núm.	%
Dentro de los servicios sociales	11	10,19%
En un ámbito bien distinto	9	8,33%
No contesta	73	67,59%
Total	108	91,67%

Cuadro núm. 31: Lugares donde le gustaría dirigir su deseo de cambio profesional. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a las posibles causas que inciden en su deseo de cambiar la situación profesional, son la falta de incentivos profesionales con un 13,49%, junto a la falta de los criterios de intervención desde los órganos de dirección, con 10,32%, los motivos que más inciden en el deseo de cambio.

FACTORES EXTERNOS QUE INCIDEN EN EL DESEO DE CAMBIAR DE SITUACIÓN LABORAL

Respuesta	Núm.	%
La falta de medios para el ejercicio profesional	8	6,35%
Trabajar con este tipo de pacientes	4	3,17%
La falta de incentivos profesionales	17	13,49%
La falta de criterios de intervención desde los órganos de dirección	12	9,52%
Otros	13	10,32%
No contesta	72	57,14%
Total	126	100,00%

Cuadro núm. 32: Factores externos que inciden en el deseo de cambiar de situación laboral. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Para completar los anteriores ítems indagamos sobre aquellos factores internos que también están presentes en el deseo de cambiar la situación laboral. En este sentido vimos como la falta de autonomía personal afecta a un 11,86%, junto a la falta de expectativas laborales para un 11,86%.

FACTORES INTERNOS QUE INCIDEN EN EL DESEO DE CAMBIAR LA SITUACIÓN LABORAL

Respuesta	Núm.	%
La monotonía del trabajo	5	4,24%
El escaso margen para realizar su actividad profesional	14	11,86%

Respuesta	Núm.	%
La falta de expectativas	12	10,17%
Otros	13	11,02%
No contesta	74	62,71%
Total	118	100,00%

Cuadro núm. 33: Factores que internos que inciden en el deseo de cambiar la situación laboral. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

El último aspecto abordado con relación a la situación profesional, se dirigió a la formación recibida desde la empresa para la mejora de la práctica profesional. Un 51,86% de los profesionales consideraba que ésta no existe, frente a un 47,22% que la valoraba como muy adecuada y adecuada. Consideramos que existe un bajo nivel de satisfacción con relación a la actividad formativa, aunque quizás habría que identificar y conocer quién es la empresa encargada de dar esta formación —Junta de Andalucía, Diputación, Ayuntamiento o FADA—.

LA FORMACIÓN Y RECICLAJE PROFESIONAL QUE RECIBE DE SU EMPRESA LA CONSIDERA

Respuesta	Núm.	%
Muy adecuada	9	8,33%
Adecuada	42	38,89%
Escasa	50	46,30%
No existe	6	5,56%
No contesta	1	0,93%
Total	108	100,00%

Cuadro núm. 34: ¿Cómo considera la formación y reciclaje que la facilita su empresa? Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Además del bloque dirigido a conocer algunos aspectos relacionados con el nivel de satisfacción de los profesionales y su espacio de trabajo, intentamos seleccionar otros referidos a la configuración y la percepción de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias, así como la valoración de la coordinación de ésta con relación a los órganos internos o los servicios pertenecientes a otras redes de atención.

La primera cuestión abordada tuvo que ver con la configuración de la Red Asistencial de Drogodependencias, y si ésta estaba dimensionada actualmente al perfil de los pacientes que llegan a ella. En este sentido, pudimos ver que existía un mismo porcentaje, un 46,79%, para los que consideraban que sí frente a los que se posicionaban por el no. Siendo idénticos los

resultados, parece muy elevado el porcentaje que considera que no está dimensionada y que ésta requiere cambios adaptados a las nuevas situaciones. Supone que existe una buena disposición de los profesionales para actuar con una metodología distinta de intervención.

CREE QUE LA CONFIGURACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS ES LA ADECUADA A LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES

Respuesta	Núm.	%
Si	51	46,79%
No	51	46,79%
No contesta	7	6,42%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 35: Configuración actual de la Red Pública de Atención a las Drogodependencias. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo.

Cuestión aparte, tiene que ver en que medida los recursos donde trabajan han efectuado cambios para adaptarse a la nueva realidad de las drogas. En este sentido, pudimos ver como aquí se viene a ser muy complaciente, y un 77,98% considera que se han realizado estos cambios. Aspecto éste que no encaja a la cuestión anteriormente tratada.

CONSIDERA QUE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EL RECURSO EN EL QUE USTED TRABAJA HA REALIZADO CAMBIOS PARA ADECUARSE A LAS NECESIDADES Y DEMANDAS DE LOS USUARIOS

Respuesta	Núm.	%
Si	85	77,98%
No	17	15,60%
No contesta	7	6,42%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 36: Considera que en los últimos años el recurso en el que trabaja ha realizado cambios para adaptarse a una nueva realidad. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Dentro del bloque de preguntas dirigidas a conocer el nivel de coordinación de los distintos servicios de atención, y de éstos con los órganos de coordinación o servicios específicos e inespecíficos, preguntamos en primer lugar por la coordinación interna dentro del propio recurso. En este caso, pudimos ver como para un elevado porcentaje, un 79,82%, consideran que si existe ésta frente a un 15,60% que no. Ello, supo-

ne que existe un trabajo interno que satisface la actividad profesional.

CONSIDERA QUE EXISTE COORDINACIÓN EN EL EQUIPO PROFESIONAL DE SU RECURSO

Respuesta	Núm.	%
Si	87	79,82%
No	17	15,60%
No contesta	5	4,59%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 37: Coordinación interna en los recursos asistenciales. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

A partir de ésta valoración, pasamos a conocer como se ve la coordinación con los distintos servicios, especializados y no especializado, que de alguna manera se vinculan en el tema drogas. En primer lugar, preguntamos por la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias. En este sentido, vimos como es éste el peor valorado en cuanto a su papel que, o bien no lo cumple o no es percibido por éstos. Para un 40,36% la consideran escasa o nula. Sólo un 7,34% la consideran muy buena, y un 41,28 la consideran buena o aceptable. Un 11,01% no contesta, resultando significativo el porcentaje que no tienen opinión al respecto.

SIENDO LA COORDINACIÓN UNA PRÁCTICA NECESARIA, ¿CÓMO CONSIDERA LA EXISTENTE CON EL COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS?

Respuesta	Núm.	%
Muy buena	8	7,34%
Buena	23	21,10%
Aceptable	22	20,18%
Escasa	34	31,19%
Nula	10	9,17%
No contesta	12	11,01%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 38: ¿Cómo considera la coordinación del Comisionado para las Drogodependencias con respecto a su servicio? Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a la coordinación existente con los Servicios de Salud, un 72,48% consideran que ésta es muy buena, buena o aceptable, frente a un 21,10% que la considera muy mala o

mala, En este sentido, alcanza una valoración en el epígrafe de mala o muy mala de un 50% menos que la conseguida por el Comisionado para las Drogodependencias.

SIENDO LA COORDINACIÓN UNA PRÁCTICA NECESARIA, ¿CÓMO CONSIDERA LA EXISTENTE CON EL SERVICIO DE SALUD?

Respuesta	Núm.	%
Muy buena	9	8,26%
Buena	33	30,28%
Aceptable	37	33,94%
Escasa	19	17,43%
Nula	4	3,67%
No contesta	7	6,42%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 39: ¿Cómo es la coordinación de su servicio con el Servicio de Salud? Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo.

Con relación a los datos referidos a la coordinación con los Servicios Sociales Comunitarios, podemos ver que un 19,27% la consideran escasa o nula, frente a un 71,56% que la valoran como muy buena, o aceptable. Porcentualmente son los mejor valorados, debido a que se realiza en muchos casos actuaciones conjuntas de apoyo de éstos a la Red de Atención a las Drogodependencias.

SIENDO LA COORDINACIÓN UNA PRÁCTICA NECESARIA, ¿CÓMO CONSIDERA LA EXISTENTE CON LOS SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS?

Respuesta	Núm.	%
Muy buena	14	12,84%
Buena	28	25,69%
Aceptable	36	33,03%
Escasa	20	18,35%
Nula	1	0,92%
No contesta	10	9,17%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 40: Valoración sobre la coordinación de los Servicios de Drogas con los Servicios Sociales Comunitarios. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

El otro servicio específico de drogas que coordina o gestiona muchos de los recursos públicos y privados-concertados es la FADA. Consigue una mejor valoración que la propia Oficina del

Comisionado para las Drogodependencias, que tiene las competencias de coordinación del Plan. No obstante, volvemos a encontrarnos con datos significativamente más bajos con relación a los Servicios de Salud o Servicios Sociales Comunitarios. En este sentido, podemos decir que la percepción de los que la consideran muy buena, buena o aceptable llega a ser de un 58,72%, frente a un 28,44% que la consideran escasa o nula. Con relación a este último dato podemos ver como en la consideración de escasa o nula está a más de nueve puntos por debajo de la existente respecto de los Servicios Sociales Comunitarios, aunque alcanza cerca de dos puntos más que el Comisionado para las Drogodependencias.

También podemos ver como siendo muy alto el porcentaje de los que no contestan la razón pudiera estar en el elevado porcentaje de trabajadores de la FADA que ha participado en la muestra, y que podrían entender que se les pide su opinión sobre la coordinación interna y era éste un tema ya abordado en un ítem anterior.

Es significativo que junto a la escasa identificación que existe del Comisionado para las Drogodependencias con relación a su papel dentro de la Red, por parte de los profesionales. Por parte de familiares y pacientes solo se citaba o conocían la FADA, y no así al órgano de coordinación. Los centros son identificados como centros FADA o centros de la Diputación.

SIENDO LA COORDINACIÓN UNA PRÁCTICA NECESARIA, ¿CÓMO CONSIDERA LA EXISTENTE CON LA FADA?

Respuesta	Núm.	%
Muy buena	21	19,27%
Buena	25	22,94%
Aceptable	18	16,51%
Escasa	22	20,18%
Nula	9	8,26%
No contesta	14	12,84%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 41: Valoración sobre la coordinación de los Servicios de Drogas con la FADA. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

La última pregunta con relación al mismo tema, iba dirigida a conocer la coordinación entre otros servicios y programas en el ámbito de las drogodependencias. En este sentido, un 67,89% la consideran muy buena o aceptable, frente a un 22,11% que la consideran mala o muy mala.

SIENDO LA COORDINACIÓN UNA PRÁCTICA NECESARIA, ¿CÓMO CONSIDERA LA EXISTENTE CON OTROS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE DROGODEPENDENCIAS?

Respuesta	Núm.	%
Muy buena	6	5,50%
Buena	28	25,69%
Aceptable	40	36,70%
Escasa	17	15,60%
Nula	2	1,83%
No contesta	16	14,68%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 42: Valoración sobre la coordinación dentro de los programas y servicios de drogas Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Otro de los ítems se dirigió a la organización del trabajo, para conocer en que medida existe un sistema de protocolos para establecer pautas de intervención en los distintos recursos. A esta cuestión contestaron valorándolo como bastante y suficiente, un 63,31%, frente a un 27,53% que consideran que no están bien protocolizadas las actuaciones, y 9,7% no tiene opinión. También este dato debe servir de referencia para realizar una valoración sobre la necesidad de revisar y mejorar las actuaciones en esta materia, ya que el porcentaje de los que no los reconocen es muy significativo. Es, al final, la Administración Autonómica la que debe asumir esta competencia.

CONSIDERA QUE LOS TRATAMIENTOS Y PROGRAMAS ESTÁN PROTOCOLIZADOS SUFICIENTEMENTE

Respuesta	Núm.	%
Bastante	25	22,94%
Suficiente	44	40,37%
Escaso	29	26,61%
Nulo	1	0,92%
No contesta	10	9,17%
Total	109	100,00%

Cuadro núm. 43: Protocolización de los tratamientos y programas de drogas. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo.

Para concluir estos aspectos referidos al perfil profesional, hemos intentado describir las características que podrían definir en estos momentos, a los profesionales que trabajan en drogodependencias y hemos encontrado las siguientes:

1. El 50,3% tiene titulación superior, predominando los licenciados en psicología.

2. El grupo más numeroso es el constituido por los terapeutas, con un 52,29%, seguido del de educadores con un 25,69%.

3. La gran mayoría no supera los 40 años, un 70,64%, con un porcentaje muy parecido de hombres y mujeres, aunque éstas aparezcan con un porcentaje algo mayor que en otros estudios e informes.

4. El recurso que más participó en la muestra fue el de Comunidad Terapéutica, con un 48,62%, seguido de los Centros de Tratamiento Ambulatorio 39,45%.

5. El 79,63% trabaja en un centro de titularidad pública.

6. Con respecto a la vinculación laboral, en porcentaje de fijo supone un 45,87%, predominado los laborales. Llama la atención que un 23,85% mantienen contratos de obras y servicios en precario después de años trabajando en este tema.

7. Con respecto a los años de permanencia en el mismo recurso se cuenta con una plantilla con experiencia, ya que un 42% alcanza los seis años de vinculación en este tipo de recurso.

8. Más de un 67% no desea cambiar de actividad laboral, con lo que se puede entender, a priori, que existe un nivel de satisfacción alto en el trabajo realizado.

9. Del 27,78% de los que desean cambiar de actividad laboral, el mayor porcentaje le gustaría en el ámbito de las drogas o en los Servicios Sociales.

10. Entre los factores externos que actúan en el deseo de cambiar se encuentra su situación laboral y la falta de incentivos profesionales, así como la falta de criterios de los equipos directivos.

11. Y, entre los factores internos podemos destacar el escaso margen para realizar su actividad profesional, junto a la falta de expectativas.

12. Con relación a la formación y reciclaje profesional se puede considerar que ésta es escasa o no existe para un 51,86% de los consultados.

13. Con respecto a la actual configuración de la Red de Atención a las Drogodependencias, vemos como se considera adecuada para un porcentaje idéntico a los que consideran que no cubre las necesidades actuales.

14. De forma mayoritaria consideran que en los Servicios de Atención se están realizando cambios para adaptarse a las nuevas realidades, aunque existe un 15,60% que considera que ello no es así.

15. Admiten la existencia de un alto nivel de coordinación en el equipo humano que trabajan en los recursos, llegando a ser ello así para casi un 80% de los trabajadores.

16. Y, referido a la coordinación con los distintos servicios específicos y los inespecíficos, el peor valorado es el Comisionado para las Drogodependencias, con un 40,36% que la consideran escasa o nula, mientras que son los Servicios Sociales Comunitarios y los Servicios de Salud los que alcanzan mejores resultados.

Por último, se elaboraron dos preguntas abiertas para recoger las propuestas de mejora que planteaban los profesionales en relación a los servicios de drogas y los recursos que habría que potenciar para mejorar la Red de Atención a las Drogodependencias.

La primera de las cuestiones iba dirigida a que señalaran tres propuestas que mejorasen la calidad de los servicios. A esta cuestión obtuvimos respuestas en 82 protocolos, lo que supuso un 75,23% del total. En cuanto a las propuestas que alcanzaron un mayor nivel de aceptación encontramos que para los profesionales es necesario incrementar el personal de algunos recursos, seguido de aumentar los recursos de reinserción, y dentro de estos las viviendas de reinserción por existir una mayor demanda y falta de plazas; y, en tercer lugar, se destaca la necesidad de incrementar el nivel de coordinación tanto de la propia Red como de los servicios externos.

SEÑALE TRES PROPUESTAS QUE MEJOREN
LA CALIDAD DE SU SERVICIO

Respuesta	Núm.	%
Necesidad de incrementar el personal de los centros ante la saturación de algunos recursos.	29	13,06%
mayor número de recursos en reinserción socia. De forma especial se destaca la necesidad de recursos en pisos de reinserción	28	12,61%
Incrementar el nivel de coordinación tanto de la propia Red como de los Servicios externos (SSCC: Salud,...)	23	10,36%
Necesidad de supervisar y evaluar los programas, para alcanzar mayor metodología de intervención	17	7,66%
Potenciar los programas de Inserción laboral (Red Arquímedes)	13	5,86%
Necesidad de integrar la Red en los Servicios de salud para facilitar la atención de la Red	13	5,86%
mayor estabilidad laboral de los profesionales	13	5,86%
Incrementar las actividades de prevención comunitaria	10	4,50%

Respuesta	Núm.	%
Mejora la ubicación de los recursos e incrementar determinado tipo de recursos (Casas de Acogidas, programas con heroína, Centros de Emergencia Social.	10	4,50%
mayor dotación económica y de recursos	9	4,05%
Incrementar la prevención educativa	5	2,25%
Hay que protocolizar las actuaciones	4	1,80%
mayor disponibilidad horaria de los centros	4	1,80%
Otras respuestas	44	19,82%
Total	222	100,00%

Contestan: 82 75,23%.

No contestan: 27 24,77%.

Cuadro núm. 44: Propuestas para la mejora de los servicios. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

La última cuestión que abordaremos en este apartado hace referencia a los tipos de recursos que deberían potenciarse para mejorar la Red de Atención a las Drogodependencias. Nos encontramos con el mismo número de cuestionarios que contestaron el ítem anterior. Al mismo tiempo observamos que existe una gran afinidad en las respuestas.

En primer lugar, vemos de nuevo como se destaca la necesidad de incrementar los recursos dirigidos a la reinserción

sociolaboral, como carencia importante detectada en esta población. Dentro de los recursos se destacan las viviendas de reinserción social, junto los programas de prevención comunitaria o la creación de recursos de Emergencia Social y de reducción del daño. Otro aspecto referido es la necesidad de crear recursos para enfermos de patología dual.

RECURSOS QUE HABRÍA QUE POTENCIAR PARA MEJORAR LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Respuesta	Núm.	%
Recursos de Reinserción socio-laboral y reinserción social	25	9,16%
Pisos de Reinserción	23	8,42%
Programas de Prevención Comunitaria	14	5,13%
Creación de recursos de Emergencia Social y reducción del daño	11	4,03%
Crear programas para enfermos de patología dual y otras adicciones, centrándose en consumidores de fin de semana	11	4,03%
Incrementar el núm. de profesionales en algunos recursos	9	3,30%
Mejorar el programa de Metadona, tanto en su coordinación como incrementando los puntos de dispensación y horarios	8	2,93%
Creación de programas de cooperativa social y empresas para la reinserción social	6	2,20%
Incrementar y apoya el programa Red de Artesanos	5	1,83%
Más plazas de UDH y Comunidad Terapéutica	5	1,83%
Programas de heroína controlada	5	1,83%
Incrementar los Centros de Día y Talleres Ocupacionales	5	1,83%

Respuesta	Núm.	%
Incrementar los programas de tratamiento en prisiones en idénticas situaciones	4	1,47%
Programa de apoyo Jurídico	4	1,47%
Potenciar la figura del Educador de Calle	4	1,47%
Crear un organismo nuevo de coordinación del Plan, el actual no sirve	4	1,47%
Conocer mejor los ambientes de consumo para diseñar estrategias	4	1,47%
Otras respuestas	126	46,15%
Total	273	100,00%

CONTESTAN: 82 75,23%

NO CONTESTAN 27 24,77%

Cuadro núm. 45: Tipo de recurso que deberá potenciarse para mejorar la Red de Atención a las Drogodependencias.

Como se aprecia en los anteriores cuadros, las necesidades detectadas por los profesionales que trabajan en los distintos recursos no se distancian mucho de apreciaciones realizadas sobre las carencias de los mismos. Existe, como hemos podido comprobar, una clara reiteración de aquellos recursos y programas que tienen mayor demanda por los usuarios y donde existen más ausencias.

A modo de conclusión, debemos destacar que los profesionales de la Red de Atención viven con preocupación la situa-

ción actual y sus problemas. Se sienten lejanos de los centros de decisión que pretenden marcar el destino de los programas en los próximos años. Por ello, es necesario una mayor sensibilidad hacia lo manifestado por éstos para ubicar los cambios en las líneas señaladas. Son ellos, con su mayor proximidad al problema, los que tienen muchas claves sobre los cambios a operar. No son los únicos, pero si se constituyen en un referente a los que al menos hay que oír y con los que encontrar puntos de consenso.

3. ASPECTOS LEGALES DE LAS DROGAS

3. 1. NORMATIVA EUROPEA

Debido a las implicaciones de las drogodependencias en los distintos campos de la educación, el comercio, la salud, la industria, la delincuencia, nos encontramos que en el transcurso de los tiempos han ido surgiendo y aplicándose distintas normas jurídicas, dispersas en diversos textos legales, que buscan regular cada uno de los aspectos que inciden en el fenómeno.

Desde estas normas se ha pretendido establecer un marco jurídico que regule los aspectos administrativos y sancionadores con relación a las distintas sustancias, teniendo en cuenta por un lado el objeto que la norma regula (las sustancias que producen dependencias), en segundo lugar la actividad que regula (tráfico y consumo) y, por último, aquellos aspectos que inciden en las garantías y derechos de los ciudadanos afectados.

La realidad en la que se ha desenvuelto el fenómeno drogas a partir de los ochenta, ha llevado a los organismos internacionales a la adopción de numerosas medidas en el deseo de ir por delante de los cambios y acontecimientos que se puedan producir en el futuro.

Desde la Unión Europea preocupa la regulación del marco normativo de los distintos países y se pone especial empeño en armonizar las políticas de drogas de los diferentes Estados miembros. Junto a estas políticas se establecen tratados y convenios internacionales a través del Comité Europeo de Lucha contra la Droga (CEICD). En estos acuerdos, se acogen los distintos temas que vienen a repercutir tanto en la cooperación internacional (Reglamento –CE– núm. 1488/96 del Consejo, de 23 de julio de 1996; Reglamento (CE) 2046/97 del Consejo de 13 de octubre de 1997, relativo a la cooperación Norte-Sur en materia de lucha contra las drogas y la toxicomanía), como en materia de armonización legislativa, cooperación administrativa y policial, cooperación judicial, blanqueo de capitales y decomisos de bienes, precursores químicos, prevención y salud pública.

De gran importancia para las políticas de drogas, en el ámbito de la UE, podemos considerar la creación del Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanía (OEDT) y por el Reglamento (CEE) 302193, del Consejo, de 8 de diciembre de 1993. Tiene éste como objetivo general alcanzar una información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de la droga y toxicomanía, así como sobre sus consecuencias (artículo 1, apartado 2).

Bajo esta perspectiva, el OEDT se convierte en un instrumento para recoger información y analizarla, realizar investiga-

ciones y estudios preparatorios y de viabilidad. Sirve, entre otras cuestiones, como fuente de intercambio de información entre los distintos países de la UE y de coordinación con otras políticas dirigidas a esta materia. Otro de los elementos interesantes del Observatorio es la creación de la Red europea de información sobre droga y toxicomanía (REITOX) (artículo 5, apartado 1).

Por otro lado, la Decisión 102/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1996, adopta un programa de acción comunitario relativo a la prevención de la toxicomanía en el marco de la acción de la salud pública para el periodo 1996-2000, y es posteriormente la Decisión núm. 1400/97/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 30 de junio de 1997, la que contempla ésta a través de un programa de acción comunitario sobre vigilancia de la salud para el periodo 1997-2001, ampliado a la prevención de lesiones en el ámbito de la salud pública, al periodo 1999-2003 (Decisión núm. 372/1999/CE).

A través de la Decisión núm. 372/1999/CE, se plantea la realización de un sistema comunitario de vigilancia de la salud que permita medir la situación sanitaria y las tendencias y determinantes de la salud en toda la Comunidad; la planificación, seguimiento y evaluación de los programas y acciones comunitarios, así como proporcionar a los Estados miembros la información sanitaria adecuada para establecer comparaciones y apoyar sus políticas sanitarias.

Podemos considerar que el desarrollo normativo existente en la Unión Europea es aún incipiente, aunque existan comisiones parlamentarias que trabajan en la armonización legislativa, de modo que cualquier modificación o norma a nivel europeo debe tener en cuenta las normas de los estados miembros, no debiendo éstos exlimitar a aquellos. Estas comisiones empiezan a abordar aspectos relacionados, tanto con la cooperación internacional de la UE con otros países, como con el control, venta y publicidad de las distintas sustancias. Sirva de ejemplo, en el caso del tabaco, la reciente aprobación por parte del Parlamento Europeo de medidas restrictivas y de homogeneización sobre éste y de protección a la salud de los ciudadanos.

3. 2. NORMATIVA DE CARÁCTER NACIONAL

Con relación a las normas de ámbito estatal que inciden en el campo de las drogodependencias, sólo haremos mención a aquellas que, por su importancia, sirvan a los objetivos que nos

hemos planteado en el informe. En cualquier caso, se han recogido en función de los distintos aspectos que abordan.

En la Constitución Española, con relación al tema que tratamos, existen dos áreas susceptibles de ser tenidas en cuenta en tanto que justifican y propician, por un lado, los derechos de los ciudadanos en esta materia y, por otro, vienen a propiciar la participación de los municipios y otros entes temporales en la gestión de éstas competencias.

Dentro del primer bloque, se sitúa el artículo 43, que reconoce el derecho a la protección a la salud, dejando la competencia a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte.

En este artículo se establece un aspecto positivo, más allá de la protección a la salud, que se concreta en el conjunto de medidas que los poderes públicos deban establecer para conseguir la prevención de las enfermedades o la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos. También debemos hacer notar la importancia que supone que los poderes públicos organicen unos servicios sanitarios que ofrezcan a los ciudadanos todo tipo de prestaciones de carácter preventivo, curativo, rehabilitador y educativo.

Con respecto a los artículos que hacen referencia a los aspectos de organización territorial encontramos el artículo 137, que recoge la autonomía de las diferentes estructuras territoriales y el artículo 148, que regula las competencias asumibles por las Comunidades Autónomas, concretamente en sus apartados 20, asistencia social y 21, sanidad e higiene

Hay, además, una serie de leyes de rango estatal que inciden de manera directa en la posibilidad por parte de los municipios de intervenir en drogodependencias. En primer lugar, nos encontramos con aquéllas de carácter sectorial que podrían tener una influencia directa en éste ámbito. Entre estas leyes sectoriales podemos destacar la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990. Además, debemos hacer hincapié en el principal instrumento regulador de la participación de la Administración Local y de sus relaciones con otras Administraciones y que recoge tanto espacios competenciales como procesos de gestión y coordinación interinstitucional, como es la Ley de Bases de Régimen Local de 1985.

Con respecto a la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril, en sus artículos 42 y 70 se hace referencia al papel de las Administraciones Locales y fija la coordinación general sanitaria. Establece la necesidad de contar con los planes de salud en sus distintos niveles, en los que se deberá tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias y demás Administraciones Territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de las Comunidades Autónomas.

La filosofía adoptada desde la Ley, es la de organización de un sistema de sanidad integral, no sólo por el contenido de las prestaciones que se ofrecen (prevención, curación, restablecimiento), sino también por el papel asignado a las Administraciones y por el establecimiento de la concentración de la planificación y dirección única de los servicios. Son éstas algunas de las aportaciones más interesantes que de ella dimanar.

Merece destacar, además, principios recogidos en el artículo 6, en el sentido más amplio cuando hace referencia a "*la promoción de la salud, promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria*". Es éste un concepto que viene a justificar la existencia e importancia de las medidas preventivas, donde se superan los aspectos curativos ya recogidos en anteriores normas y que tradicionalmente venían a ser la fuente de inspiración de los derechos a la salud. En el mismo artículo 6 se recoge... "*acciones sanitarias para la rehabilitación funcional y reinserción social de los pacientes*". Desde este precepto se entiende la concepción integral de la asistencia, y viene a proteger a los pacientes hasta su plena rehabilitación y reinserción. También recoge que los servicios sanitarios públicos tienen que ser organizados de manera que permitan desarrollar todo tipo de prestaciones sanitarias y no sólo las de carácter preventivo.

Sin embargo, todos los derechos recogidos en la Ley General de Sanidad no llegan a extenderse, al menos en aquellos momentos, al problema de las toxicomanías ya que no existía su reconocimiento como tal enfermedad. Habrá que esperar a las Leyes de las Comunidades Autónomas en materia de drogas, alcanzando de esta forma la protección prevista en la Ley General de Sanidad. A partir de ese momento podemos ver como las Leyes Autonómicas vienen a compatibilizar y a ampliar los derechos recogidos en la Ley General de Sanidad. Se formulan así junto a unos derechos generales un catálogo de derechos específicos que emanan de la propia normas de la Comunidad Autónoma. Otra cuestión será el desarrollo posterior que se debería haber realizado de la Leyes que viniese a complementar el marco de funcionamiento de los distintos derechos.

Por último, y en relación con la Ley General de Sanidad hacer mención a los derechos fundamentales recogidos en su artículo 10, en lo referido al derecho a ofrecer información y a tener constancia de su estado de salud, así como a la exigencia del consentimiento previo del paciente en relación con un tratamiento específico o intervención.

El contexto legislativo específico en materia de drogas, ha estado influido por la decisión de nuestra incorporación al contexto internacional en esta materia (Convención Única sobre Estupefacientes, 1961; Convenio sobre sustancias psicotrópicas, 1971; Convención de Viena, 1988; Tratado de Amsterdam, 1997). Hay que destacar como referente importante la aprobación por el Consejo de Ministros de 24 de julio de 1985

del Plan Nacional sobre Drogas, como marco de las actuaciones públicas en materia de drogas. En un primer momento con competencias en materia de prevención, asistencia y reinserción. Es en 1993 cuando se unen definitivamente el control de la oferta y la reducción de la demanda, al incorporarse éstas competencias últimas al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Con relación a los aspectos preventivos de las drogodependencias debemos hacer mención a lo recogido en la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE). Ésta establece que debe formar parte como materia de los contenidos del currículo, y en lo que respecta a la organización del centro recoge, como intención general, la participación en el centro escolar de la comunidad en la que se encuentra ubicado. De todas maneras, la concreción de esta participación se estructura a través de la incorporación de las Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS). y los alumnos al Consejo de Centro, aunque sin cerrar en ningún momento la puerta a vías de cooperación con otros espacios institucionales. No obstante, las materias reguladas por la propia LOGSE serán tratadas de forma específica en el apartado dirigido a la prevención en el ámbito educativo.

Con relación a la participación de las Administraciones Locales en el sistema de atención a las drogodependencias, debemos hacer mención a la Ley de Bases de Régimen Local, como principal norma a nivel del Estado reguladora del espacio competencial de participación de éstas y sus relaciones con el resto de las Administraciones.

En el articulado que puede considerarse de interés para los aspectos que pretendemos destacar, tanto en la Ley de Bases como en su Texto Refundido, viene establecido en cuatro núcleos: ámbitos posibles de intervención desde el municipio, mecanismos de asunción de competencias, relación con otras administraciones e instrumentos de colaboración posible.

En cuanto a los espacios de intervención, debemos destacar los artículos 8, 25, 26, 37, 44 y 55 del Texto Refundido. En ellos se vienen a recoger desde la posibilidad que tienen los municipios para gestionar servicios propios de las Administraciones Autonómicas, aspectos referidos a seguridad en lugares públicos, protección de la salubridad pública, participación en la gestión de la atención primaria de salud, prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social y, por último, participar en la programación de la enseñanza y cooperar con la Administración educativa.

Fue éste el marco en el que se apoyó la decisión tomada a mediados de los ochenta, cuando se crea el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, para delegar competencias en materia de drogas en los Municipios. En Andalucía, este marco sirvió para establecer los acuerdos con las Diputaciones Provinciales y posteriormente con los Municipios.

Con relación a los mecanismos de asunción de competencias, debemos hacer mención a los artículos 27 y 28 de la Ley de Bases y artículos 66 y 68 del Texto Refundido. En estos artículos se viene a recoger aspectos que hacen referencia a la delegación de competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas en materia que afecten a sus intereses propios, siempre que con ello se mejore la eficacia de la gestión pública y se alcance una mayor participación ciudadana, dándose la posibilidad de hacerlo de forma agrupada con otras Entidades y recibiendo los medios financieros necesarios. Más adelante, se hace referencia también a la capacidad de éstos para realizar actividades complementarias propias de otras Administraciones Públicas, entre las que se encuentran las de sanidad. Principio éste que ha estado presente en planes y programas municipales de prevención y de asistencia en Andalucía.

3. 2. 1. OTRAS NORMAS DE CARÁCTER ESTATAL

Al margen de los principios establecidos en la Constitución o en la propia la Ley General de Sanidad, existen, a nivel estatal, todo un conjunto de disposiciones básicas que hacen referencia a los distintos aspectos del problema de las drogodependencias, y a los que haremos solamente una breve referencia por lo amplio que podría resultar para este informe. Nos parece más adecuado hacer mayor hincapié a la normativa andaluza, al ser ésta el referente en nuestra Comunidad Autónoma.

No obstante, vamos a referirnos a aquéllas que consideramos más importantes:

En primer lugar, hacer mención a la Ley 31/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, desarrollada posteriormente por el Real Decreto 865/1995, de 6 de junio.

Por otro lado, la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la creación de un fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, modificada por la Ley 61/1997, de 19 de diciembre y desarrollada a través del Decreto 864/1997, de 6 de junio, que establece el reglamento de los fondos, y que han servido de apoyo a determinados programas dirigidos tanto al tratamiento como a la prevención que tengan un carácter innovador en drogodependencias.

Con relación al tráfico de drogas y blanqueo de dinero, en nuestro país, desde los primeros años de la década de los ochenta, al igual que en otros países del entorno europeo, se produjo un incremento importante de los delitos relativos al tráfico de drogas que adquirieron tintes exacerbados debido a la situación geográfica con relación a las vías de distribución en Europa, además de aspectos como el idioma que ha ayudado

también al establecimiento de organizaciones mafiosas de América latina que han controlado las vías del tráfico.

Por ello, la tipificación del blanqueo de dinero es, en nuestro sistema jurídico, relativamente reciente, pero dada su importancia requiere de una especial atención. En este apartado, debemos mencionar con relación a la prevención del control del blanqueo de capitales la Ley 19/1993, de 28 de diciembre, y el Real Decreto 925/1995, de 9 de junio, que la desarrolla y por el que se determina el concepto de blanqueo de capitales en los términos establecidos por la Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas 308/91 de 10-6, sobre prevención de la utilización del sistema financiero en el blanqueo de capitales. Posteriormente, se regula a través del artículo 301 del nuevo Código Penal de 1995, dentro del capítulo XIV titulado "De la receptación y otras figuras afines.

Dentro de los mercados ilegales internacionales es el de las drogas junto al de las armas el que mayor importancia tiene por los enormes beneficios económicos dentro de lo que se denomina una economía sumergida y relacionada con otros sectores delictivos. Estos enormes beneficios necesitan ser reciclados e introducidos en los circuitos comerciales y financieros, para lo que se viene a utilizar el sistema económico actual. Se ha llegado a comparar sus ingentes beneficios a nivel mundial en un año a la cantidad equivalente al doble de los Presupuestos Generales del Estado y la Seguridad Social (Del Cerro, 2001:83).

Estos temas desde los organismos internacionales generan una especial preocupación, como lo pone de manifiesto la Convención de Viena de las Naciones Unidas de 1988, o la Convención del Consejo de Europa, de 1990 y que dio lugar a una Directiva del Consejo de las Comunidades Europeas, de 1991 (91/308, de 10 de junio). El blanqueo de dinero, por sus características, contribuye a la consolidación de las organizaciones mafiosas, contaminando el sistema financiero legal y quebrando su funcionamiento.

Con respecto al control de las sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, se recoge en la Ley 31/1996, de 10 de enero, y su posterior desarrollo a través del Real Decreto 865/1997, de 6 de junio. Aspecto éste muy importante por el uso que se hacen de éstas en el mercado de las denominadas drogas de síntesis y que, en estos momentos, tanto preocupan a la sociedad, debido a las muertes que vienen apareciendo en distintos lugares y que han venido a relacionarse con la pureza de las sustancias.

La fabricación de la producción, usos, consumo y tráfico ilícito tiene su máximo exponente, en cuanto al control de la fabricación, comercio, prescripción, dispensación e inspección a través de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Esta Ley, con relación a las normas de rango inferior, viene a regular los modelos oficiales de recetas médica para la

prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, mediante la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 29 de septiembre de 1995.

Con relación a la regulación de los tratamientos con opiáceos, que serán abordados de forma más específica en el apartado dedicados al mismo, debemos hacer mención al Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, modificado posteriormente a través del Real Decreto 5/1996 de 15 de enero.

En materia de publicidad, en cuanto hace referencia a distintos aspectos restrictivos de ésta con relación al tabaco y al alcohol, se recogen no solamente las limitaciones referidas a la aparición en medios de comunicación social, sino que también hacen mención a aspectos que tienen que ver con el contenido, forma y condiciones de cómo puede realizarse esa publicidad (no asociada a imágenes de menores, a prácticas deportivas, educativas y sanitarias...). Destacar en esta materia el Real Decreto 1100/1978, de 21 de mayo, por el que se regula la publicidad del tabaco y bebidas alcohólicas en los medios de difusión del Estado, junto a la del tabaco que se regula en el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, desarrollado por la Orden de 8 de junio de 1988, así como la Orden de 7 de noviembre de 1989, por la que se prohíbe la venta y distribución de tabaco y bebidas alcohólicas en los centros escolares públicos dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia. Medidas que van a ser modificadas a la terminación de este informe, ante la reciente alarma social surgida con el consumo del alcohol en los jóvenes.

La normativa que regula la venta y de bebidas alcohólicas se complementa posteriormente con el Real Decreto 2816/1992, de 27 de agosto, que aprueba el Reglamento General de Espectáculos y Actividades Recreativas, y establece la prohibición de venta de bebidas a menores de 16 años en los establecimientos, espectáculos y actividades recreativas.

A este respecto, podemos decir que el incumplimiento de estas normas o su legislación precipitada en algunas ocasiones, responde a un interés social de dar respuestas a problemas que han ido surgiendo ante un fenómeno social del que existía poca experiencia en nuestro país y que ha llevado a modificaciones y cambios permanentes o, en otros casos, algunas de las medidas no han contado con el apoyo necesario que permita su aplicación, como ha ocurrido en el caso del tabaco.

También debemos hacer mención a la Ley 5/1988, de 24 de marzo, que crea la fiscalía especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas. De esta forma, el Ministerio Público tiene capacidad para intervenir en los delitos cometidos con relación al tráfico de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas cometidas por bandas o grupos organizados, y que produzcan efectos en lugares pertenecientes a distintas Audiencias, así como coordinar las distintas Fiscalías en orden a la prevención y represión de tráfico ilegal de drogas. También

su capacidad se amplía a establecer la cooperación de la Fiscalía de los Tribunales Militares en relación a hechos cometidos en centros, establecimientos y unidades militares.

El Real Decreto 1544/1988, de 23 de diciembre, permitió que el Fiscal General del Estado designase un Fiscal en cada una de las Comunidades Autónomas, con el objetivo de coordinar cada una de las distintas Fiscalías. De las catorce designadas en el conjunto del Estado, correspondieron a Andalucía tres (Málaga, Cádiz y Campo de Gibraltar –Algeciras–).

Y, para terminar, en materia de prevención y asistencia, debemos hacer mención al Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, donde se describe la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 200-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 200 b), surgidas del consenso de todas las Comunidades Autónomas integradas en el Plan Nacional sobre Drogas. Aborda los distintos problemas surgidos en torno a las drogas, incluyendo por primera vez las drogas legales y las ilegales. Prioriza las medidas preventivas, y se convierte en un referente para el conjunto del Estado de lo que deben ser las políticas de drogas a aplicar por las distintas Administraciones. Recoge entre sus principales objetivos la creación de un Instituto Nacional de Investigación y Formación de Drogas que tiene como objetivo impulsar la investigación en esta materia, y que se ha puesto en marcha a finales de 2002.

3. 3. NORMATIVAS DE ÁMBITO AUTONÓMICO

Desde las competencias en materia de drogas de la Comunidad Autónoma nos interesa, de forma especial, recoger en el presente informe aquellas normas y medidas que inciden en materia de prevención y salud pública y que vienen a suponer la garantía de los derechos de los pacientes.

Como marco general y de reconocimiento de estos derechos debemos partir y hacer mención al Estatuto de Autonomía para Andalucía, en su artículo 12, en tanto se reconoce *“la capacidad de promover la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, removerá los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitará la participación de todos los andaluces en la vida política, económica, cultural y social”*. En ello está el reconocimiento de los derechos de los sectores sociales más marginados, y entre éstos los drogodependientes. Además, en su artículo 13, se establecen las competencias de la Comunidad Autónoma sobre determinadas materias, éstas llegan a fijar entre otras las referidas en los apartados 21 y 22 a *“Sanidad e Higiene, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 149, 1, 16 de la Constitución y las de asistencia y servicio sociales...”*. A partir de estos artículos podemos llegar a entender que todas las competencias referidas a drogodependencias, al situarse éstas

desde el ámbito de la Salud y de los Servicios Sociales, son de la Comunidad Autónoma.

En este sentido, y para dar respuesta a los problemas surgidos con las drogas en nuestra Comunidad Autónoma a comienzos de los ochenta se crean en Andalucía los servicios de atención a las drogodependencias, al amparo de los Decretos 72 y 723/1985, de 3 de abril, creándose la figura del Comisionado para la Droga, la creación de los Patronatos Provinciales como órganos de participación y los Centros Provinciales de Drogodependencias, como instrumentos de gestión de los programas que se convenían con las Diputaciones Provinciales y referentes asistenciales para la población drogodependiente.

La Red de Atención a las Drogodependencias se configura, a partir de ese momento, como servicio público y como compromiso político que asume la Administración Pública para todo el territorio, respondiendo de esta forma al interés general y de forma específica a la población consumidora.

Como marco normativo general, que fija las competencias de las distintas Administraciones, debemos hacer mención a la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que establece una serie de principios básicos y funciones esenciales en el marco de nuestra Comunidad Autónoma. En ésta se recoge el carácter de Servicios Sociales Especializados de las toxicomanías, dejando claramente establecido, al igual que hace la Ley de Bases de Régimen Local, las competencias en materia de prevención y de reinserción social en coordinación con el órgano de la Administración Autonómica especializado en la materia.

Posteriormente, la Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, recoge en *el título V: de la Organización y participación, en su punto tercero*, la Comisión Delegada de Bienestar Social que contará con un área específica para la planificación, coordinación y atención a las drogodependencias, cuya composición se fijará reglamentariamente, sin que ello se haya producido a la fecha. Además, en el capítulo IV, referido al Movimiento Asociativo e Iniciativa Social, en su artículo 31, fija mediante este artículo la creación del Consejo Asesor sobre Drogodependencias, como órgano de carácter consultivo y de participación, en esta materia, en el que estarán representadas las Administraciones Públicas andaluzas y las asociaciones de drogodependencias a través de sus federaciones más representativas. Dicho órgano fue desarrollado a mediados de 2001, estando pendiente la creación de las estructuras provinciales.

Con relación a los avances que supone dicha Ley, recoge la toxicomanía como una enfermedad, al entender *“la drogodependencia como una enfermedad de carácter social, las Administraciones públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, habilitarán los mecanismos que se consideren necesarios en los términos de la presente*

ley para la prevención, la asistencia, la rehabilitación y la incorporación social de las drogodependencias". Además, en su artículo 13, hace referencia a que "las Administraciones públicas efectuarán las actuaciones precisas para garantizar a las personas drogodependientes, en iguales condiciones que al resto de la población, la atención sanitaria y social adecuada a sus necesidades...". Es este un aspecto muy positivo de la Ley que, como ya comentamos, no había existido antes de una forma tan explícita en nuestro ordenamiento jurídico.

La Ley, que viene a ser el marco normativo de los derechos de los ciudadanos con relación a su atención y a la regulación de las drogas en la sociedad, surge en un momento donde existía un fuerte consenso entre las distintas grupos parlamentarios, después de una dilatada experiencia de años de existencia de los programas de drogas en Andalucía.

En primer lugar, y con relación al título III, dedicado a la atención, en su artículo 13, apartado b, se recoge el papel de las Administraciones Públicas andaluzas dentro de sus respectivos ámbitos de competencias y de acuerdo con lo previsto en este título, efectuarán actuaciones de especial relevancia en centros penitenciarios, barrios marginales y zonas de prostitución. En este sentido, sólo podemos hablar de algunas ONG que han venido realizando proyectos con cargo a la Orden de Subvenciones, sin que llegue a ser en estos momentos una prioridad. Sin embargo, desde algunas asociaciones específicas que vienen trabajando con estos colectivos, han venido a manifestar el escaso apoyo recibido para estos programas, cuando debería ser una prioridad del sistema de atención.

Dentro del ámbito de la atención a las drogodependencias recogido en el título III, el artículo 14 fija que "La Administración de la Junta de Andalucía, en los términos que reglamentariamente se establezcan, velará por el desarrollo de las actuaciones precisas para el tratamiento de las drogodependencias, la desintoxicación, la deshabituación, la atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y las urgencias derivadas del consumo de drogas...". Debido a la importancia de este apartado, consideramos necesaria la existencia de un reglamento que recoja los derechos de los usuarios con relación a los distintos aspectos del tratamiento, como garantía de los derechos básicos que deben estar presentes ante las Administraciones Públicas.

Situación muy parecida es la que se encuentra en estos momentos el artículo 19, punto 1, apartado b, en el que se establece que "la Junta de Andalucía realizará otros programas orientados a la promoción de la salud de los drogodependientes, a través de la educación sanitaria, la prevención,... A este fin, se llevarán a cabo de manera preferente los siguientes programas:... d) Enfermos terminales de Sida y su asistencia sociosanitaria". En este ámbito, en el que

existe una alta incidencia en la población drogodependiente, se detectan pocas actuaciones y las existentes se ubican en otra Dirección General, como es el caso de las Casas para Enfermos terminales del VIH, que por Resolución de la Viceconsejería de Asuntos Sociales las actuaciones relacionadas con esta enfermedad pasaron a la Dirección General de Bienestar Social. A partir de ese momento su vinculación se establece a través de subvenciones que escasamente llegan a cubrir unos mínimos del funcionamiento de las éstas. Es éste el motivo por el que se han dirigido a esta Institución en varias ocasiones en su deseo de ubicarse en un contexto de proximidad mayor a la población drogodependiente, al ser ésta la población mayormente atendida.

Con relación a este mismo artículo, en su punto 2, apartado e, se hace mención a la colaboración entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales, a través de los Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, que realizarán programas orientados a la rehabilitación e incorporación social de los drogodependientes. A este fin, se llevarán programas en cooperación con los órganos judiciales y penitenciarios, para así facilitar el acceso de los internos con problemas de drogodependencias a las prestaciones sociales. Asimismo, estos programas tendrán por objeto garantizar la prestación de información, asesoramiento y orientación de los órganos judiciales, sobre las circunstancias sociosanitarias que puedan incidir en la adopción de decisiones y, en su caso, en la posible sustitución del internamiento penitenciario por otras medidas.

Con relación al título IV: *De las medidas de control*; en su artículo 20, se propone la vigencia del estricto cumplimiento de las normas de apertura y funcionamiento de industrias y centros de producción, distribución y dispensación de sustancias incluidas en el artículo 3 (estupefacientes y psicotropos y otras sustancias de uso industrial). Para ello, parece necesaria la creación de una estructura en la propia Administración que se encargue de velar y de la inspección de éstos, sin que se conozca en estos momentos su existencia.

Como un aspecto complementario al anterior, el artículo 24, recoge que "La Junta de Andalucía regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias químicas que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas. La Consejería de Salud determinará reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el apartado anterior". Para ello, sería necesario proceder a la regulación de este mercado dada la derivación de precursores que actualmente existe para la elaboración de drogas de síntesis.

Con relación al capítulo II: Drogas Institucionalizadas, debemos hacer mención al artículo 25, en el que se hace referencia por un lado a la prohibición de publicidad de bebidas alcohólicas en áreas de servicio de autovías y autopistas y en las

instalaciones deportivas y, por otro, en el punto 2 de este mismo artículo recoge que *“la Administración Pública andaluza regulará la limitación en los medios de comunicación andaluces de cualquier tipo de publicidad directa o indirecta de tabaco y bebidas alcohólicas, así como la emisión de programas en los que el presentador o presentadora o cualquier participante aparezca fumando, junto a bebidas alcohólicas, tabaco o menciones de sus marcas o logotipos”*. Aspectos éste último, que se empieza a observar que es una práctica bien asumida, en general, por los medios de comunicación social.

No obstante, la discrepancia mayor se produce con el artículo 47, apartado 3, de la Ley 6/1998, de 14 de diciembre del Deporte, en lo que se refiere al patrocinio deportivo, en el que se establece como límite la prohibición de bebidas alcohólicas y del tabaco en las actividades deportivas en las que participen mayoritariamente deportistas menores de dieciocho años. Entra en contradicción con lo recogido en la Ley 4/1997, sin que el tema se haya aún resuelto.

Posteriormente, y a través de la Ley 1/2001, de 3 de mayo, se modifica la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas, introduciendo cambios que afectan al artículo 26, apartado 1, en cuanto hace referencia a la limitación de la venta de bebidas alcohólicas superiores a 20º en las estaciones y autopistas. Al mismo tiempo, recoge la limitación de la venta, suministro o distribución que se realizará en los establecimientos en los que está autorizado el consumo, cuando sea en horario nocturno. De esta forma, se introduce un cambio con relación a los lugares de venta de bebidas alcohólicas. No obstante, ante los problemas surgidos con la denominada “botellona” y como desarrollo de la Ley 1/2001, el Decreto 167/2002, de 4 de junio, establece el control que desarrollan la venta, suministro o distribución de bebidas alcohólicas, realizadas a través de establecimientos en los que no está autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, durante el horario comprendido entre las 22 horas y las 8 horas. Se establecen así limitaciones al consumo de alcohol y a su control.

De esta última modificación realizada a la Ley de Drogas, se incluye un cambio en el artículo 40, donde se vienen a delegar las competencias sancionadoras a las Corporaciones Locales. Por tanto, habrá que esperar a ésta reglamentación para determinar como se llevará a efecto, ya que en estos momentos y después de cinco años de vigencia de la Ley podemos decir que su aplicación en materia sancionadora ha sido escasa.

Además, se dota a los Ayuntamientos de competencias sancionadoras, tanto para cerrar locales que incumplan las normas como para recuperar el importe de las sanciones impuestas por estos motivos. Fondos que se pretenden queden cubran los objetivos del Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones.

Para concluir, y dada su importancia, hacer mención al Acuerdo de 23 de febrero de 1998, del Consejo de Gobierno por

el que se crea la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias (FADA), organismo creado para gestionar los recursos en drogodependencias en la Comunidad Autónoma. Se encarga ésta de la gestión y administración de los centros, recursos y programas. La entidad creada está dotada de personalidad jurídica constituyéndose bajo iniciativa pública, y recibiendo su aportación inicial de un ente público.

En cuanto a la proliferación de este tipo de entidades, que se viene produciendo últimamente en el ámbito de todas las Administraciones Públicas, para la gestión de los servicios públicos, eludiendo la aplicación del régimen jurídico público, como ya referimos con ocasión del informe Anual de 1999. No podemos dejar de advertir que, en cualquier caso, lo que no se debe perder y tiene que quedar garantizado es la condición de servicio público, preservando en lo que supone de carácter de universalidad, equidad, solidaridad y aseguramiento público en la prestación, al debilitarse el principio de responsabilidad administrativa.

3. 4. ASPECTOS LEGALES Y NORMATIVOS DEL JUEGO PATOLÓGICO

Se denominan juegos legales aquéllos que son regulados a través de los distintos textos legales, en un estado de derecho, en todo lo relacionado con el uso, premios, y la protección de los ciudadanos bien por ser menores o por presentar conductas adictivas al mismo.

La legalización y apertura de locales de juego en nuestro país se produce con la llegada de la democracia. La nueva política se materializa a través del Real Decreto Ley 16/1977, de 25 de febrero, que permite la apertura de casinos, bingos, y el control estatal de estos tipos de establecimientos y tras el fracaso de las políticas anteriores de prohibición absoluta que llevó a la existencia de una fuerte presencia del juego clandestino en la sociedad española en años anteriores.

Este Decreto supuso que las competencias que lo regulaban quedaban en manos de la Administración del Estado. A partir de entonces se crea la Comisión Nacional del Juego como órgano central de coordinación y control de todas las actividades relacionadas con los juegos de azar. Con anterioridad sólo estaban reguladas las Quinielas del Fútbol, la Lotería Nacional y un sorteo provisional de la ONCE.

En 1981 se legalizan las máquinas tragaperras y, posteriormente, en 1986 y 1988 se procede a la legalización de la Lotería Primitiva y la Bono Loto.

A partir de ese momento podemos decir que entra el juego en España, a través de Casinos, Bingos y Máquinas Recreativas. Al mismo tiempo se produce la potenciación de la ONCE al quedar regulado el sorteo con un carácter nacional y supri-

miendo otros sorteos surgidos en aquellos años desde otros sectores.

Los ingresos producidos por el juego son de tal magnitud que obliga a la Administración a regular distintos aspectos, y en consecuencia aquellas cuestiones que afectan a los derechos de los jugadores en general y de los menores en particular.

Las competencias del juego se transfieren a la Junta de Andalucía mediante el Real Decreto 1.710/84, de 18 de julio, por el que se traspasan las funciones y servicios de la Administración en materia de casinos, juegos y apuestas.

En el ámbito de sus competencias en la Comunidad Autónoma podemos hablar de dos leyes que sirven de referencia de marco legal, la Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas.

De la primera dimana las siguientes normas de rango inferior:

– Decreto 167/1987, de 1 de julio, por el que se aprueba el Primer Catálogo de Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, (ampliado por el Decreto 385/1996 de 2 de agosto).

– Decreto 229/1988, de 31 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Casinos de Juego.

– Decreto 180/1987, de 29 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Salones Recreativos y Salones de Juego.

– Decreto 491/1996, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas.

– Decreto 513/1996, de 10 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento del Juego del Bingo.

– Decreto 410/2000, de 24 de octubre, por el que se crea el Registro de Control e Interdicciones de acceso a los Establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y se aprueba su Reglamento.

En general, podemos decir que en estas normativas se vienen a recoger algunos aspectos relacionados tanto con la protección de los menores, así como de las garantías de las medidas de autoprotección de los propios jugadores.

Por otro lado, la Ley 4/1997, de Prevención y de Asistencia en materia de drogas, incluye en su disposición adicional segunda que *“mientras se establezca el marco legal específico para afrontar los problemas derivados de la dependencia al juego de azar, la Junta de Andalucía desarrollará, a través del Plan Andaluz sobre Drogas, las medidas adecuadas para la prevención de las ludopatías y la atención a los afectados por el juego patológico, prestando apoyo técnico y económico a las asociaciones de jugadores en rehabilitación existentes en Andalucía”*.

Este aspecto se ha ido cumpliendo desde el ámbito de la Administración, al haberse fijado convenios de colaboración para el funcionamiento de programas de autoayuda. Sin em-

bargo, de la misma manera, debemos denunciar el incumplimiento de lo establecido en el apartado dos de la misma Disposición Tercera, en la que se propone la creación *“en el plazo de seis meses, de una comisión de estudio sobre los juegos de azar, para que proponga al Consejo de Gobierno la regulación y desarrollo de toda la normativa en nuestra Comunidad Autónoma”*.

Podemos concluir afirmando que no existe una norma que defina las grandes líneas a seguir en materia de juego, aunque en Andalucía se ha realizado un esfuerzo importante por regular éste. Debemos tener en cuenta que la aparición de nuevos espacios de juego, junto a nuevos mercados lleva a situar éste a un escenario que va más allá de una simple actividad económica.

3. 5. ASPECTOS PUNITIVOS DE LAS DROGAS

La ratificación de la Convención de la ONU de 1961 dio pie a la Ley de 8 de abril de 1967, sobre Estupefacientes, que supone por primera vez en nuestro país la prohibición y penalización del tráfico de drogas. Posteriormente, a través de la Ley 44/1971, de 15 de noviembre, se modifica el artículo 344 del Código Penal para adaptarlo al Convenio Único de la ONU de 1961, castigándose expresamente los actos de cultivo, fabricación, elaboración, transporte, tenencia, venta, donación o tráfico.

A partir de ese momento, en que se inicia en nuestro país un control de las sustancias se abre la vía de la penalización y represión de las drogas y sus conductas asociadas que, con el paso de los tiempos, no ha venido a modificar el actual estado de las cosas.

La reforma del Código Penal de 25 de junio de 1983, modificó de nuevo el artículo 344, introduciendo junto a las drogas tóxicas y estupefacientes, las sustancias sicotrópicas, delimitando el ámbito de conductas prohibidas y eliminando la expresión tenencia. En aquel momento, y desde los sectores más conservadores, se culpabilizó de la expansión del consumo de drogas en nuestro país a la existencia de esta modificación.

Así, se ha pasado en menos de veinte años de un discurso más o menos permisivo con relación al consumo al otro extremo de la balanza. Manejándose una cierta utilización desde el poder de las leyes que endurecen los castigos con relación al tráfico, que llega a partir de la reforma de 1988, del artículo 344 del Código Penal, a equiparar el tráfico por la elevación de la pena a la existente para el asesinato, aunque debemos reconocer que se crea un nuevo supuesto de remisión condicional de la condena para la deshabituación o rehabilitación para los adictos.

En este sentido, las políticas de drogas han estado supeditadas a un cierto discurso en el que desde distintos sectores ideológicos y sociales se ha pretendido enarbolar la bandera de la

seguridad ciudadana y que ha llevado, en estos momentos, a que la mayoría de las políticas de drogas se dirijan a apoyar, cuando no a elaborar, estrategias que vengán a potenciar las ideas prohibicionistas de las mismas. Sirva de ejemplo como el tipo delictivo establecido abarca, no sólo el tráfico, sino cualquier comportamiento relacionado con las drogas ilegales que no sea el estrictamente dirigido al consumo personal.

Quizás uno de los aspectos que hemos podido constatar en nuestra visita a los centros y en las entrevistas con pacientes, es el elevado número de ellos que tienen causas pendientes con la justicia. En muchos casos, son reiteradas debidas a delitos cometidos para la consecución de la droga. Presentan, además, un claro deseo de seguir participando en los programas de deshabituación como la mejor medida para dejar las drogas y no pasar por prisión, cuando han decidido abandonarla o, al menos, se les posibilite realizar el cumplimiento de pena en los centros de tratamiento. En otros casos, solicitan que dado el carácter del delito y el hecho de haber sido cometido bajo el efecto de la droga o para mantener su consumo, una vez que han superado la adicción y normalizado su vida, se le exima del cumplimiento de la pena.

En cualquier caso, la propia Ley reconoce el consumo de drogas como atenuante asimilada a la enajenación mental transitoria utilizada como eximente incompleta. Esta interpretación parte de reconocer que el consumo de drogas –y en algunos casos, el síndrome de abstinencia– afecta a la capacidad volitiva y cognitiva del individuo. La aplicación de dicha atenuante resulta en estos momentos cotidiana y no solamente asociada a los delitos de tráfico de drogas o afines, sino más comúnmente a los delitos contra la propiedad.

La utilización de medidas terapéuticas, como exigen los propios drogodependientes, y que a veces de forma restringida se vienen aplicando, viene a difundir un mensaje a la sociedad mixtificador ya que la condición de toxicómano aparece como condición para evitar la cárcel, al mismo tiempo que se potencia un discurso criminalizador sobre éstos que produce el rechazo en la sociedad.

La utilización del Derecho Penal como forma de abordar las conductas relacionadas con las drogas, puede llegar a desnaturalizar sus propios principios. Ya que, nos estamos enfrentando, en el caso del consumo de drogas, a un problema que responde en muchos casos a unas necesidades materiales concretas. Ello no lleva a reflexionar en el sentido de cómo se pretenden resolver en el futuro la utilización de determinadas sustancias con carácter terapéutico (heroína, cannabis...), lejos de lo que pueden ser proyectos experimentales.

Ello ha supuesto en estos años un relativo consenso político en la aprobación de todas aquellas normas que han venido a potenciar las estrategias restrictivas de los derechos recogidos en la propia Constitución. Sirvan de ejemplo el caso de la Ley

Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Seguridad Ciudadana, la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal y la Ley 12/1995, de 12 de diciembre, de represión del contrabando.

De este manera la lucha contra el narcotráfico, al ser considerado como un superdelito, ha llegado a no distinguir de forma clara entre víctimas y los que intervienen en los ciclos de la producción y comercialización de las sustancias prohibidas. En la Ley Penal, en su afán de defensa social, a través de su artículo 370 del actual Código, integrado por el 369.6º, al que reenvía, agrava la pena de “... *los jefes, administradores o encargados de... organizaciones o empresas...*” o incluso transitorias, que tuvieren como finalidad difundir las sustancias o productos, aunque ello tuviese un carácter ocasional. Sin embargo, nada se recoge con relación a los escalones más bajo y que son los que están afectando en estos momentos a la gran mayoría de los que se encuentran en prisión, es decir, la gran mayoría de los drogodependientes (Fernández J., 2001).

No quisiéramos terminar este apartado específico dirigido a las políticas prohibicionistas sin hacer una breve referencia a las normas recogidas en la Ley 1/1992, sobre Seguridad Ciudadana, en cuanto a la penalización administrativa del consumo de drogas prevista en la Ley. En este caso, podemos ver como se restringen las garantías de los ciudadanos cuando la autoridad administrativa se convierte en juez y parte, frente a una autoridad judicial independiente. En este caso, lo que se hizo fue recoger lo establecido en las normas internacionales suscritas por nuestro país en esta materia.

Nos encontramos a partir de ese momento con la aparición de efectos contradictorios y, en muy pocos casos, han favorecido la solución del problema. No podemos perder la referencia de la aparición en los centros de tratamiento de personas sancionadas por el consumo de cannabis con el único objetivo de que le fuese levantada la sanción, mientras los centros de tratamiento, sometidos a veces a una fuerte presión asistencial, ven desviar la misma a cuestiones que nada tienen que ver con el tratamiento a una adicción. En cualquier caso, asistimos a unas propuestas que empiezan a cuajar en nuestra sociedad modificando lo que ha sido una sociedad tolerante y con una cultura más próxima a asumir que a reprimir. Según el Observatorio Español sobre Drogas, en el año 2000 se impusieron 49.469 sanciones administrativas por consumo de drogas en la vía pública, de las que 4.801 se suspendieron al haberse sometido los afectados a tratamiento de desintoxicación.

La política penal en materia de drogas, en lo que afecta a la producción, comercialización y consumo responde a un modelo ético-jurídico fundado en los aspectos perniciosos de las sustancias por un lado y, por otro, la idea de abordar un problema complejo con medidas simplistas, que tiene que ver con que siguen restringiendo el campo semántico de la expresión

droga, al alcance significativo de aquellas sustancias que son consideradas ilegales y punitivas.

Y, por último, debemos hacer mención que a éstas políticas, sustentadas sobre una artificial distinción entre las denomina-

das drogas legales e ilegales, favorece el discurso contradictorio que impide el desarrollo de unas políticas preventivas del consumo de todas las sustancias que son conocidas, consideradas y admitidas como nocivas para la salud de los ciudadanos.

4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE DROGAS EN ANDALUCÍA

4. 1. INTRODUCCIÓN

El comienzo del proceso de difusión de las drogas y el incremento que caracteriza su evolución reciente pueden situarse en torno a la revolución industrial. Este proceso en nuestro país fue más lento debido, entre otras razones, al retraso de la incorporación de España a ésta, afectando sólo a algunas regiones o zonas. *“Es a principio del siglo XIX cuando se inicia lo que se ha llamado “la carrera del alcohol”, su proceso de difusión e institucionalización como droga legal. La industrialización y la emigración rural son factores decisivos para ello. A partir de 1860, el proletariado de las grandes ciudades se convierte en el gran consumidor de alcohol, en parte debido a la situación de desarraigo y explotación en la que vive buena parte de la clase trabajadora”* (Laraña y Rodríguez, 1986:34, 84 y 85).

Durante el gobierno de la Segunda República en nuestro país existió una actitud más racional sobre el fenómeno y sobre los consumidores, pasándose a modificar el Código Penal por la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933 para aplicarse con mayor dureza durante el periodo de postguerra.

La Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, tipifica la figura del drogodependiente. A lo largo estos años sufre una serie de modificaciones (23 de noviembre de 1935, 4 de mayo de 1948, 15 de julio de 1954 y 24 de abril de 1958). En éstos se recogen dieciséis categorías sociales que se ven afectadas (indigentes, homosexuales,...) y, entre éstas están los drogadictos.

En 1977 España se adhirió al Convenio de Estupefacientes de Naciones Unidas de 1961, aunque el convenio resultaba ambiguo cuando se manifiesta con relación a la penalización del consumo, en la práctica se actuaba de acuerdo con los criterios del poder. No obstante, en aquellos años la existencia de Ley 16/1970, de Peligrosidad Social, de 4 de agosto, reglamentada a través del Decreto 1.144/71, de 13 de mayo, penalizaba el consumo con cárcel.

Durante la postguerra los consumos de drogas legales e ilegales en nuestro país no alcanzan importancia hasta el final de la autarquía. Hasta entonces el consumo de alcohol y tabaco había permanecido estable y reducido, limitándose a los hombres; las mujeres ni fumaban ni bebían o lo hacían muy pocas, por regla general. El Plan de Estabilización Económico marca el comienzo de una nueva época de liberalización y apertura al exterior que se pone de manifiesto tanto en el modelo económico como en lo cultural. En esta época, años sesenta, se vive

una auténtica revolución social y cultural con una mayor aproximación a otros países europeos que habían servido en los años de la dictadura como modelo a imitar (Comas, 1988).

“En los años sesenta aparecen los primeros casos de drogodependientes entre los jóvenes. Las sustancias más utilizadas eran los derivados cannábicos, la grifa (entre los de más edad) y el haschís (entre los jóvenes), algo de mezcalina, ácidos,... y poco más. Estos consumidores constituían un grupo muy reducido y localizado por lo que la sociedad no se preocupaba de ellos”. (Laraña y Rodríguez, 1986:84-85).

A mediados de los años setenta suele iniciarse el comienzo de la expansión de drogas ilegales en España apareciendo éstas relacionadas con el periodo de la transición política. Ello supuso que el tema pasara a un segundo plano, aunque el interés y preocupación de los ciudadanos con respecto a este problema era muy alto. No obstante, en aquellos años el consumo de drogas era un síntoma de modernidad y estaba bien visto por los sectores progresistas que se posicionaban por las políticas liberalizadoras relacionadas con el consumo. Al final de esta década, nos encontrábamos en una situación muy parecida a los países de su entorno, con un número creciente de casos de consumo habitual de distintos tipos de droga (politoxicomanía). En Andalucía la situación era muy parecida, aunque con una mayor presencia de la cannabis por su mayor aproximación a África.

Podemos decir que con la llegada de la democracia a España tiene lugar una nueva crisis de las drogas de notables consecuencias. Todo cambio social lleva consigo fenómenos sociales de distinto signo y, es probable, que en ese periodo se haya producido la mayor transformación en el uso y percepción de las drogas en nuestra historia. Se difundieron nuevos valores que se apartaban de los tradicionales y que se sustituyeron por una cultura hedonista, en la que predomina la gratificación inmediata del individuo y donde la realización personal se convirtió en uno de sus principales elementos.

Se crea una nueva forma de toxicomanía o mejor dicho de politoxicomanía, que llega a centrarse alrededor del consumo habitual y compulsivo de heroína, sobre todo por la vía intravenosa que en pocos años, llegó a convertirse en un importante problema de salud pública y social. Posteriormente, se producía una evolución a la heroína fumada o inhalada debido, entre otras razones a los efectos producidos por su consumo entre los que habría que destacar la aparición del VIH.

Después de este proceso de consumo de drogas, donde la sustancia mayoritaria es la heroína, a comienzos de los noventa se inicia el consumo de cocaína junto al consumo de nuevas

sustancias —drogas de síntesis—, que tiene que ver con un nuevo perfil de consumidores, junto a nuevas formas de diversión que podríamos relacionar con las maneras de abordar el ocio los jóvenes y los menos jóvenes, donde están presente las drogas legales e ilegales.

Otra de las sustancias que adquiere importancia en estos años es la cocaína. El incremento del número de tratamientos por esta sustancia sigue aumentando, llegando a ser de un 9,4% en 1999 frente en un 6,4% en 1998. Es éste otro indicador claro de la importancia del consumo de dicha sustancia. Este proceso de cambio permite el paso a un nuevo consumo de heroína mezclada con cocaína, actualmente predominante en el conjunto de los consumidores en Andalucía, y a la expansión del consumo de drogas, entre los jóvenes.

Por otro lado, la prevalencia del consumo de drogas por vía intravenosa disminuye en estos años a unos niveles por debajo de las vías fumada y esnifada. Esta forma de consumo de heroína no llega a alcanzar un 7,4% en 2000, frente al 67,9% por vía fumada/inhalada. En esos años, Andalucía es la Comunidad Autónoma donde esta transformación en la vía de consumo se realiza de forma más rápida, y donde se sigue manifestando una tendencia a la disminución de la vía intravenosa.

4. 2. APROXIMACIÓN A LAS NUEVAS FORMAS DE CONSUMO

En estos años hemos visto como el consumo de drogas ha experimentado una evolución paralela a la situación económica y social. Ello afecta tanto al consumo de drogas ilegales como legales, siendo una constante a lo largo de toda la historia. Llegado este momento, vemos que determinadas drogas tienden a estabilizarse en el consumo, mientras otras se incrementan en segmentos de población más jóvenes.

En cualquier caso, podemos afirmar que el consumo en general de drogas, como ha sido puesto de manifiesto en el último estudio del Comisionado para las Drogodependencias (EDIS, 2001), se viene incrementando en casi todas las sustancias. Podemos afirmar que es necesario incrementar los niveles de intervención en la prevención de las drogas para evitar posteriormente soluciones, tanto reparadoras como represoras.

Refiriéndonos a la situación social de las sustancias, podemos decir que existe una fuerte relación entre la producción y el consumo (ley de la oferta y de la demanda). Sin embargo, la conflictividad social con respecto al consumo de éstas perjudica a los sectores que representan la demanda, a veces más que a los de la oferta. No obstante, no todas las sustancias generan el mismo nivel de conflicto, lo que supone, por otro lado, que determinadas sustancias con niveles bajos de conflictividad encuentren el mismo tipo de rechazo en la conciencia ciudadana (caso del cannabis).

“Las actitudes de rechazo social llegan a ser mayores en el caso de las drogas ilegales. Lo que ha llegado a provocar que el colectivo de drogadictos sea el que mayor rechazo provoca en la sociedad española” (Elzo, 1993:38). No ocurre lo mismo en las llamadas drogas legales, donde el nivel de la conflictividad de los usuarios es menor, y su venta y consumo no tienen la misma representación que la cocaína o la heroína.

La evolución del consumo de drogas en estos años ha seguido caminos muy distintos en cada momento. Por ello, los consumidores de drogas actuales, jóvenes que salen a consumir los fines de semana, no tienen nada que ver con los consumidores de otros lugares y en otros momentos (el masticador andino, los fumadores de Kiffi del Rif,...), ni con los drogodependientes de hace unos años en nuestro país. Los drogodependientes de nuestros días han cambiado mucho con respecto a sus antecesores, y posiblemente nada tendrán en común con los toxicómanos de los próximos años. Lo que sí podemos afirmar es que entre los signos de identificación de los jóvenes en todo el mundo, con relación a las drogas, existen unos mismos rituales, formas de consumir y sustancias, que les hacen parecerse. Un ejemplo de ello lo podemos encontrar en las formas de consumo de los jóvenes en otros países que son más tolerantes con éstas (Marruecos, Pakistán,...) y donde está permitido determinado consumo de drogas; en ellos observamos que el ritual de consumo que realizan tiene más que ver con los jóvenes occidentales que el que realizaban sus antecesores.

Hemos pasado de un modelo tradicional de consumo de drogas, caracterizado por un consumo moderado y un mercado de oferta-demanda equilibrado, al nuevo modelo consumista caracterizado por la disponibilidad de sustancias psicoactivas purificadas que proceden de drogas naturales que son tratadas con una gran variedad de productos sintéticos, la aparición de nuevas formas de consumo, la inyección intravenosa, etc., lo que ha roto el equilibrio que las sociedades habían mantenido durante siglos (Edwards y Arif, 1981).

Este modelo consumista ha tenido una gran repercusión en el mercado de las drogas legales (alcohol, tabaco,...), de tal manera que en los últimos años se ha vivido una explosión del consumo de bebidas alcohólicas en amplios sectores sociales, así como un incremento importante en el consumo de tabaco que tiene que ver, entre otras razones, con la incorporación de la mujer y el adelanto en la edad de inicio en los jóvenes.

No obstante, en el caso del alcohol podemos comprobar cómo en los últimos años en nuestro país han cambiado bastante las actitudes sociales ante esta droga, así como los comportamientos y el perfil de bebedores. Resulta cada vez más corriente encontrar una población más joven, ocasionalmente de fines de semana, bebiendo de forma compulsiva y presentando este acto públicamente como un signo de socialización y

de relación entre iguales, sin diferencias en cuanto al sexo o condición social. Esta sustancia llega a estar presente en los ambientes de ocio y diversión de los jóvenes, acompañadas por otras (tabaco, cannabis...)

Puede decirse que, en pocos años, la situación en nuestro país no parece distinta a los del marco europeo. A esto tendríamos que unir factores como ser el tercer productor de alcohol del mundo, tras Francia e Italia, o la importancia económica del sector del vino en nuestro país. Así, vemos publicado en un informe del Ministerio de Economía y Hacienda que "*el Estado llegó a recaudar en 1994, 118.003 millones de pesetas en concepto de Impuestos Especiales por bebidas alcohólicas*" (Calafat y Amengual, 1999:33 y 34). Ello nos sitúa en el tercer lugar del mundo en el consumo de alcohol per cápita.

Entre las consecuencias sociales más importantes producidas por su abuso podemos ver como el alcohol está presente en un 65% de los jóvenes que sufren accidentes de tráfico, fundamentalmente en fines de semana; alto absentismo laboral; actos de agresividad y peleas, deterioro del mobiliario urbano como consecuencia de las concentraciones de fines de semana; conflictos con los ciudadanos que habitan en las zonas de movida, etc. En estas situaciones descritas podemos ver como los protagonistas son cada vez segmentos de población juvenil, lamentablemente la más joven.

A pesar de esta realidad, existen algunos datos esperanzadores que se vienen observando en los últimos años, como es un claro descenso de la venta de alcohol, lo que hace suponer que estamos en un momento de retroceso de éste. Aunque por otro lado, y según el último informe del Observatorio Español de Drogas, el volumen de vinos y licores en nuestro país supone anualmente 3.809 millones de litros, con un valor cercano a los 6.010 millones de euros lo que nos lleva a establecer la magnitud que supone el consumo de esta sustancia, aunque junto a estos datos existe un descenso del 2% con respecto al año anterior en la venta.

Con respecto a las drogas ilegales persisten en nuestro país algunos elementos claros para su expansión con relación a otros países de la UE, como son: el hecho de contar con un gran número de kilómetros de costas; puertos deportivos por todas ellas y una situación geográfica con respecto a África y América que nos convierte en un escenario permeable al tráfico en busca de las rutas europeas de las drogas. A pesar de ello, nuestro país supone una ruta de tránsito, incrementando de esta forma el nivel de riesgo con el que convivimos con respecto a las distintas sustancias en relación a la oferta. Un dato revelador de esta importancia nos lo proporciona el Observatorio Español sobre de Drogas, al recoger que en el año 2000 fueron un total de 81.302 personas denunciadas por tráfico de drogas, de las que 17.067 fueron detenidas, una de las tasas más alta de Europa.

Actualmente, Andalucía se ha convertido en un lugar idóneo donde se invierte una parte importante del beneficio producido por las drogas en nuestro país y parte de Europa. Así, en el informe de 2000 del Instituto Geopolítico de Drogas (París) señala Gibraltar y la Costa del Sol como principales destinatarios para blanquear el dinero de la red europea, con cifras que llegan a estimarse en 27,05 millones de euros anuales. Ello supone que las mafias que organizan el mercado de las drogas en Europa se encuentran establecidas en gran medida en nuestra Comunidad Autónoma para poder mover tan ingente cantidad de dinero.

Otro de los rasgos y cambios producidos con relación al fenómeno, tiene que ver con la percepción social y la de sus agentes como algo que va evolucionado en nuestro país, en parte por la propia consideración de la drogadicción y en parte por los cambios de hábitos y actitudes de los consumidores. Hace años los consumidores de droga se presentaban como portadores de un nuevo y revolucionario estilo de vida, absolutamente opuesto a la sociedad. La droga, en ese caso, se consideraba como signo de rebeldía y modernidad, ante una sociedad represiva y repulsiva en sí misma. Esta actitud tenía su correspondencia en el rechazo que la sociedad manifestaba hacia la población consumidora, considerándoles mayoritariamente como viciosos y delincuentes.

Sin embargo, en los últimos años, este aspecto, como ya hemos descrito anteriormente ha sido modificado debido a las prácticas sociales asociadas al consumo. Ello ha llevado también a que se modifiquen las opiniones y actitudes de la población andaluza ante las drogodependencias (EDIS, 1998), podemos ver cómo la calificación más generalizada que se hace de los consumidores de droga es la de enfermo, siendo más frecuente esta opinión cuando se refiere a la población consumidora de heroína y cocaína (71,2% y 67,2% para cada sustancia, respectivamente), cuando se trata del alcoholismo su percepción se reduce a un 44,2% (EDIS, 1998:47-105). Siendo ello así, siguen percibiendo los propios consumidores que existe un fuerte rechazo social que les vincula a conductas y hechos delictivos producidos para el mantenimiento de su consumo, y que les lleva a un mayor rechazo cuando habitan en poblaciones pequeñas.

No obstante, la percepción social ante el fenómeno, en lo referente a los usuarios de drogas legales e ilegales, llega a ser en la práctica causa de contradicciones y cambios normativos y jurídicos que en la mayoría de los casos no aportan nada nuevo. Prohibición, penalización, liberalización, son conceptos muy debatidos por toda la sociedad, que en determinados momentos se asocian a posicionamientos ideológicos que no siempre coinciden con los estereotipos sociales que representan las distintas ideologías. No obstante, y debido a la persistencia de los problemas ocasionados por las drogas, es de es-

perar que éste se mantenga en nuestra sociedad durante mucho tiempo. También debemos empezar a entender que en el mundo de la globalización, al igual que otras políticas sociales, las políticas de drogas tengan su centro de decisión lejos de nuestro entorno, aunque ello no debe impedir seguir insistiendo en un cambio de rumbo de las mismas que permita mejorar la situación con relación a los consumidores y al conjunto de la comunidad.

4. 3. IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LOS CONSUMOS DE LAS DISTINTAS DROGAS

La situación de las drogas a finales del siglo veinte y comienzos de éste, con respecto al consumo de drogas y su situación, obliga a que se tengan en cuenta todos los aspectos evolutivos del fenómeno en nuestro país, y a partir de ello establecer las estrategias que permitan, en un futuro, enfrentarse a ellas con realismo y valentía. Son, por tanto, muchos los aspectos de reflexión teórica en el campo de las drogodependencias y muchas y dispares las cuestiones a tratar y replantear.

En los primeros años de existencia de los programas de tratamiento de las drogas en nuestro país —mediados de los ochenta—, se partía de un desconocimiento real del fenómeno. Eran más situaciones intuitivas que basadas en un conocimiento de lo que estaba pasando en este terreno. Máxime, cuando nos encontrábamos ante un fenómeno que se movía entre lo ilícito y la mala percepción que las adicciones a las sustancias (fuesen legales o ilegales) tenían para los ciudadanos. Conocer la realidad fue un objetivo básico cuando se pretendía establecer cualquier tipo de programa, actuación o recurso.

Podemos afirmar que junto a la etapa intuitiva profesional de la que se partía, siguió un período caracterizado por actitudes voluntaristas que hacían difícil medir la eficacia de las acciones emprendidas. Asimismo, se llevaron a cabo desde diversos sectores sociales, esfuerzos desde posiciones diferentes que llegaron a producir una variedad, cuando menos interesante, de propuestas metodológicas ligadas al terreno de la acción en las distintas vertientes de la intervención (prevención, asistencia e incorporación social). Por otro lado, los discursos teóricos no se correspondían con la práctica profesional, ya que ésta avanzaba más que la teoría. En aquellos momentos, se le daba mayor importancia a la respuesta a los problemas derivados de las drogas, que a la consecución de unos modelos que, en aquellos momentos, se veían superados por los acontecimientos y las obligaciones que de ellos emanaban.

Fue éste el momento de la consolidación de las redes asistenciales, la aparición de los sistemas de información, los inicios de los estudios sobre la realidad e importancia del fenómeno, todo ello, imprescindible para un conocimiento real que ayudase a ubicar y gestionar los recursos que las Administraciones estaban creando en esos años.

El conocimiento sobre la dimensión sociológica del fenómeno de las drogodependencias resultaba bastante satisfactorio. Se consigue así que llegue a ser uno de los fenómenos sociales más estudiado y conocido, dado el volumen de encuestas y estudios publicados al respecto. En este sentido, Andalucía cuenta con una de las series de encuestas más largas en todo el país, iniciadas en 1987, y con siete estudios publicados que permiten tener una aproximación bastante exacta de los cambios operados.

Estas encuestas de opinión se basan en una metodología de indicadores que nos permiten acercarnos al conocimiento de la evolución del fenómeno, a los niveles de consumo, a las características de los consumidores, a las motivaciones prevalentes en el uso de las drogas y al posicionamiento de la población ante esta realidad. En definitiva, a todos aquellos aspectos que inciden en la población en general y que son fuente inagotable de información y de referencia para la realización de estudios.

Como decíamos, en Andalucía, constituyen hoy una larga serie (1987, 1989, 1992, 1994, 1996, 1998 y 2001), y en ellos se repiten el mismo tipo de indicadores, aunque se hayan introducido cuestiones nuevas para adaptarse a la realidad del momento, al mismo tiempo que se han suprimido otros. Ello ha servido para realizar un análisis comparativo de los consumos y de las tendencias que se ponen de manifiesto en la población andaluza en éstos trece años.

4. 4. INCIDENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS EN ANDALUCÍA

La fuente utilizada para los datos que se aportan en este apartado está recogida de los estudios realizados sobre el consumo de drogas y actitudes de la población andaluza, que se han venido publicando bianualmente desde 1987, bajo el título "*Los andaluces ante las drogas*", junto a otros estudios realizados de carácter nacional y dentro del territorio andaluz. Todos ellos, nos han ayudado a mejorar el conocimiento de la realidad del problema en Andalucía.

Con casi una década y media de existencia, los indicadores utilizados de estas investigaciones nos acercan a la realidad de este fenómeno en nuestra Comunidad Autónoma aportándonos datos referidos, entre otros a los consumos, motivaciones y consecuencia de los mismos, características demográficas de los consumidores y actitudes ante la posible legalización de las drogas, y de los que extraeremos conclusiones como objetivo final de este informe y que vengán corroborar las recomendaciones finales del mismo.

En cuanto a los datos manejados en relación a las sustancias de mayor incidencia, podemos observar lo siguiente:

4. 4. 1. EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES

Según todos los datos utilizados, el consumo de drogas legales presenta una mayor problemática social y sanitaria, sin que

ello sea reconocido por una parte importante de los ciudadanos que siguen referenciando el problema de las drogas a las denominadas drogas ilegales. Como consecuencia de ello, se viene entendiendo el consumo de drogas legales como un problema de gran trascendencia que obliga a poner en marcha intervenciones tempranas para poder incidir en un cambio en el consumo de las poblaciones más jóvenes.

La importancia de los datos de consumo de las denominadas drogas legales, avala la necesidad de tratar el tema de estas drogas de forma diferenciada del resto de las sustancias. Aunque viene observándose un dato esperanzador en lo referido al mayor reconocimiento de estas sustancias como drogas, ya que tradicionalmente no tenían esta consideración (alcohol, tabaco y psicofármacos). Se pasa, de un reconocimiento del 4,8% de los ciudadanos en 1994 al 19,2% en 2001, que así lo consideran. Ello supone una toma de conciencia al respecto que viene reflejada por una tendencia de disminución de estos consumos en la población adulta.

4. 4. 1. 1. El consumo de tabaco

Según las informaciones existentes al respecto, podemos considerar ésta como la sustancia de mayor consumo en nuestro país, aunque cabe afirmar que se viene observando una clara tendencia al descenso en algunos sectores con importantes repuntes que aparecen en los últimos estudios publicados.

Un 49,7% de la población andaluza de doce años en adelante no fuma actualmente, ni tampoco lo hacían antes, ello unido al 11,3% de ex fumadores que detecta el último estudio realizado por EDIS, nos lleva a un 61% de la población que no fuma en estos momentos. Por el contrario, un 38,8% sí lo hacen, de ellos un 5,4% de forma ocasional y un 33,2% diariamente.

Con los últimos datos podemos observar una tendencia al incremento del consumo de tabaco. En el último estudio publicado en 2001, se ha producido un aumento en la prevalencia de fumadores de 2,2 puntos con respecto al realizado en 1998, centrándose ésta entre los 16 a los 24 años. Con relación al género resulta significativo en el caso de las mujeres que se situaba en 1998 en un 23,6% a un 28,8% en el 2000. La edad de inicio del tabaco se mantiene estable, situándose en los 16,15 años, algo inferior a los 16,7 existente en el resto del Estado. El conjunto de población que en Andalucía hacen uso del mismo viene a ser de 2.320.400 personas.

Es entre los alumnos de la Enseñanza Secundaria donde se consolida el consumo de las sustancias legales y, de forma especial, el inicio del consumo del tabaco. En un estudio realizado por Comas (1990) con una muestra de 3.196 estudiantes, entre 14 y 19 años, se demostró que un 85,9% de los escolares de 19 años había probado el tabaco, aunque sólo llegaron a considerarse fumadores un 30,5%, siendo el 21,8% fumadores diarios y el 8,7% esporádicos.

El estudio realizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas "Encuesta sobre drogas a la población escolar 2000", con una muestra de alumnos de 14 a 18 años, escolarizados en centros de Secundaria y Bachillerato, indica que en los últimos 30 días han fumado el 30,5%, 2,4 puntos superior al estudio de 1995 (28,1%). Un 89% lo habían probado, junto a un 62% en el caso del cannabis o el 44% en el éxtasis. Con relación al género, un 34% de los consumidores habituales son chicas, frente a un 24% de los chicos. Un dato interesante que aparece en este estudio y que puede darnos algunas pistas sobre las tendencias en el consumo de los adolescentes, es que el 41,4% de los que fuman actualmente han intentado ya dejarlo y, una vez que lo dejan, llega a molestarle que otros fumen en lugares cerrados.

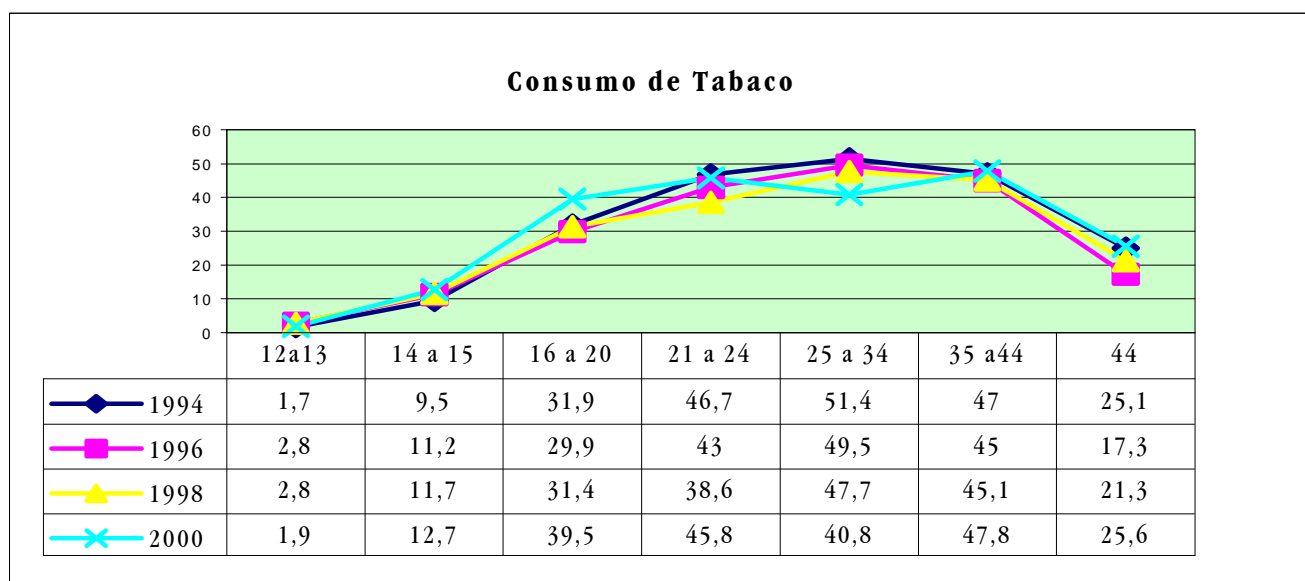


Gráfico núm. 1: Consumo de tabaco en Andalucía por tramos de edades. Fuente: Los Andaluces ante las drogas IV, V, VI y VII.

Con relación al gasto de tabaco en España este se sitúa en torno a los 7.545 millones de euros al cabo del año, y el número de cajillas se sitúa alrededor de 4.345 millones (Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

Por el contrario, se observa en los estudios realizados en Andalucía que la posible tendencia descendente contrasta con la precocidad en el inicio, debido a la amplia difusión que tiene esta sustancia en la sociedad y a las campañas de publicidad. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 16,15 años, lo que nos hace pensar en que es necesario iniciar las actuaciones preventivas desde los niveles de la Enseñanza Primaria, como vienen realizando países de nuestro entorno. Ello no debe suponer que no se siga persistiendo con programas específicos en los niveles superiores de enseñanza para desmotivar en su consumo.

Se destaca, como hecho significativo, la disminución del consumo de tabaco en los varones y el aumento del consumo ocasional y a diario de mujeres. Así podemos observar como siendo el porcentaje de fumadores diarios del 33,2%, un 38% son varones y un 28,8% son mujeres. En el caso del consumo ocasional se observa que el 5,8% son varones frente a un 5,3% de mujeres.

4. 4. 1. 2. El consumo de alcohol

El alcohol es una de las sustancias institucionalizadas más integradas socialmente en Andalucía, situándose su consumo

por encima del resto del Estado. Presenta en los últimos años una tendencia descendente, aunque en el último estudio se presenta un repunte que nos lleva a una prevalencia de 7,8%, idéntica a la existente en 1996. Ello pone de manifiesto la ineficacia de los programas y recursos utilizados en estos años por las Administraciones, ya que en este tema no se ha llegado a modificar la tendencia de su consumo.

El porcentaje de bebedores altos, excesivos y gran riesgo (consumo superior a 75 mililitros de alcohol por día) se sitúa en el 7,8% de la población andaluza, según el estudio de EDIS de 2000. Ello supone un incremento de 1,3 puntos con respecto a 1998. En la actualidad, podríamos estar hablando de una población de 466.400 personas en nuestra Comunidad Autónoma que estarían haciendo un uso abusivo del alcohol, de las que 239.000 se encontrarían en un riesgo alcohólico alto.

A este respecto, y aunque no son directamente comparables, hay que señalar que la cifra de bebedores abusivos en el estudio de 1992 representaba un 10,1% y un 14,7% en el de 1989.

Estos datos se ven complementados con los que hacen referencia a la población abstinentes, que es de un 61,5% de la población. En el estudio realizado en 1994 este dato correspondía a un 54,3% de esta misma población.

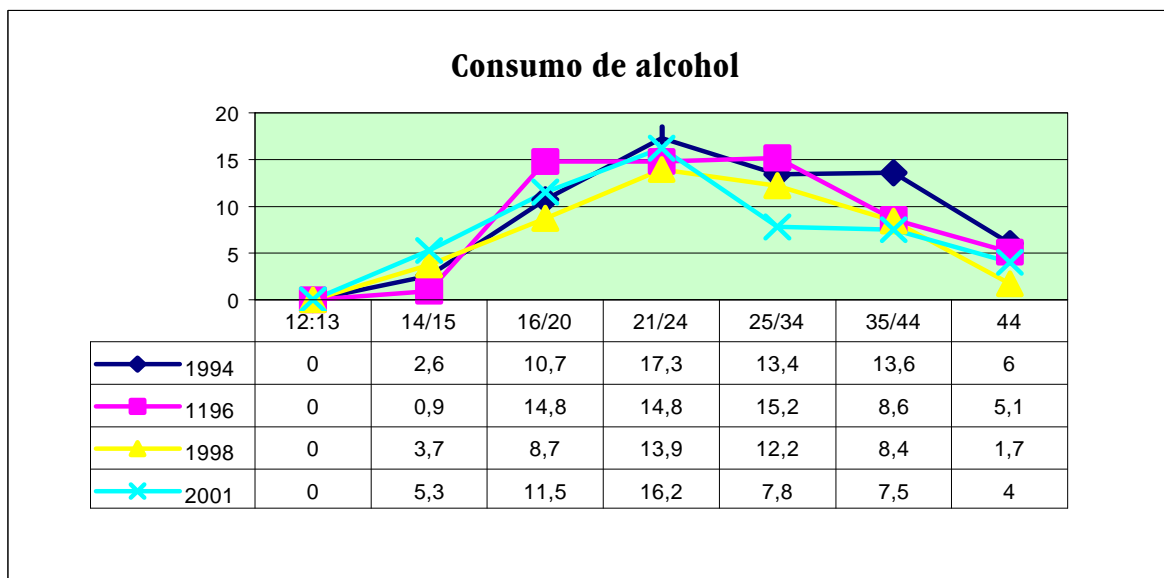


Gráfico núm. 2: Consumo de alcohol en Andalucía por tramos de edades. Fuente: Los Andaluces ante las drogas IV, V, VI y VII.

Con respecto a la población escolar (14 a 18 años) su consumo se concentra en fines de semana y festivos. El 42,9% de los escolares que consumió alcohol en el último mes lo hizo en fines de semana, y un 14,7% bebió en días laborables. La percepción de los adolescentes con relación al consumo es baja, ya

que sólo un 7,4% manifiesta que bebe mucho, cuando un 39,7% se ha emborrachado alguna vez.

En cuanto a los productos más consumidos, parece que la cerveza es la preferida por los consumidores del alcohol (72,5%), seguida del vino (65%) y los licores (más del 28%) (Gil, Pérez

et al., 1992). El alcohol es, sin lugar a dudas, la sustancia de mayor uso en la sociedad española, como se pone de manifiesto en el hecho de que el 87,1 de la población entre 15 y 65 años ha tenido un episodio importante –borrachera– con él.

A pesar de todo, la edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en los 16,75 años, 15,94 entre los hombres y 17,94 entre las mujeres. En la población comprendida entre los 14 a 18 años se sitúa en los 13,6 años; y un 47,9% tomaron alcohol por primera vez entre los 13 y los 16 años. Se apuntan grandes cambios en los patrones de consumo de esta sustancia, adoptando formas de consumo más compulsivas, y por tanto, más patológicas (Amengual, Calafat y Palmer, 1993; Comas, 1994).

Con relación a estas dos sustancias legales cabe concluir que la tendencia general que se observa es a la baja. Tendencia que se pone de manifiesto en el consumo de alcohol de sujetos escolarizados (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994, PND, 2001), aunque la población que hace uso abusivo de la misma continúa siendo un sector importante al que habría que seguir considerando en el objetivo preferente, aunque no exclusivo, de los programas de prevención.

4. 4. 2. EL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Los problemas ya descritos de drogas ilegales en nuestro país llegan a constituir un modelo dominante en los períodos de la adolescencia que, en muchos casos, perduran en la madurez. No debemos olvidar que si la heroína, sustancia claramen-

te considerada como droga por la mayoría de los ciudadanos, fue la causa de las respuestas institucionales dadas al problema a mediados de los años 80, existen en estos momentos otras sustancias con un consumo importante en segmentos de población joven como son el cannabis, las drogas de síntesis, alucinógenos, anfetaminas y derivados, que requieren en estos momentos una mayor atención desde las Administraciones Públicas.

En la Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2000 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2001), realizada sobre una base muestral de 20.450 estudiantes de 14 a 18 años, en 596 centros públicos y privados, se indicaba que el 19,5% de los sujetos han consumido cannabis en los últimos treinta días. Aparece como motivo principal para su consumo la curiosidad (89,4%), seguido de un 35,5% para sentir nuevas sensaciones. Ello pone de manifiesto la importancia que en estos momentos tiene esta sustancia.

Como una aportación más para entender la magnitud del problema de las drogas ilegales, pasamos a presentar un cuadro comparativo de datos de consumo de éstas en nuestro país con relación al conjunto de datos obtenidos en los estudios realizados en Andalucía. Destacar que en estos momentos no existe consenso sobre las encuestas epidemiológicas que se han realizado en España. Se vienen utilizando parámetros distintos para estudiar las frecuencias en el consumo, la edad de inicio de las mismas, franjas de edad utilizadas, la metodología de captura o recaptura de los encuestados, etc.

DATOS COMPARATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Droga	Alguna vez		Últimos 12 meses	Últimos 6 meses	Último mes	
	Nacional	Andalucía	Nacional	Andalucía	Nacional	Andalucía
Inhalables	0,7	1,2	0,15	0,4	0,02	0,2
Cannabis	11,3	16,7	5,8	7,5	2,7	5,8
Base y basuco, crack	0,3	0,4	0,1	0,3	0,02	0,2
Cocaína	2,9	5,1	1,5	2,2	0,4	1,5
Éxtasis, Drg. Síntesis	1,6	2,5	1,0	1,5	0,3	0,7
Anfetaminas, speed	2,0	1,9	0,9	0,6	0,3	0,4
Alucinógenos	1,8	2,1	0,7	0,4	0,2	0,3
Heroína	0,8	1,0	0,5	0,6	0,3	0,4
Tranquilizantes		9,5		5,3		4,5
Hipnóticos		3,8		2,8		2,6
Otros opiáceos	0,2	0,6	0,1	0,5	0,03	0,3

Cuadro núm. 46: Datos comparativos de consumo de drogas ilegales entre la Encuesta Nacional sobre Drogas (Plan Nacional de Drogas, 1997) y los Andaluces ante las Drogas VII (2001).

Junto a las cuestiones ya señaladas, y que vienen a poner de manifiesto el desajuste existente en los estudios, debemos resaltar la dificultad añadida que supone la agrupación de sustancias en la Encuesta Nacional, bajo el epígrafe de otros opiáceos cuando en Andalucía se ha optado por desagregar éstos en analgésicos comunes, hipnóticos y tranquilizantes, debido a la importancia que tienen sus consumos en la población. Otro tema importante es el referido a las frecuencias de los consumos, aspecto en el que no se opta por unos mismos periodos (12 meses –Encuesta Nacional– y 6 meses –Encuesta en Andalucía–). Aún así, los datos resultan muy significativos a la hora de sacar conclusiones.

En cualquier caso, podemos decir que el consumo de drogas en Andalucía es muy superior, con respecto al Estado, en casi todas las sustancias. Esto ocurre en aquéllas que tienen una mayor incidencia entre los jóvenes (cannabis, drogas de síntesis, cocaína, etc.). En relación a los tranquilizantes y analgésicos, donde no existen datos comparables en la Encuesta Nacional, se observa un consumo muy alto en personas de mayor edad. En el caso del cannabis, sustancia de las más consumida por los jóvenes, las razones la podemos encontrar en la mayor aproximación al Norte de África, y ser una sustancia que sigue en expansión en estos momentos en Andalucía.

En el caso de las drogas de síntesis y de la cocaína, su uso se expande por casi todo el litoral al contar con una fuerte presencia en zonas de turismo y espacios de diversión y en los núcleos urbanos de población juvenil. En cualquier caso, no debemos olvidar que la presencia de estas drogas no es igual en todas las zonas del país, siendo menor en las Comunidades Autónomas del interior (Castilla la Mancha, Extremadura, Castilla León,...) con relación a la periferia a los grandes núcleos urbanos. No obstante, su presencia va a más y en cantidades muy superiores que las que se ponen de manifiesto en las encuestas realizadas hasta ahora.

4. 4. 2. 1. El consumo de cannabis

En el último estudio (EDIS, 2001), el consumo de cannabis o sus derivados afectó a un 7,5% de la población andaluza por encima de doce años, asumiendo que en algún momento este consumo se realizara en una o en pocas ocasiones. En términos comparativos, y después de comprobar la disminución del consumo en estos últimos años, observamos un incremento que se sitúa en un 0,6% con respecto a 1986 y a 1988 (10,8% y 6,9%); si bien en 1992 era de un 4,8% el número de consumidores, inferior al del 1994 que estaba en un 5,6%. Con relación a estos datos podemos decir que el consumo de cannabis sigue una tendencia ligeramente ascendente, sin llegar a situarse en los niveles que presentaba en el periodo correspondiente a 1987-1989.

Se dan los datos necesarios para afirmar que la edad media de inicio en el consumo de esta sustancia se sitúa en torno a los 18,06 años, algo después del inicio del consumo del alcohol y tabaco.

Por ello, y haciendo referencia a las últimas encuestas de consumo, el mayor porcentaje de consumidores está en los hombres (10,9%), más que en las mujeres (4,3%). El número de personas que han hecho uso de esta sustancia se sitúa en torno a 137.000 andaluces, con frecuencia de consumo de 2 a 6 veces por semana o diariamente, y 347.000 lo habrían consumido en el último mes.

Por otro lado, el mayor consumo se produce entre los 16 y 24 años, llegando a cifras espectaculares que lo sitúan en el 21,3% entre los 16 y los 20 años, y en un 18,1% entre los 21 a los 24 años. Además, se trata de una droga que prolonga su consumo hasta los 35 años aproximadamente. A partir de esa edad empieza a descender, por ello consideramos que su incidencia requiere un tratamiento diferencial con respecto a otras drogas ilegales dada su fuerte incidencia social.

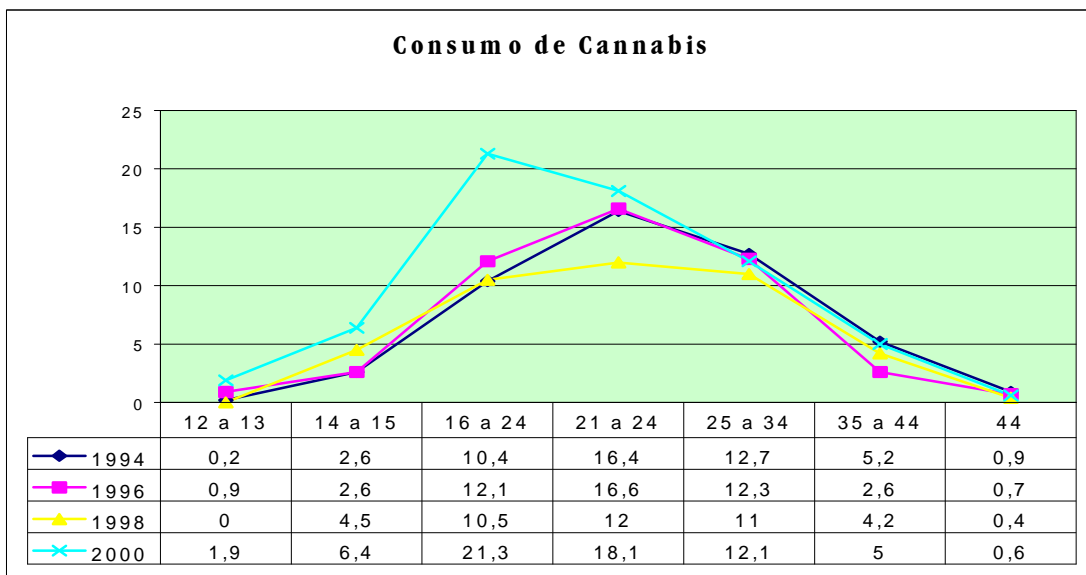


Gráfico núm. 3: Consumo de cannabis en Andalucía por tramos de edades. Fuente: Los Andaluces ante las Drogas IV, V, VI y VII.

Con relación a los escolares el uso del cannabis, como ya hemos comentado, se encuentra muy extendido ya que uno de cada cinco los consume habitualmente. Siendo las motivaciones para justificar su consumo mayoritariamente de carácter

lúdico o relacionadas con la curiosidad, si bien un 18% lo consume para sentirse bien y olvidarse de los problemas. La edad de inicio se estabiliza en los últimos estudios realizado en los 14,8, siendo prácticamente igual en los chicos que en las chicas.

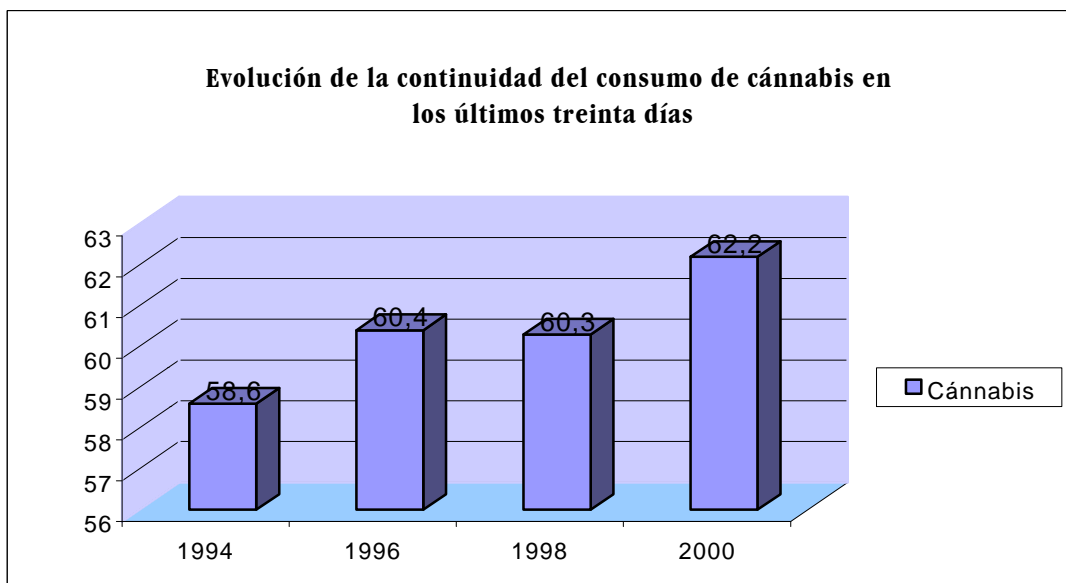


Gráfico núm. 4: Evolución de la continuidad de los consumos de drogas entre los escolares "Consumo en los últimos treinta días" 1994-2000. Fuente: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar, 2000. Observatorio Español sobre Drogas.

El consumo de sustancias provoca en los jóvenes una escasa percepción de riesgo, lo que favorece su expansión. Los datos que nos siguen aportando el consumo de esta sustancia deben producir en la sociedad un debate sin ningún tipo de perjuicio

sobre su incidencia y consecuencias. No parece que el tratamiento legal que se le aplica al consumo de cannabis en estos momentos esté produciendo ningún tipo de efecto con relación a su consumo en los jóvenes.

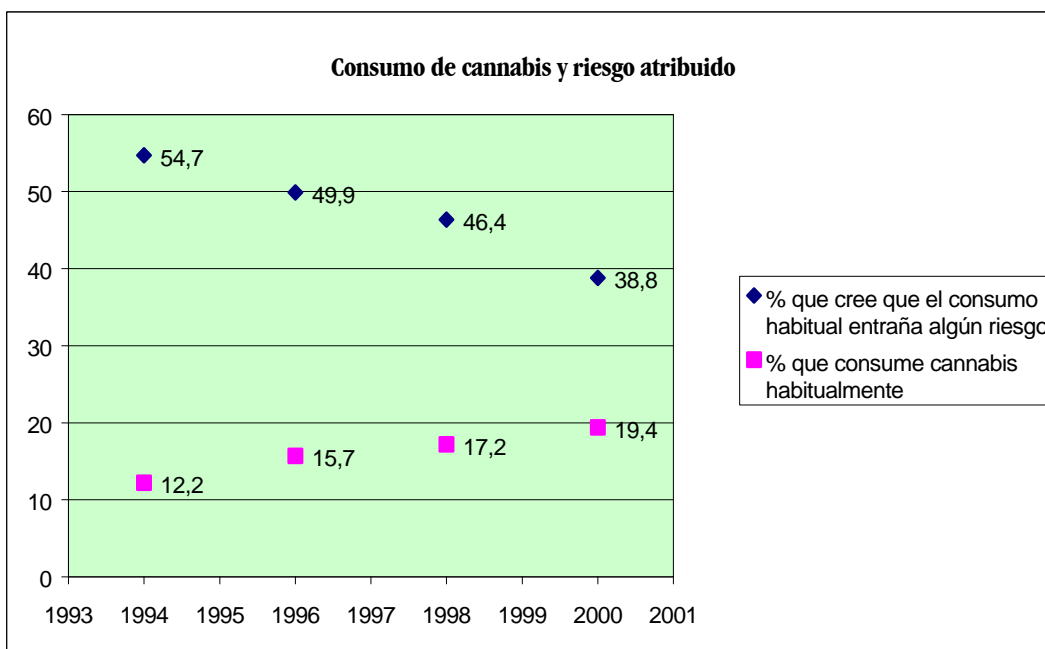


Gráfico núm. 5: Consumo de cannabis entre jóvenes de 14 a 18 años y riesgo atribuido. Fuente: Encuesta Escolar del Plan Nacional sobre Drogas.

4. 4. 2. 2. *El consumo de cocaína*

De los estudios realizados en años pasados se desprendía que el consumo de cocaína presentaba una tendencia al alza, llegándose a afirmar que se trata de una droga en expansión cuyo uso va penetrando en amplios estratos sociales. Sin embargo, en 1996 se observaba una disminución de 1,1% con respecto al inmediatamente anterior. Esta tendencia se modifica a partir del último estudio, en que se sitúa en un 2,2%. No obstante, la perspectiva que existe con relación a su consumo y los datos que aparecen en los estudios más recientes, es que es muy superior, al existir en este caso una tendencia clara a ocultar su consumo como una forma de cuidar la imagen pública de un importante sector de consumidores.

Un dato referido a la importancia y extensión de la cocaína nos lo proporciona el informe del Observatorio Español de Drogas, que fija el número de muertes por esta sustancia en un 26% de las producidas, en 1996, por estupefacientes, llegando a ser de un 60% en 1999. Junto a estos datos podemos ver como del número de drogodependiente que inician trata-

miento por consumo de drogas en los recursos asistenciales, de las que un 17,5% corresponden a consumidores de cocaína.

A esta sustancia se le pronosticaba a comienzos de los años noventa una importante y progresiva presencia en la sociedad, como ya comentábamos. Ello se ha producido a finales de los años noventa y comienzos del presente siglo. Llega de esta forma a tener una importante incidencia en estos momentos, aunque los datos que se siguen barajando sobre su consumo están muy por debajo de la percepción real que sobre ella existe en el conjunto de la sociedad, sobre todo en determinados espacios de ocio y de diversión.

El retraso en aparecer los consumidores de estas drogas en los centros de tratamiento, se debe al estatus social de muchos de ellos, que acuden en primera instancia a los centros o consultas privadas para así mantener mejor el anonimato. En cualquier caso, ha sido una sustancia que se consume mezclada con la heroína por un sector importante de los que utilizan la vía fumada o esnifada, llegando a tener en estos momentos una fuerte presencia en las calles.

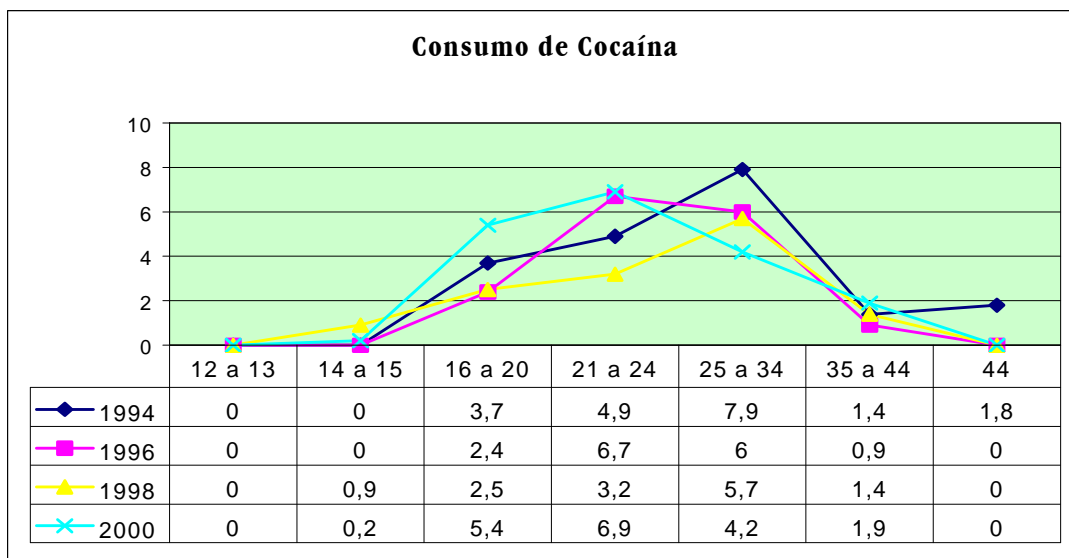


Gráfico núm. 6: Consumo de cocaína en Andalucía por tramos de edades. Fuente: Los Andaluces ante las drogas IV, V, VI y VII.

Con respecto al uso por género, porcentualmente y al igual que en estudios anteriores, sigue siendo mayor el número de hombres (3,2%) que de mujeres (1,5%), aunque la tendencia sea a igualarse. Si nos referimos a los grupos de edades podemos observar que éste se concentra en torno a los 21-24 años y 25-34, en los que se puede encontrar la existencia de un consumo de un 6,9%, en los últimos seis meses. Al mismo tiempo, presenta una incidencia importante en amplias capas sociales (14,9% en profesionales y un 11,9% en personas con estudios superiores). En cifras globales, estarían haciendo uso de la cocaína en el último mes unas 90.000 personas en Andalucía.

Desde el Plan Nacional sobre Drogas, se afirma en la última Encuesta Nacional, que un 3,1% de los españoles de 15 a 65

años, han consumido cocaína alguna vez; el 1,5% en los últimos doce meses y el 0,7% en los últimos treinta días. Desde el Instituto Nacional de Toxicomanía se recoge la cifra de 350.000 cocainómanos, frente a los 200.000 heroinómanos existentes en los años de mayor presencia de esta sustancia.

La mejor imagen social de ésta, junto a su retraso para conseguir su adicción así como su efecto a más largo plazo en relación al daño producido, están facilitando su expansión. Hoy podemos decir que se conocen bien sus efectos en cuanto a su afectación a las neuronas, lo que debe llevar a la adaptación de la red asistencial a este nuevo perfil de consumidores, tanto en los aspectos formales (horarios, habilitación de consultas a la disponibilidad de consumidores muy normalizados,...) como a los de fondo (abordaje de los tratamientos, pautas a seguir,...).

4. 4. 2. 3. El consumo de heroína

Fue durante años la droga por excelencia y la preferida por los consumidores; aunque actualmente haya descendido su consumo manteniéndose un sector importante de población adicta a la misma.

De la población objeto de la encuesta, un 0,6% manifestó haber usado la heroína en los últimos seis meses. Este porcentaje es bastante inferior al existente en 1994, que se situó en el 1,6% de la población mayor de 12 años. Por primera vez, desde 1987, se observó una disminución importante con respecto al consumo de esa sustancia. Probablemente está siendo sustituida por otras, o bien se está desplazando por el consumo mezclado de cocaína.

En términos comparativos y en relación con otras sustancias, el número de consumidores de heroína pudiera parecer poco significativo, entre 24.000 a 28.000 personas, aunque la estigmatización social de esta población hace que se deba tener muy en cuenta en todas las actuaciones que se llevan a cabo en drogodependencias. Con los datos reflejados en la encuesta y

los del Sistema Andaluz de Información en Toxicomanías, podemos afirmar que en estos momentos la población consumidora de heroína habría pasado en su totalidad por los recursos asistenciales, cuestión ésta difícil de comprobar.

Quizás, estos datos se puedan justificar ante la dificultad de conocer los datos reales de estos consumidores, al ubicarse en ámbitos muy marginales y de difícil acceso a las encuestas familiares. En este sentido, utilizamos como referentes muchos de las demandas que llegan a esta Institución donde observamos que aún existen consumidores que no han pasado nunca por un recurso asistencial.

El grupo más problemático de consumidores de heroína, como podemos ver en el gráfico núm. 7, está comprendido entre los 25 y 34 años, aunque su comienzo puede situarse en torno a los 16 años. Complementando esta información con la que se obtiene del Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias, puede observarse como progresivamente va envejeciendo la población consumidora. Este dato se confirma cuando se tiene en cuenta la edad media de inicio al consumo, que en el estudio de 1999 se sitúa en los 21,3 años.

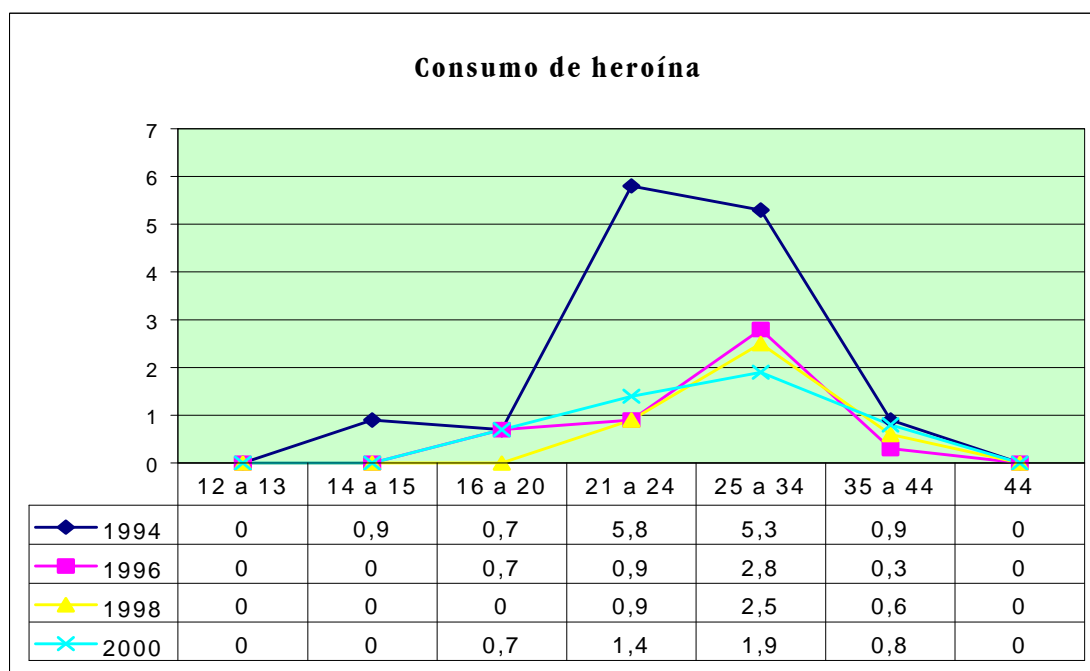


Gráfico núm. 7: Consumo de heroína en Andalucía por tramos de edades. Fuente: Los Andaluces ante las drogas IV, V, VI y VII.

4. 4. 2. 4. El consumo de drogas de síntesis

A finales de los años sesenta aparece en nuestra sociedad una preparación conocida como STP, sustancia sintética de la que posteriormente se sintetizaron nuevos compuestos como el MDMA, MDA y TMA, análogos de la feniletilamina, y que llegó posteriormente a difundirse entre los jóvenes, bajo la denominación de éxtasis, píldora del amor, Adán, Eva,... En cualquier

caso el grado de peligrosidad de éstas ha sido muy distinto, así como su difusión.

En 1993 se afirmaba que en España el 4,5% de la población de 16 a 40 años la habían probado alguna vez, y un 0,6% eran consumidores habituales. Es éste el periodo de expansión de estas sustancias en nuestro país. Con relación a su expansión en los últimos años, tiene que ver con el crecimiento del consumo y de fabricación y con el abaratamiento de éstas.

En Andalucía, la irrupción de las llamadas drogas de diseño a comienzos de los noventa hizo que en el estudio realizado en 1994 se incorporaran por primera vez estas sustancias. Por ello, sólo se pueden ofrecer datos referidos a su evolución en los últimos seis años. En ellos observamos que el uso que se viene realizando de estas sustancias en los últimos seis meses en la población andaluza es de 1,5%; es decir, 0,2 puntos porcentuales más que en el estudio previo.

Por grupos de edad, es entre los 21 y 24 años cuando se produce el mayor uso de éstas. Este dato que en 1996 representaba el 4,9% de la población comprendida entre estas edades, en el último estudio se sitúa en un 4,6%. Sin embargo, es significativo el hecho de que se hayan aumentado los consumos en los grupos de edad inmediatamente anterior y posterior (16-20 y 25-34), lo que se traduce en una mayor presencia de la sustancia en el conjunto de la sociedad, y lo que viene a desmitificar la imagen de consumo exclusivo de población muy joven.

Si comparamos los datos obtenidos por los estudios realizados en Andalucía, con respecto a estas sustancias, y la Encuesta Nacional sobre Drogas, vemos que un 2,4% de los españoles ha entrado alguna vez en el complejo mundo de las drogas de síntesis. Entre los más jóvenes, estos porcentajes se vuelven sensiblemente superiores, situándose en una prevalencia del 4,7% entre los 15 a 29 años. Su uso se realiza en discotecas o bares, durante los fines de semana o días festivos para divertirse o experimentar nuevas sensaciones. También existe un fuerte consumo en los meses de verano en las denominadas fiestas “raves” y los locales denominados “after hours”. Muchas de estas fiestas son patrocinadas por determinadas marcas de bebidas alcohólicas.

Otro dato importante que refleja esta última encuesta nacional, es que el motivo por el que se consume éxtasis es para divertirse (45,7%), experimentar nuevas sensaciones (40,6%) o bailar (27,8%).

Con respecto a las consecuencias que estos consumos tienen en los adolescentes, podemos afirmar que tiene que ver fundamentalmente con conflictos sociales y absentismo escolar, siendo los problemas de salud los menos frecuentes. No obstante, las últimas muertes habidas por estas sustancias en todo el territorio nacional, nos permiten deducir que estamos ante unas sustancias con un consumo muy superior que el que nos manifiestan las encuestas que se vienen realizando. Se habla de sobredosis, de mezclas con alcohol y de otro tipo de sustancias; al final lo cierto es que los episodios más dramáticos en temas de drogas en estos últimos años están relacionados con el consumo de estas sustancias.

En relación al perfil de los consumidores, en los primeros años del consumo de éxtasis se pensó pronto que éste se había llegado a estabilizar, que no avanzaba; sin embargo, la tendencia es a crecer. En cuanto a la edad media de inicio en el consumo, se sitúa en torno a los veinte años, reduciéndose ésta en las mujeres. La mayor parte de los consumidores son hombres (7 de cada 10), con un nivel de estudios de FP y BUP, seguidos por los universitarios.

Por último, y con relación a los datos de aprehensión de drogas de síntesis en España, otro indicador que debemos unir a los de consumo, según el Plan Nacional sobre Drogas, cada año se decomisa un 15% más en el volumen de sustancias ilícitas recogidas.

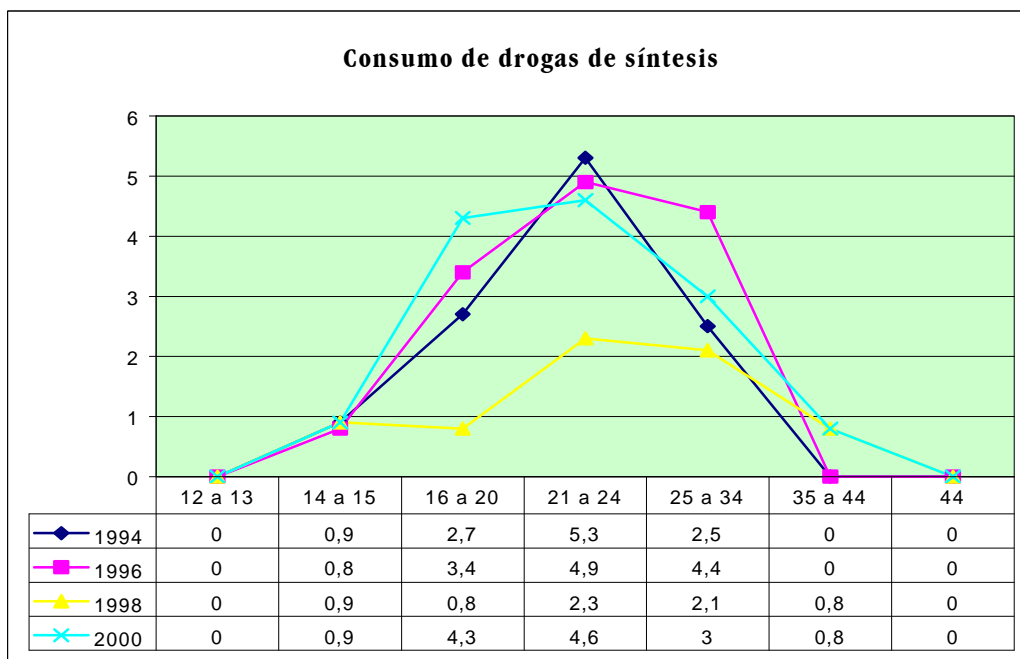


Gráfico núm. 8: Consumo de drogas de diseño en Andalucía. Fuente: Los Andaluces ante las Drogas IV y V.

4. 5. CONCLUSIONES

Los estudios epidemiológicos realizados en Andalucía, en el resto del Estado y a nivel internacional ponen de manifiesto la importancia que en estos momentos adquiere el consumo de drogas. Estos estudios son un instrumento de primer orden para el conocimiento de la incidencia y prevalencia de esta realidad, para obtener un mayor conocimiento de los factores determinantes, los índices de mortalidad y para la planificación de los servicios y programas. La tendencia generalizada refleja que en la adolescencia y juventud se producen los primeros consumos y que en muchos casos éstos continúan y llegan a convertir a un sector de la población en drogodependientes.

Actualmente, el problema de las drogas presenta una serie de características peculiares que lo están agravando. Éstas tendrían que ver básicamente con el aumento de la cantidad de consumidores, la edad de inicio, la aparición de nuevas drogas, formas distintas de consumo, disponibilidad y abaratamiento de las sustancias y una cultura favorecedora del consumo drogas, junto a cambios de valores que se asientan en nuestra sociedad. Ello debe llevar a las Administraciones Públicas a responder con prontitud a toda esta serie de problemáticas que el consumo ocasiona, con medios y recursos acordes a la dimensión que en estos momentos presenta.

A modo de conclusiones, según los datos aportados más relevantes, destacamos las siguientes:

a) El consumo de tabaco y alcohol genera una mayor problemática sanitaria y social que el consumo de drogas ilegales. Esos consumos tienen una mayor repercusión en las poblaciones más jóvenes, como aparece recogido en los datos referidos a estas sustancias, sobre todo a edades cada vez más tempranas.

Con relación al alcohol se calcula en 23,04 millones de euros anuales los gastos sanitarios que esta sustancia produce, para la UE. Los costes socioeconómicos del alcohol suponen entre un 2 y un 8% del PIB. El botellón, fenómeno social muy extendido entre los jóvenes, se convierte en una peligrosa combinación de diversión e ingesta de alcohol. Es una práctica muy arraigada en un 21% de los jóvenes, que supone para un porcentaje muy alto el consumo de otras sustancias.

En este sentido, las recientes medidas anunciadas por el Gobierno Central vienen a incidir de forma clara en el control de la oferta (prohibición de consumo de alcohol en la calle, prohibición de la venta de alcohol a menores de 18 años con endurecimiento de las sanciones a los establecimientos que no cumplan la norma, prohibición de venta de bebidas alcohólicas de más de 18º en facultades universitarias, centros de enseñanza superior y descanso de autovías y autopistas, gasolineras e instalaciones deportivas, limitaciones a la publicidad y pro-

moción de bebidas alcohólicas), y con relación a la demanda, se contempla como medida preventiva la creación de una nueva asignatura obligatoria, denominada Educación para la Salud, que se impartirá a los alumnos de 12 y 13 años.

En el aspecto indicado, debemos insistir en la importancia de la prevención, dado que el nivel de recursos económicos y humanos en esta área está muy por debajo de lo que sería deseable. Además, se parte del consenso de la comunidad científica y los movimientos sociales que ha venido a poner de manifiesto la importancia de los programas de prevención, así como la existencia de una evaluación de los programas que garantiza la eficacia de los mismos.

b) Entre los jóvenes se viene consolidando un patrón de consumo de alcohol y de drogas de diseño. En el caso de ésta última, no aparecen datos que señalen un incremento alarmante de las mismas, aunque podemos ver que en los ambientes juveniles cada vez están más presentes, así como en los episodios clínicos donde aparecen complicaciones relacionadas con su consumo. En cuanto al alcohol, su uso se realiza cada vez a edades más tempranas, acompañado de otras sustancias.

Este patrón tiene que ver con consumos realizados en fines de semana, consumo de cerveza y combinados destilados, asociados a episodios de embriaguez. Estos episodios vienen a coincidir con el primer consumo, por lo que podemos empezar a hablar de embriaguez ocasionada en los primeros contactos con la sustancia.

Se trata de un problema que empieza a preocupar en el ámbito de la salud y a nivel social. A partir de este momento, las respuestas que se demandan adquieren una perspectiva bien distinta a las realizadas hasta ahora, ya que los datos no nos permiten ser optimistas en relación a su consumo, siendo necesario realizar un mayor esfuerzo para cambiar la situación existente.

c) Tendencia actual a incrementar el consumo del tabaco. Se pone de manifiesto un inicio muy precoz de esta sustancia que llega a establecerse en nuestra Comunidad Autónoma en torno a los 16,15 años, aunque el 60% no sobrepase los 16 años.

Este dato se complementa con una edad de los primeros consumos que se sitúa en los 13 años. Los riesgos que ello puede ocasionar en el futuro deben ser paliados con la planificación de nuevas estrategias y programas que intervengan en distintos ámbitos de la sociedad (educativos, familiares, medios de comunicación social,...).

d) Se incrementa el consumo de todas las drogas en los últimos dos años. De forma alarmante el consumo de hipnóticos, tranquilizantes, cannabis, cocaína y drogas de síntesis, se sitúa por encima de los demás. Esta situación se agrava al comprobar que un 18,4% de los consumidores han presentado problemas relacionados con las sustancias.

Estos datos los podemos ver de forma comparativa con las dos últimas encuestas realizadas por la Consejería de Asuntos Sociales.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALGUNAS DROGAS EN LOS AÑOS 1998 Y 2000

Sustancias	1998	2000
Inhalables	0,3	0,4
Cannabis	5,3	7,5
Cocaína	1,9	2,2
Drogas de Síntesis	0,9	1,5
Hipnóticos	1,4	3,8
Tranquilizantes	4,8	5,3

Cuadro núm. 47: Prevalencia del consumo de algunas drogas en los años 1998 y 2000, en los últimos seis meses. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Por el contrario, se produce un incremento de personas que demandan tratamiento por cocaína, lo que podría significar que empiezan a aflorar los problemas generados por el consumo de esta sustancia que viene a producirse con unos años de retraso sobre lo que se pensaba de ella a comienzos de los noventa. En cualquier caso, lo que existe en relación a este consumo es un incremento del "crack" entre los consumidores de heroína.

e) Entre las drogas que presentan un mayor incremento en cuanto a su prevalencia, preocupa de forma especial el caso del cannabis y de las drogas de síntesis, ya que su consumo se realiza de forma precoz, lo que puede suponer un consumo irresponsable, bien por falta de información sobre sus efectos o por el uso asociado con otras sustancias.

En relación al consumo de cannabis se observa entre los más jóvenes un mayor riesgo en su acercamiento a la escalada en el consumo de otras drogas ilegales y a la aproximación de éstos a los canales ilegales de distribución. También se detecta un movimiento expansivo de otras drogas relacionadas con el cannabis, en especial en los sectores de jóvenes que son consumidores de tabaco y alcohol. Con relación a los datos que sustentan esta hipótesis, podemos ver como un sector muy importante de jóvenes, entre éstos los que han experimentado con el tabaco, son un 95% consumidores de alcohol y en un 58% de cannabis (Encuesta Escolar, 2000). Siendo muy parecido el consumo de chicos que el de chicas.

f) En cuanto al consumo de las llamadas drogas de síntesis, irrumpió de forma preocupante hace unos años, aunque se observe una tendencia a la estabilización a partir de determi-

nadas edades (de los 25 a los 35 años), así como su desaparición a partir de esta última. No obstante, al encontrarse en una fase expansiva podríamos pensar que en un futuro llegaría a prolongarse en otras franjas de edades, por encima de la actual, al continuar participando en los escenarios de diversión donde se realiza su consumo.

g) El consumo actual del éxtasis presenta características inquietantes. Su desconocimiento, así como por el incremento de reacciones adversas por su extensión del incremento de su consumo y la posibilidad de que los consumidores realicen esté asociado con otras drogas, puede ser una de las causas de los hechos que vienen acaeciendo. De seguir las tendencias de otros países de nuestro entorno podemos pensar que el incremento de éstas va a más, y podemos llegar a cifras como las que se barajan en estos momentos en Gran Bretaña, que llega a situarse entre quinientos mil y un millón de jóvenes que consumen MDMA en fines de semana.

En estos momentos, y según la Encuesta Escolar realizada en el año 2000, entre jóvenes de 14 a 18 años, el 2,5% de los escolares dicen haber consumido éxtasis en el último mes, duplicando los chicos a la población de chicas que lo consumen.

b) El mayor conocimiento de las sustancias entre la población pone de manifiesto la mayor presencia social de éstas y la normalización en el consumo y su integración social y cultural. Tanto su expansión como el conocimiento de éstas lleva a un sector de la población a vivirlas con una actitud fatalista, que se debe romper para evitar caer en actitudes derrotistas ante ellas.

i) Por último, decir que como han aportado las investigaciones epidemiológicas realizadas sobre el consumo de drogas, entre sus objetivos se encuentra principalmente: la medición y descripción del fenómeno, describir la población afectada, determinar los factores de riesgo y los favorecedores y estudiar la evolución de los consumidores. Por ello, deben ser un instrumento de primer orden tanto para determinadas actuaciones preventivas como para las terapéuticas.

No obstante, y según se recoge en el II Plan de Drogas y otras Adicciones, se crea el Observatorio Andaluz sobre Drogas que se encargaría de realizar los estudios e investigaciones que marcarían las pautas a seguir en las políticas de drogas y de otras adicciones en los próximos años.

Sin embargo, y a tenor de lo recogido en el Decreto 294/2002, de 3 de diciembre, por el que se crea y regula el Observatorio Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones, se vuelve a crear un órgano más de participación institucional que un órgano técnico de estudio y de conocimiento de la realidad. No obstante, habría que esperar su puesta en funcionamiento así como los medios de que se le dote.

5. LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

5. 1. INTRODUCCIÓN

Desde la propia Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas se define la prevención como *“todas aquellas medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas a su consumo”*. Esta definición, ya clásica dentro del campo de las drogodependencias, está sujeta a un concepto tradicional de oferta y demanda. Las competencias de esta materia en el ámbito de la Comunidad Autónoma quedan sujetas a la demanda, y no así a la oferta que es competencia de la Administración del Estado. Ambos aspectos, el de oferta y demanda, con relación a sus posibles propuestas, nada tienen que ver aunque en algunos momentos sean complementarias.

Sin embargo, se han quedado fuera de esta definición las estrategias de reducción del daño puestas en marcha en estos años o aquellas otras políticas de reducción de la demanda que incorporan la opción libre, tanto por el no consumo, como por un consumo controlado y responsable. No obstante, se deben apoyar de forma prioritaria aquellas estrategias que vienen a potenciar estilos de vida incompatibles con el consumo y que opten por un modelo de vida saludable.

Con relación a las distintas opciones o modelos de intervención preventivo, se debe huir de dilemas éticos y conceptuales que están implicados en la prevención de drogas y que pueden llevar a un desmesurado control social sobre las drogas y sus consecuencias, dejando de lado opciones que supongan un modelo educativo de prevención.

En este sentido, el concepto manejado desde los criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias, del Plan Nacional sobre Drogas (PND), define la reducción de la demanda como *“aquella situación en que, independientemente de la intensidad con la que el mercado presentara las diversas sustancias susceptibles de abuso, los ciudadanos tuvieran ocasión de responder de manera positiva (opción libre del no consumo) a la interpe-lación que las drogas presentan, alumbrando estilos de vida en los que el uso de éstas, o al menos el recurso sistemático a las mismas, no tuviera cabida”*. Posteriormente, y desde los Criterios de Acreditación en Prevención del Plan Nacional sobre Drogas, se define la prevención como *“aquel entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas”*. El National Center for the

Advancement of Prevention define la prevención como *“los intentos de reducir los problemas derivados del abuso de drogas antes de que comiencen a través de una diversidad de estrategias”* (CSAP, 1997)

Esta última definición de prevención tiende así a ser más flexible a la realidad de los consumos de drogas en estos momentos y se convierte en un nuevo marco en el que se manejan las distintas alternativas a las drogas en nuestra sociedad. En las dos últimas definiciones se ha puesto de manifiesto el sentido de *“realizar acciones que eviten la aparición de problemas relacionados con el uso de drogas”*.

Pero también el término prevención quiere decir *“educar en sentido amplio”*. Educar en perfecta comunicación con los demás, en la convivencia y en los valores que definen al ser humano, para así responder a las exigencias sociales, y evitar la frustración. Al mismo tiempo, se pretende diferenciar las necesidades reales de aquellas que podemos considerar superfluas, y que vienen a generar en los jóvenes y en los adolescentes cierto sentido de frustración e incapacidad de mejora ante un mundo complejo que induce a necesidades artificiales. Esta idea viene a constituirse en un elemento significativo en nuestra sociedad.

En definitiva, lo que la prevención pretende hacer es reactivar los espacios de comunicación que permitan a los individuos convertirse en auténticos protagonistas de su futuro y de su historia, de forma libre, consciente y responsable.

Se ha venido definiendo la prevención como un proceso activo, global y continuado. Aspectos todos ellos descrito en la teoría de la prevención. Cuestión aparte sería entender en qué medida estos principios llegan a estar presentes, se cumplen o vienen a incidir en la propia realidad de los programas.

Con relación a las denominadas políticas de prevención de drogas, éstas deben basarse en estrategias más globales dirigidas a la promoción de la salud y al bienestar de los ciudadanos. En este sentido, debemos orientar el objetivo de la prevención a los términos que recogía la Comisión Mixta Congreso y Senado en 1995, *“debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las. ONG.; de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación”*.

Por ello, es necesario que las Administraciones Públicas competentes promuevan los impulsos y ordenamientos necesarios que modifiquen la situación actual, caracterizado por un cierto desconcierto en materia competencial. Además, es necesario un crecimiento armónico de las políticas de prevención de drogas, a través de programas rigurosos, sistematizados, con

amplia participación social y evaluables. El ámbito de los programas debe quedar perfectamente definido, siendo éste el objetivo que las Administraciones deben asumir lejos de intereses políticos que a veces esta materia comporta.

Se debe superar con ello la etapa de las intervenciones puntuales, y en su mayor parte individuales que pretendían más soluciones inmediatas al problema de las adicciones, descontextualizadas de la realidad del fenómeno.

Por ello, se debe pretender que los programas tengan indicadores claros de evaluación, estén ajustados a una realidad, definan claramente sus objetivos, lleven definidas unas estrategias y una metodología de intervención, que garantice la eficacia de éstos y dé respuesta a las demandas de los ciudadanos. Por ello, junto a las estrategias de información y sensibilización al conjunto de los ciudadanos, se pretenden promover cambios en las conductas de los jóvenes con relación a las sustancias dentro de los escenarios de ocio y diversión.

Debe por tanto, la prevención llegar a todos y cada uno de los ámbitos geográficos y colectivos sociales, donde el único objetivo debe estar en la existencia de criterios de mínimos de calidad que todo programa debe llevar. En este sentido, consideramos que la intervención preventiva debe ubicarse de forma integrada, tanto desde las Administraciones Públicas como desde la iniciativa social.

En cualquier caso, y por seguir ahondando en el modelo de prevención que se debe promover, éste debe ser el denominado modelo educativo. Basado en estrategias que capaciten a los jóvenes para enfrentarlos a las situaciones de riesgo que les lleve al no consumo; y, en el caso de consumir, las estrategias deben ir dirigidas a promover un consumo responsable. Este modelo preventivo insta a la participación de todos los sectores sociales, incidiendo de forma especial en aquellas instituciones que tienen una mayor responsabilidad en la tarea educativa: la escuela, la familia, las empresas y, en definitiva la comunidad. No debemos olvidar que la prevención en los distintos ámbitos sociales requiere tanto de objetivos como de estrategias diferentes.

A nadie escapa las dificultades que presentan los programas y estrategias preventivas, al considerarse como la más laboriosa y dilatada de las soluciones a este problema. Ello no debe ser un impedimento para asumir un compromiso claro desde las Administraciones Públicas, más allá de las declaraciones pomposas y vacías de contenido que se producen en esta materia.

En este sentido, hace unos años se inició un modelo de intervención que venía a regular los programas preventivos en el ámbito comunitario, a través de criterios objetivos y técnicos. En estos momentos, este modelo de intervención ha dado paso a propuestas que responden a intereses institucionales poco comprometidas con un modelo técnico y comunitario. Así, el modelo de subvenciones viene a aglutinar los programas, independiente del control y calidad de los mismos.

El panorama resulta desconcertante ya que no existen ni propuestas claras, ni armónicas que nos permitan augurar el futuro de esta materia. Pero lo que preocupa es la ausencia de recursos definidos en materia de prevención, el desconcierto de los técnicos que trabajan en ello y la falta de definición de un modelo de programa en los distintos ámbitos de actuación.

5. 2. ALGUNAS PREVISIONES LEGALES RECOGIDAS EN LA LEY ANDALUZA DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN MATERIA DE DROGAS

Debemos destacar la importancia del papel que cumple la legislación en esta materia y su escasa presencia en estos años. Una buena política preventiva debe cumplir dos objetivos. Por un lado, ha de establecer las estrategias y los requisitos que deben adoptar los programas y, por otro, contar con un marco normativo capaz de asumir los retos y cambios que se operan en el fenómeno de las drogodependencias, adecuándose éste a la realidad del momento.

Por ello, nos parece importante señalar algunos incumplimientos de la actual Ley 4/1997, de Prevención y de Asistencia en materia de Drogodependencias en Andalucía.

a) El artículo 6 establece lo que serían medidas de prevención terciaria, como son “promover, mediante la incorporación de recursos humanos, financieros y técnicos, políticas orientadas al: autoempleo, primer empleo, promoción empresarial de los drogodependientes, etc.”. En este sentido, solo se puede hablar de la realización de programas de formación para el empleo o de medidas de contratación, sin que se hayan articulados propuestas que vengán a incidir en los aspectos recogidos – autoempleo, promoción empresarial, primer empleo–.

b) El artículo 7, apartado 1, determina que “las Administraciones Públicas Andaluzas establecerán y desarrollarán programas de información y formación sobre las drogas, con la finalidad de proporcionar conocimiento y orientación a los ciudadanos, profesionales e instituciones, a cerca de los riesgos que comporta su consumo y las medidas adecuadas para prevenirlo. Estableciéndose como lugares preferidos los ámbitos infantil, juvenil, laboral y otros de especial incidencia, apoyando las informaciones que puedan realizar las entidades o empresas”. También, se recoge “que las administraciones públicas promoverán la colaboración de los medios de comunicación social para la realización de las actuaciones mencionadas”.

Con relación a este artículo, observamos que no existen programas de información y orientación en aquellos sectores que la propia Ley elige como prioritarios, ya que las actuaciones realizadas en estos momentos, así como los materiales elaborados se pueden considerar aislados y con escasa cobertura. Es el ámbito laboral un escenario donde existe un nivel

escaso de programas y actuaciones. Reduciéndose las propuestas que realiza la Administración, a los convenios que se firman con los Agentes Sociales.

c) El artículo 9, apartado 3, recoge que *“Las Universidades andaluzas y demás centros de formación de profesionales facilitarán medidas para la inclusión de programas formativos de prevención de las drogodependencias en el desarrollo de sus actividades. Sobre todo en las que estén directamente relacionadas con las áreas de Salud, Educación y Servicios Sociales”*. En estos últimos años, la Consejería de Asuntos Sociales ha establecido convenios de cooperación con las Universidades Andaluzas para la realización de programas de formación a través de cursos de Expertos y Máster en drogodependencias, lo que ha permitido la creación de asignaturas optativas sobre drogodependencias en distintas disciplinas, así como la proliferación de cursos de doctorado y tesis doctorales en esta materia. No obstante, en el año 2001, se suspenden las actuaciones con las Universidades en materia de formación, suprimiéndose las que se venían realizando desde comienzos de los noventa, sin existir propuestas definidas a excepción de las recogidas en el II Plan de Drogas y otras Adicciones que habrá que esperar a su aplicación en los próximos años.

La propuesta presentada en estos momentos por la Administración hace referencia a cursos monográficos cortos que vendrían a sustituir los programas que se venían realizando. Las dificultades de estas iniciativas, que ya fueron realizadas a finales de los ochenta y comienzos de los noventa, radican en que deben ser asumidas por algún departamento universitario, y así contar con el reconocimiento de la Universidad. No obstante, se debería tener más información sobre la demanda real que este programa de formación tiene desde el punto de vista de los profesionales y los criterios técnicos con los que se aplicaría.

d) En el artículo 10, punto 5, de la Ley se establece que *“la Administración de la Comunidad Autónoma Andaluza promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco destinados a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en las mencionadas drogas”*. En este sentido, aún no se han iniciado los acuerdos con empresas del sector para alcanzar este objetivo, máxime cuando dichas sustancias tienen efectos destructores sobre la población.

e) Con relación al artículo 11, apartado 3, se plantea como estrategia preventiva la *“promoción de la colaboración con los medios de comunicación social, en especial con los de titularidad pública, para la realización de programas y campañas de prevención del consumo de drogas”*. A la fecha, no existe acuerdo firmado en esta materia, como queda recogido en el apartado 5 de este artículo, aunque se han emitido

campañas por la TV pública realizadas tanto por la FADA como por la Consejería de Asuntos Sociales. En cualquier caso, la emisión de estos spots publicitarios queda sujeto solamente a la voluntad de Canal Sur TV. Es necesario, como establece la Ley, realizar acuerdos a través de la fórmula administrativa que se determine, sea ello por vía convenio o concierto.

Dentro del mismo artículo, en su apartado 4, se recoge que *“los medios de comunicación social de titularidad pública andaluza incorporarán a su programación habitual contenidos dirigidos a difundir mensajes preventivos y a fomentar los estilos de vida saludable”*. En la importancia que tiene esta aportación que hace la ley, podemos ver como aún no se ha creado ninguna comisión para el control de esta medida, que resultaría de gran trascendencia por el efecto que ello podría llegar a producir sobre todo en aquellos programas dirigidos directamente al público más joven y donde quedaría eliminada toda referencia a la oferta de drogas legales.

5. 3. LA PREVENCIÓN EN EL MEDIO COMUNITARIO

Entendemos las drogodependencias como un fenómeno complejo de gran magnitud y calado social que, en sus orígenes, se desarrolla en un entorno que lo favorece. Por ello, cualquier abordaje que se vaya a realizar exige respuestas y propuestas múltiples que pasan por el seno de la comunidad y la participación de los distintos sectores sociales.

Desde el Center for Substance Abuse Prevention, la prevención comunitaria se define como una estrategia que se destina a: *“propiciar capacidades a la comunidad para llevar a cabo actividades de prevención y servicios de tratamiento. Incluye la organización, planificación, coordinación institucional, redes, etc.”*. Podemos ver la amplitud de esta definición que llega a abarcar también los servicios de tratamiento.

En estos momentos, y desde la óptica del trabajo que se viene realizando en España, se entiende por prevención comunitaria aquélla que va dirigida al conjunto de la comunidad, sin que se tenga claro quién o quiénes deben promoverla. El ámbito comunitario de intervención en materia de drogas debe constituirse por ello en un espacio capaz de incluir e integrar los distintos sectores de intervención. Viene a ser el escenario que mayores dificultades presenta a la hora de intervenir, y donde se han podido realizar un mayor número de actuaciones. La idea de la intervención preventiva en el marco comunitario se sustenta en el concepto de intervención comunitaria, siendo ésta *“la capacidad de la Comunidad de autogestionarse, de organizarse para conseguir lo que desea, o llevar algo adelante”*.

Un proyecto de Desarrollo Comunitario plantea como objetivo poner en marcha a la colectividad/ciudadanía un proceso de desarrollo integral y global de la misma, basado en la conjunción de todos los esfuerzos, aunando el trabajo de las auto-

ridades, de los profesionales, técnicos...; así como de los ciudadanos en general, sea a nivel individual o como colectivo organizado. Se parte del concepto de entender que las acciones a realizar deban aterrizar sobre poblaciones determinadas y sobre aspectos importantes del problema.

En el ámbito de las drogodependencias, lo que caracteriza la intervención comunitaria es la implicación de los distintos sectores sociales (escuela, familia, asociaciones, ayuntamientos...) al entender la prevención como la alternativa más válida para afrontar el problema de las drogas en el seno de la comunidad. La prevención está llegando, de esta forma, a ser una prioridad de las instituciones públicas y sociales a medida que se viene incrementando el nivel de participación de los ciudadanos en la vida pública, así como la inclusión de éstos en experiencias de carácter solidario en la comunidad.

El enfoque comunitario es definido por varios autores (Gertein y Green, 1998), como la síntesis de tres diferentes estrategias o modelos: los que se derivan de los factores de riesgo, los del enfoque evolutivo y el de influencia social. Podemos afirmar que el enfoque comunitario participaría de los tres.

Las estrategias que se vienen realizando en este ámbito de intervención pasan por medidas informativas, educativas y de dinamización comunitaria que vienen a dotar a los individuos de una serie de valores, actitudes, hábitos y destrezas que les ayuden a enfrentarse con los problemas de las drogas de forma distinta.

En definitiva, lo que está claro de los programas de prevención comunitaria es que ofrecen una marco de actuación y un desarrollo metodológico con características propias, en el que la participación ciudadana se sitúa como eje, a la vez que ofrecen un abanico amplio de posibilidades para realizar diferentes actuaciones y desarrollar diversos contenidos. Además, estos programas se muestran idóneos para mejorar esfuerzos, optimizar la utilización de los recursos y reforzar el entramado social.

Con esta idea de intervenir de forma sistemática se crea el programa "Ciudades sin Drogas", actualmente denominado "Ciudades ante las Drogas". Su puesta en marcha es de junio de 1997, a través de una Orden de Convocatoria Anual de subvenciones de la Consejería de Asuntos Sociales dirigida a Ayuntamientos, Mancomunidades y Agrupación de Ayuntamientos. Integra a las distintas Administraciones en relación a sus competencias que participan con aportaciones económicas similares y a través de un sistema de indicadores se establece un control de las acciones con el objetivo de prestar a la comunidad una cartera de servicios y de actuaciones sectorizadas que responda a las necesidades que ésta tiene.

Desde la primera convocatoria, y en un primer momento, se establece como un programa que se cofinancia y cogestiona entre varias Administraciones Públicas. Es por ello, un proyecto que permite asumir, de forma conjunta y con criterios técnicos, los objetivos de las actuaciones preventivas.

Es éste uno de los proyectos de intervención en materia de prevención mejor valorado por los profesionales, siendo seleccionado como un modelo a seguir por el Observatorio Europeo de Drogodependencias. De esta forma se convierte en el paradigma de los programas de prevención comunitaria en estos momentos, independiente que se sitúe en el marco de los Planes Municipales.

Como aspectos positivos debemos valorar la creación de una red de Ayuntamientos que se implican en la prevención de las drogodependencias, el establecimiento de unos criterios de mínimos para los programas, la regulación mediante una orden de convocatoria donde se especifican los criterios de valoración técnica de los proyectos y, por otro, la mayor presencia en esta convocatoria de Ayuntamientos y Mancomunidades que quieren incorporarse al programa "Ciudades ante las Drogas".

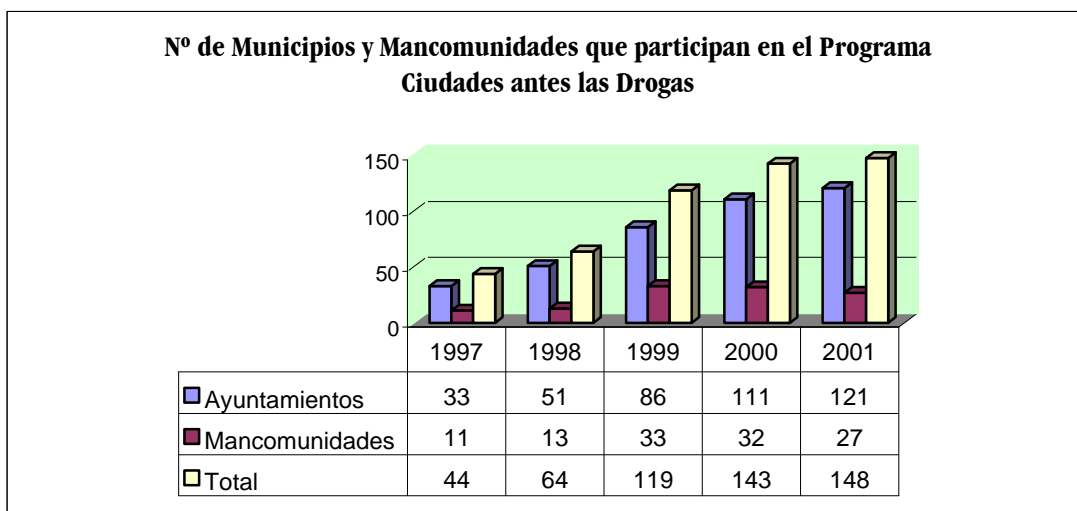


Gráfico núm. 9: Número de Ayuntamientos y Mancomunidades subvencionadas cada año. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

En el presente cuadro podemos observar el incremento espectacular en relación al número de Ayuntamientos y Mancomunidades que se han ido incorporando a esta red de programas municipales de prevención de drogas. Supone que éstos comparten objetivos, marcos teóricos y estrategias que poco a

poco van definiendo un estilo de acción en el ámbito de la prevención.

También resulta interesante destacar la mayor implicación que ha existido en esta materia por parte de la Consejería de Asuntos Sociales, con una aportación económica creciente en estos años.

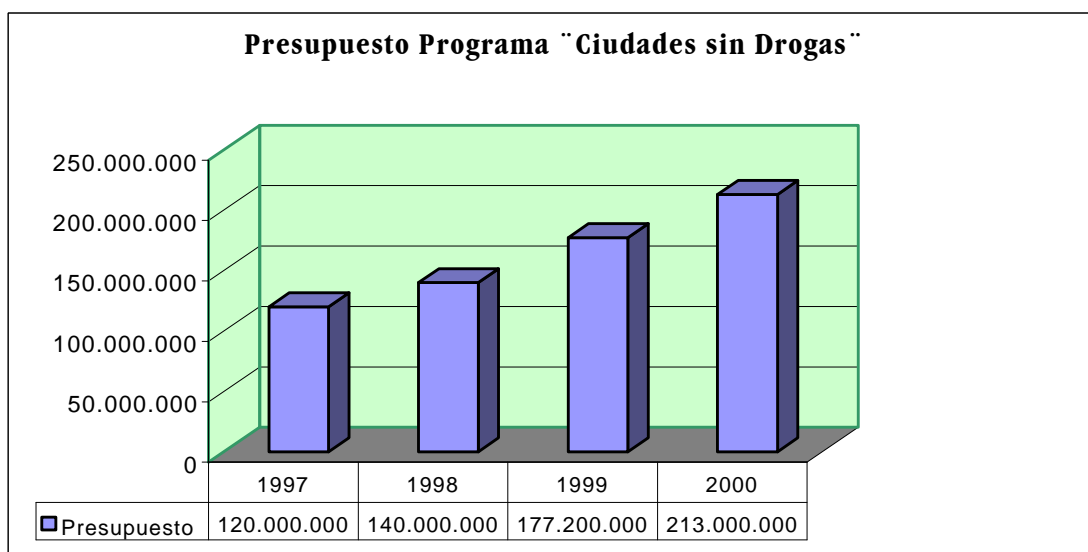


Gráfico núm. 10: Asignación presupuestaria del programa "Ciudades ante las Drogas". Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

De seguir esta tendencia de aportaciones presupuestaria en los próximos años, y partiendo de la aportación e idénticas cantidades desde los Ayuntamientos, podemos considerar que puede ser el programa más representativo en materia de prevención de drogas en Andalucía y con unos recursos como en pocas ocasiones se ha conocido.

Sin embargo, su importancia no radica sólo en el tema de presupuesto, sino en la necesidad de la mejora de la coordinación técnica que garantice que la dispersión geográfica de cada uno de los programas en sus respectivos territorios no sea un

obstáculo para alcanzar los objetivos previstos en el programa. Por otro lado, la variedad de propuestas y el riesgo que asume el excesivo interés de controlar institucionalmente el programa, que se materializa en fragmentar las subvenciones, disminuyendo éstas y estableciendo poco nivel de exigencia ante las escasas cuantías recibidas, puede desvirtuar el objetivo de la prevención.

En los cuestionarios pasados a los profesionales de los distintos recursos de tratamiento preguntamos sobre los puntos fuertes y débiles de los programas de prevención comunitaria, encontrándonos las siguientes respuestas:

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

Respuesta	Núm.	%
No existen informes técnicos ni se evalúan	9	11,84%
Poca coordinación con otros programas	8	10,53%
No interesan a las administraciones	7	9,21%
Poca dedicación de los profesionales	5	6,58%
Se trabaja poco la población de riesgo	4	5,26%
Solo interesa las subvenciones dadas con criterios políticos	4	5,26%
Falta rigor metodológico y dedicación de los profesionales a estas tareas.	4	5,26%
Poca implicación de los responsables políticos y de otras administraciones	4	5,26%
No responde a las necesidades reales	4	5,26%

Respuesta	Núm.	%
Poca coordinación con otros programas	3	3,95%
Otras respuestas	24	31,58%
Total	76	100,00%

Contestan : 57 52,29%.

No contestan: 52 47,71%

Cuadro núm. 48: Puntos débiles de los Programas de Prevención Comunitaria. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Sólo un 52,29% de los profesionales se han manifestado con relación a los puntos débiles de los programas de prevención, siendo las respuestas donde se abordan los aspectos que hacen referencia a la metodología de los programas y su validación las

que encuentran un mayor consenso. No obstante, son éstos los programas donde más recursos económicos emplean las Administraciones con relación a otros, mientras no son percibidos de forma positiva por los técnicos de los centros.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

Respuesta	Núm.	%
Implica a toda la comunidad	18	20,00%
Cubre un importante nivel de información	12	13,33%
Racionaliza los recursos	6	6,67%
Desarrollo de vida saludable	5	5,56%
Desarrolla la formación	5	5,56%
Fomenta la coordinación	5	5,56%
Fomenta la participación	5	5,56%
Implica a los Ayuntamientos y Mancomunidades	3	3,33%
Otras respuestas	31	34,44%
Total	90	100,00%

Contestan 64 58,72%

No contestan: 45 41,29%

Cuadro núm. 49: Puntos fuertes de los Programas de Prevención Comunitaria. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Entre los valores más destacados se encuentran aquellos que hacen mención a la implicación de la comunidad, con un 20% de coincidencia en las respuestas, y que cubren un importante nivel de información a la comunidad o la racionalización que pueden ejercer sobre los recursos.

Además, y con relación al programa, hemos podido detectar algunas cuestiones que han sido recogidas en un documento de evaluación realizado por la propia Consejería de Asuntos Sociales. Este documento ha sido enviado a los municipios que están integrados en el mismo, y al que haremos mención en aquellos aspectos que venimos a considerar fundamentales.

En esta evaluación se ha puesto de manifiesto que el mayor interés ha ido dirigido a reducir o paliar el abuso de drogas, especialmente en fines de semana, generando un proceso de toma de conciencia y de actitud en cuanto al problema de las

drogas. Sin embargo, consideramos que no se han alcanzado los éxitos deseados.

Por ello, la mayoría de las acciones se dirigen al Sistema Educativo, trabajando con los distintos sectores de la Educación: alumnos de la Enseñanza Secundaria, AMPAS y familias, profesores y Orientadores Escolares y Equipos Directivos. Con relación a las sustancias, el trabajo se dirige a las drogas legales, en un 83% de los casos, y en un 50% a las drogas de síntesis y el cannabis. Otro aspecto positivo que se destaca en la evaluación del programa, es la creación de toda una serie de estructuras de coordinación de los mismos. Fundamentalmente de grupos de trabajo, pero también de comisiones interinstitucionales y comisiones entre los diversos sectores del Ayuntamiento, poniendo a disposición de la prevención los recursos y medios con los que cuentan.

Como aspecto importante, habría que destacar, cómo priman más determinado tipo de decisiones que poco tienen que ver con la evaluación técnica de los proyectos. Para algunos Ayuntamientos, la capacidad técnica de los proyectos es lo de menos. Junto a este factor se pone de manifiesto la gran variedad de actividades que, no apareciendo en la planificación inicial que acompañaba a la solicitud de participación, posteriormente ha sido modificada con criterios de necesidad o de situaciones nuevas surgidas en los municipios. Esto lleva a pensar que no existe un estudio previo de necesidades que permita un mayor conocimiento de la realidad donde se pretende intervenir, lo que lleva a improvisar en el momento de su ejecución.

Para ello, parece necesario la existencia de un mayor nivel de coordinación y de control de las actuaciones tanto de los criterios de valoración de los proyectos como del seguimiento y control de los programadas, para poder ser objetivos en cuanto a la valoración de los proyectos. Al mismo tiempo, y desde la Consejería de Asuntos Sociales se deberían establecer los criterios de control y evaluación de los proyectos, así como de formación de los profesionales que trabajan en los distintos programas, a veces de forma aislada y con falta de recursos.

En cualquier caso, se ha podido detectar en las encuestas realizadas por los profesionales, que es el programa mejor valorado, incluso hasta para aquellos que se dedican a las actividades asistenciales.

No obstante, en estos momentos parece que se vuelcan más las estrategias de prevención de drogas en las denominadas campañas de información y de sensibilización desde los medios de comunicación social. El alcance de estas medidas ha sido estudiado y recogido en diversos estudios, en los que se viene a concluir que éstas tienen más como objetivo la proyección de la imagen institucional que el efecto real que pueden llegar a tener sobre la población.

En estos estudios se han puesto de manifiesto la poca eficacia de las campañas debido a su carácter temporal, no responder a criterios técnicos, no contar en la mayoría de los casos con una evaluación previa y posterior que llegue a confirmar la validez de estas acciones. Parece obvio que una campaña no es capaz de cambiar una actitud y menos unos hábitos. Son, por tanto, estrategias ya clásicas en prevención que se usaron hacia finales de los ochenta, cuando el problema de las drogas tenía otro dimensionamiento social, y el discurso que había que enviar a la sociedad era más directo y con un carácter eminentemente tranquilizador. Por ello, podemos entender que éstas tienen más un valor simbólico que real.

Por último, resaltar que dentro de los criterios de calidad de los programas de prevención comunitaria se deberían seguir pautas que fueran dirigidas a:

- Conocer la realidad mediante la realización de un análisis que permita la identificación de los problemas y de las

poblaciones emergentes (sus causas, relaciones, tendencias).

- La correcta definición del programa.
- La adecuación entre necesidades/problema (problemas sobre los que se va a intervenir) y el problema planteado.
- La coherencia entre los objetivos, la organización y el tiempo.
- La consistencia teórica de la propuesta.
- La evaluación.
- La participación social y la optimización de los recursos.

En definitiva, se trata de diseñar una estrategia de intervención adecuada a cada situación, basada en marcos teóricos fiables y empíricos.

5. 4. PREVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO

Uno de los escenarios preferentes para la prevención de drogas es el sistema educativo, ya que la comunidad educativa puede ejercer como factor de cambio con relación a los individuos. Ese factor de cambio va dirigido a hacer a los individuos más competentes socialmente, y más capaces de comprender los factores que influyen en sus vidas, en su salud, y así poder optar libremente por aquellos valores que respondan a sus necesidades.

El sistema educativo es percibido por los ciudadanos como un escenario necesario e importante para realizar educación para la prevención de drogas. Llega éste a constituirse en uno de los ejes que vertebran la prevención de las drogas en el conjunto de la sociedad. Ello conlleva la existencia de unas estructuras formativas acordes con el ecosistema social donde se desenvuelve el quehacer educativo. En este contexto nos estamos refiriendo a un modelo de educación integral y transformador del individuo. En esta línea nos dice Savater que *“La educación no puede ser simplemente transmisión de información, entre otras razones porque la información es tan amplia, cambia tanto, existen tantas formas de acceder a ella, y cada vez más de una manera online, permanente, que sería absurdo que la función educativa fuera simplemente transmitir contenidos informativos. Lo que hace falta es transmitir pautas de comportamientos que permitan utilizar y rentabilizar la información que se posee”*. Esta clave que nos da Savater sobre un modelo de educación, es uno de los principios que se propone en la educación para la prevención de las drogas.

Vemos, además, como la educación para la prevención de drogas comparte objetivos comunes con la educación en general, que vienen a reforzar la idea de la importancia de la prevención en el conjunto de la sociedad, siendo éstos:

1. Conseguir que el proceso de toma de decisiones con respecto al consumo de drogas sea responsable y saludable.
2. Potenciar valores acordes con la salud.

3. Promover los cauces de participación en la sociedad y fomentar el espíritu crítico.

4. Proporcionar a los alumnos las habilidades necesarias para mantener las relaciones interpersonales adecuadas.

5. Favorecer el desarrollo de la autoestima.

6. Clarificar los valores.

Desde la prevención de las drogas se ha puesto de manifiesto que los jóvenes precisan de una información adecuada y veraz sobre las sustancias y los efectos de sus consumos. Necesitan además clarificar las creencias, actitudes y valores que sostienen con relación al uso de drogas, al mismo tiempo, requieren desarrollar habilidades para la toma de decisiones y para resistir las presiones ambientales. Se trata, pues, de que los contenidos aprendidos y almacenados en sus memorias, alcancen tal magnitud que puedan ser activados en situación de riesgo; máxime cuando éstas deben ser reconocidas para así desencadenar comportamientos alternativos que no impliquen consumo.

En este sentido, en las entrevistas mantenidas con los pacientes en distintos recursos asistenciales, siempre se ha puesto de manifiesto la ausencia de información que tuvieron cuando se iniciaron en el consumo.

“Nosotros, los de nuestra generación, no teníamos conocimiento sobre las sustancias, nadie nos informó”.

“En mi época de inicio, años 79/80, no había tanta información como ahora”.

“Hoy los jóvenes tienen más información que tuvimos nosotros”.

“La prevención es lo más importante, habría que hacer mucho más desde los colegios”.

También, han valorado de forma muy positiva la prevención de las drogodependencias como la mejor alternativa para no llegar a consumir. Opinan que los jóvenes actualmente consumen y viven de forma distinta los problemas de las drogas, ya que entienden que hay más información que ellos no tuvieron, y el consumo que hacen es menos dañino. Siendo eso así, tampoco podemos perder de vista que la información sobre efectos temporalmente próximos viene a ser más efectiva y

alcanza mayor significancia para los adolescentes que las consecuencias a largo plazo.

“Yo tenía información cuando empecé, en estos momentos tengo 26 años. Veía las gentes de mi barrio y estaban bechhos polvo, y pensaba que yo no estaría nunca como ellos y aquí estoy”.

“Hoy la gente joven tiene más información y se hacen más inteligente, y ello se nota en que no han tocado la aguja como nosotros. Además ellos consumen más alcohol, pastillas y menos heroína, no como hacíamos en nuestra época”.

“Yo he consumido de todo, alcohol, pastillas, porros...”.

No obstante, entienden que consumir drogas no es sólo una cuestión que tiene que ver con la información, sino que existen muchos factores que afectan directamente a los individuos. Ello justifica que un mayor conocimiento de los factores de riesgo sirva de substrato a los programas de prevención, porque existen toda una serie de factores predisponentes de las conductas problemáticas que se vienen estudiando como causas posibles de los consumos, llegando a ser por ello las drogodependencias un fenómeno multicausal.

“Siguen existiendo los mismos problemas psicológicos y de personalidad. Una persona tímida puede llegar a tener problemas de consumo para vencer su timidez. Otros, por el contrario, lo hacen para romper sus conflictos”.

Otros achacan las causas de su inicio en el consumo a las relaciones familiares, y una vez rotas las relaciones encuentran dificultades para establecer nuevos vínculos que serán fundamentales en el proceso de recuperación.

“Mis relaciones con mis padres eran muy malas, y ahora están cansados de mí y no se fían. La familia no nos conoce bien. Funcionan mal porque están muy aburridos de nosotros, resulta muy difícil volver a ganar su confianza”.

Por otro lado se observa que el comienzo del consumo de drogas se realiza a edades muy tempranas y en ambientes juveniles de compañeros y grupos de iguales, como así se ha puesto de manifiesto en la mayoría de los estudios realizados en Andalucía (EDIS, 1994, 1996, 1998 y 2000).

CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE INICIAN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

	1994	1996	1998	2000
En un grupo de amigos	43,7	53,0	46,1	48,2
Con un amigo o compañero	24,0	23,4	25,5	24,2
Con un familiar	16,5	14,0	16,9	16,9
En una fiesta	12,4	8,3	9,2	9,1
En la mili	3,0	0,7	2,1	1,2
En un viaje	0,4	0,6	0,2	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro núm. 50: Circunstancias o ambientes en que se inicia el consumo de alcohol (1994-1996-1998-2000). Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Casi siempre este consumo está relacionado con los amigos del barrio o los compañeros de clase. Son los grupos de referencia los que constituyen vínculos que vienen a crear la dependencia al grupo.

“Yo empecé a consumir con los coleguitas, a los trece años.”

“Yo empecé a los 14 años, y fui uno de los primeros de mi pueblo. En aquella época no había droga, yo iba a Palma del Río, Córdoba o Sevilla a buscar droga, y luego la vendíamos en el pueblo a su vez a otros colegas”.

La mayoría de los pacientes manifiestan que el consumo de drogas lo han iniciado en edades tempranas, entre los trece a los quince años, y siempre en el inicio del consumo aparecen las drogas legales (alcohol y tabaco) para pasar al cannabis y de ésta al resto. Este principio se fundamenta en la teoría de las etapas en el consumo (Kandel, 1975), que centraba el cannabis como una droga que llevaba al consumo directo de cocaína y heroína. Pasado el tiempo se empezó a hablar de probabilidad más que de causalidad (O'Donnell y Clayton, 1982).

No debemos olvidar que el uso de drogas viene a ser el resultado final de multitud de pequeñas decisiones previas de consumir una o varias sustancias. Así, se empieza, en una primera fase, con un inicio compulsivo donde entra en juego toda una serie de factores externos, hasta llegar a instalarse en lo que podemos definir una fase de permanencia, donde viene a depender de las costumbres predominantes (normas). Ello se adquiere cada vez más a edades muy tempranas, al iniciarse antes en el consumo de drogas, como se ha puesto de manifiesto en los distintos estudios realizados en estos años (Haw-

kins y Catalano, 1992; Friedman y Bramfield, 1995; Mathias, 1997; EDIS, 2001).

Bajo esta óptica, se debe justificar la necesidad de realizar una intervención preventiva en los centros educativos, como un escenario donde se considera básico, dado el carácter y la función que éstos tienen.

“Yo empecé a consumir con quince años, con los amiguetes”.

“Abora las drogas que se meten la gente joven son fundamentalmente las pastillas y la cocaína. La cocaína se toca cada vez más”.

“La curiosidad y la ignorancia, yo creo que son las causas más importantes para consumir”.

“La información es importante, aunque con ella solo no basta”.

“La cocaína está muy buena y lo más lógico es la curiosidad y que alguien te la ofrezca”.

En cualquier caso, deben iniciarse los programas y estrategias preventivas desde la Enseñanza Primaria, al coincidir en los últimos años de esta etapa en el inicio en el consumo, comenzando por las drogas legales para pasar a partir de la adolescencia a las drogas ilegales. Tampoco debemos olvidarnos de otro aspecto importante, como es la demanda que en este sentido plantean los ciudadanos con respecto a los lugares donde se debe realizar prevención de las drogodependencias.

Según los estudios realizados de la serie “Los Andaluces ante las Drogas”, podemos ver como es el ámbito educativo el elegido mayoritariamente por los ciudadanos para realizar prevención de las drogas, seguido del ámbito de las empresas.

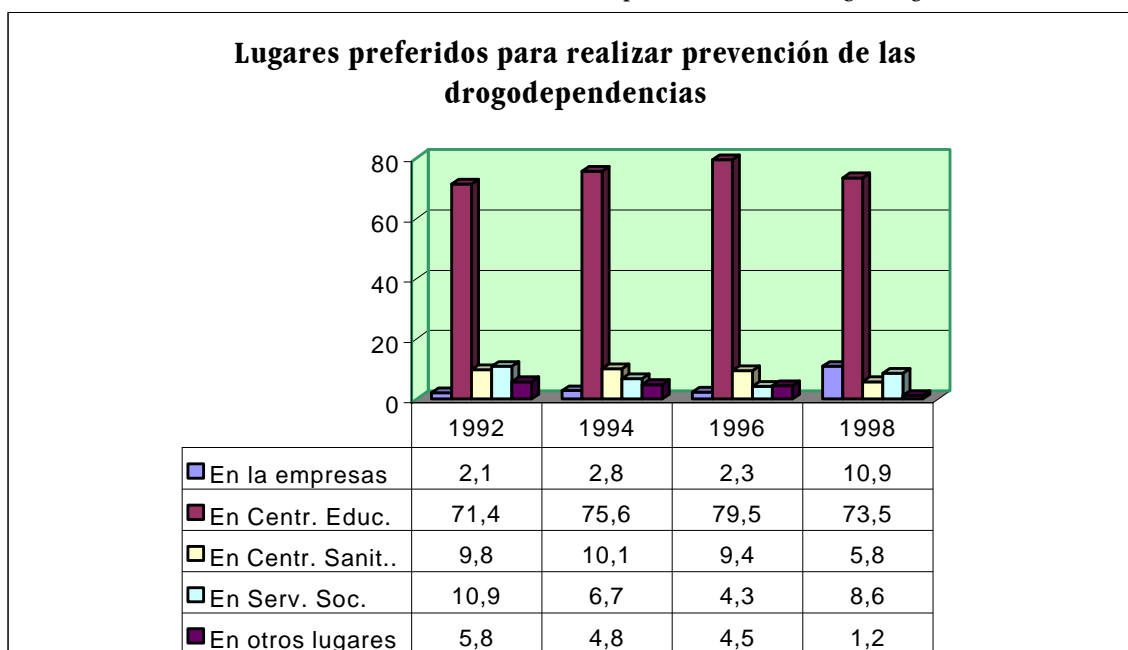


Gráfico núm. 11: Lugares preferidos para realizar prevención de las drogas. Fuente: Los Andaluces ante las drogas (III, IV, V y VI).

Como podemos observar en el Cuadro núm. 11 los centros educativos son el lugar señalado por la mayoría de los ciudadanos como el lugar preferido para realizar prevención. Esta

tendencia se mantiene estable a lo largo de estos años, y existe un cierto incremento que tiene que ver con un mayor convencimiento social de esta cuestión. Otro aspecto a destacar de

este cuadro es la valoración que se hace del ámbito laboral como el segundo lugar en importancia. Esta elección tiene que ver, desde nuestro punto de vista, con el mayor conocimiento que los riesgos del consumo de drogas comporta para cualquier actividad humana.

Otro aspecto a destacar con relación a la prevención, es la elección de un marco teórico de referencia. Desde el modelo psicosocial (Nelen Nowlis), se considera el consumo de drogas como una forma de comportamiento humano, donde se valora el significado y la función que el consumo de éstas tiene para el individuo. Desde este modelo se considera el comportamiento adictivo influido por muchos factores, siendo difícil encontrar relaciones simples de causa-efecto. Pero también, no es menos cierto, que últimamente se considera que las relaciones de los denominados factores de riesgo y factores de protección no llegan a ser tan lineales como se pensaba hace unos años. Ello tiene que ver con la existencia de un elevado número de factores de riesgo que interactúan en el consumo de drogas, al mismo tiempo que van apareciendo otros nuevos relacionados con el consumo (personales, familiares, de contextos, etc.) (Robles, L y Martínez, J.M. ,1999; Navarro, J. 1999).

Podríamos concluir afirmando que las causas del consumo en los jóvenes actuales nada tienen que ver los consumos producidos por generaciones anteriores, y que afectan tanto en las formas como en la presentación de las sustancias.

Desde la prevención de drogas en el ámbito educativo, se plantea conseguir una serie de objetivos, entre los que se encuentran aquéllos que tienen que ver con el proceso de toma de decisiones ante el consumo para en el caso de existir éste, se realice de modo responsable y lo menos dañino. Para ello, es necesario plantearse la existencia de una serie de valores acorde con la salud, al mismo tiempo que se fomenta el desarrollo de la autoestima y el manejo de ciertas habilidades necesarias para mantener unas relaciones interpersonales adecuadas. Se deben promover cauces de participación en la sociedad, así como fomentar el espíritu crítico necesario. Valores todos ellos recogidos en los objetivos de la Educación.

Con relación a la intervención preventiva, se debe tener en cuenta como el alumno se convierte en sujeto activo en el que deben desarrollarse habilidades sociales, tanto de resistencia como aquellas otras que les permitan manejarse ante el consumo. En muchos casos, los alumnos y alumnas se convierten en meros receptores pasivos de los programas preventivos. Es éste uno de los principales escollos que encuentra el Sistema Educativo para asumir el rol de la prevención, y que ha sido puesto de manifiesto por las distintas conclusiones presentadas en evaluación de programas preventivos en el ámbito de las drogodependencias.

Es por ello que las actividades que deben incorporar los programas de prevención de drogas se deben basar en métodos

educativos que favorezcan la implicación de los educandos, considerándose importante el papel activo e incentivador de los educadores como promotores de iniciativas en esta área. La formación previa de los docentes para el manejo de los instrumentos que se oferten, debe ser un objetivo a la hora de invertir las Administraciones Públicas en esta materia. Es ésta una cuestión que se ha cuidado muy poco en estos años.

Siendo el papel del educador muy importante en el proceso de aprendizaje, debemos asegurarnos lo que ya en el año 1973 establecían los expertos de la UNESCO: *“no es conveniente ofrecer a los educadores recetas para resolver los problemas que se les plantean, sino exponerles a grandes líneas de acción”*. En esta materia es corriente solicitar recetas mágicas que sean capaces de solucionar los conflictos con los alumnos, en relación con los consumos.

Con relación a las estrategias o programas de prevención de drogas llevados hasta ahora en nuestro país, éstos han estado orientados a divulgar aspectos del problema mediante charlas, conferencias, testimonios,...; sin que se hayan presentado información fiable de los resultados obtenidos. Este sistema aún hoy se siguen utilizando sin que se sepa qué posibles cambios llegan a producir y sin que exista ningún tipo de control sobre estas actuaciones, al no haber sido evaluadas en la mayoría de casos. En muchas ocasiones, estas acciones pueden jugar un papel contrapreventivo. En este sentido, las intervenciones preventivas deben apoyarse con programas estructurados capaces de modificar la situación.

5. 4. 1. ASPECTOS NORMATIVOS QUE SUSTENTAN LA PREVENCIÓN DE DROGAS EN EL MEDIO EDUCATIVO

La existencia de leyes y normas dirigidas al control de la oferta y de la demanda, se convierte en un instrumento de prevención. Con relación al marco normativo que regula la prevención de drogas, debemos partir de uno de los principios recogido en la Constitución Española de 1978, donde se establece el derecho a la educación de todos los españoles (art. 27.1.a.3). La propia Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la educación en su título preliminar, artículo 2, establece los principios y fines de que se dota la actividad educativa, que tiene su referente en cuanto al pleno desarrollo de la personalidad del alumno.

Para la consecución de este fin, se debe contar con una formación que contemple los distintos aspectos del ser humano, entre lo que es necesaria una educación para la salud que incluya aquellos que inciden en la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), supuso un avance importante en cuanto a la filosofía que inspira los modelos educativos, y adopta un modelo curricular

que responde a las características psicoevolutivas del alumnado comprendidos en los distintos niveles. Pero además, este currículum llega a ser en las distintas etapas único, abierto y flexible, posibilitando de esta forma su adecuación a la diversidad de contextos y situaciones personales. Se pretende una respuesta educativa adaptada a la singularidad de los alumnos mediante una diversificación de la enseñanza.

La salud es un tema central y obligatorio en el currículum escolar. Al mismo tiempo, integra la educación sobre drogas en la Educación para la Salud, al entenderse que las conductas de abusos no aparecen aisladas, sino relacionadas con estilos de vida no saludables. Mientras, educar sobre drogas supone estimular la responsabilidad a la toma de decisiones sanas en cuanto hábitos, pautas, comportamientos, etc.

Existen, por tanto, tres líneas clara en la LOGSE que afectan a la filosofía del Sistema Educativo. Por un lado, el desarrollo curricular; la integración de la Educación sobre Drogas en la Educación para la Salud, como tema transversal y como compromiso de la Institución Educativa; la atención a la diversidad, que viene a suponer la necesidad de atender todos los alumnos incluyendo aquellos que presentan más claramente situación de riesgo social que les permita acceder a las mismas posibilidades educativas que a otros; y por otro lado, lo que define la orientación educativa, que se desarrolla a través de la acción tutorial y la promoción del Departamento de Orientación en los centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria y los Equipos de Orientación Educativo. Estos aspectos son considerados de gran trascendencia para la intervención preventiva en este ámbito.

Desde el Ministerio de Educación y Ciencia, se ha realizado un desarrollo normativo de la LOGSE, en el marco de sus competencias a través de los Reales Decretos 1006 y 1007/1991, de 14 de junio, por los que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria y Enseñanza Secundaria Obligatoria, donde se recogen los contenidos de la Educación para la Salud. En el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, son los Decretos 105,106, 107/1992 y 126/94, por los que se establecen las enseñanzas correspondientes a la Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato. Posteriormente, la Orden de 16 de diciembre de 1995, viene a establecer los criterios de la Educación en Valores, en Centros Educativos, como referente esencial para entender la importancia que éstos tienen, no sólo para la prevención de drogas sino para el modelo educativo que se pretende.

Al margen de las Ordenes referidas, en el ámbito de la Comunidad Autónoma encontramos la Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación, que renueva el compromiso por la igualdad de oportunidades, la universalización del derecho a la educación y la integración social de los sectores de la población desfavorecidos; y establece los mecanismos

destinados a compensar las dificultades de acceso. Esta ley viene a recoger y defender los intereses de los sectores sociales más desfavorecidos, con medidas complementarias que ayuden a un proceso educativo normalizado. De esta forma, se amplían algunas de las dificultades que presentan estos sectores, mediante acciones, medidas, planes y programas. En este caso se incluyen aquellos colectivos en situación de riesgo social que vienen a configurar una de las poblaciones objeto de la intervención preventiva por sus características especiales.

Por otro lado, la propia Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 8 recoge *“que la Educación para la Salud, especialmente en sus aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas, formará parte de los contenidos de la enseñanza de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma andaluza”*. A ello habría que añadir como incluye el apartado segundo de este artículo, *“que todo los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía establecerán en sus planes anuales un conjunto de actuaciones, tanto de desarrollo curricular como actividades extraescolares y complementarias..... A tal fin se dotará al sistema educativo de equipos de orientación y de personal especializado, que garanticen la formación del profesorado en orden a la aplicación y desarrollo de los programas de educación sobre drogas que se mencionan. En dichas actuaciones se deberán tener en cuenta la participación del Consejo Escolar y de las asociaciones de padres y madres de alumnos (AMPAS)”*. Estos dos aspectos suponen un compromiso muy importante que recoge la Ley con objeto de incentivar la prevención de drogas dentro del modelo educativo actual. No obstante, hay que destacar que la materialización de este compromiso no ha sido recogido, al menos que se conozca, en ninguna instrucción que sirva de referente del cumplimiento de estos principios.

Aparte de estas referencias legislativas o normas creadas al respecto, se establece como compromiso, el recogido en los convenios de colaboración entre las Consejerías de Asuntos Sociales y Educación, como marco de referencia para llevar a cabo las propuestas de intervención en esta área.

Debemos admitir que el desarrollo de acuerdos institucionales para la prevención de drogas en el ámbito educativo no ha servido para mejorar la situación de ésta a nivel escolar, ya que no ha contado con presupuesto adecuado, no se han cuidado los aspectos formales e incentivos para la formación del profesorado, y la transversalidad, como estrategia pedagógica, no llega a desarrollarse de forma eficaz debido al escaso avance realizado en esta materia.

No obstante y con esta perspectiva normativa, debemos admitir como causa el poco recorrido realizado de forma conjunta entre las dos Consejerías –Educación y Asuntos Sociales– con competencias en esta materia, en relación a los cambios acaeci-

dos en el consumo de drogas por jóvenes y adolescentes teniendo en cuenta el gran interés que este tema despierta en la sociedad.

Si en los años ochenta y noventa se incrementa sensiblemente la legislación que busca acciones punitivas, en 1999, a través del Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, se establece la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008. Nace ésta del consenso de todas las Administraciones que participan en el Plan Nacional sobre Drogas, abordando el problema de las drogas desde una perspectiva global y contempla objetivos cuantificables y calendarizados que se deben cumplir en todo el territorio. En este sentido, existe poco entusiasmo para su aplicación en Andalucía.

5. 4. 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

Con relación a las actuaciones existentes desde el Sistema Educativo, en estos años, en torno a la prevención, podemos observar como la situación se ha ido adaptando a los cambios producidos. Así, es en 1989 cuando se firma el primer convenio entre ambas Consejerías, por el que se crea la figura del coordinador o coordinadora de prevención, uno por provincia y ubicado en los Centros Provinciales de Drogodependencias, con objeto de marcar estrategias de formación para el profesorado y para los padres y madres. Este trabajo se centró en la realización de cursos, jornadas, seminarios de sensibilización y formación en todas las provincias dirigidos a diversos sectores sociales, aunque centrados en el ámbito educativo. Posteriormente, en 1994, se renueva el convenio firmado para potenciar algunas medidas referidas a la formación del profesorado. A través de este acuerdo se suprimen los coordinadores de prevención en el ámbito educativo, a pesar del importante papel que habían jugado en esos años.

Además de las actividades ya señaladas, los equipos de prevención surgidos al amparo de ese convenio marcaron las líneas de lo que sería el programa de prevención de las drogodependencias en el medio educativo durante esos años. El programa

no llegó a materializarse debido a la supresión de los coordinadores de prevención. No obstante, podemos decir que se crearon las bases de la prevención en el medio educativo en esta Comunidad. Hay que reconocer que en aquellos años, y hasta 1997, existió un elevado número de actuaciones (cursos, jornadas, sesiones,...) sectorizadas que permitió establecer una fuerte vinculación al tema desde sectores del profesorado como desde las AMPAS. Además, se crearon las condiciones necesarias para que las Administraciones con competencia en esta materia se coordinasen para desarrollar estrategias comunes.

En 1997, la Consejería de Educación y Ciencia y la de Asuntos Sociales, firman un nuevo convenio que vino a revisar el trabajo realizado en esos años. Las líneas de ese nuevo acuerdo, que posteriormente no llega a aplicarse en todos sus términos, se centraron en tres puntos básicos: la formación del profesorado, la creación de un programa propio y la creación y elaboración de materiales didácticos. A la terminación de éste, en 1999, no se renovó aunque siguieron aplicándose algunas acciones conjuntas entre ambas Consejerías. No obstante, y para el año 2002, se ha previsto la firma de un nuevo convenio que fije los criterios de intervención con respecto a los programas en este ámbito.

De los objetivos recogidos y previstos en ese convenio, sólo llega a cumplirse el que hacía referencia a la elaboración de materiales didácticos de apoyo al profesorado y dirigidos a los distintos niveles educativos, concluyendo su fase de elaboración a finales del 2000. Gracias a esto se ponen en marcha diversos proyectos (DINO, Órdago; Y tú, ¿qué piensas?), como experiencias de aplicación de diversos materiales de prevención en las distintas etapas educativas. Podemos decir que en estos momentos existen materiales para poder trabajar en los distintos niveles educativos, sin que ello sea una realidad.

Con relación a la aplicación de estos materiales hemos podido obtener los siguientes datos:

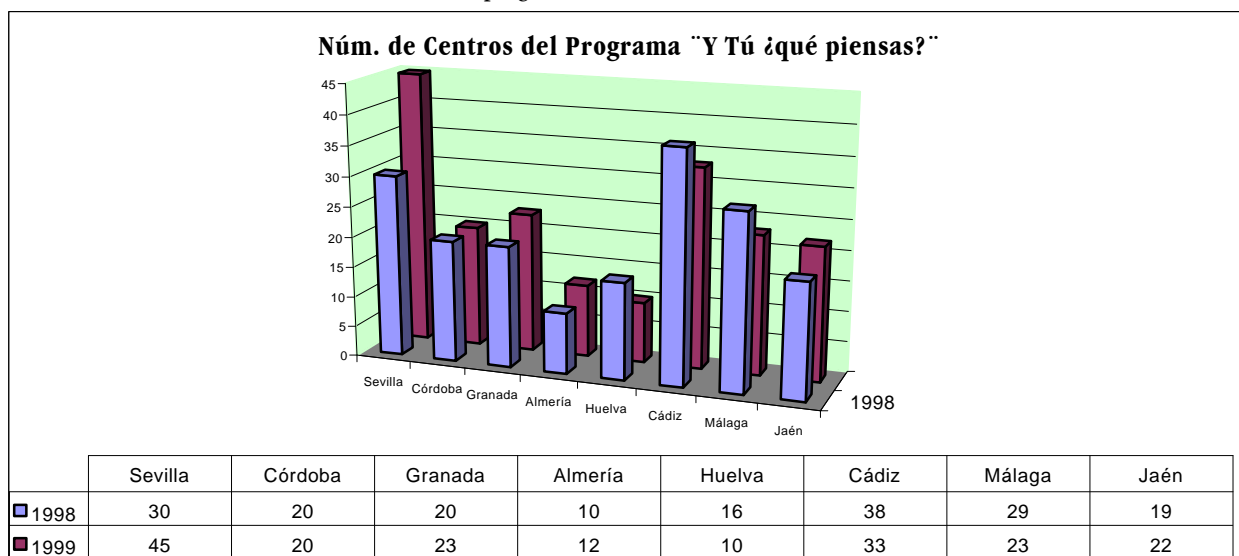


Gráfico núm. 12: Número de centros que han participado en los cursos escolar 1998/1999 en el programa. Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

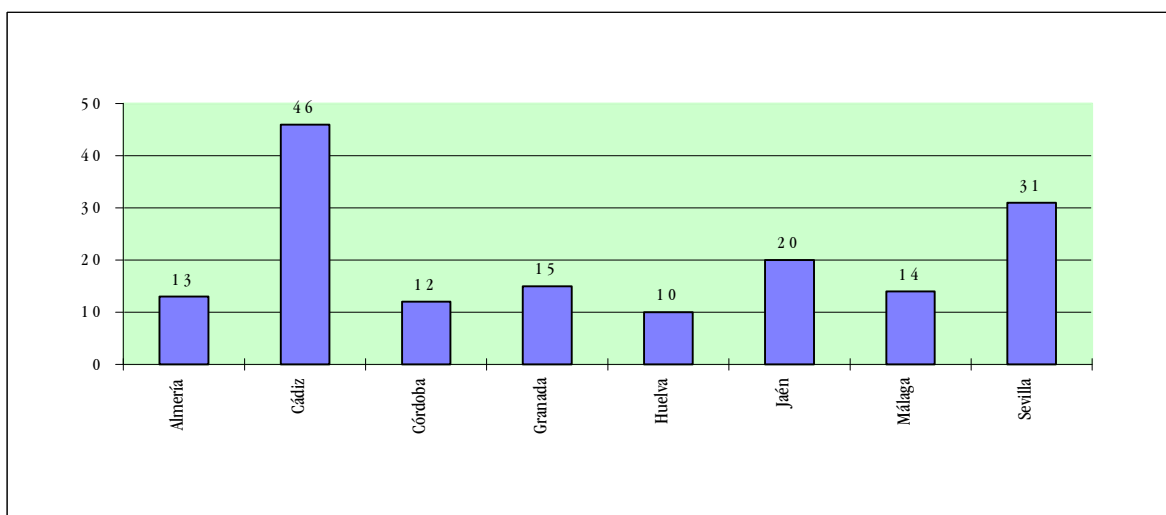


Gráfico núm. 13: Datos del programa Órdago. Curso escolar 1998-1999. Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

Con estos datos se pone de manifiesto la escasa importancia dada a estas actuaciones, sobre todo cuando se observa el escaso número de centros que participan. Por otro lado, y con relación al número de alumnos que participan en el programa los datos de alumnos participantes resultan, cuando menos, poco significativos sobre el conjunto de alumnos en ese nivel educativo.

El sistema de recogida de datos de los alumnos participantes en el programa se hace de forma estimativa, en razón del número de alumnos/as que se entienden pueden estar participando en el mismo, dado el volumen de materiales remitidos. Como podemos ver, el sistema resulta, cuando menos, poco fiable y estaríamos más ante una aproximación que en una realidad.

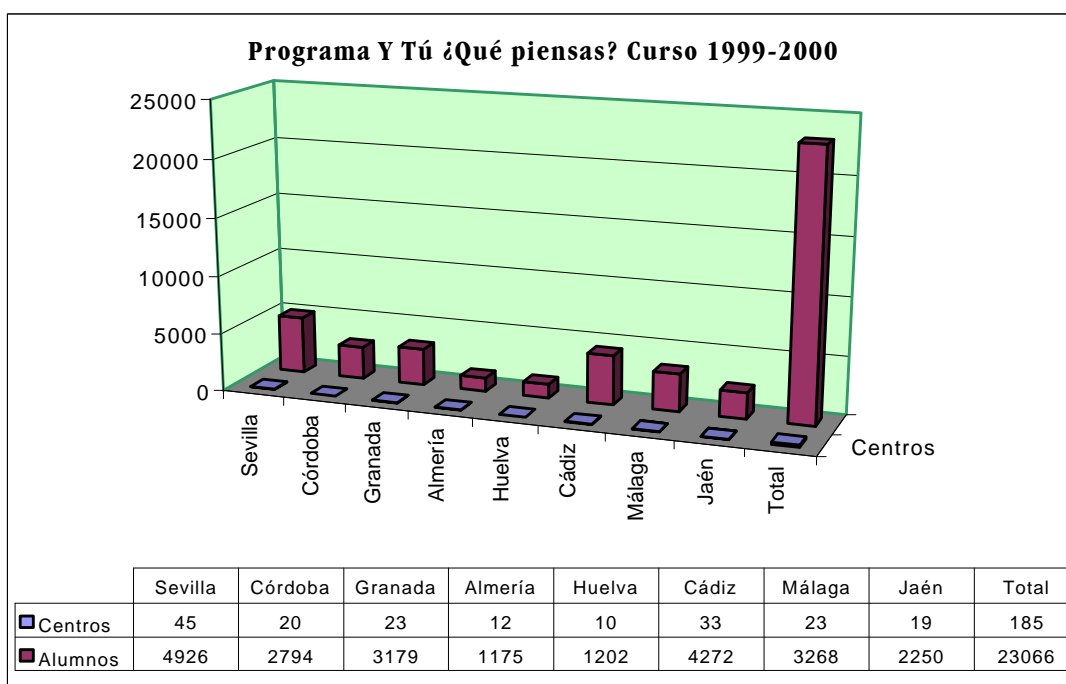


Gráfico núm. 14: Número de centros y alumnos que han participado durante el curso escolar 1999/2000, en el programa "Y tú ¿qué piensas?" Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

En cuanto al número de centros que serían susceptibles de participar en este programa, podemos ver cómo el número de centros de la Comunidad Autónoma en los niveles de la Enseñanza Secundaria se sitúa en torno a los 3.277, de los que sólo

185 participaron en el programa. Estas cifras podemos considerarlas muy lejos de estar cubriendo en estos momentos cantidades que podamos considerar mínimamente aceptables con relación a la aplicación de estos materiales.

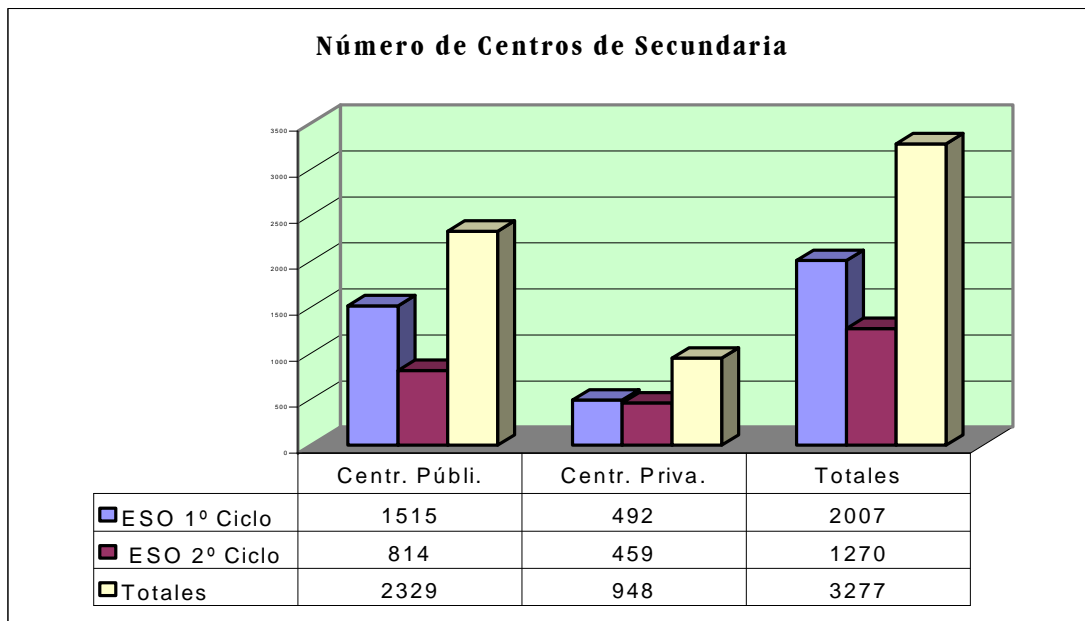


Gráfico núm. 15: Centros de Secundaria en Andalucía. Curso Escolar 98-99. Fuente: Consejería de Educación y Ciencia.

Por ello, venimos a valorar negativamente la poca utilización dada a unos instrumentos que, al no existir en estos momentos otra alternativa, es la única a aplicar en el ámbito de la prevención de las drogodependencias en el medio educativo. Son éstos los únicos recursos existentes, salvo alguna experiencia aislada, que pueden considerarse importantes y que han venido a constituirse en referente para trabajar en prevención de drogas, máxime cuando el interés demostrado y el esfuerzo realizado, en este ámbito, ha ido en detrimento de otros contextos.

Con respecto a la Enseñanza Primaria, son pocas las actuaciones realizadas ya que el programa DINO, que cubre este nivel, se ha propuesto como instrumento, por primera vez, en el curso escolar 2001-2002. En este sentido, se observa que mientras se ha reducido la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco en Andalucía (datos recogidos en los estudios realizados en los últimos seis años, EDIS, 1998 Y 2000) no se han iniciado actuaciones o propuestas para estos niveles educativos. Debemos exceptuar los materiales publicados por el Comisionado para las Drogodependencias para la Enseñanza Primaria a mediados de los noventa. Han sido éstos uno de los pocos materiales específicos desde las Administraciones para trabajar desde los centros educativos en la prevención del consumo de alcohol y tabaco en los escolares, en estos años. Aunque se han realizado varias ediciones, se desconocen datos referidos a los resultados obtenidos de su aplicación.

En cuanto a los materiales “Y tú ¿qué piensas?” y “Órdago”, han tenido una escasa implantación en relación al número de centros implicados y alumnos que se han beneficiados de ellos, como ha quedado recogido en el cuadro núm. 15, en el que se

recogen los centros de enseñanza de nuestra Comunidad Autónoma. No obstante, son programas que inciden en las habilidades psicosociales, ya que se consideran éstas, según las evaluaciones realizadas en programas de prevención, las que llegan a producir resultados esperanzadores ante un cambio de situación (Tobler, 1986 y 1992; Bruvold y Rundall, 1988; Barger-Drowns, 1989; Hansen, 1992).

Para concluir este análisis de situación, debemos admitir que durante años se ha realizado un discurso más bien especulativo en detrimento de propuestas prácticas. Por ello, es necesario contar con un programa de educación sobre drogas a nivel de la Comunidad Autónoma que englobe los distintos materiales creados para esta finalidad y que incorpore las siguientes estrategias:

1. La sensibilización a la comunidad educativa.
2. La formación y el asesoramiento al profesorado.
3. La experimentación con elementos innovadores, donde se intervenga desde la investigación-acción de los propios profesionales.
4. La coordinación institucional, donde colaboren además las organizaciones no gubernamentales (ONG).
5. Introducción de nuevos componentes referidos a actividades de ocio, que permitiera a los adolescentes valorar de forma distinta los espacios y tiempos de ocio.
6. Y, por último, la elaboración, recopilación y difusión de materiales curriculares que permitiera al profesorado el desarrollo de su papel de educador en materia de drogas, ayudándoles de esta forma a mejorar e incentivar la práctica profesional.

5. 4. 3. ACTUACIONES CON EL PROFESORADO

Las estrategias de prevención en el medio educativo, como se ha puesto de manifiesto en el apartado anterior, requieren de una capacitación básica del profesorado para que éste asuma su papel de agente preventivo, de acuerdo a los objetivos establecidos en la propia LOGSE. Es ésta una prioridad establecida en los convenios firmados en estos años, junto a la mejor estrategia para la implantación de los distintos instrumentos creados para intervenir en los diversos niveles educativos.

Sin embargo, las actuaciones dirigidas a la formación del profesorado, tanto en prevención de drogas como en Educación para la Salud, mantienen aún hoy unos niveles muy bajos de desarrollo, aunque han existido dos momentos claves. El primero de ellos se produce con la firma del convenio firmado en 1989, que permitió la realización de un elevado número de acciones en todo el territorio. El segundo momento coincide con la firma, en 1994, del segundo convenio en materia de prevención de drogas. En ese momento, las acciones se reducen al impulso realizado a algunos programas de formación del profesorado desde los Centros de Formación del Profesorado, que no llegan a cubrir los centros que participan en los programas.

Sobre la percepción del profesorado, con relación a esta materia existen varios estudios realizados al respecto, tanto desde la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias en 1998, que se complementa con el realizado por la FAD a nivel nacional, sobre la actitud del profesorado con relación a la formación en materia de drogas y en Educación para la Salud.

El primero de los datos que vamos a comentar hace referencia a la formación recibida en ambos temas (Educación para la Salud y Prevención de Drogas).

DATOS DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO CON RELACIÓN A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE DROGAS

	Andalucía	Estado
Forma. Esp. Prev. Drogas	28,3%	33,2%
Form. Educ. par. Salud	41,2%	45,0%
Form. General	49,0%	53,1%

Cuadro núm. 51: Datos sobre la formación del profesorado con relación a la Educación para la Salud y Prevención de Drogas. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias (Estudio no publicado).

Como podemos ver en este cuadro, en Andalucía se mantienen niveles más bajos que en el resto del Estado con relación a la formación en prevención de drogas y en la Educación para la Salud (EpS). Al mismo tiempo, podemos observar que sólo un 20,4% del profesorado ha asistido a cursos de formación en EpS, donde han recibido formación específica de drogas.

En cuanto a la procedencia de los profesores que participan en estas actividades, observamos que los pertenecientes a la esfera de la enseñanza privada-concertada son los que en mayor medida participan en las actividades formativas, en comparación con los de la enseñanza pública. No debemos olvidar que el número de profesores y de alumnos es mucho mayor en la enseñanza pública, y que ésta llega a zonas y barrios donde las situaciones de precariedad, marginación y de riesgo social es mayor y, por tanto, pueden requerir de una mayor atención.

Junto a este indicador aparece otro que destacamos por su importancia, y que hace referencia a que los profesores de más edad suelen tener una mayor participación en los cursos impartidos. Podemos entender que este sector del profesorado requiere un mayor acercamiento a un problema que les resulta desconocido y en el que se encuentran más inseguros a la hora de abordarlo.

Con relación al número de cursos de formación general realizado por el profesorado en estos años, la media es de un 2,85 en Andalucía por 2,1 en España. Quiere ello decir que existe una fuerte concentración de las actividades formativas sobre el profesorado, mientras que ésta se diversifica más en el resto del Estado.

En cuanto a las razones por las que no asisten a las actividades formativas, un 35,8% manifiesta que es por desconocimiento y un 33% que lo hace por falta de tiempo. Otro aspecto a destacar es la necesidad de realizar una mayor oferta formativa que estuviese complementada con una tarea de información de los programas existentes. Esto se justificaría por el dato referido a que un 80% del profesorado se manifiesta a favor de la implicación personal en los programas preventivos, junto a un 37% que ve necesaria una mayor responsabilidad directa del docente en su propia formación. Podemos considerar estos aspectos de forma muy positiva para apoyar la realización de una política formativa y de acercamiento al profesorado.

Quizás, la mayor dificultad que plantea el profesorado con relación a los programas, tiene que ver con la aplicación de la transversalidad, ya que un 37% la considera bastante difícil, aunque en un 80,2% existe un deseo real de implicarse. Por tanto, se supone la existencia de una fuerte motivación en el profesorado de implicarse en la prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo, aunque son conscientes de las dificultades para su aplicación.

Por parte del profesorado, existe un claro convencimiento de que la acción preventiva debe ser realizada por los propios profesores. Al menos así se manifiesta un 61,6% de los consultados, frente a un 36,8% que considera que ello es responsabilidad de los especialistas. Con relación a la participación de los especialistas, habría que considerar su participación en aquellos sectores de alumnos consumidores, o bien, en aquellas zonas geográficas denominadas de riesgo social. Aunque, en

estos momentos, el concepto de zonas de riesgo social en el ámbito de las drogas pueden ser todas. Parece claro que la intervención preventiva en el ámbito educativo requiere, en muchos casos, de la implicación y el apoyo de los especialistas en esta materia. También podemos incluir la necesidad que tiene el profesorado de sentirse respaldado para abordar con mayor seguridad actuaciones especiales, que pueden resultarles complejas.

Otro aspecto a considerar del estudio es el que hace referencia a la existencia de toda una serie de factores importantes que deberían estar presentes en los programas preventivos y que son demandados por el profesorado. Así, y según el mismo estudio, un 53,8% del profesorado solicita materiales específicos, frente a un 47,2% que pide apoyo externo. Éstos consideran básico que la formación recibida sea de calidad, manifestándose de esta manera un 50,7%, junto a un 35,4% que ve necesaria la motivación del profesorado para realizar estas actuaciones. Estas demandas, a todas luces razonables, deberían ser atendidas con el objeto de incrementar el grado de presencia de los instrumentos preventivos creados y referenciados anteriormente, en estos años, como son los programas a los que hemos hecho referencia.

A modo de resumen, podemos admitir que existe un fuerte interés del profesorado por implicarse en las tareas formativas en prevención de las drogodependencias, aunque quizás esta necesidad no se esté explicitando de forma clara por éste o no se esté atendiendo. Por ello, debe ser contemplada esta formación, fuera de los sistemas ordinarios establecidos por la Administración. Así, debería consolidarse un sistema que permitiese, en función de la importancia de los temas, apoyarla como área curricular prioritaria desde la Consejería de Educación y Ciencia.

En cualquier caso, la necesidad de elaborar unos materiales de apoyo para las actividades preventivas debe llevar a una mayor implicación de las Administraciones competentes en esta materia. No se le puede exigir al profesorado un mayor grado de implicación cuando no se le se les crean las condiciones ni los medios para asumir su rol de agente preventivo.

En la situación actual, que describíamos antes, faltan acuerdos estables entre Administraciones que fijen la voluntad de intervenir en esta materia, así como un sistema de coordinación que garantice su papel en este campo. En este sentido, habría que realizar un esfuerzo importante para coordinar este ámbito, donde cada una de las instituciones competentes asuma su papel poniendo en marcha una política de prevención de drogas en la que se contemple la formación del profesorado de forma continuada, así como la dotación de equipos y personas cualificadas que asesoren, dinamicen y apoyen los procesos formativos de los docentes. Todavía existen muchos profesores que demandan formación, se quejan de no tener

información sobre la misma o denuncian dificultades estructurales para acceder a los beneficios de la capacitación que el programa requiere.

La formación del profesorado es primordial para contar con unos procesos de innovación educativa, tal como establece la LOGSE, que deberá realizarse a través de la integración curricular de la Educación sobre Drogas.

En definitiva, creemos que no se debe banalizar esta petición de ayuda, ya que el problema de las drogas, como al conjunto de los ciudadanos, preocupa al profesorado. No caben las justificaciones de que no asumen su propia responsabilidad, cuando la propia Administración no les atienden en aquellas demandas a las que son sensibles.

5. 5. LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Asistimos en estos momentos a una situación interesante con relación al papel de la familia en nuestra sociedad, en el sentido que los padres viven con mayor preocupación la educación de sus hijos, aunque quizás en muchos casos no tengan claro cómo realizar esta tarea y cómo resolver los conflictos actuales de éstos, entre los que se encuentran las drogodependencias.

Este estado actual se debe, entre otras razones, al papel jugado desde la sociedad por las familias ante los graves conflictos que se viven por los hijos, y donde las drogas no están ausentes. Sin embargo, estos problemas se perciben con gran preocupación y, a veces, con turbulencias que llegan a generar conflictos que escapan al propio ámbito familiar.

Así, existen familias especialmente conflictivas donde se dan diversas situaciones –malos tratos, patología psiquiátrica, consumo abusivo por parte de alguno de sus miembros–, entre las cuales aumentan las probabilidades de las que pueden derivarse hijos toxicómanos. Pero, también nos encontramos con familias sin problemas aparentes que en muchos casos podríamos definir como normales, y que también llegan a tener hijos con problemas de adicción.

Por otro lado, los modelos que han pretendido explicar la entrada de los jóvenes en el mundo de las drogas, han sido modelos que en cierta medida no tenían en cuenta el papel de la familia como causa de la drogadicción. Estos modelos establecen como factores predisponentes de las conductas adictivas la presión del grupo, el acceso a la droga, junto a otros factores como los que van ligados a los ambientes de ocio juvenil. Mientras, se dejaba fuera del mundo normativo de los adultos la responsabilidad del uso de las drogas; al mismo tiempo que supone, para los adultos, delegar la responsabilidad en otros ámbitos o sectores sociales.

Para muchos, la importancia que tiene el grupo de iguales con relación a los lazos que se establecen con el consumo de drogas tiene que ver con la falta de identidad de figuras adultas

respecto a épocas pasadas y de ahí la idealización del grupo como modelo de referencia.

En estudios realizados con relación al papel de la familia se ha puesto de manifiesto la importancia de lazos de proximidad y afectividad de los adolescentes con ella como un factor de protección ante el consumo. De ahí se deriva el rol preventivo que puede jugar el ámbito familiar. Así, en aquellas familias donde existen valores que son asumidos como prioritarios en sus modelos educativos, disminuye en los adolescentes la dependencia hacia el grupo, bloqueando el proceso del grupo e identificación de éstos.

Factores como la sobreprotección, falta de comunicación, situaciones familiares conflictivas, dificultad de fijar límites en el seno familiar, el no fomento de la autonomía personal, la sobreexigencia, vienen a ser elementos que conforman conductas conflictivas que llevan al consumo de drogas. A ello, debemos unir el modelo familiar actual, donde los hijos e hijas conviven más tiempo con los padres pero sus actividades desde edades muy tempranas se realizan fuera del ámbito familiar. Por tanto, permanecen y participan más con los amigos que en el seno familiar.

Por otro lado, se viene produciendo cambios en el modelo de familia, lo que lleva a que cada vez tenga ésta que afrontar los problemas y las necesidades de sus miembros cada vez de forma más autónoma e independiente.

Podemos concluir, afirmando, que actualmente la familia está viviendo un momento de protagonismo social que probablemente no se le había conocido en épocas anteriores. Así, frente a un pasado en el que en buena parte del discurso ideológico y social se cuestionaba la familia por ser origen de presiones sociales y fuente de autoritarismo, en este momento se corresponde con un discurso social que prestigia y revaloriza la importancia y el papel de la familia resaltando su carácter mucho más democrático y su capacidad de tener un mayor protagonismo en su papel educativo.

A la hora de intervenir desde el ámbito familiar los programas deben centrarse en una serie de objetivos generales:

1. Clarificar sus propias actitudes respecto a las drogas y reflexionar acerca de su papel modélico.
2. Reforzar los aprendizajes propuestos desde el ámbito educativo, debiendo para ello tener una capacitación previa.
3. Buscar espacios de comunicación y cercanía con sus hijos e hijas acerca del alcohol y las demás drogas para afrontarlas con realismo y sin ningún tipo de temor.

Ante estos objetivos, no debemos perder de vista el papel preventivo que puede ejercer la familia. En este sentido, se viene a proponer un modelo de intervención específico para este escenario, donde las estrategias tienen que ver con:

1. El fomento de la autoestima.
2. Aumento de la asertividad.

3. Canalización de la búsqueda de sensaciones.
4. Transmisión de valores preventivos.
5. Comunicación afectiva.
6. Fortalecer en los hijos e hijas la capacidad de autocontrol, de manejo de situaciones, de toma de decisiones y de resolución de conflictos.
7. Actuar sobre la excesiva intervención de los medios de comunicación social.
8. Informarse sobre las drogodependencias. Así podrán convertirse en fuentes creíbles de información.
9. Postura firme ante las drogas: actitudes claras ante el consumo, incluyendo el alcohol.
10. Aumento de la cohesión familiar.
11. Desarrollo de expectativas positivas hacia las drogas.

Una de los espacios donde se puede trabajar en el ámbito familiar es a través de las AMPAS, ya que éstas centran su interés en la educación. La colaboración de éstas con los programas de prevención de drogas en el ámbito educativo, se puede producir a través de:

1. La promoción de programas de forma conjunta y participando en el desarrollo de actividades.
2. A través del Consejo Escolar de cada centro aportando sus propuestas en los términos que permita y apoyen estas iniciativas.
3. Interviniendo en la elaboración del Proyecto Educativo de Centro.
4. Promoviendo alternativas específicas e inespecíficas.
5. Mantenimiento de una comunicación fluida del profesorado y demás componentes de la comunidad educativa.

Para ello, las actividades pueden centrarse en cursos, seminarios, escuelas de padres, y todos aquellos que tengan una finalidad educativa y formativa.

En estos momentos, en Andalucía, la mayor parte del trabajo con familias se viene realizando desde los movimientos sociales y los programas municipales, en colaboración con el Comisionado para las Drogodependencias y la Fundación de Ayuda a las Drogodependencias. El programa de formación de Agentes Sociales que se inicia de forma semipresencial hacia mediados de los noventa, ha tenido un desarrollo a través de estrategias formativas y estructuradas con materiales específicos para ello. Posteriormente, han sido los movimientos sociales los que han impulsado con materiales propios dicho programa.

Según los datos obtenidos de las memorias del I Plan Andaluz sobre Drogas, podemos ver como en estos años ha existido un elevado número de actividades formativas en aquellos lugares donde el movimiento asociativo específico en drogodependencias cuenta con implantación.

En la valoración realizada del programa, se pone de manifiesto que la estrategia seguida es aceptada y admitida por los

profesionales que vienen trabajando en materia de drogas. No obstante, requiere del impulso necesario que permita la incorporación de un mayor número de padres y madres, al mismo tiempo que actúe dentro del ámbito educativo. Somos conscientes que las dificultades de trabajar con los colectivos de padres son muy grandes, ya que presentan muchas trabas que van desde una presencia generalizada de madres y una escasa presencia de padres o la dificultad que entraña elaborar unos contenidos que van dirigidos a colectivos muy heterogéneos con diversos niveles culturales y conocimiento en la materia.

Por tanto, afirmamos que es necesario seguir apoyando este trabajo silencioso pero al mismo tiempo eficaz, que puede ayudar a mejorar las relaciones interpersonales en el medio familiar. Es importante incidir en la creación de propuestas e iniciativas incorporando a los sectores sociales comprometidos en la tarea de prevención, junto al apoyo decidido de las Administraciones Públicas.

5. 6. LA PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

La prevención de las drogas en el ámbito laboral se debe realizar desde el consenso y el protagonismo de los agentes sociales

y desde las distintas sensibilidades que un problema de esta magnitud concentra. En cualquier caso, los planes de prevención deben realizarse con acuerdos y apoyo de las Administraciones, tal como recoge la Ley 4/1997 en su artículo 12.

La prevención de drogas en el ámbito de la empresa debe estar íntimamente ligada a la protección de la salud del trabajador ya que el fenómeno de las drogodependencias es una cuestión de salud. De esto nace la idea de que los programas de prevención para las drogodependencias deben ubicarse dentro de una política de salud laboral y deben estar basados en un modelo participativo y de consenso.

Los problemas relacionados con las drogas han sufrido enormes cambios en los últimos años, y un reflejo de ello es la importancia que adquiere en el ámbito laboral, como pudimos observar en el gráfico núm. 10. Es éste el segundo escenario que los andaluces eligen como lugar preferente para realizar prevención de las drogodependencias. Por otro lado, la evolución del consumo de drogas en el ámbito laboral también ha sufrido cambios importantes hacia una disminución del consumo por un lado y, por otro, hacia un incremento del mismo entre los trabajadores desocupados.

EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Sustancias	Población general (de 12 años en adelante)	Trabajadores (de 16 a 65 años)	
		Ocupados	Desocupados
• Tabaco(fumadores diarios)	29,5	44,1	46,6
• Alcohol (bebedores abusivos)	7,8	8,7	9,7
PSICOFÁRMACOS (último mes)			
• Tranquilizantes	5,2	3,9	7,3
• Hipnóticos	1,5	1,4	2,4
• Anfetaminas	1,2	0,3	1,3
• Analgésicos	33,0	43,0	49,1
OTRAS DROGAS (último mes)			
• Inhalables	0,1	0,1	0,0
• Cannabis	4,1	4,8	7,2
• Cocaína	1,4	1,0	2,9
• Drogas de Síntesis	1,3	0,1	1,8
• Heroína	0,5	0,1	1,2
• Alucinógenos	0,5	0,4	1,3
• Crak	*	0,1	0,2

Cuadro núm. 52: El consumo de tabaco, alcohol abusivo y otras drogas en Andalucía. Fuente: Las drogas en el mundo laboral de Andalucía (1999).

En el presente cuadro podemos ver como el consumo de drogas en los trabajadores ocupados es superior al de la población andaluza en general, en cuanto a las sustancias consumidas, siendo más importante en el caso del tabaco (10 punto más) y en los analgésicos (14,6) y más moderadas en el caso del alcohol abusivo (0,9) y cannabis (0,7). La justificación dada en el estudio anteriormente citado, es la mayor existencia de hombres que de mujeres en el empleo (3 a 1). Con respecto a los analgésicos podríamos encontrar causas que tienen que ver con los efectos producidos por ciertos empleos (dolores producidos por el ruido, insatisfacción en el trabajo, turnos rotatorios...).

Con respecto a la población desocupada, se pone de manifiesto que en este colectivo próximo a las 650.000 personas (EDIS, 1999), la prevalencia en los consumos es mayor que en el conjunto de la población y también de la población activa.

En el colectivo de parados, como se ha puesto de manifiesto en el estudio anteriormente citado, se encuentra toda una serie de factores predisponentes específicos que tienen que ver con sus propias características, entre las que destacaríamos la media de edad inferior en este grupo que en los ocupados; por tanto existe una prevalencia mayor de determinadas drogas (tabaco, alcohol y cannabis). En estos colectivos no existen diferencias de género, por lo que es previsible que la mayor presencia de psicofármacos, especialmente analgésicos y tranquilizantes, esté asociado, por un lado, a la existencia de un grupo muy numeroso de mujeres y por otro a su situación de desempleo.

Quizás, como se ha apuntado en otros estudios (Galicia, País Vasco, Madrid...), una mayor disponibilidad del tiempo libre y de ociosidad puede llegar a un mayor consumo de alcohol. Además, en el caso de las drogas ilegales debemos tener en cuenta la existencia de cierta relación entre un consumo abusivo con la incompatibilidad de realizar un trabajo.

Siendo así la situación, resulta enormemente compleja, es lamentable que este colectivo no tenga ninguna atención específica, cuando se sitúa en Andalucía en torno a un 22% de la población activa. Probablemente las dificultades de acceder a ellos sean mayores pero, en cualquier caso, la situación obliga a realizar un mayor esfuerzo. Este podría realizarse a través de las instituciones u organismos donde habitualmente acuden, o bien, a través de programas específicos dirigidos a ellos.

Las consecuencias que el consumo de drogas ocasiona en las empresas, han sido recogidas en los estudios realizados por las mutuas patronales, en los que se destacan que los accidentes mortales por consumo de drogas en el ámbito laboral suponen entre un 15 y un 30% de éstos. Junto a ello, un dato importante sitúa entre un 20 y un 25% de los accidentes laborales que afectan a los consumidores de drogas. Indudablemente el consumo de drogas en el ámbito laboral llega a tener toda una serie de consecuencias, entre las que destacamos la

sensación de falsa seguridad, lentitud de reflejos, y lentitud de respuestas ante el peligro, incrementando todos ellos de forma notable los riesgos de accidente laborales.

Podemos concluir afirmando que los costes económicos del abuso de drogas, en el mundo empresarial, son enormes si los comparamos con los recursos utilizados en prevención, tratamiento, investigación y acciones legales. No llegan, por tanto, a cubrir ni el veinticinco por ciento de las pérdidas producidas por la falta de producción debida a la mortalidad y morbilidad, a lo que se une la pérdida de calidad de vida de los propios trabajadores.

Tampoco debemos obviar como, para muchos trabajadores, el consumo de drogas supone su propia degradación y la pérdida del puesto de trabajo, a lo que se une el mayor número de imprudencias producidas con consecuencias nefastas, no sólo para ellos sino también para otros ciudadanos.

Sin embargo, y a tenor de los datos aportados por la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias, son aún muy escasas las actuaciones que se vienen realizando en este ámbito. Desde el año 1994, en que se firma el protocolo de la Junta de Andalucía con los Agentes Sociales (CEA, UGT y CCOO), sólo las Centrales Sindicales mayoritarias, a partir de 1995, han seguido desarrollando los compromisos asumidos en éste protocolo. Mientras, la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA), hasta el año 2001 que firma el primer convenio, se ha mantenido al margen por discrepancias en temas referido a la Ley de Drogas, con relación al alcohol y las limitaciones a la publicidad. Al parecer la causa podría estar en la posición mantenida con respecto al tratamiento realizado en la Ley de Drogas al tema del alcohol, lo que ha dado origen a esta situación, lo que supone no reconocer lo recogido en la Ley 4/1997.

Llama la atención en este ámbito el escaso número de programas y actuaciones existentes debido a las pocas intervenciones detectadas, así como las que han existido tienen un carácter puntual y poco han servido a la prevención. La existencia de programas estructurados y con carácter de continuidad queda limitada a las grandes empresas.

Una posible justificación de esta situación tiene que ver con el concepto que sobre la salud tienen las propias empresas, considerando las drogas como un problema menor que al ser abordado por éstas puede perjudicar su imagen. Por otro lado, y desde el punto de vista del trabajador, el problema drogas es un problema ocultado ya que, de ponerse de manifiesto, no sólo trae mala imagen personal sino que puede tener repercusiones negativas para él. La existencia de programas internos de prevención de drogas, puede suponer su vinculación con problemas en la propia organización.

Por todo ello, la empresa tiene responsabilidad de intervenir al existir en su entorno condiciones de riesgo y, sobre todo,

cuando nos aproximamos a aquellos sectores en los que se dan condiciones especiales de trabajo, horarios, insatisfacción en la función, cansancio acumulado, movilidad, etc. Todos ellos, pueden ser causas o factores que inciten al consumo, como se ha puesto de manifiesto en varios estudios realizados al respecto (EDIS 1999, Navarro, J. 2000,...).

Con relación a las actuaciones llevadas a cabo en el ámbito laboral viene constatándose su carácter puntual. Quizás, como experiencia a destacar hace unos años, la realizada en 1992 por la empresa Sevillana de Electricidad, que llevó a cabo un proyecto de intervención dirigido a la sensibilización de los trabajadores con relación a las drogas, que tuvo una vigencia de dos años aproximadamente. Desde esta primera experiencia y hasta ahora, que ha existido una mayor implicación de las Centrales Sindicales mayoritarias, las actuaciones se han realizado desde unas mínimas estructuras creadas al respecto que acogen y coordinan los programas en el ámbito de las empresas. Estructuras a todas luces insuficientes para desarrollar programas de prevención y de asesoramiento a los trabajadores, máxime cuando se reciben fondos específicos del Plan Nacional sobre Drogas para este concepto.

Los programas de prevención de drogas en el ámbito laboral, deben cumplir una serie de requisitos de mínimos, que pasarían por ser específicos para la empresa, con una orientación funcional e implicados dentro de una política empresarial de salud y de drogas dentro de la propia empresa.

Además, éstos deberían catalogarse en dos grupos de programas. Un primer grupo estaría constituido por aquellos que son dirigidos exclusivamente a actuaciones preventivas, con claro sentido de sensibilización y concienciación del problema y, un segundo grupo, donde se situarían aquellos otros que se deberían integrar en actuaciones tanto preventivas y asistenciales como de incorporación social. Estos últimos se corresponderían con el modelo seguido por las grandes empresas en nuestro país que, habiendo sido recogidos por convenio con los trabajadores, se mantienen desde el consenso de empresas y trabajadores.

Por último, con relación al diagnóstico de situación en que se encuentran actualmente los programas de prevención en el ámbito laboral, hemos podido detectar lo siguiente:

- Existen muchas dificultades para adaptar las estrategias que vienen realizándose en las grandes empresas al sector de la pequeña empresa. Debe tenerse en consideración que en Andalucía el sector empresarial más importante es el de la pequeña y mediana empresa.

- Existen pocos técnicos formados en la materia y con capacidad de realizar actuaciones acordes a los principios de la prevención de drogas.

- Existen pocos estudios de necesidad realizados en este ámbito y, los pocos existentes, están mediatizados con relación

a los posibles datos que nos puedan ofrecer ante el temor de conocer la realidad en los distintos centros de trabajo.

- Se detecta una débil coordinación por parte de la Administración en este ámbito, llegando a tener una escasa incidencia técnica en esta materia sobre los agentes sociales que vienen trabajando en ella. Esto se materializa en una importante descoordinación a la hora de realizar las actividades.

Por ello, los escasos recursos existentes están descoordinados y a veces obedecen a criterios personales, poco representativos de las posibles necesidades existentes.

Además, las escasas actuaciones existentes en este ámbito no llegan a estar coordinadas con otras que se puedan estar realizando en el ámbito comunitario o educativo. Se convierten así en acciones aisladas y no asimiladas a un contexto determinado que permitiera hablar de programas.

- Los objetivos que se persiguen son muy limitados (informar, sensibilizar, formar), sin que se conozca la incidencia real de las actuaciones preventivas por falta de indicadores de evaluación.

- Faltan criterios mínimos de calidad en los programas, desconocimiento de estudios previos con relación a los factores de riesgos asociados a los consumos, estudios sobre la realidad social de los sectores laborales, definición clara de objetivos, inclusión de estrategias significativas y con posibilidad de ser evaluadas, rigor metodológico, etc.

- Es necesario un marco normativo laboral adecuado que recoja la existencia de estos programas.

- Se deben integrar estas actuaciones dentro de una política general de Salud, para así vincularlas a las situaciones de enfermedad que son recogidas como normales.

- Las Administraciones deben apoyar los programas que se pretendan realizar, aunque previamente se deben establecer unos criterios técnicos de mínimos que garanticen la calidad de los programas. No puede quedar su papel reducido al reparto de subvenciones sin control sobre las propias actuaciones.

- La existencia de una política empresarial en esta materia, debe consensuarse con los trabajadores; en concreto, los aspectos referentes a:

- * La confidencialidad de la información.

- * La estabilidad laboral.

- * Prestaciones por parte de la empresa.

- * Medidas disciplinarias.

- Por último, resaltar la importancia que supone incluir las drogodependencias como una enfermedad común en el mundo de trabajo, que lleve a garantizar la baja laboral como cualquier otra situación o enfermedad.

5. 6. 1. ASPECTOS NORMATIVOS

En la actual legislación sobre drogas encontramos una fuente de conflicto al enfrentarnos con la existencia, aún en vigor, del artículo 54.2. f) del Estatuto de los Trabajadores, que recoge como causa de despido disciplinario "la embriaguez habitual o toxicomanías si repercuten negativamente en el trabajador". La necesidad de suprimir este artículo es una exigencia puesta de manifiesto por las Centrales Sindicales mayoritarias, que ven en su existencia un elemento de presión de las empresas contra los trabajadores ante las situaciones de consumo que supone un tratamiento discriminatorio y de no reconocimiento de la enfermedad. No obstante, desde la Delegación del Gobierno para el PND se ha solicitado la supresión del mismo, encontrándose en estos momentos pendiente de aprobación en el Parlamento de la Nación.

Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta cuál es la percepción de los ciudadanos ante el consumo de drogas en el ámbito laboral. Así, en el último estudio realizado de la serie "Los Andaluces ante las drogas VII" se incorpora una cuestión que tiene que ver con el despido por el uso de drogas en el trabajo. Dicha pregunta es formulada de la siguiente manera, ¿cree Ud. que debe sancionarse con el despido el uso de drogas en el trabajo?, ¿y si hay un proceso de rehabilitación?.

¿DEBE SANCIONARSE CON EL DESPIDO EL USO DE DROGAS EN EL TRABAJO?

	%
No, en ningún caso	15,4
No, si hay rehabilitación	49,3
Sí, en todos los casos	29,7
NS/NC	5,6
Total	100,0
Base	(2.500)

Cuadro núm. 53: Debe sancionarse con el despido el uso de drogas en el trabajo. Fuente: Los Andaluces ante las drogas VII (2001).

Observamos como la mayoría de los ciudadanos entienden que el despido no es una forma de resolver los conflictos de las drogas en el ámbito laboral. Sólo tres de cada diez son partidarios del despido en todos los casos, mientras que el porcentaje que se opone es mucho mayor. Pone ello de manifiesto la importancia que tiene la derogación de dicho artículo de nuestro ordenamiento laboral, y encuadrar el tema de las toxicomanías en lo establecido del artículo 45.1.c) donde se considera causa de suspensión de contrato "La incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional de los trabajadores". Es éste el marco en que se deben abordar las drogodependencias en las empresas, a partir de lo establecido en la Ley 4/1997 de Pre-

vención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 4, al considerar ésta "como una enfermedad de carácter social".

En este sentido, el artículo 12 de la Ley 4/1997 supone un avance importante, anteriormente recogido en la Ley de Drogas de Galicia, al establecer, de forma expresa, actuaciones y propuestas que pretenden, por un lado, incentivar las actuaciones preventivas en el ámbito de las empresas y, por otro, preservar el puesto de trabajo en el ámbito de la Administración a las personas drogodependientes, así como establecer el compromiso de fomentar en las organizaciones empresariales los acuerdos que permitan la reserva del puesto de trabajo en este ámbito.

No obstante, hasta la fecha, se ha avanzado muy poco en esta materia. Según lo establecido en el apartado 2 de dicho artículo, "reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder hacer efectiva esta reserva del puesto de trabajo". Se desconoce como se hará efectivo dicho compromiso, con lo que aún resulta más difícil avanzar en el ámbito de la empresa privada que en las Administraciones Públicas.

Para subsanar esta situación compleja que se ha ido estableciendo en el ámbito laboral, con relación al consumo de alcohol y otras drogas, la Ley 31/ 1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, viene a desarrollar una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo. Es objeto de esta Ley promover la seguridad, la salud de los trabajadores y la aplicación de medidas y el desarrollo de actividades para la prevención de riesgos derivados del trabajo. De forma específica queremos hacer mención al artículo 22, en el que se hace referencia a la vigilancia de la salud de los trabajadores recogiendo, por un lado, la obligación del empresario a garantizar ésta a través de un servicio de vigilancia periódica de su estado de salud en relación a los riesgos inherentes del trabajo y, por otro, que esta vigilancia queda a potestad de trabajador.

5. 6. 2. RECOMENDACIONES PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN EL ÁMBITO LABORAL

- Las estrategias para intervenir preventivamente en las empresas y en los lugares de trabajo se llevan a cabo mediante la elaboración de planes de prevención específicos que nacen del acuerdo entra las partes.
- La empresa se constituye en un espacio estructurado del tiempo y de la actividad de las personas, y donde existen equipos cualificados y estructuras organizativas en principio idóneas para la realización de programas preventivos.
- La realización de diversas iniciativas en estos años en el ámbito laboral, nos lleva, al igual que hemos realizado en otros escenarios de la prevención, a establecer una serie de reco-

mendaciones que pueden ser útiles para mejorar dichas iniciativas:

- Necesidad de comprender la especificidad de las actuaciones en este ámbito, dadas las características peculiares que supone el público objetivo.

- Se deben establecer e identificar los riesgos existentes en el ámbito de las propias empresas, ya que si son evaluados se podría determinar la importancia del problema.

- Las actuaciones se deben integrar en un plan general conjunto en el marco de la empresa y adecuado a la realidad objeto de la intervención.

- El Plan de prevención debe estar consensuado entre los representantes de los trabajadores y de las empresas y ligado íntimamente a la protección de la Salud del trabajador.

- Es necesario el apoyo externo de la Red de Atención de las Drogodependencias y de sus profesionales, que pueden ser un buen soporte para apoyar y asesorar a los delegados de prevención en las empresas que, como interlocutores, pueden coordinar las actuaciones de prevención de las drogodependencias.

- La asistencia a la población afectada debe incluir la confidencialidad de la información, así como garantizar su estabilidad laboral.

- Como contrapartida a estas actuaciones, la empresa debe instar al trabajador a buscar orientación de forma voluntaria e individualizada, al mismo tiempo que los trabajadores deben reconocer su responsabilidad en la búsqueda de su salud y de la colectividad.

- Debemos, por tanto, concluir haciendo mención de nuevo a la Ley 4/1997, donde se recoge que se debe garantizar el puesto de trabajo para aquellos que son consumidores de drogas, ante la realidad de enfrentarnos con una enfermedad.

- Ante esta realidad, y a tenor de la experiencia de estos últimos años, podemos afirmar que existe una escasa continuidad en las acciones preventivas, unido a la ausencia de un marco legal adecuado y a la pasividad de algunos sectores sociales.

- En este sentido, deben ser las Administraciones Públicas las que deben promover e incentivar la implicación de los agentes sociales en el ámbito de las empresas, a través de acuerdos o convenios que fijen los objetivos y estrategias que permitan ejercer un auténtico papel preventivo en éstas.

5. 7. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En los últimos años se viene observando como la prevención de las drogodependencias es utilizada desde las Administraciones Públicas con un carácter claramente recurrente. Cen-

tran sus actuaciones en subvencionar proyectos que realizan otras instituciones, impidiendo de esta forma el desarrollo de un modelo de prevención que sirva de guía y referencia de los programas o, al menos, el diseño de propuestas programáticas que orienten éstos a nivel de la Comunidad Autónoma.

A nivel general, son las acciones de información y sensibilización las más utilizadas, al ser éstas estrategias que desde el punto de vista social proyecta la imagen institucional. Esta idea, se ve fortalecida en estos momentos al ser una de las actuaciones más percibidas por los ciudadanos, aunque de escasos resultados.

En estos momentos, existe un mayor nivel de conocimiento y formación de los profesionales que trabajan en esta área, lo que debe servir para dotarles de un mayor nivel de autonomía y de reconocimiento a su tarea. Este debe partir de los órganos de decisión, respetando sus propuestas y recomendaciones, como una manera de valorar no sólo el trabajo realizado sino el mejor sistema objetivo de dotación y aprobación de los proyectos.

No obstante, es necesario destacar las acciones y aspectos positivos obtenidos en estos años en el campo de la prevención de las drogodependencias:

- Ha aumentado el número de programas preventivos con diversos grados de calidad.

- Se han desarrollado diferentes pero similares procedimientos de planificación y evaluación de programas.

- Se han creado las condiciones que posibilitan realizar un análisis sistemático y un seguimiento del área que lleven al conocimiento de la situación y a un aumento sustancial de la calidad de las actuaciones.

- Ha existido una cierta disponibilidad de un sistema de recogida y difusión de los programas, aunque en estos momentos ello sea insuficiente o no se esté utilizando adecuadamente.

- Se ha favorecido la implicación de la sociedad civil en la política social de la prevención comunitaria.

- Se han realizado algunos materiales interesantes de información y de formación sobre prevención de las drogodependencias.

- Ha existido, al menos durante algunos años, un seguimiento y control de la coherencia (formal, organizativa, operativa y metodológica) de los planes comunitarios con finalidad declarada.

- Se ha favorecido el crecimiento y desarrollo de la intervención de las Administraciones Locales y las ONG favoreciendo la creación de una red pública de programas y servicios.

- Por último, y en relación a los programas de prevención de drogas, debemos incidir en algunos aspectos de carácter general y específicos que atañen a éstos en función de los sectores donde se aplican:

5. 7. 1. PROPUESTAS GENERALES REFERIDAS A LOS PROGRAMAS

1. Es necesario incrementar y consolidar los recursos dirigidos al campo de la prevención.

2. Es necesario, como establece la Estrategia Nacional para la prevención de drogas para el periodo 2000-2008, en su apartado 5.2, como propuesta aceptada por el Plan Nacional sobre Drogas, crear un sistema de autorización y acreditación de programas preventivos, así como para la homologación de materiales, ajustados a los criterios acordado por todas las Comunidades Autónomas.

3. Siguiendo la Estrategia Nacional para el periodo 2000-2008, en el año 2003 se habrá elaborado un catálogo de programas y materiales autorizados, con el objeto de ejercer un cierto control sobre los instrumentos que se vienen utilizando en estos momentos en prevención. Esta medida permitirá la existencia de un cierto consenso sobre las actuaciones preventivas.

4. Es necesario partir de una terminología común que permita la creación de sistemas, métodos e instrumentos compartidos y vinculados a la recogida y análisis de la información, como fuente de cambio y planificación.

5. Se deben consolidar los recursos destinados a la prevención de drogas. En este sentido, se deben establecer las garantías necesarias para dar continuidad a los programas.

6. En estos momentos existe una fuerte preocupación por el consumo de alcohol en los jóvenes, debido a que es la sustancia de mayor proyección nociva entre éstos. Intervenir sobre esta sustancia, desde los primeros niveles de la educación, es una forma de evitar que en la madurez aparezcan problemas de índole sanitario. Prevenir el uso inadecuado de alcohol puede ser la estrategia más adecuada para prevenir el consumo de otras drogas.

7. Se debe incidir en el análisis de los factores de riesgo como un elemento de planificación para la prevención de drogas.

8. Hay que potenciar la coordinación entre los distintos departamentos de los Ayuntamientos de cara a apoyar las programas municipales de prevención de drogas. Además, éstos deberán contar con la iniciativa social organizada a través de los movimientos vecinales y asociativos.

9. La existencia de un Plan Municipal de drogas debe ser un requisito para acceder a las subvenciones en materia de drogas, tanto para la realización de convenios como para recibir ayudas para el programa "Ciudades ante las Drogas".

10. Se debe apoyar la integración de la comunidad educativa en los programas preventivos. La formación del profesorado, así como la de los padres y madres, viene a ser uno de los pilares fundamentales para llegar a incidir en los alumnos. La ausencia, a veces, de la comunidad educativa en las tareas preventivas, llega a ser un referente claro de la falta de implantación de programas preventivos en este sector, impidiendo que los efectos deseados de las intervenciones lleguen a calar

en los destinatarios del mismo. Además, viene a poner de manifiesto la escasa tradición de trabajo en equipo entre la familia y otras instituciones.

11. Se deben aplicar las medidas legales encaminadas al control de la oferta, sin menoscabo de los derechos de los ciudadanos. En este sentido habría que ir al desarrollo normativo existente en la Ley 4/1997 en relación a las medidas dirigidas a la venta y el consumo con relación mínima establecida, en función de los lugares de venta y su control, así como a los lugares de producción.

12. Se debe vincular a la trayectoria de cada centro y a las diferentes culturas pedagógicas (individuales y colectivas) que en torno a ella conviven la práctica innovadora en relación a la cultura de la prevención de las drogas. Ello supone que las prácticas que se realicen en el entorno educativo tengan reflejo dentro de los propios centros.

13. Es necesario seguir trabajando en las políticas de prevención en la reducción del daño, ya que éstas han sido un claro referente que en Andalucía, en un momento donde se detecta un consumo abusivo y con consecuencias graves en determinados foros de diversión de los jóvenes.

No obstante, éstas deben estar sometidas a criterios claros de evaluación y de control.

14. Es necesario hacer cumplir las leyes establecidas para el control de la oferta. Las Administraciones deben cumplir con éstas para evitar en el futuro un mayor deterioro de la situación que produzcan daños irreparables y, lo que es más lamentable, lleven a los ciudadanos al convencimiento de que éstas no sirven.

15. Con relación a los posibles daños a terceros y a la sociedad en general, también los jóvenes y adolescentes deben entender las limitaciones como algo exigible a todos, aquí podríamos situar los aspectos que tienen que ver con el control de la oferta y las denominadas políticas de contención o coercitivas. En este sentido, las propuestas se deben centrar en cuestiones como: promover la responsabilidad, proteger a personas vulnerables, prevenir riesgos a terceros, gestionar los límites y ordenar las conductas.

16. Hay que evitar el enfoque estereotipado y globalizador de la juventud que viene a poner de manifiesto la idea de que todos los jóvenes son iguales, con respecto a su relación con el consumo de drogas. También hay que desdeñar la idea de que el alargamiento de etapas en los ciclos vitales está llevando a una serie de comportamientos en los jóvenes que les hacen merecedores de calificativos y rechazos del mundo de los adultos. Esta idea está llevando a que estas expectativas se utilizan para sustentar un futuro ideal o para demorar en el tiempo la resolución de los conflictos que éstos tienen.

17. Las Organizaciones no Gubernamentales deben cumplir un importante papel en la prevención de drogas, sobre todo

centrándose en el ámbito familiar donde pueden convertirse en referentes. En este sentido, la Administración competente debe articular un sistema de control de los programas subvencionados obligando al cumplimiento de unos requisitos de mínimos con relación a la calidad de éstos.

18. Con relación a los jóvenes, debemos tener en cuenta que la mejor manera de abordar los conflictos de éstos pasa por la realización de políticas activas. Estas deben actuar para desactivar la actual situación que lleva a muchos jóvenes a buscar niveles de satisfacción en determinadas formas de diversión en las que están presentes los consumos de drogas.

19. Si algo se ha puesto de manifiesto en estos años en prevención es que a medida que existen proyectos de vida bien definidos las drogas no llegan a ocupar un espacio en la vida de éstos.

5. 7. 2. PROPUESTAS ESPECÍFICAS

5. 7. 2. 1. Con relación a las propuestas y programas de formación e investigación

1. Hay que validar los procesos formativos que se están llevando a cabo como una de las actividades más potentes de los programas. Para ello, es necesario contar con una política clara en esta materia.

2. Se debe incidir en la formación de mediadores sociales, como elemento de aproximación a los colectivos y grupos donde se debe incidir en prevención de drogas.

3. Es imprescindible potenciar la investigación en el campo de la prevención de drogas, abriendo líneas de colaboración con las Universidades y Departamentos universitarios que en estos años se han vinculado a esta materia. Para ello, se deben priorizar las líneas de investigación ante la necesidad de intervenir en los distintos aspectos del problema de las adicciones.

Se sigue actuando por intuición y en pocas ocasiones se aportan datos referidos al análisis de la realidad donde se pretenda intervenir.

4. Se deben explotar los datos que se consideren más útiles para la planificación de los servicios y programas, basándose en una comunicación regular con los profesionales. De esta forma se evitará que la creación de programas y recursos se produzca sin el control técnico necesario que avalen su eficacia.

5. Se debe contribuir al desarrollo de estrategias de investigación sobre los efectos de las drogas y sobre la utilización de técnicas apropiadas a los fines de la prevención.

6. Se debe contribuir a la definición, experimentación y desarrollo de los mejores instrumentos y métodos de información y de educación para grupos, favoreciendo la información adaptada a ambientes o entornos determinados como prioritarios y teniendo en cuenta la evolución de los modos de consumo y de los productos consumidos, así como del fenómeno en su conjunto.

7. Con relación a los grupos vulnerables, estas estrategias deben estar adaptadas a ellos, donde se tengan en cuenta las características y las tendencias que éstos manifiesten. En relación al universo de los jóvenes hoy podemos hablar de población vulnerable en su totalidad.

5. 7. 2. 2. Con relación a los programas de prevención comunitaria

1. Se debe incidir a la temporalidad de los programas de prevención para poder garantizar su continuidad. Así, la convocatoria del programa “Ciudades ante las Drogas” o los programas subvencionados al movimiento asociativo deberían contar con periodos de aprobación y ejecución no inferior a tres años. Existiendo al final una evaluación de estas actuaciones que sea el soporte para futuras actuaciones.

2. Es necesario dar difusión a los datos e informaciones producidas por los programas, de esta forma se dará a conocer el trabajo que en esta materia se viene realizando en Andalucía.

3. Se debe fortalecer el consenso entre los profesionales y responsables políticos, sobre todo en las estrategias y programas de prevención comunitaria. Dicha disfunción está presente a la hora de articular las estrategias y actividades.

4. El conjunto de programas y actuaciones preventivas deben contextualizarse desde la prevención comunitaria, ya que en todos los casos la incidencia, al final, es sobre el conjunto de la comunidad.

5. 7. 2. 3. Con relación a los programas de prevención en el ámbito educativo

1. En los programas preventivos dirigidos a los escolares debemos conseguir mayores niveles de satisfacción en la población objeto. Ello, es posible en la medida que se articulan instrumentos y actuaciones dimensionados a las características e intereses de los alumnos.

2. La falta de materiales curriculares para la prevención de drogas ha sido siempre un obstáculo para el profesorado, por lo que se ve obligado a realizar un mayor esfuerzo para trabajar la transversalidad desde el aula, ya que no en todos los casos existen materiales que trabajen desde ésta perspectiva en las distintas asignaturas. En este sentido, la propuesta pasa por trabajar en la elaboración de actividades preventivas que se puedan desarrollar las distintas materias existentes tanto desde la perspectiva de la transversalidad como desde su ubicación en los periodos de tutorías.

3. Con relación a la formación del profesorado en materia de drogas, se debe tender a integrar la teoría y la práctica para que se establezca un intercambio constante entre los conocimientos teóricos y su aplicación en el aula. Esta formación debe adecuarse a la realidad científica y al manejo de las nuevas tecnologías que hacen más didáctica la acción formativa.

4. Se deben revisar los diseños y la organización del actual sistema que existe para la prevención de drogas en el ámbito educativo, dado el actual desorden existente en esta materia. Es necesario favorecer una política de educación sobre drogas como componente básico de la educación.

5. La voluntariedad en la participación de los programas llega a ser a veces un factor determinante para la calidad de la respuesta educativa, aunque al mismo tiempo se convierte en una dificultad tanto a la respuesta educativa, como a la planificación de los servicios.

6. Ante la ausencia de recursos específicos y cualificados que coordinen la prevención en el ámbito educativo, se deben crear estructuras estables, al mismo tiempo que se deben aprovechar los recursos existentes como pueden ser los Equipos de Orientación Educativa (EOE), los Orientadores Escolares, Centros de Formación del Profesorado y Coordinadores del Programa Ciudades ante las Drogas.

7. Actualmente no existe un programa sistematizado para la prevención en el ámbito educativo. Por ello, debe ser una prioridad la elaboración de un programa de prevención con garantía de continuidad, que al mismo tiempo esté consensuado con los propios docentes e integre los distintos instrumentos existentes (DINO, ÓRDAGO, Y tú ¿qué piensas?).

8. Es imprescindible la incorporación de materias de prevención de las drogas en el ámbito educativo dentro de las Escuelas de Formación del Profesorado, para que ésta llegue a tener visos de continuidad en el futuro y que permita a los futuros docentes enfrentarse a ella con absoluta tranquilidad.

9. En cuanto a las estrategias de intervención en el ámbito educativo, es necesaria la coordinación entre las Consejerías responsables. Éste se debe proyectar a los órganos provinciales y en ámbitos territoriales más reducidos.

Al mismo tiempo, se debe vincular la prevención en el ámbito educativo, comunitario y familiar.

10. Aunque la Educación para Salud, y dentro de ésta la prevención de drogas, se integra como materia transversal a todo el currículum de las distintas etapas educativas, se debería pro-

ría proponer su inclusión dentro de las finalidades educativas en cada centro docente. Para ello, habría que plantear la necesidad de realizar un marco normativo adecuado que comprometa a las Administraciones competentes, y que permita su inclusión en los centros de enseñanza.

11. Se deben priorizar las actuaciones sobre los colectivos de alto riesgo dentro de los Centros de Enseñanza, ya que la propia LOGSE hace hincapié en compensar las desigualdades en los alumnos.

12. Es necesario seguir ofertando materiales curriculares, orientaciones y guías formativas para el profesorado en sus distintos niveles. Ello supone también que se adopten las medidas de ordenación necesarias para desarrollar distintas modalidades de acción educativa y procesos de colaboración y coordinación entre los distintos niveles y centros educativos.

13. Por último, es necesario el trabajo de apoyo educativo a la comunidad en materia de drogas desde los programas y recurso especializados, buscando de esta forma la implicación social de todos en esta tarea. Sólo así existirán garantías de éxito en este ámbito.

5. 7. 2. 4. Con relación a los programas en el ámbito laboral

1. En el ámbito laboral, las vías de intervención en el problema de las drogodependencias pasan por mejorar las condiciones de trabajo de los empleados, así como por establecer en las empresas planes de prevención y de rehabilitación para los trabajadores drogodependientes.

En este sentido, la Administración Pública deben reforzar sus líneas de intervención en este ámbito, creando mesas de coordinación donde participen los representantes de los empleados como de los empleadores.

2. Y para terminar, se deben promover y apoyar las iniciativas dirigidas a los programas de formación complementaria, así como la realización de material pedagógico para aquellos agentes sociales que tengan posibilidades para establecer contacto con consumidores de drogas y grupos de riesgo.

6. LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN DROGODEPENDENCIAS

6. 1. LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

El concepto de intervención viene a definirse como toda actividad dirigida a superar las posibles deficiencias, limitaciones y obstáculos, impulsando un cambio o el mantenimiento de cualquier conducta. Es por ello un proceso temporal que puede producirse en cualquier momento, independiente del método elegido o el modelo de intervención decidido (Sánchez Pardo, 1997:93-107).

Parece claro que todo tratamiento supone una contrastación con una realidad, que lleva a evaluarse para producir un cambio o, al menos, para conseguir unos objetivos de mejora. En este sentido, es básica la fase de seguimiento del paciente, en cuanto supone que a una mayor frecuencia e intensidad de éste se pueden alcanzar mejores resultados.

Uno de los momentos más importante en el tratamiento de las drogodependencias es el de la acogida del paciente, cuando llega por primera vez al recurso. La forma como se realice ésta puede facilitar la adherencia o el rechazo a los mismos. Insistimos en la importancia de este aspecto del tratamiento, ya que el drogodependiente es un enfermo bastante "atípico", dentro del concepto de enfermedad. Su momento no es el mismo que los de cualquier paciente cuando solicita ayuda para atajar sus males, ni responde a los tratamientos con la lógica sistemática que se responde a cualquier otra enfermedad. Esta condición debe tenerse muy en cuenta a la hora de establecer los programas y las estrategias de intervención, ya que no responderá a lo previsto en todos los casos.

Podemos decir que las adicciones constituyen un fenómeno complejo, con multitud de situaciones y donde están implicados factores de muy diversa índole, no existiendo una causalidad lineal. Ello determina el modelo de intervención y de tratamiento, al mismo tiempo que éste resulta cuando menos complejo.

A lo largo de estos años, el modelo de tratamiento de las drogodependencias se ha definido como modelo biopsicosocial, como modelo universalmente aceptado. Este concepto surge a mediados de los ochenta, y pone de manifiesto el carácter interdisciplinar de la intervención en este ámbito. A partir de ese momento, adquiere un mayor protagonismo la intervención psicológica y social, al entenderse que es ahí donde se encuentran muchos de los conflictos previos que se dan en las drogodependencias y en las formas de abordarlos.

No obstante, existe consenso sobre los distintos planos de la intervención, como es el biológico, el psicológico y el social,

que han sido aplicados a las distintas fases del tratamiento (desintoxicación, deshabitación e incorporación social). Cada una de ellas se realiza a partir de las distintas prácticas profesionales: la médica, la psicológica y la correspondiente a los profesionales del ámbito de lo social y educativo. No obstante, en estos momentos, y así ha sido puesto de manifiesto por los técnicos de los centros, existe un modelo de intervención multidisciplinar donde se participa de forma conjunta con la aportación de todos.

Sin embargo, el debate parece centrarse en los últimos años en considerar las adicciones como un trastorno de base orgánica o la elección de un determinado modelo de vida, sujeto a unas consideraciones y situaciones previas. Cada uno de los modelos lleva a un determinado tipo de tratamiento

Las intervenciones realizadas desde los equipos existentes en los recursos de atención están vinculadas a determinadas metodologías que se aplican en función de las características y perfiles de los pacientes y en base a las diferentes teorías y enfoques.

El modelo de intervención en drogodependencias se fundamenta en el trabajo realizado por los equipos multidisciplinarios y desde la interdisciplinariedad de las actuaciones. No obstante, este modo de operar en los centros de tratamiento a veces no coincide con la realidad, debido a varias razones: las actuales dificultades existentes en el ámbito asistencial de las drogas, la entidad de las actuaciones que se desarrollan (desintoxicación, rehabilitación e incorporación social), la entidad del propio ejercicio profesional (deontología profesional), la ideología y la homogeneidad de los mensajes, la variedad de recursos y la propia idiosincrasia personal de los profesionales desde su formación y capacitación profesional para el desempeño de su tarea.

En cualquier caso, lo que sí parece claro es que estamos ante una cuestión que atañe a la propia práctica profesional en relación a la formación recibida, donde debemos reconocer que el modelo de intervención es una realidad que se sustenta en el trabajo que se realiza en los distintos recursos de atención, aunque exista en estos momentos espacio para su mejora y ampliación.

Con relación a los tratamientos de las drogodependencias, hemos podido detectar toda una serie de elementos implicados en los mismos que afectan de forma importante a la intervención y que tienen que ver con:

1. La/s sustancia/s consumidas que, por sus características farmacológicas, producen una serie de efectos.

2. La estructura de personalidad de los propios drogodependientes, previa y/o posterior al abuso de drogas

3. El medio ambiente con el que interactuó e interactúa el drogodependiente: familia, compañeros, amigos, barrio, etc., sin que debamos olvidar los factores políticos, culturales y económicos.

4. El grado de responsabilidad atribuible al drogodependiente, que lleva al carácter voluntario del tratamiento o a la exigencia de recibir éste como responsabilidad que atañe al profesional.

Todo este entramado de aspectos configura la personalidad del drogodependiente. No obstante, como ya se ha puesto de manifiesto, todas estas situaciones cambian y se modifican con el paso del tiempo, y ello hace que en estos momentos asistamos a la presencia de diversos perfiles de personas que presentan conflictos con las drogas y con otras adicciones y que conviven con los que llevan años de consumo. De aquellos primeros consumidores, hoy encontramos personas muy deterioradas con escasos recursos y medios para subsistir fuera del mundo de las drogas y que, por su condición de marginados, no se les están ofreciendo alternativas suficientemente adecuadas al momento y necesidades.

Como ya hemos comentado, en las drogodependencias se viene interviniendo desde comienzos de los años ochenta, a través de diversos modelos y recursos terapéuticos: unidades hospitalarias de desintoxicación, comunidades terapéuticas, centros ambulatorios, centros de día, pisos de reinserción, etc. En cada uno de ellos se llevan a cabo distintas estrategias de intervención desde las que se pretende dar respuesta coordinada al problema, abordándolo desde las distintas perspectivas existentes (biológica, psíquica y social), hasta aquéllas que de forma más específica abordan el tema en una fase muy concreta del tratamiento.

Además, la propia evolución de los consumos y la mayor demanda de los consumidores ha venido a incrementar la

carga asistencial que implican los problemas de drogas en los distintos niveles sanitario y social, por lo que en estos años muchos de estos programas se realizan conjuntamente con el Servicio Andaluz de Salud (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Programa de Mantenimiento con Metadona, análisis clínicos). Estas estrategias compartidas se inician a comienzo de los años noventa, tras el compromiso surgido en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de involucrarse más en este tipo de actuaciones.

Sin embargo, a pesar de que en un primer momento existió una implicación positiva del Sistema de Salud, en estos años se ha avanzado poco con relación a la intervención sanitaria, entre otras razones, debido a la escasa existencia de protocolos de actuación conjuntos que incidieran en los temas asistenciales (médicos y psicológicos) aplicados, así como a la ausencia de un desarrollo normativo que ratificara este compromiso. No obstante, recientemente se ha elaborado un protocolo interconsulta para pacientes que presentan una patología dual.

Otra cuestión será ver las posibilidades de implantación de estos protocolos, más allá de la voluntad de los servicios encargados de la planificación. Además, previo a esto, sería necesario definir el protagonismo de la red de centros de drogodependencias, para establecer nítidamente donde se ubicarían, dando mayor participación a los equipos profesionales.

También observamos en este periodo la falta de conocimiento y de relación a nivel institucional entre las redes asistenciales del Servicio de Salud y del Comisionado para las Drogodependencias. Ello, se pone de manifiesto en las declaraciones realizadas por los profesionales de la Atención Primaria al respecto, así como en las valoraciones de los servicios especializados en una investigación de la FAD (Megías, 2001:204-205).

En este sentido, son significativos los cuadros siguientes donde se recogen datos comparativos con otras Comunidades Autónomas.

TIPO DE CONTACTO MANTENIDO Y VALORACIÓN DE LA COORDINACIÓN CON LOS RECURSOS ESPECIALIZADOS EN DROGODEPENDENCIAS, SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA (%)

	Andalucía	Castilla y León	Madrid	País Vasco	C. Valencia	Resto CCAA
Ninguno	35,9	49,2	39,1	14,9	24,5	27,3
Contacto telefónico	37,5	30,5	37,5	75,7	60,9	56,9
Reuniones Informales	21,4	16,1	17,2	6,8	9,1	13,1
Reuniones formales	5,2	4,2	6,3	2,7	5,5	2,7
N	192,0	118,0	128,0	74,0	110,0	260,0

	Andalucía	Castilla y León	Madrid	País Vasco	C. Valencia	Resto CCAA
Valoración Sobre La Coordinación						
Mala y muy mala	31,9	50,4	39,8	41,1	27,7	40,4
Regular	48,7	38,3	42,2	32,9	49,1	35
Buena o muy buena	19,4	11,3	18,0	26,0	23,2	24,6
N	191,0	115,0	128,0	73,0	112,0	260,0

Cuadro núm. 54: Tipo de contacto y valoración de la coordinación con los recursos especializados en drogodependencias, según Comunidad Autónoma (%). Fuente: FAD

**OPINIÓN SOBRE LA RED EXISTENTE EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA EL MANTENIMIENTO DE
LOS PROBLEMAS DERIVADOS DE LA DEPENDENCIA A LAS DROGAS (%)**

Valoración de la Red de Atención Comunidad Autónoma						
	Andalucía	Castilla y León	Madrid	País Vasco	C. Valenciana	Resto CCAA
Buena o muy buena(26,8)	22,4	19,0	34,8	48,0	25,7	24,6
Regular (53,8)	55,3	59,5	52,5	38,7	55,8	53,9
Mala o muy mala (19,4)	22,4	21,4	12,8	13,3	18,6	21,4
N	219,0	141,0	113,0	75,0	126,0	280,0

Cuadro núm. 55: Opinión sobre la red existente en su Comunidad Autónoma para el tratamiento de los problemas derivados de la dependencia a las drogas (%). Fuente: FAD.

En definitiva, de estos datos se puede deducir la falta de coordinación existentes entre los servicios especializados y los de Atención Primaria. También, podemos comprobar la existencia de escasos contactos entre unos y otros, aunque ello no se puede generalizar en todo el territorio. Por otro lado, la Atención Primaria está asumiendo responsabilidades que podrían ser de competencia de los servicios especializados, situación que cada vez resulta más corriente. Además, se detecta un incremento en la demanda de formación en drogodependencias por parte de los profesionales de Salud que desean implicarse cada vez más en el abordaje de estos casos.

Asimismo, este alejamiento se pone de manifiesto en las valoraciones realizadas por los Servicios de Atención Primaria acerca de la Red Asistencial de Drogodependencias (cuadro núm. 55). Sin embargo, estas mismas opiniones a la inversa, nos demuestran que los profesionales de la red de atención a las drogodependencias consideran positivo el nivel de coordinación entre ambos servicios con la red de Salud. Como vimos en los cuadros núm. 44 y 45, son éstos, junto a los servicios Sociales Comunitarios, los que cuentan con un mayor nivel de reconocimiento en cuanto a la coordinación.

Al margen de estas valoraciones, y de la perspectiva que exista entre los distintos servicios, la realidad es que se vienen

realizando actuaciones conjuntas como se pone de manifiesto en las propias declaraciones de los pacientes.

6. 2. SITUACIÓN DE LA RED Y DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A LOS DROGODEPENDIENTES

Como ya hemos señalado, la Red de Atención a las Drogodependencias se ha venido configurando en torno a toda una serie de recursos específicos, que han pretendido un acercamiento a las necesidades y demandas existentes en la población consumidora de drogas. Para ello, parecía necesario que el modelo elegido garantizase la integración funcional de los mismos, tanto con relación a la existencia de otras redes como a la coordinación interna que le diera consistencia al mismo tiempo que eficacia. La propia Organización Social Mundial de la Salud distingue hasta seis tipos de filosofías en el abordaje de las drogas y los problemas relacionados (médico tradicional, psicológico, moral, espiritual iluminativo y existencias, socio-cultural, biopsicosocial integrador).

La Red se constituye con una gran variedad de recursos, tanto públicos como privados concertados, desde donde se pretende garantizar la atención a la población drogodependiente, independientemente de quién la realice. Para unos recursos

esta dependencia se establece desde la Junta de Andalucía, en otros casos con las Diputaciones, Ayuntamientos, Mancomunidades de Municipios y Fundaciones y, por último, estarían los recursos que se concertan con la iniciativa social.

En el ámbito de la Red pública debemos hacer mención especial a la existencia de recursos con dependencia funcional de varias Administraciones. Esta realidad tiene consecuencias que afectan tanto a los profesionales como al conjunto de la estructura y, por ende, a los usuarios.

Desde el punto de vista de los profesionales, la situación interna y la indefinición de la Red en estos momentos tiene consecuencias que afectan a su propia situación personal y laboral. Cuestión ésta que ha sido puesta de manifiesto en los cuestionarios realizados por los profesionales.

Otra cuestión, y quizás la más importante en estos momentos, es la propia configuración de la Red de Atención a las Drogodependencias en Andalucía y su futuro. Tema, que como ya hemos comentado, preocupa tanto a profesionales como al movimiento asociativo que participa en la prestación de servicios. Su indefinición viene siendo una constante en los últimos años y está planteando problemas en casi todos los sectores.

Desde el punto de vista de los profesionales, nos encontramos centros donde realizando la misma actividad laboral obtienen un reconocimiento económico muy distinto, lo que llega a producir un fuerte descontento, a veces en unos mismos espacios de trabajo. También muchos de ellos, después de más de doce años trabajando en drogas, se encuentran en situación de precariedad e incertidumbre laboral. Esto afecta, de forma especial a los centros conveniados y concertados con la Administración Local.

La situación descrita anteriormente, con relación a las dependencias funcionales y administrativas de los recursos, ha llevado a la constitución de una red que presenta enormes dificultades de coordinación interna, ya que no se define claramente el papel que juegan cada una de las Administraciones participantes. Éste se establece a través de la fórmula de convenio anual, adquiriendo un compromiso que termina a la finalización del año y se inicia con la renovación a comienzos del siguiente.

En el año 2002 se publica la Orden de 22 de abril de 2002, BOJA núm. 53, por la que se regulan y convocan subvenciones a las Entidades Locales para el desarrollo de programas y el mantenimiento, construcción, reforma y equipamiento de Centros de Atención a las Drogodependencias. Con dicha orden se pretende regular los acuerdos que se venían firmando con las Administraciones Locales por la vía de convenio de colaboración desde los orígenes del Plan Andaluz. No obstante, debemos resaltar que no fija los criterios por los que se conceden las subvenciones, siendo su única limitación los medios presupuestarios con el se cuenta anualmente para esta

convocatoria. En este sentido, no se hace mención ni a la aplicación presupuestaria ni a los fondos que se destinan, así como se desconoce la constitución de los equipos de evaluación de los proyectos.

Permite la convocatoria que cualquier Ayuntamiento, Mancomunidad o Diputación, pueda solicitar alguna o la totalidad, de modalidades que se establecen (mantenimiento, construcción y reforma y equipamiento). En el caso de los programas sólo lo podrán solicitar las Diputaciones, excluyendo en estos modos los denominados Centros Municipales, cuando cumplen y desarrollan los mismos programas que los Centros Provinciales.

Esta nueva modalidad viene a añadir más confusión a la ya existente, en la tipología de centros que tienen la Red, diferenciando lo que en principio no es tan diferente. Deja la posibilidad de que a la convocatoria de programas cada Administración decida que programas solicita y cuáles dejan fuera, pudiéndose perderse con el tiempo la posibilidad de igualar el desarrollo de la Red en las distintas provincias, siendo el único requisito que éstos respondan a los objetivos del II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones.

Quiebra de esta forma un principio que se venía manteniendo con las Administraciones Locales en esta materia, en el momento de la creación y configuración de la Red de Atención, donde existió una disposición de las distintas Administraciones tanto a la hora de vincularse como de aportar recursos económicos y humanos, estableciendo claramente el papel que cada una se otorgaba.

El momento de mayor inflexión en la configuración de la Red se produjo a finales de los ochenta, cuando las Diputaciones solicitaron un compromiso claro de la Administración Autónoma con relación al futuro de los recursos humanos y materiales que se habían ido incorporando para garantizar el futuro de los mismos, y así seguir avanzando en su configuración.

Para dar respuesta a esta exigencia, mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de 27 de junio de 1989, se compromete a garantizar la continuidad de los efectivos personales y funcionales de los centros provinciales de drogodependencias, tal como son recogidos en los convenios con las Diputaciones Provinciales en estos años. Aspecto éste que se ha modificado en el convenio de 2001, al cambiarse la estipulación donde venía recogido.

Por otro lado, la alarma social que las drogas produjeron en aquellos años, llevó a un fuerte compromiso de las Corporaciones Locales en la Red de Atención a las Drogodependencias, que sin tener competencias asistenciales se vincularon para incrementar el número de recursos a nivel provincial y comarcal.

En los convenios realizados en el 2002, por primera vez se recoge la creación de unos equipos para atender los problemas de ludopatía, sólo a nivel provincial (Centros Provinciales de

Drogodependencias), que por la cuantía económica y el desconocimiento existente de esta propuesta a nivel interno da la sensación que su papel será exclusivamente de orientación. De esta forma, se vuelve a abordar un problema de adicción de forma diferenciada cuando se trata de una adicción más.

Con todos los datos al respecto, sobre la situación actual, podemos ver que el denominado fenómeno de las drogas y otras adicciones presenta características bien distintas, ya que en él están presentes otras situaciones, poblaciones y adicciones que le lleva a alcanzar una perspectiva muy diferente.

Mientras, debemos reconocer que la estructura de la Red resulta bastante compleja. Sería deseable que el debate sobre el modelo de atención se aborde teniendo en cuenta las distintas perspectivas que sobre el mismo existen, y donde sería necesario encontrar un consenso de todas las partes, ya que existe un claro deseo de mejorar y enfocar los nuevos problemas de las drogas y otras adicciones con una voluntad que lleve a esclarecer el futuro de éstas, al margen de declaraciones ocasionales que sólo hacen confundir más que despejar dudas.

Desde esta Institución venimos observando un incremento en las quejas que afectan a estas cuestiones que repercuten en el normal funcionamiento de los recursos. Así, observamos la existencia de centros comarcales que cierran temporalmente por problemas de renovación de los convenios de funcionamiento, así como por la situación laboral que afecta a los trabajadores, o el cierre de recursos que venían funcionando sin que exista una evaluación previa del funcionamiento de los mismos.

En este sentido, venimos a posicionarnos en esta materia entendiendo que estamos ante una enfermedad común, como son las adicciones, que debe llevar a que la respuesta que se le dé sea en unas condiciones de igualdad que las existentes para el resto de los ciudadanos ante la enfermedad. Ello supondría una mayor implicación de otros sistemas de atención, o la posible integración de los mismos.

Otro de los aspectos que afecta al modelo de gestión del Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones se refiere a la voluntad de la Consejería de Asuntos Sociales de que sean las Delegaciones Provinciales las que asuman la planificación y coordinación de los servicios a nivel provincial, como recoge la Ley de Drogas. Sin embargo, el II Plan de Drogas y otras Adicciones otorga a éstas junto a los Centros Provinciales, no a las Diputaciones Provinciales, la planificación, coordinación y seguimiento de los distintos Planes Provinciales de Drogas y otras Adicciones, aunque la mayor dificultad de las Delegaciones Provinciales estriba en la falta de recursos humanos y de formación específica que existe en los niveles provinciales. Mientras, los recursos de los que se ha dotado a Delegaciones Provinciales para esta tarea se reducen a un asesor/a a los que se les encomienda la gestión administrativa y la coordinación técnica de los recursos y programas.

Por tanto, difícilmente podrá asumirse el papel de liderazgo cuando no se tiene claro el modelo de atención y la vinculación con otras Administraciones con competencias establecidas en la propia Ley de Drogas. Así, cuestiones como quién se encargará de la gestión, qué papel juegan otras administraciones o la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias, deberían ponerse cuanto antes de manifiesto. En el momento actual, la FADA adquiere un mayor nivel de competencias en la gestión de los distintos recursos y programas, así como en el seguimiento de los recursos concertados que reciben subvenciones de la convocatoria pública de la Consejería de Asuntos Sociales, en un claro deseo de centralizar la gestión, sin que se sepa el papel actual de la Dirección General, al menos tal como viene recogido en el Decreto 180/2000 de 23 mayo o en el II Plan de Drogas y otras Adicciones, apartado 6, que parece modificar lo previsto en el decreto anteriormente citado, con relación a sus competencias.

En definitiva, aspectos como quién va a realizar la atención a la población drogodependiente y con qué instrumentos, son prioritarias y a las que no se deben renunciar para poder garantizar la asistencia a éstos en el futuro y en condiciones de calidad como los ciudadanos demandan y que consideramos un presupuesto básico.

La situación resulta compleja desde la perspectiva de los profesionales, aunque ya el II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones viene a establecer un modelo de competencias de las Administraciones Locales en esta materia. De esta forma parece garantizar en el futuro la participación de los distintos sectores.

Todo ello nos debe llevar a concluir, en términos parecidos a los que llegaba la evaluación realizada del Plan Andaluz sobre Drogas hace unos años por la Escuela Andaluza de Salud Pública (1985-1997), en el sentido que existen muchos planes territoriales que a veces, poco tienen que ver unos con otros y ello, en el momento actual, no solo se corrigen sus defectos sino que se incrementan. A lo largo de estos años se ha ido produciendo una mayor adecuación de las acciones de los centros al territorio, que sin quitarle las ventajas que ello comporta también produce una sensación de funcionamiento alejado de las directrices y de la dirección que una Red tan compleja necesita.

Visto ello, debemos insistir en la necesidad de establecer un amplio debate que lleve a decidir donde se deben ubicar la atención a las drogodependencias y otras adicciones, en qué medida el sistema actual puede y tiene capacidad de respuesta al problema, cómo seguir entendiendo por un lado que estamos ante una enfermedad y, por otro, seguimos viendo la necesidad de que exista una red específica para el tratamiento.

¿Cómo se justifica que existiendo cada vez más patologías asociadas (trastornos psiquiátricos, deterioro del estado de

salud de muchos de los actuales pacientes, problemas graves de marginalidad) éstas son atendidas de forma diferenciada con el resto de las enfermedades, cuando la tendencia es a integrar en un sistema único los problemas de salud de la población?. ¿Dónde empiezan y terminan los derechos de los usuarios y en qué medida se está concienciando a la comunidad para incidir en un cambio de la percepción social sobre el tema y sobre los consumidores, con aspectos básicos y fuente de reflexión?.

Debemos reconocer que los esfuerzos de los profesionales y de planificación realizado años atrás ha permitido seguir avanzando en la consolidación de un sistema de atención eminentemente público en esta Comunidad Autónoma. Hoy, más que nunca, es necesario reiniciar el debate para que la llamada alarma social producida por éstas, que vuelve a instaurarse en los ciudadanos, deje de ser sentida como tal o en su caso sirva para producir un mayor grado de concienciación social que lleve a un mayor compromiso de todos.

Con relación a la situación administrativa de los centros, según lo previsto en la Ley 4/1997, en su artículo 17, se recoge que *“los centros, servicios y establecimientos que en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Andaluza desarrollen actividades asistenciales, tanto de carácter sanitario como social, deberán cumplir las normas de autorización, registro y acreditación que les sean aplicables”*. Esta norma ha sido desarrollada a través del Decreto 87/1996, de 20 de febrero, y de la Orden de la misma fecha, y otras posteriores, en las que se vienen a establecer los criterios de mínimos para la autorización, registro y acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes.

Al margen de la autorización sanitaria previa que deben reunir los centros que realizan actividad asistencial, la acreditación como centros de drogodependencias es competencia del Comisionado para las Drogodependencias (Decreto 87/1996, art. 2 y 5), y, en cualquier caso, es un requisito previo para establecer conciertos o convenios con cualquier Administración Pública (artículo, 3).

Podemos decir que la acreditación se convierte en un trámite preceptivo que deben reunir los centros y una exigencia en el momento de recibir subvención de la Administración (Decreto 87/1996, artículo 27). En este sentido, existe un buen nivel de aplicación y un cumplimiento alto en los recursos, aunque se detectan algunas situaciones que deben ser consideradas como anómalas y que tienen que ver con la renovación y actualización de las acreditaciones.

El trámite administrativo de la renovación se realiza de forma lenta, lo que está llevando a que existan centros en situación administrativa irregular o que no puedan acceder a los convenios asistenciales en su momento, como ha sido puesto de manifiesto por las propias instituciones, habiéndose abierto

alguna queja al respecto. No obstante, se arbitran soluciones transitorias que sin llegar a incumplir la Ley flexibilizan la misma, para no interrumpir la prestación del servicio.

Sin embargo, se ha tenido a veces un tratamiento distinto con los centros de la iniciativa social, con respecto a los centros dependientes de las Administraciones Locales. Ello ha sido así al no haberse creado distinto nivel de exigencia a unos que a otros. No obstante, debemos reconocer que en la Orden anteriormente citada (22 de abril de 2002) se exige, como es preceptivo, la autorización, registro y acreditación tal como establecen los Decretos 87/1996 –artículo 4.1– y 102/2000, para poder acceder a las subvenciones, lo que va a obligar a regularizar la situación de los centros de todas las provincias.

Por parte de la iniciativa social, nos han manifestado su queja ante las dificultades de adecuar los centros a lo establecido en la norma, cuando no han contado con las ayudas necesarias de la Administración para una correcta adecuación de los recursos, ya que las cantidades recibidas vía convenios escasamente cubren los gastos de funcionamiento.

Sin embargo, el tiempo transcurrido y la actual situación debe concretarse en un mayor nivel de exigencia de este proceso que permita tanto el cumplimiento de la norma como la intervención de la Administración ante una situación irregular que, en estos momentos, existe en algunas provincias. Otro de los aspectos que se incumple del Decreto, hace referencia a la situación de aquellos recursos que se ven afectados por el periodo establecido para su adecuación a lo exigido en la norma y siguen funcionando sin alcanzar la acreditación correspondiente.

En relación a la participación de la iniciativa social en la Red, debemos destacar la situación denunciada por los centros concertados vía convenio, tanto en el sistema de plaza/día para centros de internamiento como en los convenios bajo la modalidad asistencial. En ambos casos, las cantidades percibidas no llegan a cubrir los costes mínimos, ya que en algunos si se han aumentado las cantidades se han reducido el número de plazas, dispersándose éstas en muchos recursos y creando escasas condiciones para un funcionamiento normalizado. Ello está llevando en algunos casos a situaciones insostenibles que han sido puestas de manifiesto por una asociación de la provincia de Cádiz que se plantea la posibilidad de cerrar el recurso, después de años de trabajo y haberse construido con subvenciones de la Junta de Andalucía.

En este sentido, se debe tender a una valoración que responda a los costes reales y que conlleve unos niveles de exigencia en lo que se refiere tanto al número de profesionales por pacientes, como a la titulación de los mismos, niveles de calidad de los centros, etc.; equiparando de esta forma la calidad en la prestación de los servicios. A partir de ese momento se podrá hablar de la calidad y el rendimiento de unos y otros

recursos, o de establecer un sistema que venga a comparar el rendimiento de los centros concertados con los públicos. Existe, el temor sobre las intenciones que existen con este tipo de estrategias con relación a su futuro.

Por parte de las instituciones que conciertan recursos se nos ha denunciado el escaso incremento recibido y en el algunos casos disminuciones importantes en la convocatoria de convenios para 2001-2002, en base a la aplicación de criterios que no eran conocidos a priori ni aparecían en la convocatoria. Ello ha ocurrido en las modalidades de los convenios de Centros de Día, Tratamiento Ambulatorio, Casas de Acogida y Centros de Emergencia Social. Esta forma de actuar les coloca ante una situación clara de indefensión ante la propia Administración y pone en peligro el futuro de éstos recursos.

Todo esta situación obliga a que se establezcan nuevas políticas de conciertos con la iniciativa social, adecuándose éstas a la realidad y necesidades que en estos momentos tiene la Red, donde el marco de colaboración y de participación surja de acuerdos con la Administración que permitan un compromiso de futuro.

El papel jugado por la iniciativa social en estos años, como soporte y complementariedad y su disponibilidad a adecuarse a las actuales demandas, debe llevar a la Administración a definir claramente cuál debe ser su papel, a fin de poder tomar la decisión que consideren más oportuna. En este sentido, deben seguir siendo un referente en la complementariedad de determinados servicios y programas. No obstante, es el órgano de planificación quien deberá establecerlo.

Con relación a la atención recibida en los centros, tanto profesionales como pacientes, vienen a demandar la falta de recursos a determinados niveles del proceso y la espera que por ello se origina en el momento de acceder a los recursos de internamiento (Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción, Casas de Acogida). Desde el punto de vista de los pacientes, la espera viene a ser un handicap que supone un desaliento para recibir el tratamiento. Si durante años se ha mantenido que en drogodependencias no existen urgencias, cuando expresan su deseo de recibir ayuda deben encontrar disponibilidad para esta demanda o, al menos, la posibilidad de contar con programas intermedios que les permitan suavizarla.

Así, se manifestaban los pacientes al respecto,

“Se espera mucho tiempo, y cuando uno tiene ilusión lo que hace es estar parado y no prosperar”.

“Es necesario que nos traten de forma urgente, que no tengamos que esperar mucho cuando uno decide ponerse en tratamiento”.

“He tenido que esperar más de cuatro meses, y eso es mucho tiempo”.

“Hay mucha lista de espera. Si se pide una Comunidad Terapéutica es porque se tiene ganas de tirar para adelante,

y puede que mientras llega el momento se busque uno una ruina o hasta puede llegar a perder la vida”.

Otro de los aspectos que nos apuntaban los usuarios es la falta de coordinación interna entre los centros de tratamiento y las comunidades terapéuticas, en el momento de la tramitación y el ingreso, lo que dificulta su abordaje.

“Cada uno hace su trabajo, pero no funcionan como si estuvieran en lo mismo”.

Junto a la espera, las quejas van dirigidas a la falta de personal de algunos recursos, que les impide tener mayor seguimiento en los tratamientos, mientras se produce un mayor distanciamiento en las consultas. Esta falta de personal en la Red es también una demanda explicitada por los profesionales.

“En mi pueblo sólo existe una psicóloga, y somos muchos. Ella sola esta cargadísima de trabajo”.

Existen, además, otras ayudas que, consideran, podrían recibir desde los centros y que en estos momentos son prioritarias para ellos. Tienen que ver con su condición de drogodependiente y los conflictos judiciales asociados, lo que les genera múltiples problemas de orden procesal y penal y, en los que se ven muchas veces, por ignorancia o desconocimiento, desatendidos. Posteriormente, el cumplimiento de la pena y las posibles clasificaciones como penados y sus progresiones en los centros penitenciarios son una parte muy importante en el momento del cumplimiento de la misma, fase en la que requieren asesoramiento y ayuda.

“Habría que buscar abogados o asesorías jurídicas que nos ayuden”

Por último, anotar, como un aspecto a tener en cuenta, la necesidad de incrementar el nivel de información sobre los recursos y las posibilidades que se presentan desde la red de atención. Consideran que no existe suficiente conocimiento sobre las posibilidades que se les ofrecen en los tratamientos con relación a las distintas alternativas a las que pueden tener acceso.

“Es necesaria más información a los consumidores, yo creo que ésta debe estar más próxima a los usuarios”.

6. 3. LOS PROGRAMAS LIBRES DE DROGAS

Bajo el concepto de programas “libres de drogas” se incluyen todo un conjunto de medidas, estrategias e intervenciones que persiguen la consecución de la abstinencia al consumo. Supone para muchos drogodependientes un cambio de estilo de vida, una ruptura con el pasado, un intento de no volver a “tocarlas” como la mejor forma para no consumir.

No obstante, los programas libres de drogas no sólo plantean como objetivo la abstinencia, sino que intentan mejorar la calidad de vida del paciente y, en definitiva, su normalización dentro de su entorno familiar y personal más próximo. Eviden-

temente, la meta última para los pacientes con trastornos por consumo de drogas es la abstinencia, aunque ello no siempre es posible (American Psychiatric Association, 1995).

El planteamiento de la abstinencia va dirigido exclusivamente en muchos casos a la sustancia que les produjo la adicción, manteniéndose el posible uso de otras drogas menos dañinas y menos problemáticas. Este aspecto del abordaje de las drogodependencias suscita controversias ante las distintas concepciones ideológicas de los profesionales. Así, para unos la abstinencia debe conseguirse ante todo tipo de sustancia, para otros sólo a aquellas que plantean problemas al paciente sin considerar las menos destructivas para el individuo. Obviamente ello determina distintos modelos o metodologías de intervención.

Con relación a las prácticas terapéuticas, se parte de una evaluación psicológica del paciente. En ella se valoran sus prácticas de uso y abuso de la sustancia, los estilos de vida del individuo, los patrones de uso, su propia conceptualización y, además, el proceso por el que ha desarrollado su drogodependencia, sea éste comunitario, individual o esté interrelacionado en los distintos aspectos de las mismas. Para ello, existe toda una serie de instrumentos que ayudan a conocer este proceso como escalas, protocolos, test de personalidad, entrevistas personales, historias clínicas, etc.

Los objetivos de estos programas parten de asegurar la desintoxicación de los pacientes, lograr su deshabitación y prevenir las recaídas. Al mismo tiempo, pretenden fortalecer toda una serie de habilidades sociales que les permitan afrontar situaciones de consumo o de alto riesgo, problemas cotidianos,... y así conseguir que éstos no lleguen a convertirse en situaciones frustrantes. Las estrategias de mantenimiento en la abstinencia se conforman a partir de la identificación de los problemas familiares y sociales, así como de la necesidad de cubrir los posibles déficits existentes en el plano educativo, formativo y laboral del paciente.

Desde hace unos años, las recaídas en el consumo han llegado a convertirse en una parte más del tratamiento, siendo valorado por los propios pacientes y profesionales como un fenómeno natural y consustancial al mismo, como una etapa más del proceso de tratamiento.

Con relación a los modelos terapéuticos, son considerados más eficaces los denominadas cognitivo-conductuales, ya que pueden lograr con más facilidad los objetivos que habitualmente se plantean en estas terapias: eliminación de la adicción, abuso o consumo de aquellas drogas que usa el paciente, la prevención del consumo de drogas en el medio social en el que se desenvuelve (American Psychiatric Association, 1995; Graña, 1994; Onken, Baline y Boren, 1993).

Sin entrar en otro tipo de valoraciones sobre los programas libres de drogas, podemos afirmar que durante muchos años fueron la única alternativa que se ofrecía desde los sistemas de

atención a las drogodependencias. En estos momentos, nos encontramos ante una oferta más amplia al incorporarse los programas con sustitutivos que se han convertido en la principal demanda de la población drogodependiente, en detrimento de los programas libres de drogas. Siendo ello una realidad, vemos necesario volver a ponderar en el conjunto de los programas lo que suponen los programas libres de drogas sobre otras alternativas.

Sin embargo, en las entrevistas mantenidas con los pacientes se ha puesto de manifiesto que aquellos que han estado durante años en programas con sustitutivos y, en estos momentos, se encuentran en programas libres de drogas tienen un fuerte convencimiento de que cuando se dejan éstas lo mejor es no volverlas "a tocar", ya que el uso esporádico les lleva, en general, a ser consumidores habituales, sobre todo cuando perduran las causas que estuvieron en el origen del consumo.

Otra de las razones esgrimidas por los pacientes tiene que ver en estos momentos con el programa de mantenimiento con metadona. Para muchos pacientes supone compartir metadona y heroína-cocaína, con lo que no llegan a desvincularse definitivamente de las drogas. Por ello, los drogodependientes, desde sus propias experiencias, defienden como mejor modelo y más definitivo la abstinencia, aunque consideran las dificultades para conseguirla. Debemos insistir que ésta posición se mantiene cuando están en programas libres de drogas.

Por otro lado, se observa en muchos pacientes como, a partir de un proceso de maduración, llegan a solicitar su incorporación a estos programas, una vez que no encuentran otra salida a su situación. Hemos podido comprobar en los enfermos entrevistados con una larga trayectoria de consumo, que manifiestan cierto agotamiento lo que les lleva a una ruptura con el mundo de las drogas aunque ello resulte arduo y doloroso.

Asimismo, sus experiencias en distintos recursos les ayuda a valorar positivamente los que les mantienen abstinentes, como son las comunidades terapéuticas, los centros de día, etc.

Con relación a la tasa de retención de los pacientes en estos programas, algunos estudios (Secades, 1998) la sitúa entre un 20 y un 40%. La mayoría de los abandonos se producen en los tres primeros meses de tratamiento y en aquellos pacientes que se encuentran en un estadio de mayor severidad en la adicción (Machado y Girón, 1993).

Otro aspecto tratado en los cuestionarios de los profesionales, ha sido la percepción que tienen de los distintos programas y recursos asistenciales. Con ello hemos pretendido conocer las debilidades y las fortalezas de éstos. Así, hemos podido comprobar una gran coincidencia entre profesionales y usuarios en relación a las valoraciones realizadas y donde se pone de manifiesto que existen cuestiones que son percibidas de forma muy parecida.

A continuación abordamos estos aspectos y valoraciones en función de los distintos programas y recursos asistenciales.

6. 4. LOS CENTROS Y LOS PROGRAMAS

Uno de los aspectos más positivos detectados, en relación a lo que viene definiéndose como Red de Atención a las Drogodependencias en Andalucía, tiene que ver con la constitución de una amplia oferta de recursos y programas que en estos momentos se vienen ofreciendo a la población drogodependiente. Ésta se sostiene a partir de los presupuestos que la Junta de Andalucía dedica a esta materia y que será superior a los treinta y seis millones de euros en el 2003. A ello se unen las aportaciones que realizan las Diputaciones, Ayuntamientos y la Consejería de Salud, situándose en un total por encima de los cuarenta millones de euros.

En este presupuesto se incluyen los costes correspondientes al mantenimiento de programas y recursos, contando los de personal e inversiones. Cantidad que, en cualquier caso, puede considerarse insuficiente y muy limitada si tenemos en cuenta la magnitud que el problema tiene en nuestra Comunidad Autónoma.

En este sentido los datos correspondientes al 2000 nos hablan de la existencia en Andalucía de 18.713 pacientes en metadona, de 4.121 de personas atendidas con problemas de alcoholismo, cerca de 1.000 pacientes en Comunidades Terapéuticas, 861 desintoxicaciones ambulatorias, 12.267 admisiones a tratamiento, etc. Además, debemos incluir los centros,

recursos y programas que se realizan en colaboración con otras Administraciones y la iniciativa social, y todo ello, con cargo al presupuesto al que hacíamos referencia.

Con relación a los casos que inician tratamiento, se sigue observando una tendencia al alza en función de aquellas provincias que cuentan en estos momentos con un mayor número de recursos. De esta forma se pone de manifiesto el principio de que la demanda existe, cuando existen recursos para atenderla. No obstante, cada vez se hace más patente la necesidad de contar con un Plan Director o un Mapa Asistencial, así como de revisar los criterios de ubicación de los centros y recursos para equilibrar determinadas zonas geográficas, con relación a la ubicación de los centros en función de la población existentes y su distancia a los mismos. El indicador de lugar de origen no debe ser el único utilizado en la planificación de los recursos, ya que en muchos otros casos la ausencia de recursos o programas en la zona dificulta el conocimiento de la magnitud del problema, así como las decisiones tomadas lejos de la realidad y del contexto del paciente.

Partiendo de ello, podemos considerar que la Red no se puede considerar concluida con relación al número de recursos, ya que existen zonas donde la distancia a los mismos es bastante considerable, o faltan centros de apoyo social que cubran necesidades que en estos momentos tiene la red.

En este sentido, algunos de los pacientes nos comentaban, *“Los centros deberían estar más cerca de donde vivimos, yo tardo más de tres horas para ir al centro y luego tengo problemas en el trabajo”.*

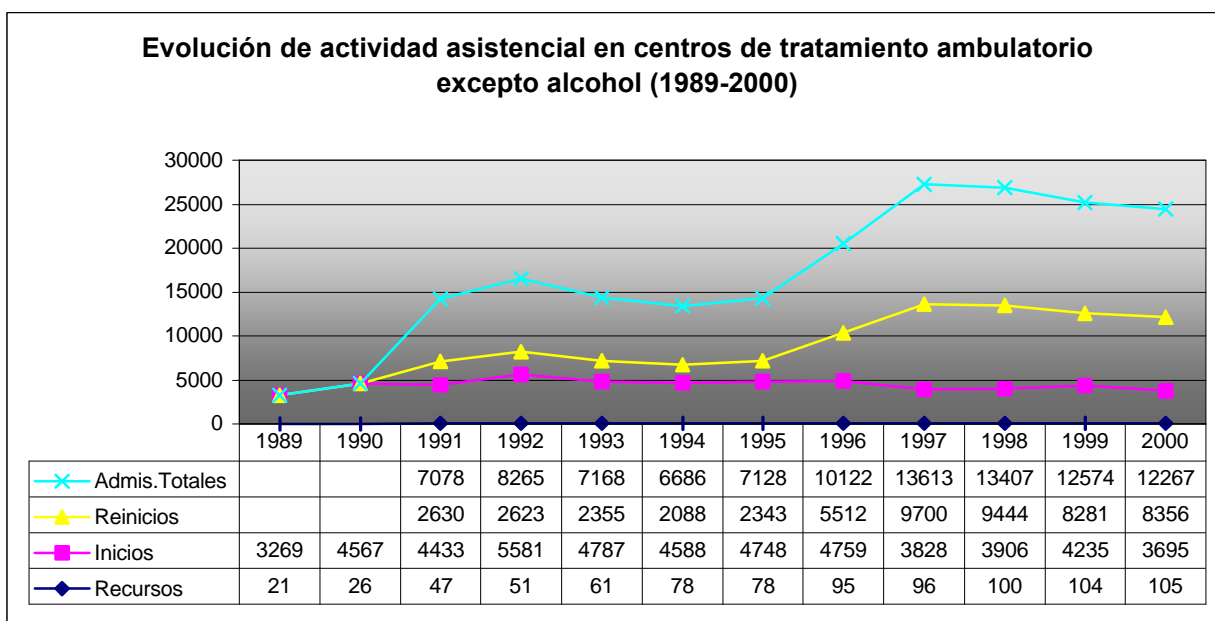


Gráfico núm. 16: Evolución de centros de tratamiento ambulatorio en cuanto a inicios, reinicios, admisiones y recursos a tratamiento excepto el alcohol. Años 1989-2000. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

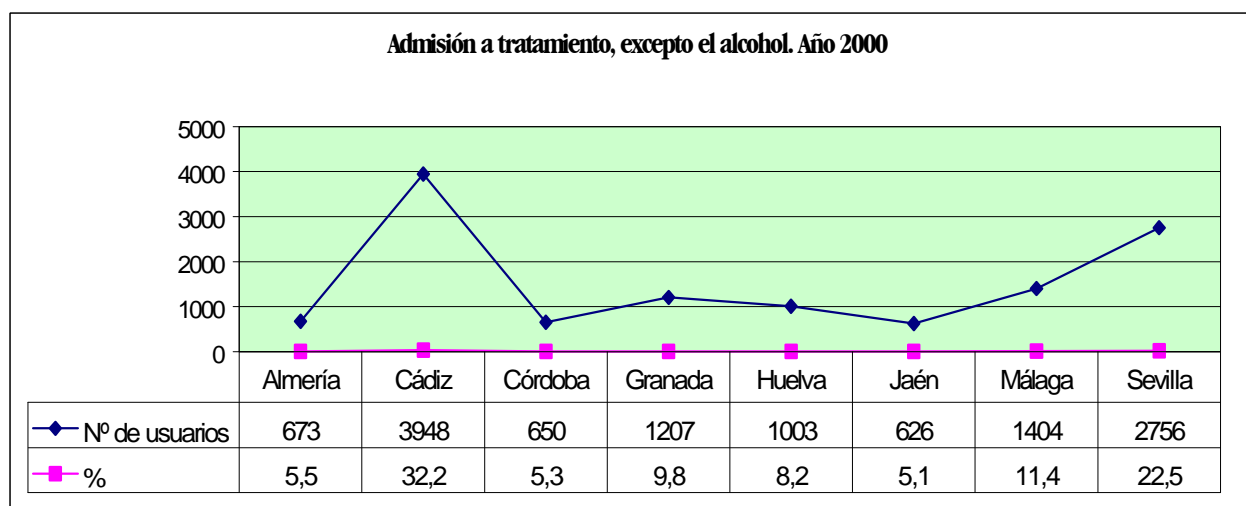


Gráfico núm. 17: Admisiones a tratamiento, excepto alcohol, por provincias. Año 1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

En el gráfico núm. 16 se hace referencia a la evolución de los inicios, reinicios y admisiones de los recursos de tratamiento en régimen ambulatorio por provincias. En este sentido, vemos como en la década de los noventa cuando se produce un mayor incremento del número de recursos que tiene que ver con la demanda que se va produciendo al mismo tiempo en toda Andalucía. Es a partir de 2000 cuando se frena esta tendencia, ya que se priorizan otros proyectos, y se paraliza el crecimiento de la Red, al menos en una proporción semejante.

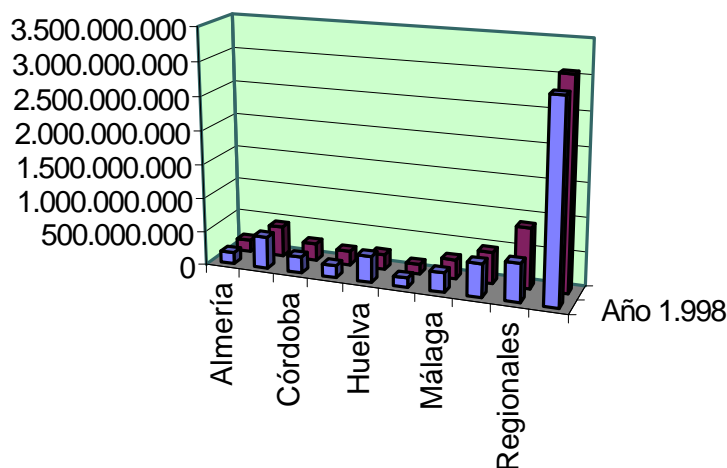
Con relación al gráfico núm. 17, podemos ver como existe una irregular presencia del problema de las drogas, al menos a nivel de admisiones a tratamiento, en las distintas provincias. Destaca el número de pacientes que inician tratamiento en la provincia de Málaga, con respecto a otras con un menor número de población. Cruzando este indicador con otros que aparecen en esa provincia, como son delitos relacionados con el tráfico, nos puede dar una visión del dimensionamiento del fenómeno. Debemos destacar que los recursos de la provincia de Málaga la sitúa por debajo de otras provincias con menos población afectada; además, la distribución geográfica de éstos puede considerarse no ajustada a las necesidades.

Este indicador habría que cruzarlo con los presupuestos invertidos anualmente o con el número de recursos. Es ésta una situación que se debería corregir en el futuro.

En el gráfico núm. 19 podemos observar la descompensación presupuestaria que se produce entre unas provincias y otras, que tiene que ver con la existencia de centros de internamiento de ámbito regional, lo que dificulta a la hora de hacer un estudio comparativo ya que se utilizan indicadores distintos. Llama la atención el fuerte incremento del presupuesto de la Fundación Andaluza de Ayuda a las Drogodependencias, que supuso más de 1.322.000 euros, debido a que en ese año se encargan de la gestión de las Comunidades Terapéuticas de las provincias de Huelva (Cartaya y Almonte) y Cádiz (Tarifa).

No obstante, tanto en el año 2001 como en el 2002 se ha incrementado de forma importante el presupuesto de la FADA, situándose para el próximo año por encima de los cinco millones de euros, al incrementarse la estructura para la gestión de programas. Cantidad que viene a cubrir los gastos de funcionamiento de los centros y los distintos programas que se subvencionan o convienen con otras instituciones.

Datos comparativos del presupuesto año 1998-1999



	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Regionales	TOTAL
■ Año 1.998	169.555.358	468.436.837	238.639.552	178.188.026	384.505.042	137.583.680	287.850.493	488.176.423	564.024.225	2.916.959.636
■ Año 1.999	177.452.035	446.981.467	252.886.645	206.557.777	223.143.275	143.042.026	284.143.734	461.503.649	878.829.436	3.074.540.044

Gráfico núm. 19: Presupuesto por programas años 1998-1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

* Los datos se ofrecen en pesetas al ser la moneda de esos años.

En estos momentos estos datos pueden resultar poco significativos, ya que puede haberse producido alguna cambio en los términos comentados. No hemos podido profundizar más en nuestro análisis, debido a que no hemos contado con dicha información.

6. 4. 1. LAS UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN

Son reconocidas como recursos altamente especializados no polivalentes, que prestan una atención cualificada durante un periodo de tiempo limitado; posteriormente derivan a los pacientes atendidos al dispositivo de referencia una vez que cesa su intervención.

La derivación a una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) vendrá dada por la imposibilidad de afrontar de forma ambulatoria o domiciliaria la desintoxicación.

Según el artículo 18 de la Ley 4/1997, “*los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o vinculados a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una unidad de desintoxicación. La designación de estos hospitales se realizará, en todo los casos, atendiendo a los criterios geográficos, de densidad de población y de exigencia de núcleos de riesgo*”.

En este sentido, debemos destacar que en estos años han existido dificultades para la creación de nuevas unidades, tal como recoge la Ley.

Como observamos en el gráfico núm. 20 el número de pacientes en desintoxicación hospitalaria han ido disminuyendo mejorando en este sentido la larga espera que venían soportando en estos años para ser incluidos en el programa.

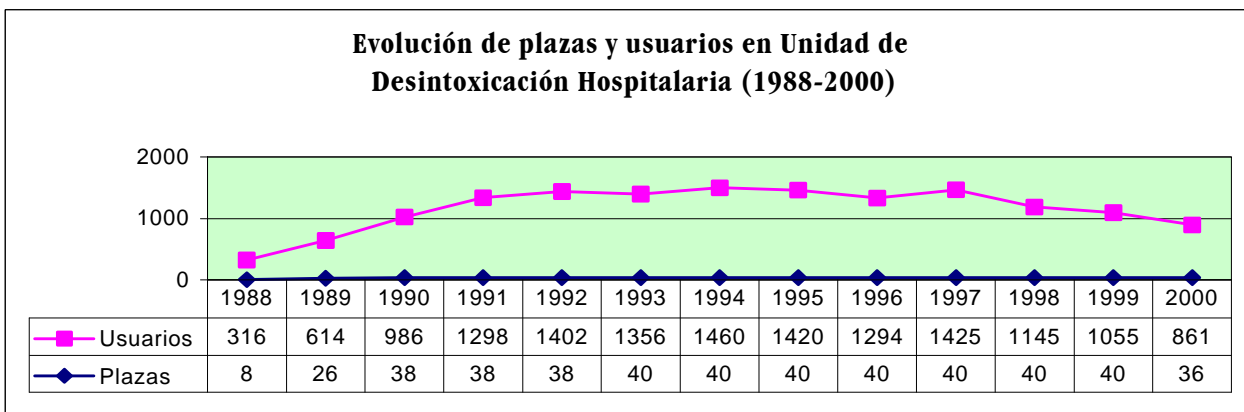


Gráfico núm. 20: Evolución de plazas y usuarios en UDH. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria		1999/Plazas	2001/Plazas
Cádiz	Punta Europa (Algeciras)	6	6
Granada	Virgen de las Nieves	6	6
Málaga	Ciudad Jardín	6	2
Sevilla	Victoria Eugenia	8	12
Sevilla	El Tomillar	14	
Sevilla	C.T. Los Palacios		5
Total		40	29

Cuadro núm. 56: Unidades de desintoxicación Hospitalarias. Años 1999 y 2001. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

En opinión de los profesionales estos recursos han ido perdiendo eficacia, desde el momento en que se produce la apertura de Comunidades Terapéuticas con Unidades de Desintoxicación consiguiendo con ello la continuidad en el tratamiento. Además, en estos momentos podemos hablar de desintoxicaciones cortas o ultracortas, lo que permite reducir los internamientos en las Unidades Hospitalarias, lo que reduce el número de desintoxicaciones en internamiento.

No obstante, los procesos de desintoxicación hospitalaria son un inicio o un paso del paciente dentro de un proceso terapéutico, por ello resultan imprescindibles para que puedan superar su dependencia física. A través de este proceso se pretende no solo limpiar de drogas, sino evitar un síndrome de abstinencia (Salazar y Rodríguez, 1999). Por ello, son unos recursos muy utilizados cuando los pacientes llegan a situaciones límites.

A finales de 2000 existía una lista de espera de 77 pacientes, de los que 23 se encontraban en la Unidad Hospitalaria de Punta de Europa como referente máximo, mientras que 3 lo

hacía en la Unidad Virgen de las Nieves de Granada. Sin embargo, la demanda de estos recursos ha disminuido en los últimos años debido a las características y perfiles de los usuarios, unido al hecho de que el proceso de desintoxicación empieza en estos momentos a adquirir un carácter más puntual al existir otras alternativas. Además, se utilizan para pacientes que requieren desintoxicarse de los procesos prolongados en programas de mantenimiento con metadona. En estos casos, presentan una sintomatología que tiene que ver con algunas complicaciones posteriores, en las que aparece un síndrome de abstinencia más complejo que el producido por otras sustancias.

No obstante, aún existe una demanda importante que no llega a tener una respuesta adecuada al tener que pasar por un proceso de espera que en algunos casos supera varios meses, sobre todo a partir del cierre de las Unidades de Desintoxicación de Sevilla y Málaga. No obstante, se han incrementado dos plazas concertadas con Cruz Roja en Sevilla, que no llegan a las que se han perdido en el último años. También se observa como se producen menos derivaciones debido a que los profe-

sionales de los centros presentan reparos en la utilización de algunas de las existentes.

Así, podemos ver que en el año 2000 se cierra la Unidad de Desintoxicación de Málaga, debido al abandono que venía sufriendo, y en el año 2001 se cierra la Unidad del Hospital de "El Tomillar", con 14 camas. Mientras, se ha ampliado el convenio de Cruz Roja con dos plazas más.

En el año 2001, se inició una queja de oficio por el cierre de la Unidad de El Tomillar de Sevilla. En el informe emitido por la Administración se justifica, entre otras razones, debido al mal estado de las instalaciones y entiende que en estos momentos "la situación ha sido debidamente paliada o incluso mejorada". Mientras, existen menos camas y una lista de espera prolongada.

Se pierden así plazas en un programa que, si en un primer momento no existían en todas las provincias, en esta ocasión supone que los enfermos aumenten la espera o tengan que trasladarse de provincia sin que existan ayudas para la realización de estos traslados.

Con relación a los aspectos positivos que los profesionales encuentran en estos recursos, éstos los centran en la rapidez y poco tiempo en el tratamiento y la consideración de que son eficaces y realistas, junto a la atención médica y psicológica que consiguen. Otro aspecto, es la utilidad que tienen con respecto a la desintoxicación de cualquier sustancia, así como a lo completo del tratamiento cuando se realiza atención psicológica y médica al mismo tiempo.

Existen otros aspectos destacados por su importancia, como son aquellos que hacen referencia a que éstas suponen un mayor acercamiento de las drogodependencias a la Red Sanitaria, así como cuentan con un personal especializado para este tipo de atención. Debemos reconocer que durante estos años se ha realizado un buen servicio en estos centros, más allá de la imagen de que sólo sirven para desintoxicar al paciente, ya que al apoyo que reciben y las actividades que realizan vienen a ser importantes para proseguir posteriormente un programa de deshabituación.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN EN UNIDADES HOSPITALARIAS

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Rapidez, poco tiempo en el tratamiento, eficaz, realista	17	15,74%
Atención médica y psicológica	11	10,19%
Desintoxicación de cualquier sustancia	9	8,33%
Accesibilidad	9	8,33%
Posibilidad de atender otras patologías	8	7,41%
Personal cualificado	7	6,48%
Permite control de los pacientes	6	5,56%
Sitúa las drogodependencias en la Red Sanitaria	6	5,56%
Tratamiento individualizado	4	3,70%
Confort de la desintoxicación	4	3,70%
Permite la abstinencia	3	2,78%
Rehabilitación física	3	2,78%
Disponibilidad	3	2,78%
Otras respuestas	18	16,67%
Total	108	100,00%

Contestan 83 76,15%
No contestan: 26 23,85%

Cuadro núm. 57: Puntos fuertes de los programas de Desintoxicación Hospitalaria. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En relación a los puntos débiles que se perciben en el programa se destacan la larga espera (16,10%) y la falta de apoyo psicológico a lo largo del tratamiento (12,71%). Junto a éstos, hacen referencia a otros que tienen que ver con el mal funcionamiento de los recursos, las pocas plazas, y la falta de coordinación y de interés de las administraciones con competencia en estos programas. Destacan el escaso número de plazas (7,63%), y el desinterés de que siga funcionando como

un programa que tenga sentido en el tratamiento de las drogodependencias.

La falta de interés en estos momentos de la Administración por este programa lleva a los profesionales al convencimiento de que se pretende prescindir de estos recursos, sin que se propongan alternativas. Mientras, existen las quejas de los usuarios sobre la espera para entrar en ellos en determinados momentos, por lo que dejan de ser eficaces.

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Mucha espera	19	16,10%
No potencia aspectos psicológicos	15	12,71%
Tiempo de estancia para la desintoxicación	10	8,47%
Pocas plazas y mal funcionamiento	9	7,63%
Falta coordinación y poco control del Comisionado para las Drogodependencias	7	5,93%
Recaídas altas y mal funcionamiento	7	5,93%
Limitación de ingresos	6	5,08%
Resulta inadecuado para pacientes en metadona	5	4,24%
Limitada para programas libres de drogas	4	3,39%
No modifica conductas ni hábitos	3	2,54%
No existe seguimiento de este recurso	3	2,54%
Funcionamiento deficiente	3	2,54%
Otras respuestas	27	22,88%
Total	118	100,00%

Contestan	71	65,14%
No contestan	38	34,86%

Cuadro núm. 58: Aspectos débiles del programa de desintoxicación hospitalaria. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Las unidades de desintoxicaciones rápidas se pusieron en funcionamiento a mediados de los años noventa, en un proyecto de una por provincia, sin que se haya materializado en todas, por lo que, existe poca implantación y un escaso reconocimiento de su importancia por los profesionales. Este hecho se constata por el escaso número de cuestionarios en los que se ha respondido a este ítem, sólo un 43,12%.

Con relación a los puntos fuertes reconocidos en éstas, se valora como muy positivo la rapidez en las intervenciones en crisis y urgente (31,58%), aunque al mismo tiempo y de forma contradictoria se consideran que son “un parche que no sirven para el tratamiento” y sólo responden a un determinado perfil de usuarios. No obstante, llama la atención el escaso reconocimiento de este tipo de recurso, lo que ha llevado a los profesionales a considerarlos poco útiles y con escasa valoración.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN RÁPIDA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Rapidez e intervención urgente	18	31,58%
Parche	5	8,77%
Bueno para determinado perfil de pacientes	4	7,02%
No existe lista de espera	4	7,02%
Comodidad	4	7,02%
Infrautilizado	3	5,26%
Otras respuestas	19	33,33%
Total	57	100,00%

Contestan 47 43,12%

No contestan 62 56,88%

Cuadro núm. 59: Aspectos fuertes de los programas de desintoxicación rápida. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En relación a los puntos débiles del programa, ponen de manifiesto su escasa eficacia y su escaso valor para la contención de los pacientes. Al utilizarse como referentes las unidades de desintoxicación hospitalarias, las diferencias son notables por lo que no resulta aconsejable establecer ningún tipo de comparación, máxime si tenemos en cuenta el perfil de los profesionales de éstas. Da la sensación que ante la incapacidad de abrir en todas las provincias se opta por hacerlas desaparecer.

Otro de los aspectos señalados se refiere a la falta de personal y de plazas, como la escasa coordinación con otros recursos desde ésta y la exclusiva atención médica con la que se

aplica. En general, consideran que son poco útiles o sólo para determinado perfil de pacientes.

Llama la atención en este tipo de tratamiento el escaso tiempo utilizado para la desintoxicación, por lo que resulta difícil esperar cambios sustanciales en los pacientes que vengán a servir posteriormente en su proceso de normalización, por lo que llega a tener poca utilidad para los usuarios.

Llama la atención en este ítem el elevado número de respuestas que resultan difíciles de agrupar por categorías, para su posterior análisis. Llegan éstas a alcanzar un 37,50% del total, una de las más altas en todo el cuestionario.

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE DESINTOXICACIÓN RÁPIDA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Faltan personal y plazas	7	14,58%
Poca capacidad de contención	6	12,50%
Atención exclusiva médica	6	12,50%
No son útiles para los usuarios	4	8,33%
Escasa coordinación y utilización	4	8,33%
Escasa credibilidad al no existir tiempo para el cambio	3	6,25%
Otras respuestas	18	37,50%
Total	48	100,00%

Contestan 45 41,28%

No contestan 64 58,72%

Cuadro núm. 60: Aspectos débiles de los programas de desintoxicación rápida. Fuente: El Defensor del Pueblo Andaluz.

Podemos considerar, a modo de conclusión, de esta modalidad de tratamiento, su escaso reconocimiento por los profesionales, en un momento que podrían venir a suplir la supresión de plazas en Unidades Hospitalarias. En cualquier caso, su escaso número con relación al total de centros ambulatorios las hace poco significativas en el conjunto de la Red.

Por otro lado, la creación de unidades de desintoxicación en Comunidades Terapéuticas ha producido una mejora en la situación al atender a aquellos pacientes que tienen programado su internamiento en éstas.

6. 4. 2. LOS CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Se constituyen en los elementos centrales de la red de atención a las drogodependencias, y son la puerta de entrada al sistema cubriendo una doble función. Por un lado, son los encargados de recibir cualquier demanda en su ámbito geográfico de cobertura, asumiendo la valoración y el tratamiento y, en su caso, la derivación a otros recursos especializados de segundo o tercer nivel. Por otro lado, se constituyen en el recurso de referencia para cualquier paciente, ya que en ellos se inicia y concluye el proceso.

Entre las características que podemos encontrar en ellos destacaríamos:

1. Son dispositivos territorializados, lo que ayuda por un lado a un mayor acercamiento a las peculiaridades de la población a atender, al mismo tiempo que consigue una mayor coordinación con los recursos comunitarios de la zona.

2. Desarrollan una atención ambulatoria; en algunos casos esta atención se ve apoyada por las cinco Unidades de Desintoxicación Rápida (5), que vienen realizando desintoxicaciones cortas o ultracortas e integrando de esta forma distintos tipos de recursos y programas. De esta forma se responde a una de las tendencias de la desintoxicación extrahospitalaria de carácter corto (Loimer, 1991).

3. Cuentan con equipos interdisciplinares capaces de garantizar el abordaje de los distintos aspectos del problema.

4. Realizan todo un proceso de accesos y derivaciones a los distintos recursos especializados con los que cuenta la Red. Son por ellos, el referente de los pacientes con independencia de la fase de tratamiento en la que se encuentren.

5. Dependen tanto orgánica como funcionalmente, en un elevado porcentaje, de una Administración Pública.

Constituyen una de las estructuras más fuertes del sistema de atención a las drogodependencias en Andalucía y son el referente más utilizado por pacientes y familiares.

Con relación a los pacientes, las quejas más generalizadas tienen que ver con la atención recibida en la primera cita que les lleva a una espera, en algunos casos, prolongada:

“Tardan mucho en la primera cita, desde que tú llamas pasa un mes. Es difícil soportar la espera cuando uno quiere dejarla y te sientes mal cuando no consumes”.

“Se espera mucho tiempo, y cuando uno tiene ilusión lo que hace es estar parado y no prosperar”.

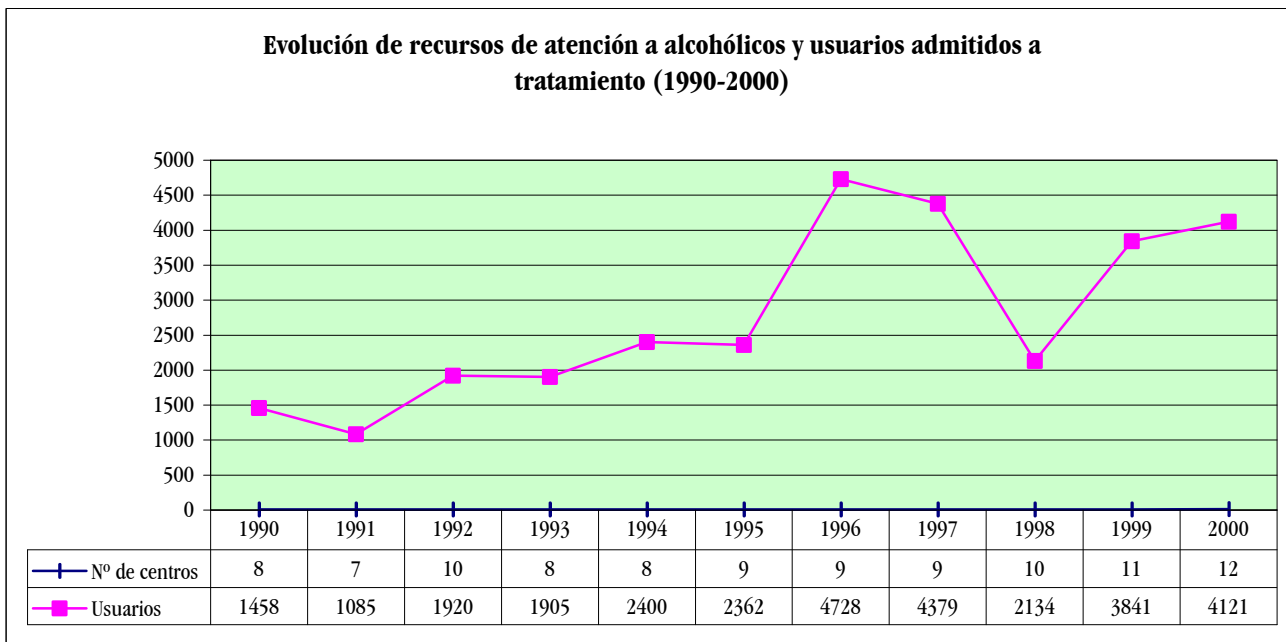


Gráfico núm. 21: Centros y usuarios en tratamiento de alcoholismo en Andalucía. Año 1990- 1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Los aspectos positivos que destacan los pacientes, con relación a estos recursos, hacen referencia a la atención recibida y la calidad de ésta, manifestándose así:

“El psicólogo te ve casi todos los días”.

“Los profesionales se preocupan mucho de nosotros, en general nos tratan muy bien”.

Con relación a la perspectiva que los profesionales tienen de estos programas observamos, entre los puntos fuertes, su alta integración en el medio (28%). Ello tiene que ver con el traba-

jo que realizan en el entorno más próximo, lo que les permite conocer la realidad del problema en el ámbito donde se ubican. Otro aspecto, es el trabajo que desde ellos se realiza con familias (15,33%), así como las posibilidades que tienen de inserción y de captación de los pacientes para realizar su seguimiento.

Existe una cuestión referida por los pacientes y no reconocida como tal por los profesionales hace referencia a la lista de espera para el acceso a estos recursos. Probablemente ello no es igual en todos los recursos.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Integración en el entorno	42	28,00%
Trabajo con familia	23	15,33%
Posibilita la reinserción	9	6,00%
Capta bien a los pacientes y realiza el seguimiento	9	6,00%
Profesionalidad	8	5,33%
mayor acceso	7	4,67%
Satisfacción de los usuarios, tratamiento individualizado	7	4,67%
Satisfacción de los usuarios por su efectividad atención individualizada	6	4,00%
Asistencia sanitaria	5	3,33%
No existe lista de espera	3	2,00%
Tratamiento multidisciplinar	3	2,00%
Otras respuestas	28	18,67%
Total	150	100,00%

Contestan 87 79,82%

No contestan 22 20,18%

Cuadro núm. 61: Puntos fuertes de los programas de deshabituación en régimen ambulatorio. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a los aspectos negativos de estos programas, observamos como los más señalados son aquellos que hacen referencia a la masificación de estos recursos (17,02%), la falta de profesionales y formación de éstos (10,64%), junto al hecho de que no son capaces de dar respuestas a todas las adicciones (8,51%).

Además, debemos mencionar los que se refieren a la falta de control de los usuarios, junto a la discontinuidad de los tratamientos o el escaso tiempo dedicado a la asistencia desde los centros. Aspectos éstos que tienen que ver con la falta de recursos humanos y que han sido puesto de manifiesto tanto por profesionales como por pacientes.

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN. EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Excesivos masificación de pacientes	16	17,02%
Faltan profesionales y formación	10	10,64%
No atienden todas las adicciones	8	8,51%
Frecuencia de citas y usuarios	5	5,32%
Dificultad para mantener la abstinencia	4	4,26%
Tratamiento con alto índice de recaídas y abandono	4	4,26%
Falta control y los tratamientos son muy discontinuos	3	3,19%
Sirven de poco	3	3,19%
Falta tiempo para trabajar	3	3,19%
Tratamiento poco eficaz al no trabajarse con familias	3	3,19%
Horario no adaptado a los usuarios	3	3,19%
No hay seguimiento estricto	2	2,13%
Alto índice de abandono	2	2,13%
Otras respuestas	26	27,66%
Total	94	100,00%

Contestan 73 66,97%

No contestan 36 33,03%

Cuadro núm. 62: Aspectos débiles de los programas de deshabituación en régimen ambulatorio. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En este sentido, podemos concluir afirmando que dada la importancia de estos programas, se debe tender a mejorar y adaptar a las nuevas realidades que el problema de las adicciones presenta. Son, por ello, un buen instrumento que podría mejorar su asistencia y ampliar la oferta de atención. Se detecta en muchos profesionales un deseo de cambio, lo que habría de ser analizado para un tipo u otro de respuesta.

6. 4. 3. LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Son un modelo terapéutico dirigido a un determinado perfil de pacientes. Estos recursos surgieron inicialmente para el tratamiento de pacientes con patologías orgánicas de origen funcional, posteriormente se extendieron al ámbito psiquiátrico sin selección de pacientes (Clark, 1973). Surgen de la importancia terapéutica de lo comunitario, constituyéndose en uno de los recursos más demandado por los pacientes.

En un principio fueron definidas como moderno hospital, al cambiar la metodología de intervención, aunque ésta se realizara a través de una metodología distinta a la que se aplicaba en los internamientos.

Por ello, se utilizan para diversos tipos de pacientes o enfermedades relacionadas con los trastornos psicológicos. En el ámbito de las drogodependencias, éstas surgen a través del desarrollo de las ideas que se manejan en nuestro país a co-

mienzos de los años 70 y a través de las ideas surgidas en el campo de la Psiquiatría Social, donde se empezaban a manejar otros conceptos en los tratamientos como son terapia ambiental, ocupacional, sectorización, etc.

Surgen fuera de los centros de investigación y de tratamiento del mundo profesional; al mismo tiempo que son dirigidas por ex drogadictos, sin auxilio especializado de ningún tipo y donde el tratamiento, no es una técnica, sino una estructura social comunitaria que vive en régimen de autogestión.

Las características más importantes de estos recursos son:

1. Están en zonas alejadas de las ciudades.
2. Realizan una selección severa y exclusiva de los miembros para potenciar la voluntariedad del sujeto.
3. Crean actividades artesanales y agrícolas, junto a acción psicoterapéutica.
4. Existen equipos profesionales psicoterapéuticos.
5. Dentro del modelo existente en Andalucía, cuentan con unidades de desintoxicación hospitalarias lo que facilita el proceso de tratamiento.

Por tanto, se configuran como un dispositivo de carácter residencial que permite un mayor grado de tutela y control del drogodependiente mediante la cobertura de una serie de objetivos que normalmente se atienden de forma ambulatoria.

El perfil de pacientes en este tipo de recursos, corresponde a:

1. Drogodependiente con grandes déficit familiares, de conducta, de relaciones sociales y personales.

2. Pacientes que han fracasado en otros tratamientos previos, aunque esto no es una cuestión que deba concurrir en un primer momento.

3. De forma esencial corresponden a aquellos pacientes que se encuentran en situación de dificultad para seguir en el medio su proceso de rehabilitación, bien por problemas intrínsecos o ambientales.

De esta forma, el aislamiento temporal les sitúa en un nuevo entorno donde encuentran toda una serie de elementos que vienen a cubrir sus carencias. El tratamiento en Comunidad Terapéutica, como una modalidad más, es realizado de forma intensa y cubre los distintos aspectos del individuo.

En un primer momento existieron tres modelos de Comunidades Terapéuticas, unas regidas por ex toxicómanos, otras por instituciones religiosas y las dirigidas por profesionales. A partir de la regulación de éstas a través de las distintas normativas (Decretos 330/1988, 16/1994 y 87/1996) se ha venido a exigir un mayor control para su funcionamiento, junto a otros aspectos referidos a la necesidad de contar con un programa terapéutico, que incluya: objetivos de intervención, metodología, sistema de evaluación, contenidos y fases del proyecto; todo ello, garantizado mediante una intervención terapéutica realizada por profesionales o personas acreditadas para ello. En estos momentos, dentro de la Red sólo existe un modelo de Comunidad Terapéutica que corresponde a las de profesionales, al haberse ido adecuando la mayoría de ellas a lo establecido en la normativa de acreditación y autorización de centros.

No obstante, existen Comunidades Terapéuticas que aún no tienen regulada su situación de funcionamiento y siguen ejer-

ciendo sus funciones sin que hayan cumplido lo establecido en el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, en Disposición Transitoria sexta, en el que se viene a recoger que los Centros y Servicios que transcurridos los plazos previstos para la aplicación de la norma, no hubieran solicitado su inscripción o autorización en el Registro de Entidades y Centros de Servicios Sociales, serán considerados clandestinos, por lo que podrán ser objeto de las sanciones establecidas en la legislación vigente.

Andalucía es uno de los territorios en que el modelo de Comunidades Terapéuticas para los tratamientos a las drogodependencias ha conseguido un mayor desarrollo e implantación. Previo a la creación del Plan Andaluz sobre Drogas existían ya Comunidades Terapéuticas gestionadas por la iniciativa social, creándose la primera pública a comienzos de 1986. Debemos reconocer el enorme esfuerzo realizado por la Administración Autonómica en cuanto a la creación de este tipo de recursos, debido a los elevados costes que supone su funcionamiento. Así, hoy se cuenta con una amplia red de centros de internamiento donde coexisten centros dependientes de la Consejería de Asuntos Sociales, de dependencia de la FADA y privados concertados, con unas ratios de calidad de servicios y de prestaciones que les coloca entre los servicios mejor valorados por los usuarios.

Por otro lado, son muchos los pacientes que reciben atención en este tipo de recursos, habiéndose incrementando en los últimos tiempos la demanda de éstos, ante la imposibilidad de mantener un cierto autocontrol los consumidores con larga trayectoria de consumo.

En relación a la demanda y utilización de estos recursos podemos ver que se ha ido incrementando el número de recursos, así como las plazas, sin que ello haya ido siempre con un mayor número de pacientes.

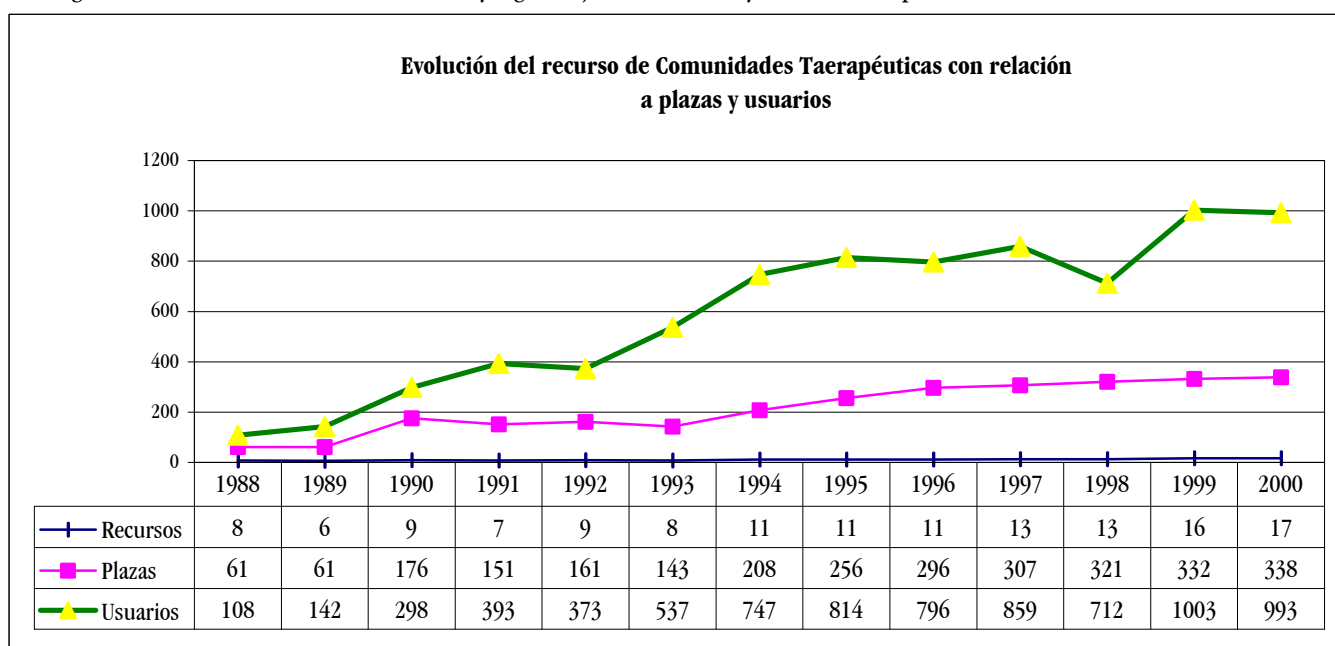


Gráfico núm. 22: Evolución de las Comunidades Terapéuticas y usuarios atendidos. Periodo 1988-2000. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

En los datos recogidos en el gráfico núm. 22, pertenecientes a una publicación oficial del Consejería de Asuntos Sociales, aparecen 338 plazas en el año 2000, mientras que en la información remitida desde el Comisionado para las Drogodependencias aparecen 373 plazas. No obstante, hemos recogido la primera al ser datos publicados.

Actualmente, las Comunidades Terapéuticas se han convertido en recursos que pretenden adaptarse a la realidad del momento y a los perfiles de los pacientes que son atendidos con unos niveles mínimos de exigencia. Esto ha permitido un incremento en la demanda que ha repercutido, a su vez, en un aumento en la lista de espera, al menos en algunas comunidades. Otro aspecto problemático es el intento de homogeneizar estos recursos sin llegar a diferenciarse en función de los perfiles de usuarios, cuando existe una gran variedad de éstos (patología dual, menores, alcohólicos, mujeres, etc.), lo que supone para muchos pacientes y centros que existan dificultades a la hora de abordar unos tratamientos adecuados a éstos y que se produzca un mayor número de abandonos. Sin embar-

go, con este sistema se ha pretendido dar una mayor rentabilidad económica a éstos recursos, a expensa de sacrificar otros criterios de funcionamiento.

Con relación a los aspectos más positivos señalados en los cuestionarios de los profesionales, podemos ver que se concentran en las cuestiones que tienen que ver con las enormes posibilidades que presentan para trabajar con los internos, tanto desde el punto de vistas psicológico como desde la normalización. Otra cuestión que observamos en la cumplimentación de los cuestionarios, es la dispersión en las respuestas lo que dificulta su análisis por categorías.

Destacan, sobre todo, aquéllas que hacen referencia a la consideración de un tratamiento integral (9,64), su valor con relación a servir para el mantenimiento a la abstinencia (9,04%) y su consideración de ser un sistema de control del paciente al adaptarse al perfil de éstos. Se destaca de forma minoritaria las posibilidades que presenta para trabajar con los pacientes con problemas penales y clasificación de tercer grado, o la utilización que tienen para mejorar el grado de autoestima y las habilidades sociales.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Tratamiento integral	16	9,64%
Mantiene a apoya la abstinencia	15	9,04%
Actúa como control de los pacientes	12	7,23%
Ayuda al proceso de integración	9	5,42%
Adaptado al perfil	8	4,82%
Mejora de forma general	8	4,82%
Ambiente libre de drogas.	7	4,22%
Hábitos de vida saludable	6	3,61%
Trabajo con familia	5	3,01%
Coordinación de centros	4	2,41%
Mejora las habilidades sociales	4	2,41%
Buena accesibilidad	3	1,81%
Trabaja diverso aspectos de la personalidad	3	1,81%
Indicado para intervenir en tercer grado	2	1,20%
Otras respuestas	64	38,55%
Total	166	100,00%

Contestan 98 89,91%

No contestan 111 110,09%

Cuadro núm. 63: Aspectos fuertes de los programas de deshabituación en Comunidad Terapéutica. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a los puntos débiles de los programas de deshabitación en Comunidad Terapéutica, destacan los que hacen referencia a la larga lista de espera en estos recursos, coincidiendo en éste un 23,30% de los que han contestado a esta cuestión. Porcentaje enormemente significativo con relación al resto de respuestas obtenidas, al margen de la consideración que se tiene en relación a ser un pro-

grama muy rígido (17,48%) y la falta de coordinación de estos recursos con el resto de la estructura de la red (6,80%).

De nuevo observamos en este recurso la necesidad de incrementar el personal técnico, ya que vienen a ser uno de los recursos de internamiento en servicios sociales con menos personal por número de pacientes.

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE DESHABITUACIÓN EN COM. TERAPÉUTICA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Lista de espera muy alta y pocas plazas	24	23,30%
Programa muy rígido	18	17,48%
Falta coordinación	7	6,80%
Desorganización y escasa atención	5	4,85%
Aislamiento del medio habitual	4	3,88%
Escasa implicación familiar	4	3,88%
Poco personal	3	2,91%
Sirve de poco	3	2,91%
Interés en terapia ocupacional	2	1,94%
Necesidad de adaptarse a otras adicciones	2	1,94%
Falta formación accesible	2	1,94%
Escasa adaptación a la población marginal	2	1,94%
Otras respuestas	27	26,21%
Total	103	100,00%

Contestan 88 80,73%

No contestan 21 9,27%.

Cuadro núm. 64: Aspectos débiles de los programas de deshabitación en Comunidad Terapéutica. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En relación a la lista de espera en Comunidades Terapéuticas, a finales de 2000, ésta era de 149 pacientes. Siendo la Comunidad Terapéutica de Poveda (Sevilla) con 23 pacientes en espera y 25 plazas la de mayor tiempo, que podría superar los cinco meses. Mientras que Jomad (Málaga) con 5 plazas no tenía pacientes en espera. No obstante, a lo largo de 2001 se suprimieron 13 plazas y se incrementó el tiempo medio de espera. A partir del verano de 2002 la lista de espera se unifica y difuminándose por comunidades, aunque ello ha supuesto otro tipo de problemas.

Estos recursos vienen a cubrir en gran medida la demanda existente, tanto de pacientes como de familiares, al considerarse el aislamiento temporal como la mejor opción para abandonar

las drogas. No obstante, los pacientes consideran que la estancia en estos recursos es muy difícil, dado el nivel de exigencia que existe en estos centros (disciplina, normas, actividades).

A veces el abandono de los pacientes de estos recursos está supeditado a causas poco significativas, lo que pone de manifiesto las dificultades existentes para soportar el programa.

“Estuve en..., aquello está muy bien. A los pocos días de estar allí llegó un colega de mi pueblo y cuando éste se fue me fui con él”.

“Las Comunidades Terapéuticas están muy bien, pero resultan difícil de soportar. Estuve un mes y me marché”.

“Allí aprendí muchas cosas, lo de la habitación escape, el autocontrol,... pero si no te lo tragas no sirve de nada”.

“Los profesionales te tratan con mucho cariño. Existe una gran diferencia entre las Comunidades Terapéuticas públicas y las religiosas y algunas privadas”.

El aislamiento que se produce como alternativa terapéutica, llega a situar al paciente en unas condiciones óptimas para enfrentarse a la realidad que supone la calle, aunque a veces ello sea un reto difícil de alcanzar.

“Las comunidades terapéuticas pueden servir, pero cuando estás en la calle todo es muy distinto. Si tardas mucho en salir, cuando vuelves a la calle todo es muy difícil”.

“Cuando sales de nuevo al exterior tienes deseo de probarla, porque quieres convencerte de que puedes controlar. Luego caes de nuevo”.

“Yo no consumí heroína, pero empecé con el alcohol y volví a caer. El alcohol te descontrola mucho”.

Otro aspecto, que desde el punto de vista de los profesionales ha llevado a saturar la lista de espera y que ésta alcance los niveles que en estos momentos tiene, se debe a la existencia de los programas de formación laboral implantados en las comunidades que dependen de la FADA, donde se llega en algunos casos a supeditar el tratamiento psicológico a lo que sería una formación prelaboral, siendo ésta la que limita el tiempo de estancia en el centro. Consideramos que siendo positiva la decisión de la formación, como ocupación y aprendizaje en el tiempo libre, existen otros tipos recursos que podrían realizar mejor este tipo de programas.

No obstante, se cuenta con una lista única en función de la droga principal y donde los pacientes son asignados en base a la primera plaza disponible. En este caso, se obvia los criterios de derivación que se ha seguido años atrás donde los terapeutas de referencia en colaboración con los pacientes seleccionaba los centros. De esta forma se establecía una competencia lícita en función de la calidad que presentaba cada servicio.

En estos momentos se parte del criterio de que todas las Comunidades Terapéuticas son idénticas, así como los tratamientos, algo que en la práctica no es así, como ha sido puesto de manifiesto por los técnicos de los centros. Además, parece complejo utilizar como criterio la sustancia de consumo sobre todo cuando la gran mayoría son policonsumidores. No obstante, habrá que esperar un tiempo para conocer los efectos de la aplicación de esta medida que, en estos momentos, no parecen contar con el reconocimiento de los técnicos de los centros al invadirse parte de su espacio y competencia profesional, como es valorar los distintos recursos que suponen mayor garantía para el modelo que debe seguir su paciente.

La formación laboral, como más tarde comentaremos, a tenor de los datos obtenidos de los 73 pacientes entrevistados, no es en este momento la mayor dificultad con la que se enfrentan al existir toda una serie de factores ambientales que les impiden acceder al empleo. Sin embargo, es ésta su mayor

demanda ante la necesidad que tienen de reorientar su vida, mediante un trabajo que les ayude a alcanzar formas de vida distintas, aunque previamente habría que realizar un buen trabajo de deshabitación que les permita afrontar esa nueva situación.

Por otro lado, se nos comenta que en el año 2001, se han reducido en trece las plazas concertadas en Comunidad Terapéutica, en el momento de mayor demanda de éstas. Esa decisión administrativa, genera preocupación en la iniciativa social después de las elevadas inversiones realizadas tanto para la creación de estos recursos como su adaptación a la normativa actual. Temen que este proceso de disminución de plazas pretenda en el futuro disminuir su presencia en esta modalidad de tratamiento y su sustitución por la Fundación creada con esta finalidad por la Administración. Esta cuestión es resulta difícil de desvelar, ya que por otro lado se han incorporado nuevos conciertos de plazas con otras entidades, lo que no justifica la medida.

Con relación al tema de la espera, es una cuestión que han puesto de manifiesto los propios usuarios, al considerarla como la mayor dificultad de estos recursos.

“He tenido que esperar más de cinco meses, y eso es mucho tiempo”.

“Creo que faltan centros, sino como se explica que se tarde tanto en entrar”.

“Yo tardé cinco años en convencer a mi terapeuta de que quería ir a un centro”.

Con relación al nivel de satisfacción encontrado en estos centros, es, en general, muy alto, siendo las comunidades públicas las que alcanzan mayor valoración.

“Las comunidades públicas son las mejores. En cuanto a servicios. En éstas existe mayor nivel de libertad. En otra que estuve había mucho trapicheo de metadona”.

La mayor dificultad la encuentran al salir de los tratamientos, ya que de nuevo tienen que relacionarse con su entorno social, y en él casi todos consumen. Son conscientes de que el no seguir las recomendaciones y pautas aprendidas les puede llevar de nuevo a caer en el consumo.

6. 4. 4. CENTROS DE DÍA

Son recursos intermedios para la población drogodependiente que vienen a complementar el trabajo realizado en los centros de tratamiento ambulatorio.

En éstos se realiza un tratamiento más intensivo y estructurado que en otro tipo de recurso, dado que existe la posibilidad de una mayor permanencia de los usuarios en ellos. Son muy apropiados para aquellos pacientes que se encuentran en alto riesgo de recaída (American Psychiatric Association, 1995). En Andalucía, y a raíz del debate originado en nuestro país en torno a estos recursos a comienzos de los noventa, se han ve-

nido a definir como recursos urbanos intermedios para la deshabitación e integración socio-laboral, donde se realizan actividades con diferentes fines, teniendo como ejes fundamentales el terapéutico, el educativo, el ocupacional y el integrador, realizándose las tareas con un horario preestablecido y supervisadas por un equipo interprofesional.

En ellos se trabajan las distintas áreas o programas que ocupan lo socio-relacional, lo educativo y lo laboral. Son un espacio terapéutico que pretende el aprendizaje de los procesos de incorporación social complementarios a los programas asistenciales.

A tenor de los datos de los últimos años, podemos decir que estos recursos tienden a modificarse en unos casos y, en otros, van desapareciendo debido a varias razones. En unos casos, estaría la falta de decisión sobre los mismos por parte de la Administración, así como la ausencia de un modelo terapéutico definido al perfil de los actuales usuarios. En otros, podemos estar situados ante la falta de interés de los propios pacientes, por la ausencia de programas suficientemente atractivos.

El cierre de este tipo de recursos en algunas provincias, como es el caso del centro de día de Córdoba, se ha justificado por la presencia de cursos de formación prelaboral que han permitido que un número no determinado de pacientes hayan podido encontrar un trabajo. De nuevo, observamos en este ejemplo como se entiende la Incorporación Social como for-

mación para el empleo, olvidándose aspectos importantes de la integración a los que luego nos referiremos.

A estos recursos acuden los pacientes tras su correspondiente derivación, debiendo cumplir los siguientes requisitos como criterios de inclusión:

1. Abstinencia al ingreso, o en el caso de encontrarse en el programa de mantenimiento con metadona que éste normalizado en el mismo.
2. Voluntariedad
3. Proceso de adaptación, superación de la entrevista e integración al grupo, previo a la contratación y aceptación de compromisos con el centro.
4. Control de enfermedades, sobre todo infecto-contagiosas, por el tipo de relación que se establece entre los usuarios y el equipo terapéutico.
5. Derivación de un programa terapéutico y simultaneidad con el mismo.

El periodo de permanencia en el centro lo marcan de forma consensuada los profesionales que trabajan en este recurso, y en muchos casos está supeditado al programa que sigue el paciente.

En el caso de los centros de día gestionados por la iniciativa social, que son la gran mayoría, se regulan a través de una Orden de convocatoria de subvenciones articulándose posteriormente a través de convenios.

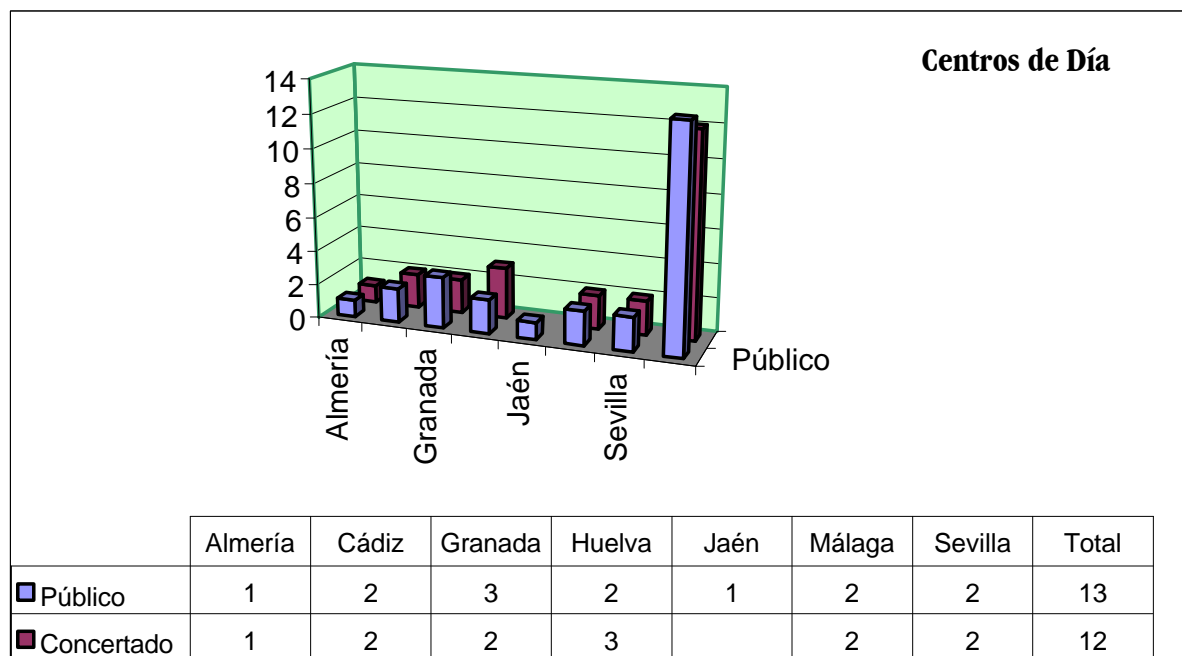


Gráfico núm. 23: Centros de Día públicos y concertados en Andalucía. Año 2001. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Según el gráfico núm. 23, la provincia de Córdoba no cuenta en estos momentos con este tipo de recurso. El único existente

fue cerrado en el 2001, aún contando con una alta consideración por parte de pacientes y profesionales.

En aquellas provincias que hemos visitado, hemos podido constatar el trabajo que vienen realizando al mismo tiempo que están integrados con los centros de tratamiento ambulatorio. Cubren de esta forma una demanda y una necesidad patentes en los propios afectados. Quizás las decisiones que la Administración está tomando en estos recursos —cierre del Centro de día de Córdoba, disminución de las cuantías en los conciertos asistenciales en esta modalidad—, se deben al desconocimiento que desde la propia Administración existe sobre los mismos, o la falta un marco teórico que venga a sustentar en estos momentos los procesos de incorporación social.

No obstante, son estos recursos, desde el punto de vista de los profesionales, los que requieren una mayor adaptación a las necesidades del momento. Son por tanto, uno de los instrumentos del Plan que requieren en mayor medida una evaluación y adecuación a las necesidades.

Sin embargo, para muchos pacientes su mayor valor está en la falta de otro tipo de recursos o de otras alternativas más valiosas.

“Los centros de día sirven para quien quiera. Yo vengo porque no tengo otra cosa”.

Por otro lado, observamos, como ya hemos comentado, la valoración que hacen de los profesionales de los centros y el trato recibido.

“Yo he estado en el centro de... y está muy bien, y lo que allí haces te ayuda mucho. Los profesionales se preocupan y están pendientes de uno”.

Con relación a los puntos fuertes de estos programas, destaca su valoración para ocupar el tiempo libre, que tan importante resulta para esta población (19,49%), al mismo tiempo que se consideran como un buen programa de reinserción (13,56%) que permite la integración en el entorno. Con relación a las actividades que realizan, éstas sirven para fomentar los estilos de vida y como complemento personal. De forma minoritaria, un 4,24%, aparece la buena valoración sobre los profesionales de estos recursos.

Debemos resaltar al alto porcentaje (37,61%) de los encuestados que no han contestado a este ítem, dato que podemos considerarlo muy alto con relación a otros programas. La razón la podemos encontrar en el escaso conocimiento de estos programas por parte de los profesionales.

ASPECTOS FUERTES DEL PROGRAMA CENTROS DE DÍA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Ocupación del tiempo libre	23	19,49%
Reinserción	16	13,56%
Permite la integración en el entorno	10	8,47%
Fomenta los estilos de vida (saludables, hábitos, oficios)	7	5,93%
Complemento personal	7	5,93%
Buenos profesionales	5	4,24%
Facilita la rehabilitación y deshabituación	4	3,39%
Útil para los que tienen familia	3	2,54%
Adecuado para determinado perfil	3	2,54%
Otras respuestas	40	33,90%
Total	118	100,00%

Contestan 68 63,39%

No contestan 41 37,61%

Cuadro núm. 65: Aspectos fuertes de los programas de Centros de Día. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Con respecto a los puntos débiles de estos programas se destacan la dificultad de encontrar grupos homogéneos de pacientes; en muchos casos, participan pacientes consumidores con pacientes en abstinencia lo que perjudica las posibilidades de realizar trabajo grupal (19,44%). En segundo lugar, la falta de perspectiva laboral supedita las posibilidades de reali-

zar un trabajo ilusionante y motivador (13,89%), seguido de un escaso reconocimiento como recurso (9,72%).

Otros aspectos débiles es la falta de atención que reciben estos recursos desde las Administraciones, lo que les hace llevar a demandar medios materiales y recursos económicos, junto a la insuficiencia de horarios y de accesibilidad a éstos.

ASPECTOS DÉBILES DEL PROGRAMA CENTROS DÍA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Grupos poco homogéneos de pacientes, y en distintos estadios (sin control, consumidores en activo)	14	19,44%
Falta de perspectiva laboral	10	13,89%
Poco motivador y adecuado	10	13,89%
Prácticamente no existen	7	9,72%
Poco control	4	5,56%
Falta de apoyo económico y recursos materiales	4	5,56%
Horario insuficiente	3	4,17%
Falta de accesibilidad	2	2,78%
Otras respuestas	18	25,00%
Total	72	100,00%

Contestan 58 53,21%

No contestan 51 46,79%

Cuadro núm. 66: Aspectos débiles de los programas de Centro de Día. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Debemos admitir, por tanto, que son recursos necesarios que requieren una revisión, pero ésta debe realizarse con el consenso de los profesionales que vienen realizando su labor en ellos. Son recursos con características muy especiales que se han ido adaptando en cada lugar a las características y peculiaridades de cada sitio. Ello lleva a la existencia, en estos momentos, de una gran diversidad de tipología de centros. No obstante, lo esencial es tener claro los aspectos metodológicos de la incorporación social, y que éstos puedan llegar a cubrir las carencias sociales, culturales educativas y laborales, que presentan estas poblaciones.

6. 4. 5. VIVIENDAS DE APOYO AL TRATAMIENTO

Son un lugar de acogida inmediata y de estancia temporal para aquellas personas afectadas por la problemática de las drogodependencias, incluidos cualquier tipología de pacientes a los que gestiona su ingreso en otro tipo de recursos que responda a sus características personales.

La fundamentación de este tipo de recurso se debe a que el abuso de drogas conduce a la población afectada a una degradación personal, familiar y social. Ese deterioro les lleva a veces a abandonar el medio familiar, quedando sin recursos donde convivir. Los albergues no son solución para ellos debido a los criterios de permanencia, y que llegan a ser muy estrictos ante el consumo. Esta situación les obliga a permanecer en la calle y deambular todo el día para poder conseguir los medios que les permitan mantener las dosis diaria.

Como objetivo general de este tipo de recurso se pretende dar respuestas al problema de las drogodependencias en el propio marco urbano, implicando de un modo activo al drogado dependiente, para su incorporación al tratamiento, y actuando como un espacio capaz de generar un cambio que les ayude a asumir su proyecto de inserción social.

En los pacientes que solicitan este tipo de recursos se detectan una serie de características, como son:

1. Retraso en el desarrollo individual,
2. Ruptura de la unidad familiar y de convivencia lo que conlleva a la alienación.
3. Una situación social de total marginación.
4. El agotamiento familiar ante los repetidos intentos y fracasos de dejar las drogas.
5. El propio hábitat en el que se desenvuelven.
6. El elevado índice de paro, y la escasez de recursos materiales de subsistencia mínima.
7. El fracaso escolar producido por su falta de motivación hacia los estudios.
8. El rechazo y ausencia de determinados valores sociales.
9. La difícil detección y diagnóstico de muchas patologías y enfermedades asociadas al consumo.

Por todo ello, el trabajo que se viene a realizar desde este tipo de recurso trata de cubrir unas necesidades básicas que pasan por dos áreas de intervención: la educativa y la social. A partir de ellas, se pretende cubrir necesidades que tienen que ver con el aseo personal, la alimentación, la educación para la

salud, el trabajo del ocio para su utilización creativa y formativa, el asesoramiento y apoyo para la asistencia y la participación en los programas de tratamiento.

En estos momentos sólo existen tres viviendas concertadas en Andalucía con un número reducido de plazas que no llega a superar las cuatro cada uno. Recursos a todas luces insuficientes, cuando sólo en la ciudad de Sevilla, y en tratamiento en el Centro Provincial de Drogas, más de mil pacientes no están censados con un lugar o dirección de convivencia.

Al ser recursos de ingreso inmediato no cuentan con lista de espera. No obstante, el número de plazas es escaso, así como el control sobre los niveles de ocupación y de acceso a las plazas, lo que les convierte en un recurso poco utilizado y conocido. Por ello, se debería arbitrar cuanto antes un mayor número de plazas para atender al sector de población más marginal y con mayor necesidad de contar con este tipo de medidas que les permita iniciar tratamiento y superar la espera en unas condiciones mínimas de convivencia.

6. 4. 6. VIVIENDAS DE REINSERCIÓN

Se consideran estos recursos como unidades de convivencia de carácter urbano y alternativos al consumo, sobre todo para aquellos pacientes que requieren de un proceso de acercamiento y normalización, bien procedan éstos de una Comunidad Terapéutica o desde un centro de Tratamiento Ambulatorio.

Son recursos tutelados de tercer nivel y especializados que cumplen el objetivo de la normalización progresiva a través de las actividades de los usuarios (búsqueda de empleo, capacitación profesional o académica, adquisición de determinados hábitos sociales, saludables, de relaciones). Se pretende, a

través de ello, el manejo de pautas sociales y de competencia que de manera progresiva les permita una mayor autonomía y autorresponsabilidad en los usuarios.

Por ello, el objetivo del programa de viviendas de reinserción es proporcionar un medio para la adquisición de determinados hábitos para drogodependientes que presentan una conflictividad sociofamiliar grave.

El perfil de los usuarios de este tipo de recurso responde a:

1. Población en proceso de rehabilitación. Pueden proceder de una Comunidad Terapéutica o de un Centro de Tratamiento.

2. Abstinentes o en programa de mantenimiento con metadona con un buen nivel de autonomía personal.

3. Carecer de familia o de un espacio de convivencia adecuado que aconseje su aislamiento.

Podemos decir que es un recurso que cubre bien determinadas carencias importantes que tienen estas poblaciones, y son demandados por una parte importante de éstas. El mayor problema se centra en el escaso número de plazas existentes en estos momentos, que repercute en una prolongada espera de meses en los usuarios. No obstante, al ser un recurso de tercer nivel, en el caso de las derivaciones producidas desde las comunidades terapéuticas éstas juegan un papel de contención para el ingreso posterior en el piso. La falta de viviendas de reinserción y la retención que se produce en las comunidades terapéuticas lleva a incrementar y a retrasar aún más ingreso.

Con relación a la utilización de pacientes en programas libres de drogas y en otros programas, hemos tenido acceso al último informe completo del programa que corresponde a 1998, donde se recoge el perfil de éstos según el tratamiento seguido, siendo el siguiente:

	Tratamiento seguido					
	Metadona	Naltrexona	Ninguno	Otros	No Consta	Total
NOESSO				9		9
N.J. TRILLE						0
CPD Córdoba	2			10		12
Arco Iris	5		20	4		29
Casas Diocesanas	3		5			8
Cruz Roja-Jaén	1			2		3
Alternativa-2		5	8	6	1	20
Poveda			18	2		20
Total	11	5	51	33	1	101

Cuadro núm. 67: Tratamientos seguido en Viviendas de Reinserción. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Con relación al posible crecimiento de este programa, en el año 2001 se concertó una vivienda en Ayamonte (Huelva) con cuatro plazas, mientras se cerró la única pública que dependía de la Administración, por concierto entre la Junta de Andalucía y la Diputación Provincial de Córdoba. Por ello, aunque se recuperan cuatro plazas en Huelva se pierden seis en Córdoba. En la provincia de Sevilla hay concertada, desde hace unos años una vivienda gestionada por las Hermanas de la Caridad.

A la vista de los datos y de lo expresado, éste programa no cuenta con la atención que sería necesario, en función de la demanda actual. Con relación a otros programas vemos que es uno de los peor tratados, tanto por la atención prestada como por las cuantías dirigidas al sostenimiento del mismo, de las que se quejan las instituciones.

Vivienda de reinserción			
Ciudad	Entidad responsable	Núm. de plazas	Topología
Almería	Noesso	6	Hombres/Prgr. Metadona
Cádiz	N.J. Trille	6	Hombres
Córdoba	Arco Iris	8	Hombres/Prgr. Metadona
Granada	Casas Diocesanas	4	Hombres/Prgr. Metadona
Jaén	Cruz Roja	5	Hombres/Prgr. Metadona
Málaga	Alternativa-2	7	Hombres/Prgr. Metadona
Sevilla	Poveda	9	Hombres/Mujeres/Prgr. Metadona
Huelva	Aspreato	4	Hombres/Prgr. Metadona
Sevilla	Hnas. de la Caridad	3	Hombres./Prgr. Metadona
Total		52	

Cuadro núm. 68: Viviendas de Reinserción y perfil de los usuarios admitidos en éstos. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Según información recogida a finales de octubre de 2001, el número de pacientes que se encontraban en lista de espera era de sesenta y cinco, siendo el más antiguo del mes de marzo de ese mismo año. El periodo de estancia máxima en el programa es de un año y la estancia media de 200 días. Ante esta situación, podemos pensar que la espera resulta excesiva. Mientras, es éste uno de los recursos que demandan en mayor medida los pacientes y donde se consigue una mayor estabilidad en los mismos.

Otra de las dificultades que se apuntan de este recurso, desde el punto de vista de las instituciones que participan en el programa, tiene que ver con la cantidad prevista por plaza/día –21.14 euros– con el convenio firmado con la Administración para 2001, que escasamente asegura el mantenimiento del recurso, sobre todo cuando se plantea desarrollar estrategias que mejoren el nivel de integración de los pacientes.

En estos momentos son recursos bien valorados por los pacientes y muy necesarios, según su criterio, para seguir el tratamiento de las drogodependencias. Sin embargo, las principales demandas que hemos podido detectar en nuestras visitas, son las siguientes:

1. Se debe revisar la aportación económica de los convenios, ya que el precio de estancia día se sitúa muy por debajo de lo

establecido para las Comunidades Terapéuticas, o cualquier otro recurso en materia de Servicios Sociales.

2. Necesidad de incrementar las plazas, debiéndose ubicar en aquellas zonas que cuenten con posibilidades de realizar una actividad laboral. Ante el posible incremento que se pudiera realizar habrá que incrementar plazas que permitan la presencia de mujeres, ya que en estos momentos existen déficit para éstas.

3. Mejorar el nivel de atención de estos recursos, contando para ello con mayor soporte y coordinación desde los centros de tratamiento. Se debe mejorar e incrementar la coordinación con los centros de día y los programas de incorporación socio-laboral.

4. Por último, debe exigencia en cuanto a la capacitación técnica de los profesionales que trabajan en estos recursos.

En relación a los aspectos fuertes que nos han puesto de manifiesto, éstos hacen referencia a la consideración de ser instrumentos dirigidos a la reinserción social (25%), así como servir como elementos de la normalización (16,25%). Junto a ello, el carácter de complementariedad a los tratamientos ambulatorios y a las comunidades terapéuticas, debiendo añadir las posibilidades que tienen de realizar la rehabilitación e inte-

gración social en un medio distinto al de origen. Son por tantos recursos facilitadores de la integración social.

A estos valores ya señalados debemos unir las posibilidades de abandonar el medio de origen que les permita iniciar una

nueva vida en un entorno diferente, donde encuentren recursos de normalización social y, en muchos de ellos laboral, permitiendo un ensayo de vida diferente.

ASPECTOS FUERTES DE LOS PROGRAMAS DE VIVIENDAS DE REINSERCIÓN SOCIAL

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Forman para reinsertar	20	25,00%
Facilita la normalización	13	16,25%
Complementariedad de los tratamientos ambulatorios, CTTT y demás de Incorporación. Social	6	7,50%
Permite la rehabilitación e integración en un medio distinto	6	7,50%
Ensayo de vida independiente	4	5,00%
Trabaja el entorno	3	3,75%
Trabajo autónomo	3	3,75%
Complemento terapéutico	3	3,75%
Calidad de la intervención	2	2,50%
Funciona como red de apoyo social	2	2,50%
Trabaja las habilidades sociales y de convivencia y ambiente controlado	2	2,50%
Otras respuestas	16	20,00%
Total	80	100,00%

Contestan 74 67,89%

No contestan. 35 32,11%

Cuadro núm. 69: Aspectos fuertes de los programas de Viviendas de Reinserción Social. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Los aspectos débiles de estos programas tienen que ver con la ausencia de plazas en estos recursos (37,08%), y la poca difusión dada en estos años (10,11%). Son por ello, recursos poco conocidos. Llama la atención la baja consideración que tienen para los técnicos de la Red los trabajadores de estos recursos. Quizás las razones las podamos encontrar en que son los recursos que menos subvenciones reciben por la vía de convenio de la Administración, lo que les lleva a que exista un bajo nivel de exigencia a la hora de realizar la contratación del personal.

Además, la baja exigencia planteada en estos años lleva a los profesionales a destacar el escaso control ejercido sobre éstos, lo que permite en algunos casos la existencia de pacientes en activo conviviendo con pacientes libres de drogas en este tipo de recurso. Es una manera de poner de manifiesto la necesidad de regular las normas de funcionamiento interno, así como los criterios de inclusión que les permitan ser más selectivos para así alcanzar los objetivos terapéuticos que se plantean en el programa.

ASPECTOS DÉBILES DEL PROGRAMA DE VIVIENDAS DE REINSERCIÓN

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Existen pocas plazas	33	37,08%
Poca difusión	9	10,11%
Poco personal cualificado	8	8,99%
Poca coordinación terapéutica	6	6,74%
Lista de espera alta	6	6,74%

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Poco control de los pacientes, consumidores en activo	5	5,62%
Otras respuestas	22	24,72%
Total	89	100,00%

Contestan	62	56,88%
No contestan	47	43,12%

Cuadro núm. 70: Aspectos débiles de los programas de Viviendas de Reinserción Social. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Para concluir, podemos afirmar que nos encontramos en uno de los recursos mejor valorados para el objetivo de la normalización. Cumplen, por ello, un importante papel en la red social que en estos momentos existe.

Son recursos que deberían contar con una mayor atención desde las Administraciones Públicas, en el sentido de atender las deficiencias detectadas y puestas de manifiesto por los profesionales y los propios pacientes. Es necesario revisar los programas terapéuticos de éstos para llegar a homogeneizarlos, así como para incrementar el número actual de plazas que impidan largas listas de espera.

Se debe tener en cuenta que en el problema de las drogodependencias, cada vez más están presentes las variables condicionantes que pertenecen al ámbito de lo social (ámbito que también se ve afectado por la sintomatología) que afecta a la causalidad que tiene que ver con lo biológico, aunque exista una clínica y una patogenia referida a lo psicológico. Esta forma de afectación y esta causalidad no aparece como un conjunto de espacios patológicos aislados, que es como en la práctica muchas veces se están abordando, sino que, más bien, construyen un todo en que cada una de las parcelas sustenta y condiciona las otras. No se debe de perder esta visión, ya que de no ser así probablemente se estén perdiendo muchos recursos sin posibilidades de éxito.

6. 5. LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

La heroína fue la sustancia de mayor adicción entre los años ochenta y noventa para la población drogodependiente. Su uso continuado produjo daños importantes en los consumidores, en muchos casos irreparables. Después de años de consumo muchos de ellos no optan por abandonarla o, en otros casos, su nivel de deterioro por el tiempo de consumo es de tal magnitud que quedan integrados dentro de lo que se viene denominando el colectivo de la "exclusión social". Posteriormente, la incorporación de los consumos de heroína y cocaína mezclada, a mediados de los noventa en nuestro país, sitúa los problemas ocasionados en otro nuevo contexto, si

cabe en muchos casos con un mayor nivel de deterioro social y sanitario. A partir de ese momento, podemos empezar a hablar de nuevos conflictos y nuevas situaciones, algunas de las cuales han sido ya descritas en otros apartados del presente informe.

A lo largo de estos años, y en el deseo de cubrir las necesidades y demandas del conjunto de la población consumidora, se han ido incorporando, al mismo tiempo que aparecían los pacientes en los centros de tratamiento, toda una serie de programas que tenían como objetivo reducir los riesgos y los daños producidos por las drogas. Éstos empiezan a instaurarse en Europa a partir de los años ochenta y en nuestro país hacia los años noventa.

Surgen bajo la idea de priorizar los programas de reducción del daño y riesgos asociados al consumo, ante las situaciones producidas por la ausencia de adhesión a los tratamientos de sectores de población que presentaban dificultades para abandonar el consumo; la no presencia en los mismos de poblaciones que no estaban y, probablemente, no estarán nunca por dejar de consumir; y, por último, la aparición de la pandemia del SIDA, y su posterior control, lo que llevó, con el paso de los tiempos, al envejecimiento y deterioro de un sector importante de la población consumidora.

Se caracterizan por mantener estrategias y acciones tanto individuales como colectivas, en las áreas sanitaria, social y psicológica encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas. Parten del reconocimiento y aceptación de determinados consumos problemáticos, la capacidad de atracción y retención de los usuarios de drogas en los dispositivos asistenciales, su protagonismo en los programas de actuación, la integración y articulación con los programas libres de drogas, su capacidad de integración en la red asistencial, etc., cuestiones todas ellas importantes y que afectan a un sector muy numeroso de la población consumidora.

Parten de la idea de que la abstinencia no es un objetivo, en todos los casos alcanzables, al mismo tiempo que los patrones de uso de las drogas provocan problemas de cierta magnitud. En un primer momento, existía un cierto convencimiento de que las estrategias que respondían a este modelo no habían venido a mejorar sino que exacerbaban los problemas relacio-

dados con los consumos. No obstante, no descartan las estrategias de reducción del daño y la abstinencia como un proceso de relación del consumidor de drogas después de realizar en un primer momento cambios significativos en su dependencia.

Para ello, se pusieron en marcha ciertos programas y servicios que se caracterizan por no pretender, en principio, la abstinencia de sus beneficiarios y tratar de reducir los efectos nocivos que a nivel sanitario, psicológico, social y comunitario, llevan asociados los consumos de drogas y así paliar determinadas necesidades de tipo socio-sanitario que presenta la población drogodependiente.

Se entienden las políticas de reducción de riesgos como *“una filosofía de la acción educativa y sanitaria sin valoración moral previa sobre una conducta determinada. Es una política asistencial que organiza y engloba la práctica del conjunto de acciones sanitarias, sociales y consumidoras, en relación a los efectos perjudiciales del consumo de drogas. Se engloban en esta estrategia todos aquellos programas y servicios, médicos sociales, de base individual o colectiva, encaminados a minimizar los efectos negativos asociados al consumo”* (Baulenas, 1998:7-8).

Los objetivos que se pretenden alcanzar con éstos, son:

1. Adaptar las redes asistenciales a las demandas y necesidades de los pacientes, para así mejorar su estado de salud y de normalización en la sociedad.

2. Fomentar la aceptación de las drogodependencias como una realidad e impulsando ayudas que permitan procesos de normalización en las mejores condiciones posibles.

3. Atender al mayor número de pacientes, independiente de su situación o condición, identificando sus necesidades para posibilitar su posterior organización de servicios en función de sus condiciones y demandas.

4. Reducir la mortalidad y morbilidad en esta población.

5. Crear conciencia de ayuda al drogodependiente entre la población que por las causas que fuere, no están en condiciones de iniciar el tratamiento.

6. Conseguir la reducción de los costes sociales e individuales asociados al consumo, al mismo tiempo que se evita la consolidación de la marginalidad.

7. Fomentar pautas de consumo de drogas que impliquen menos riesgos.

Como resumen, podemos ver que todos estos aspectos vienen a incidir en evitar en lo posible que las poblaciones drogodependientes acaben consolidándose en la marginalidad, al mismo tiempo que se les identifican las necesidades de los drogodependientes que no están vinculados a ningún centro asistencial, para así posibilitar su posterior incorporación a los servicios y programas que demanden.

Al margen de los objetivos descritos, y que podemos considerar básicos en estos programas, otros autores como Marlatt

(1996 y 1998) plantean cinco principios básicos de la reducción del daño que suponen una forma más de entender la filosofía de estos programas:

1. El modelo de reducción del daño es una alternativa de salud pública, frente a los modelos moralista/criminalista y de enfermedad del consumo y adicción de drogas.

2. Reconoce la abstinencia como resultado ideal, pero acepta las alternativas que reducen el daño.

3. La reducción del daño ha surgido principalmente como un abordaje de abajo arriba basado en la defensa del adicto, en lugar de una política de arriba a bajo.

4. Promueve el acceso o servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.

5. Se basa en el principio del pragmático compasivo versus idealismo moralista.

La importancia de estos objetivos y principios tiene que ver con el abandono de ciertas actitudes moralistas que estaban presentes en los tratamientos de las drogodependencias con relación a estos programas, así como el mayor grado de conocimiento de la realidad del fenómeno, lo que conlleva a un cambio importante en la forma de posicionarse al respecto profesionales, familiares y usuarios. Ello era necesario, ya que de no existir resultaría muy complejo entender que la única vía de intervención son los programas libres de drogas.

Otro de los aspectos que debemos mencionar, con relación a éstos y a la perspectiva que los usuarios tienen de ellos, es el propio convencimiento de que el uso de sustitutivos – metadona– no acaba por desvincularles de las drogas, y de hecho siguen consumiendo otras drogas en un porcentaje muy alto. En muchos casos, se produce en una fase posterior, cuando han entrado en programas donde han alcanzado un cierto grado de adherencia. No obstante, ello no les impide reconocer que en un primer momento son muy necesarios para acercarse a cualquier tipo de tratamiento, y que la metadona llega a ser una sustancia necesaria y muy importante. Al menos a un elevado porcentaje les sirve.

“Hoy no bay monos como los de antes, gracias a Dios que tenemos la metadona”.

“Cuando dejas la metadona se te produce un fuerte vacío”.

Son, por tanto útiles para resolver problemáticas particulares, especialmente las paliativas en detrimento de lo que podrían ser cambios de hábitos y conductas, al no estar éstos entre sus objetivos. Los programas con sustitutivos mantienen como filosofía dar respuestas a los problemas diarios de los usuarios. Cuestión ésta que resulta prioritaria antes que el logro de resultados a medio y largo plazo.

Con la experiencia de estos años, podemos concluir que estos programas han sido un acierto en el resultado de aquellos proyectos que han tenido como objetivo la disminución de

enfermedades prevalentes o la consecución de algunos de los objetivos que hemos venido señalando.

Sin embargo, existen aún sectores reticentes a estos programas, lo que ha supeditado su escasa presencia, al menos en algunos lugares. Supone la presencia de una cierta moral con relación al uso de los sustitutivos opiáceos. Un claro ejemplo lo hemos tenido recientemente ante las dificultades encontradas para la aprobación de los programas de heroína en Andalucía, sin que haya existido a priori una justificación para su retraso. La aprobación de esta iniciativa el mes de mayo de 2001, después de más de tres años de esfuerzos denodados por parte de la Comunidad Autónoma ante el Plan Nacional sobre Drogas, puede suponer un cambio importante al pretenderse ampliar las estrategias de la reducción del daño.

Por ello, incrementar los programas con sustitutivos, previo ensayos clínicos pertinentes y con la garantía científica necesaria, permitiría seguir avanzando en la captación de pacientes y en la búsqueda de respuestas a las personas más reactivas a la cartera actual de programas.

Con relación a los tipos de programa de reducción del daño, y en una revisión realizada por Salazar y Trujols (1999), se viene a recoger los programas de mantenimiento con metadona como uno de los más extendidos en nuestro país, al ser los más flexibles y adaptados a los usuarios. También se recogen los de prescripción y dispensación médicamente controlada de heroína, que se han utilizado experimentalmente en el Reino Unido, evaluados en Suiza (Perneger, Giner, del Río y Mino, 1998), aunque se precisan más estudios que aborden aspectos específicos que permitan ver su viabilidad. Por su importancia y su posible influencia en el futuro, dedicamos un apartado específico.

6. 6. LOS PROGRAMAS CON SUSTITUTIVOS

Con relación al consumo de drogas, se parte de la idea de que su consumo tiene que ver con toda una serie de interacciones metabólicas relacionadas con los efectos placenteros asociados a su consumo y que inciden principalmente sobre la funcionalidad cerebral (Baño, 1998). Parece claro que el consumo de drogas obliga al organismo a una readaptación continua que dependerá de la cantidad ingerida y del tiempo que se lleve consumiendo, aunque no debemos ignorar las características físicas, psíquicas y ambientales de los individuos, ya que ello supedita su relación con las mismas.

La adicción a los opiáceos lleva a toda una serie de alteraciones que afectan a las variables fisiológicas, psicológicas y sociales, lo que supone un cambio importante en el individuo que lleva a adoptar una serie de conductas, a veces conflictivas al mismo tiempo que destructoras.

Desde el punto de vista de los tratamientos a las adicciones se ha venido utilizando como sustitutivo, entre otros, la meta-

dona. Es éste un compuesto de naturaleza opiácea que fue sintetizado al final de la Segunda Guerra Mundial (Scott y Chen 1946), utilizándose posteriormente en la clínica al tener unas propiedades parecidas a las de la morfina. Es un potente agonista que actúa sobre los receptores a opiáceos, siendo importante en relación con la analgesia, la euforia, la depresión respiratoria, la tolerancia y la dependencia (Christie y Harvey, 1993). Produce, al igual que otros opiáceos, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Su latencia media está en torno a unas 15 horas, aunque llega habitualmente a las 24 horas debido a la presencia de otros metabolitos activos.

No obstante, y ante los detractores de estas sustancias, habría que decir que entre sus ventajas está poderse tomar por vía oral, lo que hace que el consumo se adapte a las necesidades del adicto. Al mismo tiempo, al no utilizar la vía intravenosa no llega a producir los efectos que tiene la heroína, aunque habría que hablar de los efectos secundarios que produce.

El incremento de los adictos a la heroína en los años 60 y 70, en muchos países y la existencia de repetidos fracasos en los tratamientos de los programas libres de drogas, hace que los programas de mantenimiento con un opiáceo sintético, como es la metadona, adquiera gran importancia (Dole y Nyswander, 1985).

Al actuar la metadona sobre el receptor podría producir la desaparición de los efectos de la droga. Además, otra de sus ventajas es que es un agonista opiáceo con menor grado de adicción y con una abstinencia menos severa.

La metadona ha supuesto en estos años para muchos pacientes la normalización de alguna de las funciones fisiológicas alteradas o cuando menos ha servido a su mantenimiento en su estado funcional que le llevaría a manifestaciones debidas a la abstinencia que comporta la retirada de la droga. Al mismo tiempo, ha sido un medicamento que ha venido demostrando una gran eficacia para alcanzar una mejora en el bienestar fisiológico así como la disminución de dependencia a la droga. Se pretende, con su tratamiento, sustituir el consumo de heroína por el de otra droga, con características parecidas pero con una media de permanencia de sus efectos más larga en el organismo. Otras de las ventajas de la metadona, puestas de manifiesto por H. Kleber (1985), en un estudio realizado con pacientes en tratamiento con esta sustancia, tienen que ver la disminución progresiva de la vía intravenosa en relación directa con los tratamientos con metadona.

6. 7. EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN ANDALUCÍA

Los tratamientos con metadona se inician en Andalucía de forma restringida a finales de los años 80, alcanzando a mediados de los noventa un desarrollo muy importante al conse-

guirse un mayor conocimiento sobre sus efectos y el convencimiento de su eficacia entre los profesionales. Su utilización como fármaco se realiza tanto para los procesos de desintoxicación como en los de apoyo a los tratamientos de deshabitación. En cualquier caso, lo que parece claro es el efecto conseguido en cuanto a la mejora en el estado de salud de los pacientes.

Tampoco debemos olvidar que vino a cubrir un papel importante en un momento donde se vivía una fuerte presión asistencial en los centros de tratamiento, y donde la red de atención estaba aún en fase de expansión. Por otro lado, era la mejor alternativa a aquellos pacientes que presentaban fracasos continuados dentro de los programas libres de drogas, por aquel entonces la única alternativa posible.

También debemos destacar que la metadona ha venido a funcionar como un medicamento que actúa de control social sobre los pacientes. Cuestión ésta que generó cierto debate interno entre los profesionales a comienzos de los noventa, al considerar que era éste el objetivo que iban buscando las Administraciones con el programa. Otro aspecto que se ha criticado fuertemente de estos programas es la medicalización excesiva de los tratamientos, en detrimento de los programas de apoyo psicológico. Ello pudo resultar una cuestión en principio inevitable hasta que se produce una mayor normalización del paciente. Habría que destacar, además, que vino a desactivar los conflictos sociales que llegó a producir en aquellos años la heroína en la calle.

Siendo ello así, podemos ver que las ventajas obtenidas llegan a cubrir con creces las dudas que pudieron existir en algún momento en cuanto a su eficacia social o sanitaria. Quizás, un dato que viene a marcar la importancia de la metadona, nos lo proporciona el Plan Nacional Sobre Drogas (2000), que recogía que de los casi 110.000 heroinómanos en tratamiento en España, 78.806 están en programas de tratamiento con metadona. Con relación a Andalucía, la demanda que presentan los programas de metadona al llegar a los centros de tratamiento los pacientes es de un 53,1%, frente a un 11,4% que solicita desintoxicación y el 15,1% que solicita programa de deshabitación. Siendo, en un primer momento, éstos los más solicitados.

Con relación a la regulación de los tratamientos a nivel nacional, los Decretos 75/1990, de 19 de enero, 1131/1990, de 14 de septiembre y 5/1996, 15 de enero, fijan unos mínimos en los que se incluyen la confirmación de un diagnóstico de dependencia a opiáceos, así como haber realizado un tratamiento en otra modalidad terapéutica, incluyéndose además a aquellos dependientes a opiáceos con VIH. o patología orgánica severa. También, posibilitan el tratamiento con otros principios activos distintos de la metadona. Ello permitió, posteriormente la experiencia seguida con el LAAM (levo- α -metil-metadiol) en España, o la posibilidad de investigar con otras sustancias, como

puede ser el caso de la heroína. Todo ello con escaso éxito, ya que el LAAM que tuvo un importante desarrollo y aplicación en Portugal, hoy prácticamente ha desaparecido.

La inclusión en el programa se fija en el Decreto a través de una serie de requisitos mínimos, como son tener una edad superior a los 18 años, padecer enfermedades infecto contagiosa terminales o llevar una vida marginal que así lo aconseje.

En Andalucía, el Decreto 162/1990, de 29 de mayo, viene a regular los tratamientos con opiáceos de personas dependientes, permitiendo una mayor flexibilización de los criterios de inclusión para ayudar a la incorporación de un mayor número de adictos a las drogas. Este Decreto fue modificado por el 139/1993, con relación a lo dispuesto en la Ley 30/1992, en cuanto a los procedimientos administrativos a seguir.

Con relación a la aceptación del programa entre los profesionales se ha asistido en los últimos diez años a un cambio de actitud con relación a su aplicación, aunque también se ha detectado ese cambio en la población general en cuanto valoran cada vez más de forma positiva los tratamientos con metadona. Ha sido ésta una de las cuestiones recogidas en estos años por los estudios realizados desde el Comisionado para las Drogodependencias. En este sentido, en la serie "Los Andaluces ante las Drogas" se observa un cambio cualitativo importante, tanto en la actitud de los ciudadanos con respecto a esta sustancia como en los propios usuarios.

A la pregunta, *¿está usted de acuerdo con la administración controlada de metadona a heroinómanos en tratamiento?*, vemos las siguientes respuestas:

ACTITUD DE LOS ANDALUCES ANTE LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE METADONA

¿Está de acuerdo?	1994	1996	1998	2000
No	36,1	28,9	26,7	24,4
Si	63,9	71,1	73,3	75,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro núm. 71: Actitud de los andaluces ante la administración controlada de metadona. Fuente: EDIS. Comisionado para las Drogodependencias.

Existe cada vez más una actitud mayoritaria en la población a la hora de admitir la administración controlada de metadona. No obstante, resulta preocupante que exista un 25,8% que no se manifieste a esta cuestión, y dentro de los que lo hacen un 24,4% están en contra. Con relación al último estudio se incrementa en más de dos puntos los que están de acuerdo con su uso. Podríamos apuntar como causas el desconocimiento que puede existir en la población con este fármaco, así como determinadas barreras ideológicas en torno a los temas relacionados con los drogodependientes.

Con relación a los consumidores de drogas, la actitud de aceptación es mucho mayor, poniéndose de manifiesto claramente en el caso de los bebedores, sobre todo en aquéllos que mantienen un mayor nivel de consumo.

ACTITUD DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS ANTE LA ADMINISTRACIÓN CONTROLADA DE METADONA

Drogas de uso	% que apoya la medida
Abstinentes	69,9
Bebedores ligeros	76,3
Moderados	79
Altos	82,8
Excesivos	82,4
De alto riesgo	90,3
Cannabis	90,8
Cocaína	93,3
Drogas de síntesis	90,5
Heroína	100
Alucinógenos	88,2
Anfetaminas	100
Tranquilizantes	79,6
Hipnóticos	70,4
Otros opiáceos	100
Total general	73,3

Cuadro núm. 72: Actitud de los consumidores de drogas ante la administración controlada de Metadona. Fuente: EDIS. Comisionado para las Drogodependencias.

Resulta clara la actitud de los consumidores de drogas con relación a la dispensación de metadona, siendo lógicamente más alta entre los consumidores de heroína, un 100%, frente a los que se encuentran abstinentes con un 69,9%. No obstante, esta actitud, como luego veremos resulta a veces contradictoria con lo manifestado en los grupos de discusión, cuando se encuentran participando en programas libres de drogas.

“La metadona es igual que la heroína y te puede llegar a enganchar. Yo me he tenido que desintoxicar en un hospital por culpa de la metadona”.

Reconocen que su efecto no es el mismo, por lo que adquiere un significado distinto nunca equiparable al producido por el consumo de otras drogas.

“Además, la metadona no te da el mismo morbo que la heroína y la coca”.

Sin embargo, los efectos producidos, son considerados como satisfactorios, y la utilización de una dosis adecuada produce beneficios importantes.

“Antes estaba todo el día enmonado, ahora con mi dosis de 40 mgr. Estoy bien todo el día”.

En consonancia con los programas de reducción del riesgo y daños, el programa de mantenimiento con metadona se plantea como objetivos iniciales:

1. Reducir la transmisión de patologías orgánicas por vía parenteral y sexual.
2. Aumentar la prevención y el control sanitario de las enfermedades de transmisión por la vía intravenosa, en los casos que el consumo de drogas se haga a través de esta vía.
3. Disminuir la mortalidad por sobredosis.
4. Reducir las patologías orgánicas.
5. Posibilitar el seguimiento de embarazadas usuarias de drogas opiáceas.
6. Evitar la vía endovenosa, y los daños derivados.
7. Evitar el consumo de drogas en general.
8. Acceder al grupo de toxicómanos más marginales.
9. Facilitar la normalización social y laboral.

Con relación a la aplicación del programa en Andalucía, se han marcado una serie de objetivos que no en todos los casos se han alcanzado, como luego analizaremos desde las distintas perspectivas de los usuarios y de los profesionales.

Sin embargo, debemos destacar algunas características positivas que presenta el programa y que son un claro exponente del mismo.

1. Atención individualizada.
2. Respuesta global a las necesidades planteadas.
3. Intervención biopsicosocial, que contemple el control de la patología asociada, el ofrecimiento de un plan psicoterapéutico y una asistencia psicosocial.
4. Interdisciplinariedad de las intervenciones.
5. Oferta de una red amplia de recursos, integrados funcionalmente, que posean adecuados circuitos de derivación.

El programa viene a establecer dos niveles en su aplicación, con la denominación de bajo y alto umbral; al mismo tiempo separa la prescripción y la dispensación en centros de distinta naturaleza. En el primero de los casos, son los centros de tratamiento ambulatorio de drogas y los acreditados para tal fin y, en el segundo, se trataría de los Centros de Salud.

La creación de este sistema de reparto de funciones, desde su creación, ha sido una tarea compleja que ha permitido lle-

gar a una amplia cobertura en todo el territorio con relación a los puntos de dispensación a través de los Centros de Salud. El objetivo a conseguir con esta propuesta tiene que ver con alcanzar una mayor aproximación a los usuarios. Para concluir la expansión del programa habría que tener en cuenta la propuesta realizada desde los profesionales con relación a que la dispensación se pudiera llevar a los establecimientos farmacéuticos, al menos en aquellos lugares que se encuentran alejados de los Centros de Salud.

Uno de los aspectos del programa que mayor polémica plantea en estos momentos corresponde a la parte del proceso de dispensación, observándose como es en esta fase donde existe el mayor número de quejas por parte de los usuarios y de los profesionales. Señalándose los aspectos que tienen que ver con la rigidez de los horarios, trato discriminatorio, escasa

o nula atención, no contar con personal facultativo, etc. Son éstas las cuestiones que hemos recogido como negativas en el programa. Podemos concluir al respecto que, mientras se ha realizado un gran esfuerzo para flexibilizar la parte del programa correspondiente a la prescripción, en la extensión de los puntos de dispensación no ha ocurrido lo mismo, así como en la calidad de la atención en éstos, ni en la complementariedad de los programas de apoyo psicológico y social.

Es necesario, por ello, revisar actualmente el programa, de modo que permita acometer algunos cambios, dada su trascendencia con relación al amplio colectivo al que se dirige.

Sin embargo, hay que reconocer como un hecho muy positivo el incremento del número de usuarios y de centros dispensadores y prescriptores, como observamos en el cuadro adjunto:

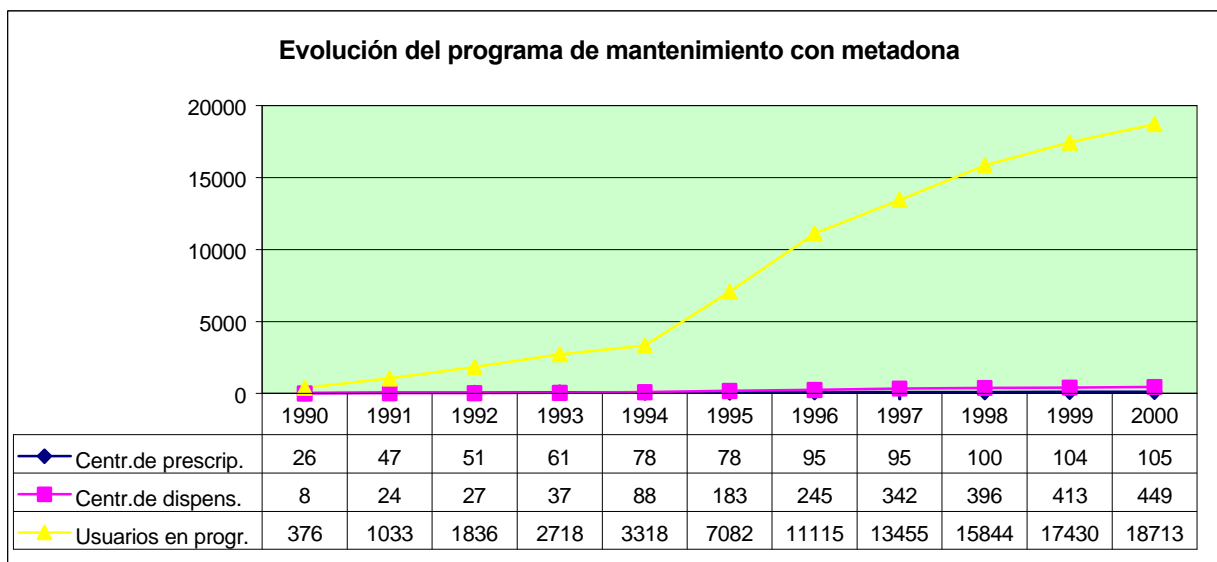


Gráfico núm. 24: Evolución programa Metadona. Fuente: Oficina del Comisionado para las Drogodependencias.

Resulta espectacular el incremento experimentado desde mediados de los noventa, cuando adquieren el mayor auge los tratamientos con metadona en todo el país. Segregando los datos por provincias, son Sevilla y Cádiz las que cuentan con un mayor número de usuarios y de centros dispensadores. Según el presente cuadro, la evolución del programa ha sido en estos años muy importante. Ello se debe al mayor nivel de aceptación por parte de los profesionales y usuarios, así como las mejoras producidas para su accesibilidad.

El tratamiento con metadona es la mejor forma de abordar determinadas situaciones originadas por las drogodependencias, sin que ello suponga renunciar al objetivo de la libertad de la adicción. El problema prioritario no lo constituye el uso, abuso de sustancias, si no los problemas asociados con un modo particular de consumirlas. Debemos admitir que van a existir personas que no van querer dejar de ser drogodepen-

dientes, y sin embargo siguen teniendo derecho a recibir ayuda para alcanzar mejores niveles de calidad de vida, de salud y dignidad.

Sin embargo, ello debe implicar que el programa se le dote de recursos que supongan y permitan progresivamente plantear objetivos más ambiciosos en el proceso de recuperación y mejora.

6. 8. PERSPECTIVA DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGO Y DAÑO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS Y PROFESIONALES

Para muchos usuarios los programas de reducción de riesgos y daños han supuesto una forma de acceder a los recursos normalizados y, en algunos casos, para el acceso posterior a

programas libres de drogas. Superan, en muchos casos, la dimensión socio-sanitaria y trascienden a otros aspectos que tienen relación con valores como: la dignidad, libertad, respeto y tolerancia. Su dimensión ética están ayudando y a intervenir sobre sectores muy excluidos de drogodependientes. Son por tanto un buen referente, en un primer momento, como es reconocido por pacientes y profesionales, aunque posteriormente cuando se encuentran en un estadio distinto del tratamiento cambian su percepción.

“De la metadona estaba harto, cogí un día y la deje”.

“A mí la metadona me creó mono”.

“La metadona me está haciendo daño a los huesos. Estoy con una dosis de 40 mg”.

No obstante, la valoración que hacen en cada momento es distinta, dependiendo en la fase o programa donde se encuentran, aunque en general es muy positiva.

Además, hemos podido comprobar el excesivo consumo de heroína/cocaína (rebujo) y metadona que existe en estos momentos. Es como si no quisieran romper ese vínculo significativo que tienen con la droga y su entorno. En Portugal se han presentado datos al respecto y se considera que el 80% de los pacientes en programa de mantenimiento con metadona hace uso de heroína.

“Yo me pongo diariamente de diez a doce mil pesetas de rebujo, y además mis 100 mg de metadona”.

Muchos pacientes consideran que la dosis prescrita es insuficiente. Es ésta una cuestión que nos han puesto de manifiesto de forma generalizada, ya que ello les lleva a trapichear con ella y a consumirla junto con la heroína-cocaína, perdiendo en parte el carácter terapéutico del programa.

“El vacío que deja la droga no lo cubre la metadona, va bien cuando existe algo más... , y a veces ni siquiera es así!”.

“Yo no puedo ir a una hora determinada a recogerla, por eso lo que hago es comprarla en el barrio, me resulta más barato”.

“A mí me la recoge mi mujer y ella me la da todo los días. Otros la recogen ellos y le dan para muchos días, y luego trapichean con ella. Pero, esto puede ocurrirle a cualquiera. A mí, al principio, me la recogía mi hermana y ella se dedicaba a venderla”.

El carácter pragmático que tiene el programa de mantenimiento con metadona se rompe ante la ausencia del apoyo terapéutico necesario para soportar la ausencia de la droga.

Esta ausencia determina en gran medida el éxito del programa dándole un valor muy importante, como es reconocido por los propios usuarios de los programas, que se quejan de apoyo psicológico mientras están en el programa.

“Te debe dar ayuda psicológica. Como cuando tienes que ir una vez a la semana”.

Sin embargo, las razones que se esgrimen para la existencia de ese alto consumo de heroína y metadona radican en no estar recibiendo la dosis adecuada, y ello es una cuestión que afecta al propio usuario ya que no existen dificultades para que se les den las dosis necesaria que les permita estabilizarse en el programa.

“Casi todos consumimos heroína, y ello ocurre porque no se tiene claro (...) o porque no se nos da la dosis adecuada. Pero sólo tienes que decirlo y te lo cambian”.

Existen dificultades de acceso a los puntos de dispensación, que han sido puestas de manifiesto tanto por los usuarios como los propios profesionales. Es corriente que éstas críticas se centren en el horario restringido que existe en estos centros para la dispensación, lo que produce una fuerte concentración de pacientes o la imposibilidad de acudir en ese momento.

Desde el movimiento asociativo también se han manifestado ante este programa, al que consideran positivo al mismo tiempo que critican determinados aspectos que consideran deben mejorarse, dejando clara su posición de apoyo al mismo.

“Los aspectos más negativos tienen que ver con los horarios de dispensación, los puntos de dispensación, el escaso control...”.

Se ha cuestionado, en algunas ocasiones, las escasas posibilidades de reinsertarse o de normalizarse que ofrecen estos programas. Sin embargo, en los últimos años hemos visto una mayor integración de pacientes en metadona en todo tipo de actividades laborales realizando éstas con absoluta normalidad.

“Con la metadona se puede trabajar y se aguanta perfectamente sin molestias ni nada”.

Frente a la valoración positiva que de ella tienen la gran mayoría de los usuarios, también podemos ver como los propios profesionales admiten la existencia de toda una serie de aspectos positivos en el programa.

En esta cuestión hemos encontrado una alta participación de los profesionales, lo que supone que existen opiniones al respecto. Son más de un 85% los que han contestado a este ítem.

ASPECTOS FUERTES DEL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Respuesta	Núm.	%
Normaliza y estabiliza a los pacientes	30	16,48%
Mejora la calidad de vida de los pacientes	26	14,29%
Cobertura, atención sanitaria y seguimiento	10	5,49%
Reduce la inseguridad ciudadana	10	5,49%

Respuesta	Núm.	%
Suficientes puntos de dispensación	10	5,49%
Inmediatez	9	4,95%
Accesibilidad y baja exigencia	7	3,85%
Adecuado a pacientes psicopatológicos	7	3,85%
Adherencia a los programas de Salud	6	3,30%
Ausencia de lista de espera	6	3,30%
Abandona el sistema de consumo	5	2,75%
Flexibilización de los criterios de inclusión	3	1,65%
Otras respuestas	53	29,12%
Total	182	100,00%

Contestan: 95 87,16%.

No contestan: 14 12,84%

Cuadro núm. 73: Aspectos fuertes del programa de mantenimiento con metadona. Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En general, existe una buena valoración del programa lo que lleva a pensar que son más los aspectos positivos que los negativos. Entre los aspectos positivos vemos como son la normalización y la estabilización de los pacientes los objetivos más reconocidos en un 16,48% y un 14,29% de las respuestas obtenidas; seguido de la mejora de la calidad de vida, la cobertura de la atención sanitaria y el seguimiento de los pacientes.

Existen algunos aspectos que deberían ser tenidos en cuenta dentro del programa. Son aquellas respuestas que hacen referencia a la accesibilidad al mismo, así como a su utilización con pacientes psicopatológicos al conseguir su estabilización. Son estas algunas de las cuestiones que vienen a incidir en la alta aceptación que encuentra entre los profesionales, y su aplicación en la población.

No obstante, existen además algunos aspectos donde coinciden profesionales y pacientes y que pueden considerarse negativos. Entre ellos, destacamos el poco tiempo dedicado a la

dispensación, en un 18,84% de las respuestas. Junto a la valoración positiva que se hacía de los puntos de dispensación, se viene a reconocer también aún la falta de éstos y la masificación en el programa. La primera de las respuestas con un 12,3% de los participantes, y la segunda con un 9,42%.

Otro aspecto negativo del programa, y que ya hemos puesto de manifiesto, es la ausencia de control y seguimiento, la falta de apoyo psicológico, la escasa coordinación y la escasa calidad de la actuación. Todos ellos vienen a incidir en la necesidad de apoyar con otras medidas el programa, huyendo del recurso de bajo umbral o medio umbral, como se ha ido justificando en estos años. Tiene que ver con el espectacular aumento de pacientes en el programa en estos momentos, y el posible descontrol de la situación. Percepción, que también han puesto de manifiesto los propios pacientes al considerar a éstos como los mayores problemas del programa.

En el cuadro núm. 74, podemos ver aquellos aspectos negativos que acabamos de reseñar.

ASPECTOS DÉBILES DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Poco tiempo dedicado a la dispensación	26	18,84%
Faltan puntos de dispensación	17	12,32%
Masificados	13	9,42%
Ausencia de control y seguimiento	9	6,52%
Escasa coordinación	7	5,07%
Consumo de todo tipo de drogas	7	5,07%
No existe programa de apoyo	7	5,07%

Respuesta	Núm.	Frecuencia
Problemas con la desintoxicación de la metadona	6	4,35%
Escasa calidad de la actuación	6	4,35%
No existe apoyo psicopatológico	5	3,62%
Otras respuestas	35	25,36%
Total	138	100,00%

Contestan 93 85,32%

No contestan 16 14,68%

Cuadro núm. 74: Aspectos débiles del programa de mantenimiento con metadona. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

6. 9. OTROS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO: PROGRAMA CON HEROÍNA

Dentro de los programas de reducción del daño, debemos hacer mención de forma explícita a los programas de prescripción controlada de heroína. Se presentan éstos a finales de los años 90, como una alternativa seria y eficaz a la situación grave que sobre el plano médico, psicológico y social presentan cierta población drogodependiente. Se dirigen fundamentalmente a politoxicómanos, aunque la sustancia central o de elección para el consumidor sea la heroína. Como objetivo principal pretende evitar las principales complicaciones que aparecen a medio y largo plazo, cuando el sujeto recurre al mercado ilegal de drogas donde puede encontrar ésta adulterada, en mal estado, la consume en malas condiciones higiénicas; y, en consecuencia, puede llegar a producir daños irreparables.

Es cierto que la sustancia de mayor divulgación y conocimiento es la metadona, ya que el ensayo clínico del LAAM, realizado a mediados de los noventa no alcanzó los resultados esperados debido a aspectos de costes y comercialización de la sustancia y a problemas orgánicos surgidos en los pacientes que, aunque era un opiáceo derivado de la metadona que parecía augurar una buena acogida al contar con una vida media más larga en el tratamiento, desestimaron su utilización.

Con relación a la utilización terapéutica de la heroína, desde el Comisionado para las Drogodependencias, a finales de los

noventa, se propuso la realización de un ensayo clínico. Es objeto de ese estudio comparar los tratamientos con metadona en relación a los posibles tratamientos con heroína.

Después de más de tres años de gestiones ante la Administración Central, se ha conseguido vía libre para dicho ensayo, como fruto del esfuerzo realizado desde la Consejería de Asuntos Sociales en este proyecto, estando previsto su inicio, después de varios anuncios y aplazamientos, para el inicio de 2003.

Con respecto a la percepción de los andaluces de los programas con heroína cuando falle el tratamiento con sustitutos, cuestión planteada en los últimos estudios realizados por el Comisionado para las Drogodependencias para conocer las actitudes de éstos, se empieza a vislumbrar un cambio en su aceptación, lo que permite augurar la posibilidad de utilizar otro tipo de sustancia si hubiese una decisión en este sentido.

La cuestión planteada pretende dar respuesta a la siguiente pregunta, *¿es el mantenimiento con heroína intravenosa más efectivo que la metadona oral en la mejora de la salud física y mental en la integración social de los usuarios de la heroína por vía intravenosa que han fracasado en al menos dos intentos terapéuticos?*

Con relación al uso terapéutico de la heroína, se ha producido un cambio significativo en la población, como viene recogido en las encuestas de población realizadas desde el Comisionado para las Drogodependencias:

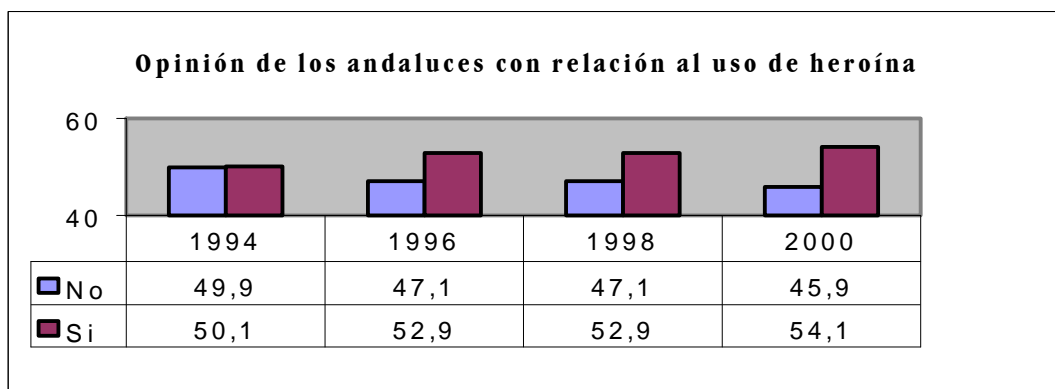


Gráfico núm. 25: Actitud de la población con relación al uso controlado de drogas. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Podemos ver como un porcentaje importante de la población empieza a admitir la utilización de la heroína con criterios terapéuticos, aunque resulta significativo el porcentaje de la población que se opone (45,9%) y que se mantiene más o menos estable con el paso de los años.

Desde la Junta de Andalucía, la justificación del proyecto se realiza en base a que se pretende experimentar una nueva modalidad de tratamiento que ofrezca respuestas a un sector de la población que no encuentra soluciones a sus problemas con la oferta actual. Como objetivos, se plantea evaluar la efectividad de un programa de prescripción médica de heroína intravenosa en la mejora de la salud física y mental, en la reducción de comportamientos de riesgo para la salud y en la integración social de los usuarios, y, así, evaluar la seguridad de un programa de prescripción médica de heroína intravenosa mediante la valoración de reacciones adversas y/o de deterioro en la salud.

El tema, aunque se trate de un ensayo clínico, alcanza en estos momentos una gran trascendencia entre la población drogodependiente, tanto para los que están en tratamiento como los que se encuentran en activo. Es por ello, que hemos abordado este aspecto y ha sido una cuestión que se les ha planteado a todos los grupos de discusión con los que hemos trabajado.

En este sentido, los pacientes manifestaban a veces posiciones muy contradictorias con respecto a la importancia de este tipo de programa. De forma casi general existe consenso sobre su valor en relación con las estrategias de reducción del daño, sobre todo cuando la droga que se consume en la calle, desde su perspectiva, está adulterada.

Encuentran que pueden tener mucha utilidad los programas con heroína, ya que existen sectores y situaciones que pueden encontrar en ella grandes ventajas. Situaciones que tienen que ver con los momentos límites.

No obstante, ellos consideran que cubren toda una serie de objetivos que entienden están presentes en el programa, como son:

“Si se va a dar heroína tiene que ser como la metadona. Cada persona debe recibir su dosis”.

“Habría menos gente en la cárcel”.

“Puede servir para los que están en fase terminal, aunque me han dicho que solo se la van a dar a unos pocos. Eso no sirve de nada con la cantidad de droga que hay en la calle”

Se observa entre ellos posiciones a veces enfrentadas, que tienen que ver con la percepción del propio programa y con las dudas que les plantea.

“Lo de la heroína nos parece exagerado, quizás habría menos delincuencia y a lo mejor te quitas sólo”.

“Puede servir para los que están en fase terminal. Me han dicho que solo se la van a dar a unos pocos, eso no sirve de nada para la cantidad de droga que hay en la calle”.

“Yo soy contrario, porque si se le da y sigue en su barrio con los mismos amigos seguirá poniéndose más y lo que caiga. Eso lo tendrían que controlar bien, si quieren que sirva”.

Reconocen las dificultades que entraña consumir solo heroína ya que en estos momentos el consumo casi generalizado es de heroína mezclada con cocaína. Además, consideran que las condiciones en que será suministrada le quitaría el “efecto” que el consumo tiene cuando se produce en el medio donde ellos la realizan. Es lo que se conoce como ritual del consumo. Además, se considera que la vía intravenosa es utilizada por pacientes poco normalizados y muy deteriorados lo que puede augurar una escasa adherencia al programa.

“El morbo que tiene la heroína no lo va a tener el consumo donde te lo van a dar”.

Otra de las dificultades que encuentran es cómo conseguir una actividad normalizada (laboral, social...) consumiendo heroína, ya que para muchos resulta incompatible con una actividad integrada. Esta dificultad la han puesto de manifiesto muchos sectores cuando se está comentado la puesta en funcionamiento de programas para consumidores en activo.

“Yo cuando estaba trabajando y consumía no me encontraba bien. Unas veces abandonaba el trabajo y otras es que ni iba”.

Desde un sector del movimiento asociativo se valora el programa de experimentación con heroína como un punto de maduración de la sociedad con respecto a las drogas. También, hemos encontrado otros sectores con algunas dudas a la hora de aplicar el programa con respecto a este tema, al entender que se trata de un programa más de reducción del daño, y que cuenta con algunas dificultades, como son:

“¿Qué va a pasar con la gente cuando termine?”.

“¿Se va a dar realmente lo que consumen en la calle?”

“¿Las variables que van a existir en la muestra seleccionada van a ser de las mismas características que las que tienen la población consumidora (ambientales, exclusión, consumo)?”

Consideramos importante que el programa se integre en el conjunto de las políticas de reducción del daño. Aunque, al mismo tiempo, sería deseable que las condiciones de aplicación del proyecto sean las que luego se mantuviesen si los resultados, como concluyeron las experiencias de Ginebra, son aceptables y de aplicación al perfil de la población drogodependiente que pudieran beneficiarse de esta iniciativa. Probablemente, los elevados costes que en estos momentos se están barajando están lejos de la realidad de aplicación del programa si éste tuviese que realizarse de forma más garantizada. Habría que ver si es éste el momento para este programa.

No obstante, debemos destacar como un hecho importante en la experimentación con sustancias la modificación de la Ley

de Drogodependencias realizadas por las Cortes Valenciana, en el sentido de incluir tratamiento con sustancias que pudieran ser útil a cualquier tipo de adicción. De esta forma se da un paso más al existir en este caso un compromiso legal para administrar heroína.

6. 10. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS PARA LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Con relación a los efectos conseguidos por estos programas, debemos hacer mención a los estudios realizados por Newcombe y colaboradores (1988), en el sentido de que las intervenciones que se dirigen a las prácticas de riesgos en estos colectivos no nos permiten asegurar que los efectos alcanzados sean los propuestos.

Partiendo de esta premisa, la pretensión de conseguir un cambio de conducta, a veces en poblaciones con muchos años de consumo y ubicados en la exclusión social, presenta grandes dificultades. La explicitación de su demanda en estos colectivos, no parece realizarse de forma clara. En muchos casos, ésta se vincula a necesidades de carácter primario: alimentación, higiene... Su escaso nivel de exigencia de estos programas y el deseo de no abandonar el consumo de drogas, tiene que ver con su fuerte adicción y la falta de perspectivas sólidas que les dificulta alcanzar un efecto positivo a través de unas relaciones interpersonales.

Por ello, las estrategias pasan por sensibilizar hacia los riesgos conocidos, animándoles a abandonar éstas conductas y estabilizándolos ante cualquier cambio que se fuese a producir en sentido positivo. No obstante, la elección de un método de trabajo o de estrategias de acercamiento dependerá del cambio que se desee establecer según los objetivos que se planteen.

En este sentido las conclusiones son las siguientes:

1. Se deben orientar estas políticas de reducción del daño que permitan su atención desde los recursos normalizados. Sería ello una manera de que se vivan como un tratamiento más aceptados por todos los sectores.

2. En este tipo de políticas es muy importante la aceptación social y comprensión desde la comunidad. Ello es posible si se realiza una política de acercamiento, tolerancia y adaptación a las formas y características que estas poblaciones presentan.

3. En aquellas bolsas, aún existentes de consumidores de drogas por vía endovenosa se deben facilitar programas de intercambio de jeringuillas y de los distintos componentes que intervinen en el acto de la inyección (agua estéril, toallitas, alcohol, filtros de algodón...) y deben ser ellos, como está previsto, los primeros que puedan beneficiarse del ensayo clínico con heroína.

Si la media del uso de la vía inyectada en Andalucía en el 2000 fue de 7,4% de los consumidores, todavía existen zonas como Granada (19,3%), Córdoba (20,3%) y Jaén (12%), que justificarían la necesidad de estos programas.

4. Debe ser una exigencia que estos programas se potencien en las Instituciones Penitenciarias, para evitar en lo posible los contagios y el uso de heroína muy cortada y adulterada.

5. Se debe tender a la creación de los denominados Centros de Emergencia Social, como primer nivel de acercamiento a las poblaciones consumidoras. A pesar de sus elevados costes son hoy una exigencia para llegar a un mayor acercamiento con esta población.

Con relación a los Centros de Emergencia Social, para el periodo 2000-2006, se prevé la construcción de uno por provincia con cargo a los Fondos Estructurales Europeos. A la fecha, y con cargo a este programa solo se ha puesto en funcionamiento el de la Línea de la Concepción (Cádiz). Tiene que ver con las dificultades surgidas en la apertura de este tipo de centro ante la presión ambiental que se genera.

En cualquier caso, habría que realizar un estudio previo sobre los costes de estos recursos más allá de las inversiones de la construcción, que garantice su puesta en funcionamiento de acuerdo a unos parámetros determinados de calidad y en base a los objetivos del II Plan de Drogas y otras Adicciones.

Las mayores dificultades detectadas para su apertura tienen que ver con:

a) No existe un mapa ni una planificación de estos recursos en función de las necesidades detectadas, con indicadores que vengan a justificar lo acertado de las decisiones. La planificación responde más a aspectos intuitivos, posibles ofertas que puedan realizar los Ayuntamientos o la presión política ejercida en una determinada zona. En estos momentos, se pone de manifiesto el escaso valor de la planificación técnica en cuanto a la ubicación de éstos.

Ello ha sido puesto de manifiesto desde los sectores profesionales y las asociaciones de usuarios entrevistados.

b) Debe producirse una mayor aproximación entre los recursos especializados de drogas y los centros y recursos de primer nivel, como son los Centros de Emergencia Social. En este sentido, se deben protocolizar las actuaciones que permitan realizar una buena derivación en cada caso.

6. No queremos dejar de mencionar en este apartado el concepto de reducción del daño en el ámbito de la prevención de drogas. Supone buscar un mayor acercamiento a las situaciones de experimentación de los jóvenes con las drogas, que nos permitan una mayor aproximación tanto a los consumidores como a los escenarios de los consumos. Así, resulta necesario desmitificar el consumo, conocer las dosis y cantidades consumidas, las formas de consumo, los daños inherentes al mismo... Son, por tanto, formas obligadas de intervención en un momento en que existe un fuerte consumo de drogas entre los jóvenes.

En estos años estas políticas han jugado un papel muy importante en Andalucía, y así debe ser en el futuro tras los resul-

tados que se vienen observando y la aceptación que éstas políticas encuentran entre los jóvenes.

7. Se deben potenciar medidas dirigidas al control de aquellos escenarios donde se producen consumos de drogas (bares, discotecas, fiestas...) en la que se debe actuar de forma eficaz ante situaciones de emergencia.

El despliegue de medios que habría que realizar en este ámbito puede llevar a disminuir o paliar los graves daños y consecuencias producidas por su consumo, entre los que destacaríamos el desarraigo social y la criminalización. Pero, para que ello sea eficaz se requiere de la existencia de unos dispositivos adaptados a la posible demanda de los usuarios, existiendo para ello una amplia cartera de servicios y programas que los hagan atractivo desde el punto de vista del paciente.

8. Se debería potenciar la implicación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como de las Policías Locales en las políticas preventivas y de reducción del daño, como se viene realizando en otros países europeos, a través de información a los consumidores, intercambio de jeringuillas, análisis de las sustancias consumidas y el acercamiento a los recursos especializados.

9. Se debe promover el acercamiento desde las estrategias de reducción del daño a otras opciones que corresponden a los programas libres de drogas, que puedan facilitar esta opción cuando lo soliciten.

10. El paso de pacientes a instituciones penitenciarias sin que se les garantice el acceso o condiciones mínimas para los tratamientos a las drogas viene a ser la antítesis de las propuestas de reducción del daño.

11. Por otro lado, no debemos obviar las propuestas recogidas en el II Plan de Drogas y otras Adicciones de las que destacamos como muy positivas algunas de las que hacen referencia a fortalecer las estrategias de reducción del daño, y que son las siguientes:

- La creación de una Red de Centros de Emergencia Social. Objetivo ya planteado en los presupuestos de la Consejería de Asuntos Sociales.
- Potenciación de la figura del educador de calle. En cualquier caso, ésta resulta fundamental para las estrategias de captación y contacto con los pacientes.
- Contar en los Centros de Emergencia Social con salas de consumo higiénico.
- Potenciar la dispensación de metadona en farmacias de capitales de provincias y en las zonas donde sea necesario.
- Facilitar el acceso a materiales estériles de consumo y de preservativos mediante su distribución en farmacias, Centros de Salud, CEAS y Centros de Tratamiento de Drogodependencias y Adicciones.
- Creación de dispositivos móviles en los escenarios de consumo que favorezcan la reducción de riesgos y daños.

- Puesta en marcha del Plan de Acción Integral en Drogodependencias en colaboración con la Consejería de Salud, dirigidos a enfermos de Sida, Hepatitis, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Incrementar los programas de prevención del daño en ámbitos de consumo de los jóvenes. Estas políticas deben basarse en el principio de la aceptación consumo para educar en el manejo de estrategias que impidan y reduzca su expansión.
- Creación de puntos de proximidad donde se pueden realizar estas políticas a través de medios móviles que sean puntos de referencia para ellos (bus sanitario).

Debemos valorar como muy positivas estas medidas, ya que ayudarán el acercamiento de aquellas poblaciones que han optado por no dejar de consumir, al menos en un primer momento. Al mismo tiempo, estamos convencidos del efecto que pueden llegar a producir en la bajada de la incidencia en el contagio de enfermedades infecciosas. No obstante, aunque desconocemos las previsiones de medios económicos para el desarrollo de éstas políticas, así como el calendario de aplicación de las mismas mucho nos tememos que no exista una planificación económica de los costes, junto a un calendario para su aplicación medianamente creíble que permitan su ejecución.

Por último, debemos referirnos a la necesidad de articular políticas dirigidas a la experimentación con determinadas sustancias, como ha ocurrido con el caso de la heroína. Sería deseable que éstas se extiendan a otras sustancias que tienen en estos momentos una fuerte incidencia en sectores de la población.

Para concluir, estamos en condiciones de asegurar que existe una fuerte implicación entre las políticas de drogas basadas en la prohibición y la penalización del uso de drogas frente a las dificultades en el desarrollo de propuestas efectivas en la prevención y en el tratamiento de las drogodependencias. Esto se pone de manifiesto en las políticas de reducción del daño, y mucho nos tememos que pueden, habiendo demostrado su importancia, no llegar a alcanzar su objetivo y expansión entre la población drogodependiente. Aún, en nuestro país, no se ha llegado a un cierto equilibrio entre unas medidas y otras. Ello es así, ante la carencia de medios y recursos que se dedican a cada una de ellas, junto a la necesidad de que las políticas de drogas se sitúen en una perspectiva de salud pública y comunitaria y del compromiso con los colectivos desfavorecidos.

Junto a ello, la existencia de determinadas conductas ciudadanas que pretenden la marginación de la población drogodependiente son las que no permiten establecer otras estrategias responsables que permitan la normalización social de éstas poblaciones. Sólo reforzando un cambio de actitud en la conciencia ciudadana permitirá frenar la degradación de un sector importante de la población.

7. PATOLOGÍA DUAL

7. 1. INTRODUCCIÓN

En este apartado pretendemos abordar una de las cuestiones que en estos momentos incide de forma preocupante en el campo de las drogodependencias y, que, por su importancia, requiere ser tratada de una forma específica en este informe. Nos referimos a la existencia de un elevado porcentaje de pacientes en tratamiento por drogodependencias con este tipo de patología, así como que desde los dispositivos de Salud Mental se vienen detectando pacientes que requieren de una atención especial al combinar síntomas psiquiátricos con consumo de drogas.

Este amplio colectivo de pacientes viene sintiendo cómo, a veces, son maltratados en el tipo de respuesta que reciben, al ser derivados desde unos servicios a otros, sin llegar a un consenso sobre quién o quiénes deben asumir su atención.

Con relación al concepto de Patología Dual, se viene definiendo ésta como la coexistencia de una drogodependencia y un trastorno mental definido. Se trata de un diagnóstico transversal sin identidad homogénea, en el que las relaciones entre ambos trastornos han sido perfectamente establecidas, ya que, en algunos casos, los pacientes podrían consumir drogas para aliviar determinados síntomas psicopatológicos y, en otros, puede que los efectos biológicos, psicológicos y sociales derivados del uso de droga sean un factor de vulnerabilidad para la aparición de determinados trastornos psiquiátricos.

Existen varias dimensiones que determinan esta diversidad que presenta el problema (Lehman, 1996):

1. El tipo de sustancia y la naturaleza y gravedad del trastorno por consumo (abuso o dependencia).
2. Presencia y naturaleza de otro trastorno de personalidad.
3. Presencia, naturaleza y gravedad de los problemas médicos directamente relacionados con el consumo de drogas.
4. Discapacidad y problemas psicosociales relacionados.
5. La politoxicomanía como situación frecuente.
6. Y, por último, la intoxicación y abstinencia a las drogas que pueden cursar con síntomas psiquiátricos: alucinatorios, delirantes, afectivos o de ansiedad.

Al mismo tiempo, se observa cierta dificultad para la realización de un diagnóstico de estos enfermos que como mantiene el profesor Rubio, G (1998), tiene que ver, entre otras, con las siguientes razones:

1. Los efectos agudos o crónicos de muchas drogas que pueden llegar a provocar cuadros difícilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos (depresiones, ansiedad, psicóticos,...).

2. Determinadas drogas en personas con problemas psiquiátricos que suelen ser consumidoras, lo que llega a dificultar el diagnóstico diferencial.

3. Y, por último, podemos ver cómo en el campo de la psiquiatría no se ha pasado del concepto de síndrome al de enfermedad.

En Andalucía, debido a la existencia de una red específica para el tratamiento de las drogodependencias ha existido cierto abandono desde Salud Mental a la atención de estos problemas.

Así, cada paciente presenta una combinación particular de estos problemas. En algunas quejas llegadas a esta Institución se observa la existencia de un diagnóstico de personalidad antisocial con un consumo alto de drogas, especialmente de cocaína, sola o mezclada; aunque resulta también frecuente la existencia de un consumo de drogas de síntesis y trastornos de pánico. En estos casos, siendo importante su problemática, pueden resultar menores en relación con complicaciones referidas a consumo de drogas con patologías como depresión, esquizofrenia, etc.

Podríamos entender que estamos situados ante un problema de reciente aparición donde, desde el punto de vista de la psiquiatría, siempre han encontrado en su definición el consumo de sustancias en personas con trastornos mentales como una dependencia sintomática posterior al trastorno psíquico que presentaba el paciente. De esta forma, los recursos de Salud Mental tenderían a orientarles hacia los dispositivos de drogodependencias al entender que la dependencia es un epifenómeno del diagnóstico principal o bien trastorno secundario del mismo.

Desde los dispositivos de drogas, en la mayoría de los casos, orientan la intervención de estos pacientes desde la dependencia de sustancias, dejando de lado el diagnóstico psiquiátrico. Entendiendo de esta forma el diagnóstico psiquiátrico como secundario al consumo. Ello les lleva a intervenir con una metodología en la que se pretende una estabilización en la toxicomanía, para posteriormente derivarlos a los servicios de Salud Mental. También existen situaciones que se producen a la inversa.

Se observa, en los pacientes que podríamos caracterizar con esta problemática, que presentan una combinación particular de problemas que requieren de la realización de intervenciones diferentes y adecuadas a los perfiles y problemas descritos. Las consecuencias más frecuentes del consumo de drogas en los enfermos mentales están relacionadas con el agravamiento de su trastorno psiquiátrico y con problemas económicos, sociales o en su rehabilitación. En muchos casos, problemas que vinculan a muchos drogodependientes.

Para algunos autores el origen de los problemas relacionados con estos pacientes y sus tratamientos, parte de la hipótesis de la automedicación producida ante un trastorno psiquiátrico previo (Khantzian, 1985). En otra posición se encontrarían otros autores que mantienen lo contrario (Miller, 1993), entendiendo el trastorno psiquiátrico como consecuencia del abuso de drogas. A partir de aquí podemos entender que existen efectos agudos o crónicos de muchas drogas que pueden provocar cuadros difícilmente distinguibles de trastornos psiquiátricos como los depresivos, ansiosos y psicóticos; o bien, algunos sujetos con trastornos psiquiátricos que suelen consumir drogas produciéndose un diagnóstico diferencial.

Con relación a los comportamientos de estos pacientes, podemos asegurar que la problemática que plantean, en general, viene a situarse en complicaciones que afectan a las relaciones familiares, existiendo en ellos más conductas criminales y violentas que en los enfermos mentales (Abram y Teplin, 1991; Safer, 1987) incluso suicidas (Caton, 1981; Drake et al., 1989; Dassori et al, 1990). En este sentido, el comportamiento va unido también a alteraciones en éste y en la convivencia con aquellos que son diferentes.

Entre las dificultades más importante detectadas con relación al consumo de drogas en muchos pacientes con trastornos psiquiátricos, podemos encontrarlos la existencia de una negación, distorsión o que de alguna manera se llega a minimizar el consumo de drogas, como un aspecto secundario. En otros casos, la situación que se produce es que, desde los servicios de Salud Mental no se pregunte sobre la existencia del consumo de drogas, aunque esta situación empieza a ser cada vez menos frecuente, dado el volumen actual de los pacientes con adicciones a las sustancias.

Según los estudios realizados, ya clásicos, sobre patología dual (Regier et al., 1990), sobre una muestra de 20.291 pacientes en EE.UU., se pudo comprobar que el número de trastornos mentales asociados a sustancias fue del 28,9%, siendo la comorbilidad del trastorno por abuso de alcohol asociado del 36,6%. La tasa de comorbilidad del trastorno por abuso de sustancias al trastorno mental fue del 53,1%, y donde aparecía la esquizofrenia, en un 47% de los casos, como la patología más asociada, junto a un 83,6% para los diagnosticados de trastorno de personalidad antisocial.

7. 2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PROBLEMA

En nuestro país, existen pocos datos con relación a estudios realizados sobre este tipo de patología lo que dificulta la posibilidad de establecer porcentajes con relación a estos pacientes. No obstante, desde los centros de tratamiento en drogodependencias se viene manifestando una mayor presencia de estas

patologías en los pacientes que en estos momentos están en los centros y donde coincide un periodo largo de consumo de drogas. Por ello, resulta arriesgado establecer unos datos relacionados con la población afectada.

Ante la situación planteada, y dada la enorme incidencia que estos problemas tienen en la población consumidora de drogas en estos momentos, es necesario fijar algún tipo de soluciones a estas cuestiones por la gravedad de las mismas. Dichas soluciones deben ser abordadas desde diversas perspectivas, que en cualquier caso inciden en los servicios normalizados de tratamiento. Ello no está siendo así en estos momentos en Andalucía, debido, entre otras razones, a que los servicios de drogodependencias han seguido una evolución independiente de los recursos de Salud Mental. Mientras las competencias de drogas se encuentran ubicadas en la Consejería de Asuntos Sociales, las de Salud Mental lo hacen en la de Salud. Aunque esto último no debería ser un obstáculo para realizar un abordaje coherente e integrador de la patología dual. En cualquier caso, lo que nos debe preocupar es la atención a estos pacientes, independientemente de quién la realice.

En nuestra visita a los distintos recursos de atención a las drogodependencias, hemos podido constatar que en más de un 60% de casos habían pasado por unidades de agudos de los hospitales generales o en consultas externas de salud mental. Sin embargo, desde la perspectiva de los propios pacientes, y a diferencia con la existente en relación a la atención recibida en los recursos de drogodependencias, ésta es considerada como poco satisfactoria.

Esta afirmación, en principio y a tenor de los datos de la Administración, pudiera parecer aventurada, pero se constata con datos obtenidos en otras Comunidades Autónomas. Así, el director de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid habla de un 65% de los pacientes ingresados en centros de atención, o los datos aportados por el Consejero de Salud de Cantabria que fija entre un 60 y un 80% de los drogodependientes que padecen trastornos mentales, mientras que un 75% de las personas con esquizofrenia acaban abusando de sustancias como el alcohol y el hachís (Diario Médico, 28 de febrero de 2002). Habría que esperar a los próximos años para ver las consecuencias que pueden llegar a tener en los actuales consumidores de éxtasis, donde se prevén consecuencias que pondrían de manifiesto cuadros depresivos y comportamientos violentos producidos por un daño irreversible en el sistema neuronal.

Con relación a lo que comentan los pacientes en tratamiento en Andalucía, recogemos aquí las siguientes afirmaciones obtenidas de las entrevistas mantenidas:

“Yo tuve tratamiento por depresión y esquizofrenia. Cuando caigo en las drogas, y se enteraron me dijeron que no tenían nada y cerraron mi informe”.

“Pasé muchos monos seguidos y me quería morir. Por ello, me tuvieron que ingresar”.

“En mi caso, me dieron un tratamiento, aunque no se preocuparon de quitármelo. No miran si tú mejoras, así que me lo quitó por mi cuenta y estoy estupendamente”.

Consideran que la atención que se les presta es muy general y, a su entender, en los tratamientos prescritos no existe, en la mayoría de los casos, una continuidad en su revisión y en el seguimiento. En cualquier caso, los tratamientos psiquiátricos apoyados por fármacos son muy prolongados y, en muchos casos, son los propios pacientes los que no realizan su seguimiento. No obstante, el descontento manifestado en relación con la atención recibida es generalizado. Quizás como justificación habría que entender que la presión asistencial en los equipos de Salud Mental es, en estos momentos, mayor que la existente en drogodependencias.

“Cuando me pongo chungo me revisa el psiquiatra y ve lo que estoy tomando, o me recetan algo nuevo, y no me dice cuándo tengo que volver”.

“... me trataron por depresión y esquizofrenia, fue antes de las drogas. En cuanto caí en ellas y se enteraron me mandaron al centro de drogas y se olvidaron de mí”.

Ante esta situación, y coincidiendo con una queja presentada al respecto, solicitamos al Servicio Andaluz de Salud datos de los servicios de Salud Mental referidos a los casos detectados con este tipo de patología; así como a la Consejería de Asuntos Sociales sobre el número de pacientes en los que se habían encontrado esta problemática. Desde el Servicio Andaluz de Salud se nos respondió después de un año a nuestra petición, manifestando que no existe norma alguna por la que se excluyan estos pacientes de centros de internamiento, siendo otra cuestión que tengan criterios clínicos de ingreso. Se llega a manifestar que no se conoce la prevalencia del trastorno dual; así se ha creado un grupo de trabajo de forma conjunta entre Salud Mental y Drogas para estudiar en profundidad este tema.

Desde el Comisionado para las Drogodependencias, se puso de manifiesto la ausencia de coordinación entre ambos Departamentos. En estos momentos, y ante la magnitud del problema, resulta inconcebible que este tema no haya sido abordado de forma conjunta, sobre todo cuando nos enfrentamos con un problema que afecta a tantos ciudadanos y que le está llevando a un deterioro personal muy alto.

Del informe emitido por el Comisionado para las Drogodependencias, recogemos los siguientes datos:

Droga	1998			1999		
	PD.	Total A.T. (*)	% (**)	PD	Total A.T.	% (***)
Heroína	392	7919	4,95	321	5636	5,70
Heroína + cocaína	208	3573	5,82	394	4870	8,09
Otros opiáceos	6	71	8,45	8	89	8,99
Cocaína	95	900	10,56	138	1256	10,99
Anfetaminas	0	9	0,00	4	18	22,22
MDMA y derivados	2	14	14,29	1	10	10,00
Hipnosedantes	16	56	28,57	11	35	31,43
Cannabis	46	433	10,62	42	537	7,82
Alcohol	1033	4123	25,05	923	3802	24,28
Total	1798	17096	10,52	1842	16253	11,33

PD: Pacientes duales

(*) Total de pacientes admitidos a tratamiento por tipología de drogas de consumo.

(** y ***) Porcentaje sobre total pacientes admitidos a tratamiento por años/tipología drogas.

Cuadro núm. 75: Pacientes drogodependientes admitidos a tratamiento que presentan un trastorno dual, en número y frecuencia. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Como observamos, el mayor porcentaje de trastornos psicopatológicos lo presentan, en estos años, los admitidos a tratamiento por dependencia a los hipnosedantes, seguidos de los dependientes al consumo de alcohol. Es el consumo de drogas

legales el que, en principio, tiene una mayor presencia en los pacientes con estos trastornos.

En cualquier caso, se ha podido constatar, a la hora de recoger información sobre estos pacientes, la existencia de un

posible sesgo supeditado a la perspectiva con que se valora la patología dual, si ésta es realizada desde los servicios de drogas o desde los centros de Salud Mental, ya que se producen definiciones diagnósticas distintas. En el caso de los datos aportados por el Comisionado para las Drogodependencias y en comparación con los observados en nuestra visita a los centros, ésta tiene su origen en la forma de recogida de información desde las Fichas Básicas de Admisión a Tratamiento (FIBATS), donde se recoge esta variable como “ha padecido”, “padece” o “no padece”. De esta forma, se detectan desde una perspectiva temporal en el momento de recogida de la información que, en muchos casos, no coincide con el proceso de seguimiento del paciente donde existe un mayor conocimiento de su caso. Los trastornos psiquiátricos subyacentes al consumo de drogas se ponen de manifiesto, en la gran mayoría de los casos, a lo largo del propio proceso de tratamiento o, en otros casos, no se detectan hasta que se produce un brote ante una situación crítica. De esta forma, las situaciones pueden que no se registren.

En los contactos realizados con los centros de tratamiento, se nos manifestaba, desde los profesionales, la mayor presencia de estos trastornos en los consumidores de heroína y cocaína mezclada. Así, en el cuadro núm. 75 podemos observar cómo el número de pacientes que consumen la mezcla de ambas sustancias sufre un incremento de un 148,55%, suponiendo ello un incremento de más de tres puntos con relación a los que padecen patología dual. Los mismos profesionales desisten de enviarlos a Salud Mental ante la escasa respuesta obtenida.

En un informe emitido por la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias con relación a una queja presentada por familiares de estos pacientes se llega a admitir que “... *los Centros de Tratamiento Ambulatorio del Plan Andaluz sobre Drogas no están diseñados para atender específicamente a estas patologías... También, cuando se produce el alta en una Unidad de Agudos de Psiquiatría de un drogodependiente, se le realiza el seguimiento desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la red de drogodependencias, tuviera historia clínica abierta o no*”.

Sobre esta cuestión, podemos decir que estas situaciones, si funcionan, es debido a la coordinación informal existentes en muchos lugares entre los profesionales de ambas redes. En el mismo informe emitido por el Comisionado para las Drogodependencias en el 2001, ya se adelanta que queda un compromiso para el II Plan de Drogodependencias y otras Adicciones, de elaborar un protocolo de coordinación y derivación a la estructura de Salud Mental con el objetivo de mejorar la oferta asistencial realizada a los pacientes con patología dual. Esperamos que este protocolo sirva para dar respuesta a algunos a los aspectos más problemáticos.

A nadie escapa que este interés se basa en la importancia que adquiere en estos momentos este problema y del que empiezan a ser conscientes las Administraciones, aunque aún no se haya planteado la creación de ningún recurso específico de internamiento para aquellos casos que no pueden mantenerse en el ámbito familiar y donde la falta de voluntariedad está presente. Cuestión ésta que viene siendo reclamada por las asociaciones de afectados y familiares.

Desde esta perspectiva, el descontrol que supone en estos momentos esta población, desde el punto de vista sanitario y social, llega a ser preocupante por lo que habría que establecer, en principio, un sistema de registro y de conocimiento de los posibles afectados.

El modelo elegido hasta ahora para el tratamiento de este tipo de pacientes es el denominado como secuencial, donde el paciente es tratado inicialmente en el recurso al que, accede, para que, una vez “estabilizado” ser “derivado” al centro de drogodependencias.

Así, a juicio del Servicio Andaluz de Salud se mantiene que “*el abordaje de esta vasta patología debe realizarse con los recursos de que se dispone, Atención Primaria y Servicios de Salud Mental del S.A.S, red de recursos de atención a las toxicomanías del Comisionado para las Drogodependencias y, en su caso, la provisión de los Servicios Sociales pertinentes*”. En este sentido, debemos poner de manifiesto que otras Comunidades Autónomas vienen resolviendo este tema de forma más específica creando servicios para tratar de forma integral a la población toxicómana que presentan alguna patología psiquiátrica, mediante la creación de unidades como han realizado ya Cantabria o Cataluña que están constituidas por equipos multidisciplinares con un tratamiento completo de al menos un año de duración.

El actual modelo existente en Andalucía ha sido cuestionado y puesto de manifiesto por AFEDU (Asociación de familiares de enfermos Duales), ante esta Institución, manifestando su queja con relación a la atención recibida y los problemas que ello supone.

“*En estos momentos no existe coordinación entre los servicios de drogas y los servicios de salud mental. Así, cuando un paciente sale de una unidad de agudo y debe iniciar un tratamiento a su adicción, en el supuesto que requiera el internamiento se produce un tiempo de espera excesivamente largo, llegando a superar los tres y a veces cinco meses. No en todos los casos los tratamientos acoplados a la patología del paciente consigue controlar al paciente*”.

De esta manera se manifestaba la presidenta de AFEDU, que posteriormente se dirigió para establecer los puntos más importantes que desde esa fundación se consideran claves para el tratamiento de estos enfermos, y que hacen referencia a lo siguiente:

1. *Falta de camas de hospitalización para menores de edad en Unidades de Agudos.*

2. *Necesidad de contar con tratamiento para pacientes que requieren actuaciones psiquiátricas urgentes. En este sentido, ponen de manifiesto la necesidad de que la actual normativa para el traslado de pacientes en ambulancias, recoja, en el supuesto de estos pacientes, que se haga con un personal especializado ara este tipo de actuaciones.*

3. *Consideran la importancia de que existan centros de internamiento para este tipo de pacientes, y de esta forma no recurrir a la voluntariedad de aquellos centros o instituciones que deciden acogerles.*

4. *En el supuesto de estancias larga y media, sería necesario incrementar el número actual de camas, y donde la limitación del periodo de dos años establecido desde un alta a un próximo ingreso, no quede recogido para este perfil de pacientes, ya que sus situaciones de crisis así lo aconsejaría.*

5. *En la situación de estos pacientes, no se produce el carácter de voluntariedad para el tratamiento a su adicción a las drogas. Por ello, viene a solicitar que en el supuesto de abandonar las unidades de agudos, cuando hayan sido internados, pasen a un Centro de tratamiento a las drogodependencias en régimen de internamiento”.*

Junto a estas cuestiones, todas ellas de índole sanitaria y social, incluyen aspectos referidos a los procesos judiciales a los que encuentran sometidos un elevado porcentaje de ellos. Por ello, manifiestan la necesidad de que exista un juez que lleve todas las causas relacionadas con estos pacientes. De esta forma existiría, dentro del ámbito judicial, una especialización para atender los afectados por patología dual.

Y, por último, consideran que en el supuesto de tener que ingresar esta población en prisión para el cumplimiento de condenas relacionadas con delitos menores o por tráfico, éstas puedan cumplirse en centros especializados cuando exista la voluntad por parte del paciente de recibir tratamiento. Cuestión ésta que fue recogida en el Informe Especial sobre “La situación de los drogodependientes en las cárceles andaluzas”, realizado por esta Institución (1999).

La mayoría de los estudios realizados con estos pacientes vienen a concluir que la población con trastorno por diagnóstico dual es muy heterogénea. Existe una gran variedad de casos y posibles combinaciones, aunque la existencia de un buen diagnóstico puede llevar, en la mayor parte de estos pacientes, a un tratamiento eficaz. Quizás sea ésta una de las mayores dificultades que presentan este colectivo, al no encontrarse a veces los medios para ser diagnosticados, a menos que se haga por voluntad del enfermo o con el consentimiento del tutor o familiar responsable. En estos casos, se debe recurrir a mecanismos legales que fijen la necesidad del diagnóstico, bien a través de denuncias judiciales o bien apli-

cando, desde los equipos de los Distritos Sanitarios, lo establecido en el artículo 211 del Código Civil.

7. 3. DIAGNÓSTICO FINAL Y RECOMENDACIONES

Con relación a los tratamientos de estos pacientes, estamos ante un sistema fragmentado de intervención, que viene a situar por sus propias características y ante un momento determinado, a muchos de éstos ante un proceso de exclusión social que aboca al desarraigo familiar, al abandono social, a la vulnerabilidad como un estado de mayor debilidad de los individuos ante situaciones de contingencia, y en definitiva de marginación. Este modelo asistencial parcelado y fragmentado no permite actuaciones integradoras y globalizadoras sobre los pacientes con este tipo de patología. Indudablemente, procede la creación de sistemas de atención muy selectivos, en relación a los pacientes; ya que el existente viene a recoger ciertos perfiles normalizados, mientras que rechaza o expulsa a aquellos otros que presentan dificultades de integración.

Por otro lado, a finales de 2001 y comienzos de 2002 se han iniciado por la Institución distintas actuaciones con relación al fallecimiento de dos jóvenes en la provincia de Cádiz, sobre las que existen dudas razonables de no haber contado con una atención adecuada a su enfermedad. Llama la atención que en el primero de los casos, el informe de la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias, se apunta que varias asociaciones rechazaron el ingreso por diversas razones “... desde su toxicomanía, el trastorno mental, la falta de plaza, la no idoneidad del recurso, la falta de personal, etc.”. La respuesta dada a la falta de atención recibida, llega a reconocer como causas posibles para no recibir atención desde su drogodependencia al trastorno mental. Resulta preocupante que se haga referencia a recursos que son concertados con la Administración, como centros desde donde fue rechazada. No obstante, si ello puede ser preocupante, más lo es concluir afirmando que “la asistencia prestada fue la adecuada a las características del caso”.

Hemos contactado con los técnicos responsables de estos casos y hemos podido constatar la falta de medios para atender a estos pacientes, lo que les está llevando a un deterioro cada vez mayor de éstos.

Ante esta situación, que lamentablemente se viene repitiendo es aconsejable arbitrar medidas que vengán a mejorar las deficiencias detectadas, desde instancias administrativas y políticas. En este sentido, la propuesta podría estar en la órbita de la presentada por Miller (1993) en el sentido de que un mismo profesional o equipo de profesionales aborde de forma conjunta ambos trastornos y, en estos momentos, siendo indiferente que se realice desde los servicios de Salud Mental o desde los de Drogodependencias. En definitiva, se trata de impulsar una

decisión política y administrativa que diera respuesta a un grave problema.

No obstante, esta propuesta, como mantiene González, F. (1997), supondría que desde los equipos de Salud Mental existiese una formación adecuada en el abordaje de los tratamientos en drogodependencias y así integrar toda la intervención. Esta misma propuesta podría plantearse desde los servicios de atención en drogodependencias, donde junto a otras dificultades podríamos encontrarnos con la escasa formación psiquiátrica de los profesionales de estos recursos, que en cualquier caso sería necesaria para el abordaje de las patologías asociadas. Hemos podido detectar en nuestra visita a los centros de drogodependencias que existen profesionales que con los medios escasos con que cuentan, están realizando seguimiento y apoyos a las patologías psiquiátricas detectadas.

El modelo de atención a las drogodependencias existente en Andalucía se establece sobre una red específica que ha supuesto ventajas importantes en cuanto a la calidad de la atención realizada, favoreciendo claramente a los pacientes al haber encontrado un sistema más individualizado, gratuito en su totalidad y universal. Aunque, también podemos hablar de los inconvenientes observados en cuanto a la autonomía y falta de coordinación con otras redes, cuando los tratamientos requieren un porcentaje alto de su apoyo (Servicios Sociales, Salud Mental, Atención Primaria...). Dificultad ésta que se pone de manifiesto en tales casos y que tienen que ver con las escasas iniciativas que han existido desde la Administración Autónoma que tiene la competencia de coordinar y de incentivar un espacio común con otras Administraciones Públicas.

No obstante, desde los profesionales de la red ha existido preocupación por este tema, lo que llevó a la Comisión de Psicología y Drogodependencias del Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Andalucía Occidental, a la realización de unas jornadas sobre Patología Dual, en las que vinieron a concluir que *“los problemas de patología dual tienen que ver más con la asignación a recursos diferentes, siendo frecuente encontrar:*

1. *Derivaciones inexplicables entre ambas redes.*
2. *Deficiente valoración de los casos.*
3. *Intento de designar como drogodependiente otros trastornos mentales o de conducta*
4. *Descoordinación con relación a los casos duales.*
5. *Falta de definición y de criterios operativos sobre cual debería ser el recurso de referencia de un caso”.*

Como podemos ver, los profesionales que trabajan en drogodependencias tienen detectadas una serie de dificultades que podemos considerar significativas en estos momentos. Algunas ya han sido puestas de manifiesto a lo largo de este apartado del informe.

Hasta ahora se han reseñado algunas de las dificultades que ofrece el tratamiento de los pacientes con abuso o dependencia de drogas y que presentan además otro diagnóstico psiquiátrico. Como recomendación con este grupo de pacientes, y en función de los aspectos descritos, proponemos la necesidad de desarrollar distintas líneas de intervención que consideramos básicas, y que son las siguientes:

1. Necesidad de coordinar las dos redes de atención (Salud Mental y Drogodependencias) mediante la asignación de personal especializado en cada una de las redes. Independiente de que dicha propuesta se llegue a materializar en uno u otro dispositivo. Creemos necesario llegar a un modelo integrador, flexible y adaptado a las necesidades de los individuos, que permita poner a su alcance los mecanismos necesarios para su integración laboral y social, ayudándoles a conseguir, en aquellos casos que sea necesario, las prestaciones y derechos que les correspondan.

2. En el supuesto de que se mantuviese un tratamiento paralelo desde las dos redes, es conveniente reforzar el diagnóstico patológico desde los recursos de drogas, al mismo tiempo que desde Salud Mental habría que establecer un mayor acercamiento al diagnóstico toxicológico.

3. Debido a la presión que en estos momentos sufre la red de Salud Mental, resulta insuficiente la atención individualizada que se les pueda dar a los pacientes con estas complicaciones, aunque la voluntad puesta de manifiesto por los profesionales es muy positiva. Por ello, parece más aconsejable que en estos momentos ésta se realice desde la red de drogodependencias donde pueden encontrar mejor ubicación.

4. Una de las mayores dificultades resulta, en muchos casos, la realización de un diagnóstico voluntario con estos pacientes que obligase a su internamiento en centros. Por ello, vemos la necesidad de potenciar aquellas medidas que permitan el diagnóstico involuntario que lleve a la determinación de las características del paciente y su posterior intervención.

5. Se deben establecer tratamientos en régimen de ingreso durante periodos prolongados de tiempo para rehabilitar los déficit que le permitan su reincorporación a los programas de rehabilitación ambulatoria. En este sentido, habría que contar con centros de internamiento en drogodependencias donde existan plazas para estos pacientes, que suponga que el tratamiento y la capacitación de los profesionales estén en consonancia con el abordaje terapéutico.

Además, sería necesario crear recursos específicos para estos pacientes, que permitan su internamiento una vez diagnosticados y donde encuentren una intervención acorde a sus necesidades.

6. Se detectan carencias importantes de recursos para la atención en fases agudas de los trastornos duales. Para ello, habría que establecer un mayor número de éstos. Al mismo

tiempo, se debe superar la rigidez administrativa existente para la creación y gestión de los recursos permitiendo una mayor flexibilización de los mismos, o en su caso tender a una especialización de éstos.

7. Habría que materializar lo recogido en el II Plan de Drogas y otras Adicciones, no sólo en cuanto a la necesidad de elaborar un protocolo de coordinación y derivación a la estructura de Salud Mental con el objetivo de mejorar la oferta realizada a las personas con patología dual, sino estableciendo los mecanismos necesarios para que ello no sea un nuevo intento voluntarista de mejora alejado de la realidad del problema.

8. Dadas las condiciones de vulnerabilidad social manifiesta que presentan este grupo de enfermos, se debe establecer un sistema que venga a garantizar una atención que supere el aislamiento y la fragmentación de sus necesidades. En este sentido resulta necesario contar con unos mecanismos de coordinación con las redes sociales que actúen en función de sus carencias y necesidades.

9. Las mayores dificultades se presentan cuando el paciente requiere hospitalización psiquiátrica, ya que en muchos casos resulta complicado el acceso a las unidades de hospitalización dado el escaso número de plazas disponibles. En este sentido es necesario incrementar el número de plazas y facilitar el acceso a las mismas para estos pacientes en situación de crisis.

10. Por último, consideramos importante definir, en cualquier caso, la situación competencial desde las Administraciones Públicas, que acabe con la ambigüedad actual y que permita a estos pacientes que se les garantice su derecho a recibir una atención digna y completa a su enfermedad.

Se debe, por todo ello, tener muy claro que en el caso de la patología dual no se debe funcionar sin el consenso de las Administraciones competentes, donde existan criterios homologados y compartidos, con protocolos establecidos y, en definitiva, se evite actuar con “compartimentos estancos” que produzcan visiones y actuaciones parcelarias.

8. LA INCORPORACIÓN SOCIAL

8.1. ASPECTOS CLAVES EN LA NORMALIZACIÓN DE LOS DROGODEPENDIENTES

Las drogodependencias se configuran como un conjunto de diferentes prácticas individuales y plurales en el consumo y recuperación en marcos sociales, culturales y económicos condicionantes (Funes, J. Y Romaní, O. 1985). Estas prácticas tan diversas, a veces contradictorias y parceladas, buscan definir un modelo de intervención adecuado y adaptado a los distintos perfiles de los individuos, aunque, en la mayoría de los casos, responden al modelo ideológico predominante en propia contradicción con la forma de ver y vivir el mundo desde la perspectiva de la población drogodependiente.

La incorporación social o normalización de las poblaciones drogodependientes viene a convertirse en la principal prioridad de los programas de tratamiento. Para unos, es una parte del proceso de tratamiento, mientras que, para otros, se llega a configurar no sólo como una parte sino como un todo, cuyo último objetivo es la normalización o evitar un mayor deterioro físico y social, si cabe. Debido a su carácter procesual la Incorporación Social hace referencia a la existencia de objetivos intermedios, entre otros, los siguientes:

- * Frenar la degradación personal.
- * Reducir el consumo destructor.
- * Disminuir los riesgos derivados del consumo.
- * Sustituir las drogas y los consumos problemáticos por otros que lo sean menos.

A partir de aquí, debemos entender que la normalización es un proceso de reeducación del individuo que supone asumir una actitud psicológica de cambio de vida y en la que se interiorizan una serie de valores y normas del grupo social al que se incorpora. Durante años se ha entendido que la única vía de llegar a la normalización es a través de la abstinencia total a las drogas, siendo el tiempo quien reduce paulatinamente las posibilidades de consumo. Sin embargo, a lo largo del proceso van a existir una serie de acciones que se alejan de la Incorporación Social, entre las que se encuentran la segregación a la que se ven sometidos, la exclusión, la marginación y la ausencia de participación en la comunidad. Elementos todos ellos que están presente en los sectores de la exclusión, y entre éstos una parte importante de las poblaciones adictas a las sustancias.

En los últimos años observamos en el perfil de la población drogodependiente más marginal mayores dificultades para acceder a su proceso de normalización. Así, en estas poblaciones existen toda una serie de características que se han venido

definiendo en el ámbito de la marginación y de la exclusión social y que forman parte de una nueva situación que viven los grupos excluidos, donde confluyen aspectos negativos que inciden e imposibilitan un cambio en las condiciones de vida que les aleje de la exclusión social, y que tienen que ver con:

1. La carencia de recursos de todo tipo.
2. La vulnerabilidad de sus tejidos de relaciones sociales, que les permita manejarse con otros grupos y sectores fuera del consumo.
3. La precariedad de sus dinamismos culturales, que les ayuden a afrontar nuevos retos y cambios.
4. La ausencia de unos comportamientos y normas acordes a la concesión del mundo donde vivimos.
5. La consolidación de modelo de vida que se ha ido configurando después de años de consumo y que les aleja de determinados ámbitos normalizados de convivencia.

La confluencia de estos cinco aspectos resulta cuando menos definitoria a la hora de plantearnos la realización de un recorrido para la socialización e integración social de esta población.

Pero, a estos aspectos que tienen sus causas en los propios individuos, debemos añadir la existencia de nuevos espacios de pobreza en nuestra sociedad, que hace a los individuos más vulnerables y con mayores dificultades de integración y de ruptura con los círculos de la exclusión.

Los escenarios sociales son hoy muy diferentes a los de hace años. Las dificultades de asumir esa parcela de apoyo en el medio familiar viene a ser un obstáculo. Junto a ello, el escenario laboral y el social presentan enormes dificultades para encajar a estas poblaciones y, mientras, no se encuentran los poderes públicos en su mejor momento. Los retos son nuevos y difíciles de abordar, y las Administraciones no tienen a veces la agilidad para darles respuestas.

A tenor de ello, debemos entender que en la situación actual de los programas que tienen como objetivo la Incorporación Social, se necesita una adaptación capaz de cubrir estas deficiencias o, al menos, enfrentar y construir unos valores que les permitan manejarse y suplir a aquéllos que han venido usando durante años en su relación con las drogas.

Junto a los aspectos descritos de las poblaciones, debemos hacer mención también a los esfuerzos realizados para la normalización desde el ámbito de las instituciones. En los últimos años se han realizado algunos esfuerzos dirigidos a mejorar los programas, aunque para muchos puede resultar insuficiente. Uno de los aspectos que más ha influido ha sido el discurso predominante y ambivalente que vincula la drogode-

pendencia y la delincuencia, que lleva a un cierto escepticismo social sobre la viabilidad de un proyecto con estas poblaciones, y que concluye con comportamientos segregantes para un sector muy importante de los ciudadanos.

Por otro lado, la propia estigmatización de los drogodependientes, junto al escaso impulso dado a estos programas desde las Administraciones, ha llevado a que en estos momentos y desde el marco institucional se observen dificultades en el ámbito de la Incorporación Social, como son:

1. Poca importancia a los programas de Incorporación Social, frente a los de rehabilitación.
2. Limitaciones institucionales en los recursos para la Incorporación Social, por problemas de coordinación con otras redes (empleo, servicios sociales, trabajo...).
3. Dificultades de acceso al empleo, vivienda, cultura, etc.
4. Bloqueo de las iniciativas dirigidas a estos colectivos desde el punto de vista social.
5. Dificultad de establecer unas políticas de empleo acordes con los perfiles de las poblaciones.

Junto a estos aspectos que hemos definido para la incorporación social, debemos tener en cuenta los cambios operados en las poblaciones consumidoras y la existencia, en algunos casos, de aspectos que van a perdurar con el paso del tiempo. Ello debe llevar a la consolidación de una serie de pautas individuales donde se desarrollen nuevos hábitos personales y sociales básicos, junto a los instrumentos necesarios que les permita el manejo de situaciones nuevas, de relaciones, de autonomía personal...; en definitiva, se trataría de dotarles de vida social que les permita restablecer y recuperar relaciones que rompan políticas de aislamiento.

Ante esta realidad, se viene a gestionar un nuevo concepto de Incorporación Social donde se define ésta como *"los procesos que se dirigen a la normalización de los individuos, y donde intervienen todos aquellos aspectos y estrategias que son facilitados para los comportamientos en la comunidad"*. También, se viene a entender como *"todo un conjunto de estrategias que buscan articular una respuesta a las distintas necesidades y carencias en áreas significativas de la vida social (laboral, educativa, familiar, de convivencia,...)"* (Nievas, 1987:219). Son, por tanto, procesos que adquieren una doble dimensión, la individual y la social. Debemos entender que la sociedad no llega a ser nunca agente pasivo en las drogodependencias al estar siempre presente tanto en los orígenes del problema como la superación del mismo.

En todo proceso de Incorporación Social existen principios que van desde reconocer que la normalización supone una actitud psicológica de cambio de vida para alcanzar una abstinencia a las drogas, hasta admitir que todo proceso de Incorporación Social no tiene por qué suponer la abstinencia total y definitiva, de tal manera que se pueden alcanzar objetivos de

normalización cuando existe un control sobre el propio consumo.

En la propia naturaleza de los procesos de incorporación social son muchos los factores que vienen a explicar el origen de las drogodependencias, entre los que se encuentran unos de carácter individual y otros social. En lo individual, va dirigido a mejorar las aptitudes, actitudes, hábitos, destrezas... Desde un punto de vista social, podemos encontrarnos unos de carácter macrosocial, dirigidos a transformar la percepción social del problema y la creación de valores sociales, y otros de carácter microsociales, que se establecen en función de la familia, los amigos, y el entorno más próximo (Martos, C, 2000).

Además, y con relación al concepto de Incorporación Social, podemos ver que éste se relaciona tanto con aspectos individuales como sociales. Con relación a los aspectos sociales que inciden en la comunidad, debemos tener en cuenta desde las características socioculturales hasta la percepción con que la sociedad ha ido presentado a lo largo de estos años el problema de las drogodependencias y de los drogodependientes. No debemos olvidar que las drogodependencias representan, para muchos ciudadanos, una situación de rechazo muy fuerte cuyo origen tiene que ver con el concepto de excluidos sociales que mantiene esta población y con las señas que les identifican como población de riesgo social y sanitario. Por ello, se plantea como objetivo conseguir que la sociedad sea menos excluyente, invierta en los mecanismos de exclusión y articule todo un conjunto amplio y variado de medidas de inserción adaptado a cada uno de los individuos.

En lo individual, se trata de entender cómo adaptarse a sus necesidades para que el acceso a éstas no sea complejo. Sin embargo, ese proceso individual de normalización y de readaptación a una nueva coyuntura se produce en contextos genéricos y de condicionantes sociales. Son, por ello, procesos que se han definido como difusos, debido a los múltiples condicionantes e influencias no previstas que van surgiendo con el paso del tiempo (Rodríguez Cabrero, 1988). Siendo estos procesos muy complejos requieren de un enfoque multidisciplinar para su análisis y comprensión y, aún así, va a ser el marco comunitario el que supedita en gran medida el proceso de normalización, unas veces por su aceptación y otras por su rechazo.

Con respecto a los aspectos individuales de los tratamientos, las familias ven este proceso como algo donde ellos, los drogodependientes, deben poner todo el empeño. Difícilmente se les puede ayudar cuando no son receptivos o no quieren. Es una forma de delegar las familias su parte de responsabilidad en el tema, bien por desidia, desinterés o por el agotamiento que vienen sufriendo ante las condiciones de vida y frustraciones que les proporcionan sus hijos durante años.

En este sentido, en los grupos de familia se manifestaban al respecto.

“Nosotros les podemos ayudar, pero los que tienen que hacerlo son ellos”.

“Tengo en un hijo con un 69% de atraso y consume drogas. Me quita el dinero, me insulta y me pega si no le doy para comprar”.

Es una realidad que la población drogodependiente encuentra auténticas dificultades para su integración social. Un gran porcentaje se ubica en una situación de precariedad que puede resultarles muy difícil a la hora de acometer este objetivo, en el que a veces las dificultades parten del propio sistema de atención social que no cuenta con los recursos para apoyar y mantener la espera, bien cuando inician tratamiento o cuando salen de éstos, al no contar con los recursos para poder subsistir. Es éste el drama de estas poblaciones cuando desean salir de ella, lo que debe llevar a constituir este eje como una prioridad si de verdad se pretende ayudarles. Podemos hablar de auténticos déficits de inclusividad.

Con relación a las intervenciones de las Administraciones Públicas en esta materia existen dificultades serias para asumir el reto de la Incorporación Social. No existe un marco teórico de referencia, y sólo se mantienen algunas iniciativas que se ubican, más en un contexto administrativo que terapéutico, bien por desconocimiento o por falta de interés, aunque las razones podrían estar en el cada vez mayor alejamiento de éstas de la realidad social del problema. La intermediación social que puede servirles de referente, a veces, está mediatizada al constituirse en un único punto de referencia acaba convirtiendo a éstas en cotos cerrados y alejados de la realidad social del problema. Ello hace que al final los programas fracasen por su falta de ajuste a la realidad y a las propias necesidades de los individuos.

No obstante, se observa un intento compartido de sectores de la Iniciativa Social y de las Administraciones Públicas por entrar a debatir aquellos aspectos que pueden mejorar las actuaciones en esta área, en el deseo de alcanzar mayores cotas de cobertura social. Sin embargo, los mayores progresos se han realizado en el terreno de la formación para el empleo a través de las ayudas y subvenciones de Departamentos de la Administración Autonómica o convocatorias específicas dirigidas a colectivos desfavorecidos.

Otro de los aspectos fundamentales de la normalización es la Integración. En este sentido, integrar al drogodependiente no supone incrementar el número activo de parados sino la productividad de los empleados. Queremos decir que debemos trabajar por mejorar su calidad de vida, su satisfacción vital y su capacidad de innovarse. Es cierto, que ello se puede conseguir con los programas de formación, pero éstos siendo necesarios, deben ir acompañados de medidas de apoyo social que incentiven su necesidad de mejora.

La integración laboral es una demanda de los propios usuarios y de sus familiares, manifestándose así los propios afectados.

“El trabajo es fundamental para un toxicómano”.

“En mi pueblo hay mucho paro”.

“En mi pueblo el trabajo lo da el Ayuntamiento, pero siempre trabajan los mismos. Yo estuve en el PER hace siete años, y desde entonces nada”.

Para las familias este aspecto es también muy importante, ya que verles en casa sin hacer nada les lleva a pensar que les debilitará y volverán a consumir, lo que, a su vez, les lleva a una actitud de rechazo y de acusaciones permanentes que llega a tensionarles produciéndoles situaciones límites e insostenibles:

“Para aquellos que han dejado de consumir, que les busquen un trabajo y que se sientan útiles”.

“Para mi hijo, ahora su mayor preocupación es tener un trabajo. Ello le ayudaría mucho”.

“Los padres tienen mucha desconfianza. Cuando salgo de la terapia lo primero que me preguntan es, ¿cuánto tiempo te queda para consumir?”.

No podemos abstraernos de la realidad que supone las drogodependencias cuando hablamos de normalización, pues donde aún existiendo medios, la tarea resulta bastante ardua, ya que existen situaciones y variables que convierten a ésta en algo complejo y no sabemos cómo llegará a concluir.

Con relación a las medidas de empleo, son las más demandadas por familiares y pacientes. Esta demanda parte de la situación personal en que se encuentran ubicados y donde observamos factores como son: elevado índice de paro, la precariedad de los empleos previos realizados, la baja cualificación, ausencias de redes sociales y familiares de apoyo, escasas posibilidades de competir en el mercado laboral; y, junto a ello, existe un alto nivel de exigencia en los propios pacientes debido a su situación personal —edad, situación familiar, falta de empleo... que ponen de manifiesto en los momentos de los tratamientos, y que vienen a complicar más sus necesidades urgentes de encontrar una salida a esta situación.

“Yo tenía un sueldo normal como cocinero, cobraba sobre las 115.000 pesetas, eso lo podía sacar trapicheando en unos días. Es muy fuerte ponerte a trabajar muchas horas para tan poco, hay que mentalizarse”.

“Lo que no se puede es volver al barrio, fumarse uno un paquete de tabaco y al final no hacer nada más... bueno juntarte con los colegas”.

Parece necesario recuperar los propios destinos vitales de los individuos. Ello supone un auténtico proceso colectivo de intervención, donde las Administraciones deben jugar un papel muy importante. Debe ayudar a la creación de auténticas redes sociales de interacción con el medio que incentiven la inclusión. Se trata de conseguir que estén con los otros y entre los otros.

Por ello, el esfuerzo de los programas de intervención debe dirigirse a los elementos que ya hemos definido y que son el eje de la exclusión social y que supeditan su normalización:

1. El eje trabajo/no trabajo, es lo que cuestiona su integración en lo económico.
2. El eje relaciones/aislamiento, lo que cuestiona es la inserción por las relaciones y la vulnerabilidad social, frente a la degradación social.
3. El eje sentido/significancia e impotencia, lo que lo cuestiona es la relevancia de las significaciones por la vía de la educación, la cultura, etc.

La idea de normalización supone la convergencia de estos tres factores como decisivos de este proceso. Mientras, debemos entender la exclusión social como la acumulación de problemas que nacen como consecuencia de procesos sociales complejos relacionados con la estructura de la desigualdad, con determinadas condiciones de vida y con el bloqueo en el acceso a determinados bienes y servicios.

Por tanto, podemos definir la exclusión social como una forma externa y específica de desigualdad bajo la medición de factores personales, sociales y políticos. Desde esta visión, debemos enmarcar la exclusión social de estos colectivos en tres niveles: en la dinámica general de la desigualdad que genera el sistema social y productivo, la problemática de la mutación profunda de los procesos de inserción sociolaboral y, finalmente, en los límites de la política social en la lucha contra la desigualdad. En este sentido suscribimos el enfoque recogido en el Libro Blanco de la Política Social, cuando dice: *“si el objetivo de la política social consiste en ayudar a las personas a cuidar de sí mismas y, en la medida de lo posible, a desempeñar un papel útil en la sociedad tan sólo nuevas e innovadoras combinaciones de trabajo y protección social tienen alguna posibilidad de alcanzar esa meta en el caso de las personas vulnerables en situación de riesgo”* (Comisión de las Comunidades Europeas, 1996: 52-54).

Como marco de referencia destacamos el pronunciamiento del Consejo Europeo de Lisboa, que vino a incidir en la necesidad de que la UE. fuese más activa en este campo y centrase sus esfuerzos en la lucha contra la exclusión social y la pobreza como uno de los elementos centrales de la modernización del modelo social europeo. Posteriormente, la Cumbre de Niza asume el compromiso de poner en marcha el método abierto de coordinación como metodología fundamental de la estrategia europea de lucha contra la exclusión y fija los objetivos de los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social de todos los países miembros. En este sentido, destacar el Plan Nacional de Acción de la Inclusión Social, como referente de las medidas que se ponen en marcha para la mejora de la situación de los grupos más vulnerables y excluidos sociales.

Desde este Plan se pretende fomentar la participación en el empleo y el acceso a los recursos, derechos, bienes y servicios por parte de todos, especialmente para los grupos más vulnerables. Mediante la prevención de los riesgos de exclusión, aprovechando la sociedad de la información y de la comunicación y aplicando políticas para evitar la crisis en las condiciones de vida que puedan desembocar en la exclusión y preservando la solidaridad familiar.

El propio Plan llega a establecer los ejes o ámbitos en los que se concreta el fenómeno de la exclusión.

1. Pobreza, en el sentido de ingresos económicos.
2. Dificultad en la integración laboral
3. Problemas de acceso a la educación y los mínimos educativos.
4. Ausencia de una vivienda digna.
5. Carencia de salud, de capacidad psicofísica o de asistencia sanitaria.
6. Ausencia o insuficiencia de apoyos familiares.
7. Ámbitos de marginación social.
8. Dificultad en el acceso a la justicia.
9. Problemas para el acceso o aprendizaje a las nuevas tecnologías.

(Acuerdo por el que se aprueba el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2001-2003).

8. 2. ALGUNOS ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA INCORPORACIÓN SOCIAL

La utilización de este término en el ámbito de las drogodependencias se produce a principios de los noventa, una vez asentado el periodo de la institucionalización de las drogas. Con anterioridad se habían venido aplicando los términos reinserción/inserción, como una etapa posterior a la rehabilitación física y psicológica.

Para el conjunto de los profesionales la falta y en algunos casos la ausencia de recursos para la incorporación social parece clave en los resultados de los programas de atención a las adicciones. Por ello, se asimila el término a instrumentos, programas y recursos.

Pero centrándonos en el significado del término podemos ver como la reinserción/inserción no es algo nuevo. Existen experiencias interesantes realizadas en otros colectivos desfavorecidos en nuestro país y que pueden servir de referente para el trabajo en esta área.

La UNESCO (1987), hacía referencia al tratamiento de los toxicómanos como algo que viene a concluir con la reinserción en la sociedad. Así, ésta se entiende como el proceso de normalización de las personas en rehabilitación en un medio cultural, social y económico en el que puedan desarrollar una vida sin drogas o, en el caso de existir, que éstas produzcan el

sin drogas o, en el caso de existir, que éstas produzcan el menor daño posible.

Algunos autores (Funes, 1985; Funes y Mayol, 1989) definen la *inserción o reinserción como una manera de buscar y conseguir un cierto grado de compatibilidad social* (Funes y Mayol, 1989:43-44).

Por ello, debemos entender que el término incorporación social tiene que ver “*con una relación entre grupos y conjuntos*”, y el de inserción “*como integración individual en un conjunto*”.

Cuando se hace referencia al término normalización podemos entenderlo como un objetivo ideal al que se pretende llegar. Al mismo tiempo, es un estado de bienestar físico y psíquico. Sin embargo, para muchos drogodependientes esta situación supone una utopía difícil y lejana. Por ello, se debería hacer referencia más a una “normalización”, dependiendo de cada caso o situación. Para unos, sería conseguir cotas de higiene personal, salud individual, conductas y habilidades sociales aceptables, etc.; para otros, habría que plantearles un mayor nivel de exigencia en función de sus características individuales. Pone ello de manifiesto que nos referimos a procesos individuales y personalizados que implican el diseño de itinerarios adaptados a las circunstancias y a los individuos.

Con respecto al término Incorporación Social se viene entendiendo como “*aquellas acciones planificadas que van dirigidas a la normalización social de los individuos, en las que intervienen todos aquellos aspectos y estrategias que son facilitadores de comportamientos en comunidad (ej. cultura, actividad laboral, educación, urbanismo,...)*”.

Por ello, el término Incorporación Social pudiera tener connotaciones de presión. Es decir, puede pretender la inserción de un individuo que está fuera para entrar o situarse donde están los demás. Podemos entender que con este modelo pueden llegar a perder los elementos diferenciales. En cualquier caso, tendríamos que ver si muchos drogodependientes pretenden un modelo de integración como el que a veces se les ofrece, y que se configura como homogéneo, establecido a priori y a imitar; al mismo tiempo, que puede llegar a ser inalcanzable para una gran parte de ellos.

En cualquier caso, como ya hemos comentado, el nivel de éxito y de fracaso de la Incorporación Social va unido a dos elementos fundamentales. El primero de ellos tiene que ver con el grado de implicación del sistema comunitario, junto con el grado de competencia de los profesionales y recursos. El otro, con las características, circunstancias y disposiciones personales del individuo.

Así, en sus propias declaraciones podemos ver como reconocen que a veces son rechazados y no admitidos en la sociedad, aspecto éste que llegan a interiorizar y que utilizan de forma permanente como un recurso o justificación:

“La sociedad no nos quiere “.

“La sociedad debe tener más información y ver que no somos un peligro”.

“Yo siempre trabajé en mi pueblo en el campo, cuando se enteraron que era un drogadicto me rechazaron”.

Pero si la situación y la presión social es fuerte, no es menor la presión familiar:

“Yo cuando salí de aquí con un programa que había hecho y que me había permitido salir bien, al llegar a casa mi familia me dijo que estaba enganchado. Aguanté un mes, pero tenía tanta presión que al final recaí”.

Al mismo tiempo esta presión se pone de manifiesto en el medio social donde se encuentra, y en la medida que la comunidad donde están es más pequeña el rechazo es mayor.

“A un vecino le robaron, y ya me miraban a mí el Joaquín”

Junto a estos aspectos, y en base a las características que venimos observando en esta población, podemos ver que nos enfrentamos a dos graves problemas: la exclusión y la pobreza. Podemos definir ambos como una realidad social compleja y multidimensional, donde incide la existencia de problemas que quiebran el ejercicio de los derechos sociales e individuales de aquellos que la padecen. En este sentido, sus carencias son idénticas a la del resto de los colectivos de la exclusión.

Para algunos autores (Nieva, 1987; Funes y Mayol, 1989; Vega, 1990; Pardo, 1992) existe un cierto consenso con relación a una serie de requisitos que deben estar presentes en los procesos de Incorporación Social, siendo éstos los siguientes:

1. Debe ser individualizada, es decir, adaptada a cada uno de los individuos y según sus características y déficits personales.

2. Debe plantearse como un derecho y no como requisito previo de una ayuda. Ello supone el reconocimiento de este derecho a la integración de los sectores sociales más marginados.

3. Debe llegar a todos y cada uno de los individuos, no sólo a los mejores o más normalizados. Siendo aquellos que más lo necesitan los que menos posibilidades tienen y son los que más requieren de una inserción social. Por el contrario, aquellos que tienen familia, cuentan con recursos de cualquier tipo, tienen fácil las posibilidades de acceder a la inserción.

4. Debe existir una relación flexible entre ayudas y acciones de inserción.

5. La discriminación positiva hacia determinados grupos es preferible a un diseño generalista que llegue a muy pocos. Debemos admitir la existencia de estrategias que potencien a los colectivos desfavorecidos y con dificultades de acceso al mercado laboral. Estas medidas tienen su justificación en aquellos colectivos que tienen un acceso más difícil si no se le adecuan y potencian recursos y medidas de acción positiva dirigidas a trabajar para su inclusión. Si no es así difícilmente llegarán a superar ésta y, por consiguiente, incorporarse a la comunidad.

6. Y, por último, hay que entender que los medios y recursos con que se doten deben estar en consonancia con los objetivos de incorporación social.

En cualquier caso, las propuestas en este ámbito deben tender a ser formuladas desde la visión integral, y su puesta en práctica requiere un planteamiento transversal, con participación de diversas iniciativas y áreas de intervención y desde el acercamiento a la realidad del territorio.

Vistas las experiencias de estos años, podemos afirmar que la incorporación social es una etapa que se inicia cuando comenzamos el proceso terapéutico de un individuo adicto a una sustancia. No obstante, debemos realizar a lo largo de este proceso un esfuerzo importante para cambiar sus condiciones sociales y personales, con la finalidad de llegar a su normalización. Esta misma consideración la tienen los pacientes, manifestándolo de la siguiente manera.

“Tu quieres rebacer tu vida, y no te dejan. ¿Por qué?, que me lo expliquen”

8. 3. EL EMPLEO COMO PROPUESTA DE NORMALIZACIÓN

El empleo se encuentra presente entre las demandas de la gran mayoría de la población drogodependiente, y éste debe incorporarse en los itinerarios de la normalización. Desde esta perspectiva, debemos entender la empleabilidad como una forma de concentrar esfuerzos en trabajar por los demandantes de empleo. Frente a esta idea, la insertabilidad parte de entender que la sociedad debe ser menos excluyente, invirtiendo los mecanismos de exclusión y articulando un conjunto amplio y variado de medidas de inserción adaptadas a cada uno de los individuos.

No obstante, debemos admitir que cuando nos referimos al concepto de Incorporación Social estamos hablando de un concepto más amplio en el que se llegan a globalizar las acciones a desarrollar con los drogodependientes en distintos escenarios, entre los que se incluye el empleo. Esta cuestión de carácter individual, supone la capacidad de implicar a la sociedad aportando los medios que permitan el acceso a la misma de los que en algunos momentos fueron rechazados o decidieron salir de los mecanismos establecidos por ella.

Es el reencuentro con nuevas formas de vida, que requiere del soporte social necesario para que se produzca de forma natural y sin fracturas.

Se debe entender la incorporación social como un derecho de todos los ciudadanos, acorde a la realidad de cada caso y al diagnóstico previo que se realice. De esta forma, y entendiendo la empleabilidad como un objetivo a conseguir para estabilizar a los individuos objeto de la intervención, parece claro que ésta no va a existir hasta que no hayan alcanzado previamente ciertos procesos de normalización. En cualquier caso, la empleabi-

lidad puede llegar a ser un elemento fundamental de acompañamiento para la normalización, que de no llegar a producirse puede generar situaciones de recaídas y retrasos.

Esta matización resulta importante para situarnos en el marco del empleo, ya que de basarnos sólo en este objetivo y no cubrir otros aspectos puede llevar al fracaso. No obstante, manifiestan claramente una posición muy contundente sobre la necesidad del trabajo para su desarrollo personal, asimismo entienden que sólo son aceptados en el mundo laboral cuando existen medidas que ayudan a su contratación.

“El trabajo para mí sería muy importante. Nosotros siempre hemos sido muy independientes, y dejar las drogas y pasar a depender de la familia es muy fuerte”.

“La gran mayoría no quiere a los drogodependientes como trabajadores, si los cogen es porque se aborran la Seguridad Social o tienen otro tipo de ayudas, o te meten por lástima. Yo por lástima no quiero.”.

En cualquier caso, y existiendo la posibilidad de que ello sea así con relación a las ayudas al empleo para la contratación de la población drogodependiente es, además, un sistema de estimular las contrataciones, no debemos olvidar la importancia de las medidas de discriminación positiva con relación a estos colectivos y a todos aquellos que presenten dificultades serias de integración.

Su insistencia es constante con relación al empleo, aunque no debemos de perder de vista que esta situación se agrava no sólo por la falta de éste sino, además, por la escasa capacitación para su desarrollo en un mercado laboral complicado para muchos y de forma especial para estos colectivos.

Actualmente el mercado laboral presenta una serie de características, muchas de ellas estructurales y que afectan a todos, aunque repercuten de forma especial en ellos, como son:

1. Las condiciones cambiantes de dicho mercado.
2. La precariedad en general en el empleo.
3. La discriminación en el acceso y en el mantenimiento del empleo.
4. La existencia del desempleo como fenómeno estructural.
5. La existencia de un creciente mercado laboral informal y sumergido, que supone para el trabajador:
 - Mayores exigencias.
 - No reconocimiento de sus derechos.
 - Nula protección social.

Ante este marco, difícil para cualquiera, y de forma clara para esta población, se han potenciado en estos años ayudas para la creación de programas y recursos que han venido a cubrir el tiempo de espera en los tratamientos ambulatorios, a través de diversas actividades de ocio, recreativas y de tiempo libre, etc., cuando lo que demandan es el empleo. Así, se ha puesto de manifiesto que las medidas citadas tienen un carácter terapéutico, aunque no estén en la órbita de los programas demandados.

“Hay muchos programas que sirven para entretenerte pero lo fundamental es tener un trabajo”.

Con relación a las iniciativas para el empleo, en estos años se han puesto en funcionamiento distintas propuestas que con diverso rendimiento han servido para configurar el modelo de intervención en este ámbito. En este sentido, hemos recogido algunas de ellas que por su trascendencia sirven de referente a esta parte del informe, siendo las más conocidas las siguientes:

1. Empresa Social Solidaria. Proyecto surgido al amparo de algunas ONG y que han permitido dar empleo a algunos sectores de población bastante estabilizados.

2. Programas de Integración. Más conocidos como los Planes de Actuación Preferente.

3. Escuelas Taller y Casas de Oficio. La aplicación de este proyecto al campo de las drogodependencias, con escasa incidencia, surgió al amparo del convenio firmado entre el Ministerio del Interior y el Ministerio de Trabajo.

4. Programa de Solidaridad y Prestaciones Económicas Regladas. Se sustentan en subvenciones de contenido económico y de carácter temporal dirigidas a personas en situaciones de desamparo y precariedad.

5. Empresas de Inserción Social.

6. Programa de Formación Ocupacional y Capacitación para el Empleo. Desarrollado a través de convocatoria pública dirigida a las instituciones privadas para realizar proyectos de formación prelaboral.

7. Proyectos de creación de nuevas empresas que generen empleos estables o de consolidación. Esta iniciativa lleva a incentivar la creación de nuevos proyectos que vengán a culminar en un empleo estable, mediante el apoyo a la creación de empresas que estén integradas por jóvenes con menos de treinta y cinco años, o mujeres desempleadas.

8. 4. LOS PROYECTOS INSTITUCIONALES PARA LA INCORPORACIÓN SOCIAL

Los proyectos institucionales que sustentan los programas de Incorporación Social se articulan en función del modelo cultural que sobre las drogas y los drogodependientes ha adoptado nuestra sociedad. Este modelo cultural se constituye tanto con la propia percepción frente al fenómeno como por el tipo de respuestas proporcionada por las Administraciones para resolver los problemas que ocasiona.

No obstante, la Administración ha ido reduciendo su participación en estos programas que han pasado a ser gestionados en gran medida por la iniciativa privada. Ello ha llevado a una escasa implicación en este ámbito con relación al número de iniciativas, dada la enorme complejidad para diferenciar las

intervenciones y donde se percibe cierta resistencia a estructurar procesos que la realidad social suele alterar o modificar. Sin embargo, existe un cierto consenso generalizado de que es ésta una de las etapas del proceso de tratamiento más compleja y difícil de abordar.

Con relación a los problemas que presentan los programas de Incorporación Social, hay estudios que han puesto de manifiesto lo siguiente:

1. Falta de claridad y realismo.

2. Existe una formulación de datos esperados, a lo que habría que preguntar en qué medida se cumplen.

3. Falta una base conceptual definida.

4. Falta de coordinación de Administraciones e instituciones que trabajan en esta área.

5. Falta capacidad integradora.

6. Falta de adecuación temporal: intensidad y duración.

7. Y, por último, debemos hacer mención a la falta de evaluación. En este sentido, se percibe cierto miedo a evaluar y establecer consecuencias de ello. La práctica de la evaluación ha sido poco utilizada en el ámbito de las drogas, y ello hace que exista desconfianza sobre programas e iniciativas.

A continuación analizamos algunos de los principales programas existentes en la Red de Atención: el Programa Arquímedes y la Red de Artesanos.

8. 4. 1. EL PROGRAMA RED DE ARTESANOS

Este programa es una medida que surge en 1985 y regulada por una Orden de la Consejería de Gobernación, al hilo del I Plan Andaluz sobre Drogas, como iniciativa para la Reinserción Social. Siendo la última normativa reguladora del programa la publicada el 27 de febrero de 1996 (BOJA núm. 35, de 19 de marzo de 1996).

Después de muchos años de funcionamiento, urge una revisión para adecuarlo a las necesidades del momento. Esta iniciativa surgida en Andalucía ha sido utilizada en otros territorios (Portugal, Italia, Francia). Ha sido, durante años, un proyecto capaz de ayudar a muchos jóvenes a mejorar sus expectativas reales de empleo.

El programa pretende el aprendizaje, por parte del drogodependiente que haya superado las fases de desintoxicación y deshabituación, de un oficio con la colaboración de trabajadores autónomos, pequeños y medianos empresarios, talleres y otras entidades.

Se materializa a través de la concesión de una ayuda económica destinada a posibilitar la incorporación social de aquellos drogodependientes que, habiendo superado las fases previas del proceso terapéutico o como apoyo a éstas, carezcan de recursos y de la formación profesional adecuada que les capacite para el desarrollo de una actividad laboral.

La formación para el desarrollo del empleo, es un elemento clave que permite el acceso al mismo en las mejores condiciones posibles, siendo necesario contar con un estudio previo de necesidades así como y de análisis de la demanda, como un método de aproximación a las necesidades del mercado laboral en la zona.

A lo largo de estos años, han pasado por él más de cuatro mil pacientes, que se encontraban tanto en programas libres de drogas como en programas de mantenimiento con sustitutivos. De ellos, y según un estudio realizado en 1997, de una

muestra de 650 pacientes, un 12% de éstos habían encontrado empleo en la misma empresa donde realizaban sus prácticas.

Además, en un estudio de seguimiento realizado sobre una muestra de 500 pacientes, a comienzos de los noventa, puso de manifiesto que era el programa que alcanzaba mejores resultados de retención con los pacientes, como queda recogido en el gráfico siguiente. Así, vemos cómo un 67,20% de los pacientes que pasan por él, después de unos años de haber terminado el programa, se mantienen abstinentes.

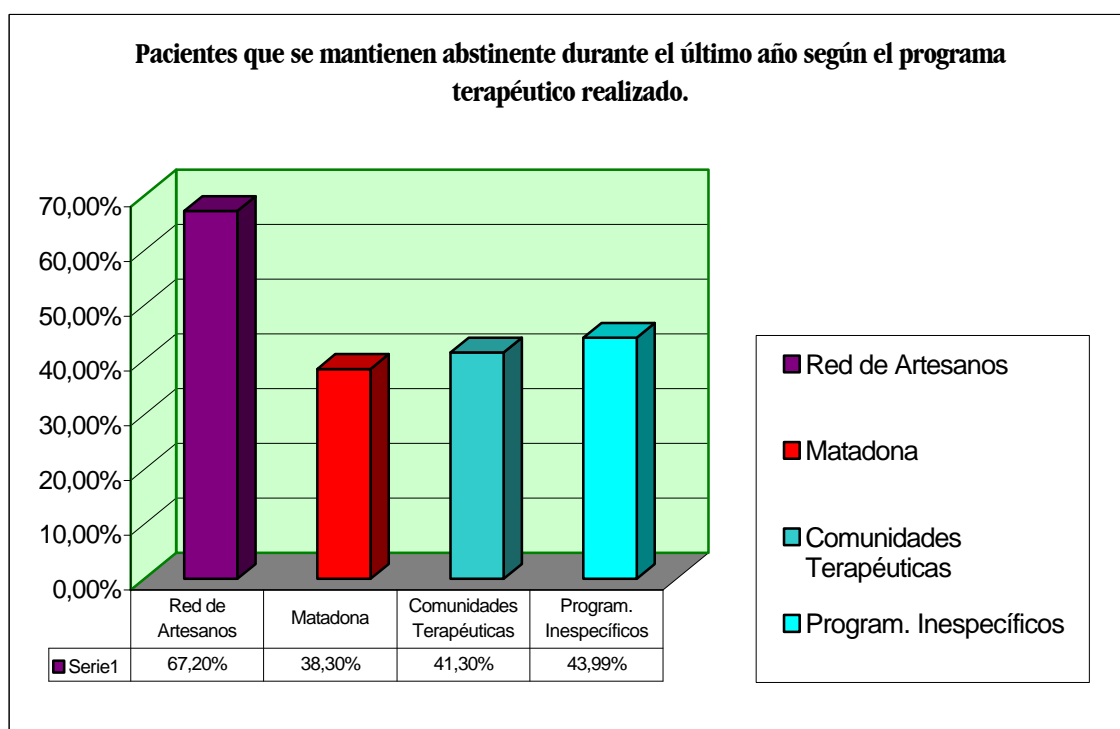


Gráfico núm. 26: Pacientes que se mantienen abstinentes de heroína durante el último año según el programa terapéutico realizado. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Con relación a la evolución del programa, podemos observar un incremento importante en cuanto al número de usuarios y de plazas a partir de comienzos de los noventa. Sin embargo, a finales de esa década empieza a disminuir la demanda de los usuarios de este programa debido, entre otras razones, a su falta de adaptación a una nueva realidad. Ello lleva a que en el año 2000 se realice una evaluación externa e interna del programa que viene a concluir con la necesidad de realizar

cambios en la mejora del programa. Así, vemos como a comienzos de 2001 y 2002 se empiezan a suprimir plazas sin existir ningún criterio objetivo que lo justifique o que haya surgido de la propia evaluación realizada.

Este hecho, pone de manifiesto la escasa importancia que se le da a este programa, que al menos es uno de los pocos que ha contado con una evaluación y con una buena acogida entre los propios usuarios.

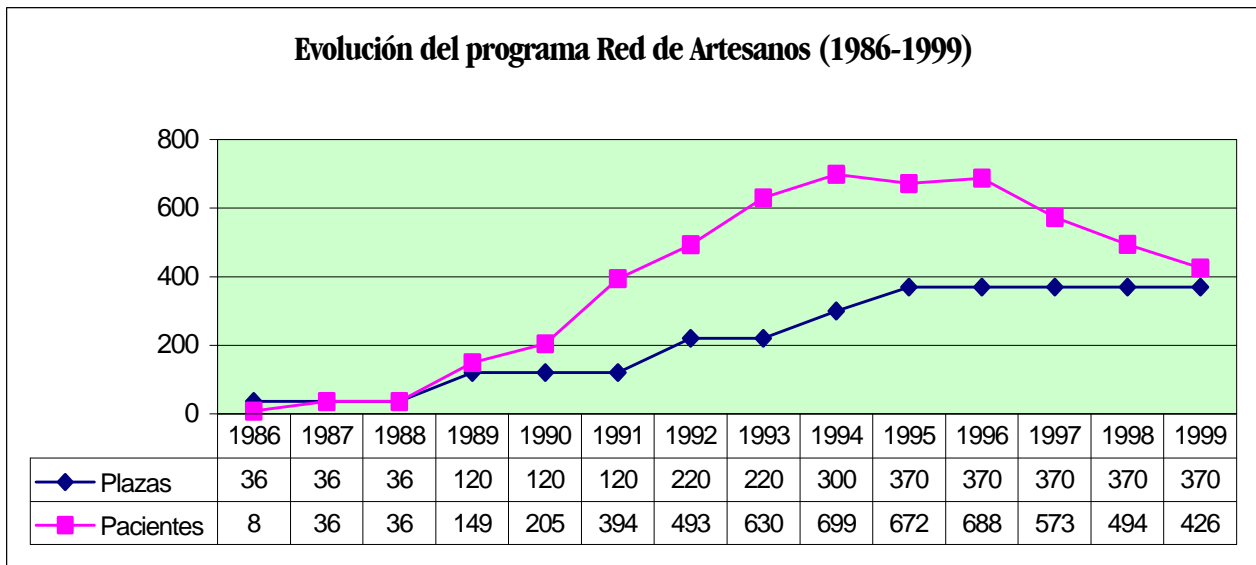


Gráfico núm. 27: Evolución del Programa Red de Artesanos. Años 1986-1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Si estos datos pueden parecer esperanzadores con relación al programa, existen en él otros aspectos que no alcanzan a cubrir las necesidades de los propios usuarios, y que ponen de manifiesto muchas de las carencias que encuentran en el programa. Tienen que ver con la cuantía económica de las becas o el hecho de solo poder pasar por él una sola vez.

“Es la única vidilla que tenemos, pero el dinero es escaso y sólo se puede pasar por él una vez en la vida”.

“Solamente una vez no sirve de nada. Si no tienes otra cosa y no nos dan trabajo lo mejor sería poder estar más tiempo o que se presione más a las empresas. Es la única ilusión para dejar esto”.

Entre los objetivos que parecen alcanzarse con este programa podemos encontrar que,

1. Los usuarios adquieren, relativamente, los conocimientos necesarios para desenvolverse en un oficio.
2. Aprenden el cumplimiento de un horario.
3. Los que finalizan el programa logran una adaptación laboral en cuanto a la adquisición de conductas, aceptación de las normas y obligaciones, relaciones interpersonales en el trabajo y con sus compañeros, etc.
4. Disponen de ingresos económicos mínimos que les permiten una organización económica básica aunque insuficiente, sobre todo para aquellos que tienen cargas familiares. Además,

en algunas empresas, aunque no sea algo que esté recogido en el propio programa se le complementa la cuantía de la beca en función del trabajo que realizan.

5. El programa es compatible con la participación en actividades desde los centros de drogodependencias.

6. En general, mejora su estilo de vida, disminuye las tensiones familiares, se incorporan a un nuevo funcionamiento diario, adquieren responsabilidad y mejora su nivel de autosatisfacción.

En la valoración que hacen los profesionales de la red del programa observamos que los aspectos positivos tienen que ver con su aportación a la incorporación laboral y a la normalización, al mismo tiempo que encuentran que sirven para realizar el aprendizaje de un oficio que posteriormente les pueda ayudar a la práctica profesional. Todo estos aspectos están presentes en los objetivos de los programas, por lo que desde la perspectiva de los profesionales llegan a cumplirse. Debemos destacar que es un programa ampliamente conocido tanto por los profesionales como por los usuarios.

Como podemos comprobar en el cuadro adjunto, todas las medidas van dirigidas a la formación laboral y al empleo, sin olvidar otros elementos que están presentes en la normalización como son: la ocupación del tiempo, las relaciones sociales, el manejo de nuevas habilidades sociales... Aspectos que ponen de manifiesto claramente que es un programa que ayuda a la normalización social.

ASPECTOS FUERTES DEL PROGRAMA RED ARTESANOS

Respuesta	Núm.	%
Incorporación laboral	23	16,55%
Normalización	20	14,39%
Formación laboral	17	12,23%
Ocupación del tiempo y aprendizaje de un oficio	14	10,07%
Reinserción laboral y social	12	8,63%
Mejora la abstinencia	6	4,32%
Conocimiento del mundo laboral	5	3,60%
Incentivo económico	5	3,60%
Aprende el manejo de Habilidades Sociales	3	2,16%
Acercamiento al mundo laboral	3	2,16%
Imprescindible	2	1,44%
Otras respuestas	29	20,86%
Total	139	100,00%

Contestan	84	77,06%
No contesta	25	22,94%

Cuadro núm. 76: Aspectos fuertes del programa Red de Artesanos. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo andaluz.

Con relación a las debilidades puestas de manifiesto, encontramos en primer lugar, que sólo un 62,39% de los profesionales encuestados han contestado a este ítem, frente a un 77,06% de los que han contestado al punto anterior. La conclusión que podemos extraer es que son más los que encuentran aspectos positivos que negativos en el programa. Con relación a los aspectos débiles del programa éstos hacen referencia a la escasa cuantía económica (240 euros) para un 18,87%, junto a la existencia de una edad límite para la utilización del programa y la falta de sensibilidad de los empresarios a la hora de participar en el programa, en un 7,55%.

Un dato significativo es la falta de empresas o talleres para realizar el programa, lo que lleva a que más de un 32% de los drogodependientes se vean abocados a realizar el programa en Administraciones Locales, al no encontrarse en muchos casos empresas que los acojan. Sin embargo, esta opción de utilizar administraciones impide su posterior contratación al estar

éstas sujetas a normas administrativas. También se apunta a una escasa formación al final del programa debido a la baja cualificación y motivación de los responsables de los talleres y a las tareas y funciones donde se les ubica, que nada tienen que ver con el aprendizaje de un oficio. Además, esta forma de actuar, desde el punto de vista de los usuarios, les lleva a una menor motivación en el programa al ver que se les merman sus posibilidades de contratación posterior.

El convencimiento de que este programa requiere una actualización es algo en lo que existe consenso por parte de todos. Entre los aspectos que se apuntan como necesarios son aquellos que hacen referencia al tiempo y duración en el programa, ya que no todas las profesiones necesitan un mismo tiempo de aprendizaje; la mejora de las cuantías de las ayudas; la necesidad de ejercer un mayor control sobre los pacientes y las empresas; y, por último, mejorar la preparación previa para su participación en el programa. Son éstos entre otros los puntos débiles señalados.

ASPECTOS DÉBILES DEL PROGRAMA RED ARTESANOS

Respuesta	Núm.	%
Escasa cuantía económica	20	18,87%
Límite de edad	8	7,55%
Falta sensibilidad empresarial	8	7,55%
No aprenden un oficio	6	5,66%
Antiguo, paternalista, hay que actualizarlo	6	5,66%
Poco tiempo	5	4,72%
Escasa divulgación y adscripción a una empresa	5	4,72%
Explotación económica y laboral del paciente	5	4,72%
Pocas empresas en programa	5	4,72%
Incumplimiento por parte de los empresarios	4	3,77%
Otras respuestas	34	32,08%
Total	106	100,00%

Contestan 68 62,39%

No contestan: 41 37,61%

Cuadro núm. 77: Aspectos débiles del programa Red de Artesanos. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

En general, la valoración de este programa es buena, especialmente por los siguientes aspectos:

1. Es un programa que permite a los pacientes poco cualificados un contacto con el mundo laboral.

2. Cuentan con una ayuda económica, que de no existir problemas, al menos les garantiza un periodo de un año.

3. La mayoría de los drogodependientes con pocos recursos económicos lo conocen y lo ven como una posibilidad al final del camino.

4. La utilización de la beca con un claro sentido terapéutico ayuda a la recuperación.

5. Permite hacer un seguimiento tanto del aprendizaje como del proceso terapéutico.

6. Permite la adquisición de hábitos (puntualidad, responsabilidad, normas, administración económica, comunicación, promoción social...).

7. En el supuesto de que se encuentren en programas libres de drogas, les ayuda a mantenerse abstinentes.

No obstante, tras el tiempo transcurrido del programa y la propia demanda de los usuarios, se pone de manifiesto la necesidad de realizar cambios que permitan una adaptación al momento actual y un mayor encaje con otros programas de empleo.

Por ello, han propuesto que se realicen algunos cambios en la siguiente línea:

1. Arbitrar otras medidas de empleo que permita complementar el programa o prever medidas de apoyo posterior.

2. La duración máxima debe flexibilizarse para que responda a los perfiles de los usuarios y la adaptación del aprendizaje a las características individuales del paciente y de la actividad que realiza.

3. Aumentar las cuantías de las becas, al menos al salario mínimo interprofesional. Las cantidades actuales no están en consonancia al tiempo y trabajo que realizan.

4. Se deben clarificar los oficios que deben estar dentro del programa, para evitar oficios que no requieran o no puedan ejercer posteriormente.

5. Incrementar el número de becas que facilite el acceso a todo aquel que cumpla el perfil mínimo exigible en el programa.

6. Los participantes en el programa deben contar con un seguro que cubra los niveles máximos permitidos, ya que no pueden tener otro tipo de cobertura sanitaria o de responsabilidad civil.

7. Se deben realizar campañas de captación de empresas que colaboren en el programa incentivando o gratificando socialmente su participación.

8. Se debe complementar la formación recibida a la empresa con otro tipo más específica que realmente de acceso posterior al empleo.

9. Los pacientes que participen en el programa deben estar estabilizados, y así poder garantizar un buen nivel de cumplimiento y aceptación.

10. Se debe potenciar la participación de las empresas por encima de las Administraciones

8. 4. 2. EL PROGRAMA ARQUÍMEDES

Dentro de las iniciativas dirigidas al empleo se encuentra el Programa Arquímedes, que se presenta como una medida de apoyo a la contratación de la población drogodependiente desde empresas y Administraciones Públicas. Tiene como objetivo facilitar el acceso de los drogodependientes al mercado laboral e incentivar su estabilidad en el ámbito en éste.

Se regula a través de la Orden de 11 de septiembre de 2000 (BOJA núm. 115), por la que se regulan y convocan subvenciones dirigidas al fomento al empleo de drogodependientes en proceso de incorporación social.

Estamos ante la promoción del empleo de este colectivo por medio de medidas de apoyo solidario cuyo objetivo es la contratación de drogodependientes en procesos de tratamiento, o al final del mismo. Para ello, se realizan ayudas que incentiven el empleo dentro de las empresas y Administraciones Públicas intentando cubrir los desajustes de demanda de empleo para estos colectivos. El fomento de los incentivos económicos al empleo es un objetivo que se viene marcando desde las políticas sociales de la UE, y está presente en todos los países de nuestro entorno, desde donde se subvencionan medidas fiscales hasta la ayuda directa a la contratación.

Se gestiona a través de subvenciones para la contratación dirigida a las Corporaciones Locales y entidades dependientes, entidades sin ánimo de lucro. Es obligatorio que junto a la contratación se encuentre en un centro de tratamiento acreditado, sea público o privado concertado, o haber terminado el programa Red de Artesanos. El periodo mínimo de contratación se establece en tres meses, siendo el máximo para la contratación de un año o indefinido. El coste del programa no es elevado si lo comparamos con los derivados de otras medidas o servicios, por lo que resulta rentable desde un punto de vista económico al mismo tiempo que consigue una buena rentabilidad social.

Uno de los aspectos más importante del programa es su carácter de normalización al conseguir empleo en un ámbito laboral común para todos los ciudadanos. Sin embargo, no todos son posibles perceptores del programa por sus condiciones previas y de partida en los procesos de normalización. Quiere ello decir que deben existir unos condicionantes previos que permitan su inclusión en el programa y que no cumplen todos los sectores de la población.

Con relación a las cuantías de las subvenciones que reciben las empresas o municipios participantes oscilan entre los 3.900 euros para contratos indefinidos o periodos de un año, y los 811 euros para los contratos mínimos de tres meses. Una de las ventajas que se establecen en el programa es que la contratación parcial se determina en un mínimo del 40% de la jornada.

En el año 2002, la Orden Entre las exigencias del programa para el empresario se encuentra tener dado de alta al trabajador previo a la contratación, para así garantizar el cumplimiento del requisito de la contratación, y tener informados a los centros del seguimiento del paciente.

de convocatoria incluye, junto a los drogodependientes a los jugadores patológicos que estén en tratamiento en las asociaciones. Habría que pensar que se refieren a jugadores patológicos con dificultades de normalización o en situación de exclusión social, ya que de no ser así estaríamos incumpliendo un objetivo clave en los programas de discriminación positiva dirigido a colectivos con dificultades reales al empleo, frente al conjunto de los ciudadanos. No debemos de perder de referencia por el efecto que pueden tener en los ciudadanos estas medidas al encontrarnos en una Comunidad Autónoma con una tasa alta de desempleo.

Al margen de esta modificación, existen otras que pueden afectar seriamente a la realización del programa. Se realiza el pago de la subvención a empresas y entidades de una sola vez, frente a las dos existentes en la convocatoria anterior, y cuyo objetivo era claramente terapéutico al permitir hacer un seguimiento del paciente durante ese periodo. Así, se perderá la oportunidad de actuar no sólo en el cumplimiento de los periodos de las contrataciones por parte de las empresas, ante posibles sanciones, despidos o recaídas de los pacientes, así como la utilización de la suspensión del contrato como una medida de apoyo terapéutico al paciente.

Desde la perspectiva de los profesionales, podemos decir que es un programa poco conocido en la Red de Atención a las Drogodependencias. Las razones las podemos encontrar en el poco tiempo de su existencia, y la poca divulgación que se le ha dado en este tiempo. Así, vemos como sólo han contestado a esta cuestión 52 de los 109 profesionales que han participado en la muestra.

En cuanto a la valoración del programa, la mayoría coincide en señalar que es un programa dirigido a la incorporación laboral, para un 49,28% de los encuestados, seguido del apoyo a la normalización. Junto a estos aspectos se apuntan otros como la posibilidad de prolongar el programa Red de Artesanos o la importancia de la formación para el empleo. Como programa laboral entienden que la participación en un programa de empleo puede llevar a potenciar la abstinencia a las drogas.

La participación en programas de incorporación laboral lleva parejo el cambio de imagen ante la sociedad del drogode-

pendiente, por lo que es un valor añadido para la participación de los ciudadanos en esta tarea. Desde un punto de vista indi-

vidual supone no solo acceder a un trabajo estable, sino realizar actividades de participación en el tejido social.

ASPECTOS FUERTES DEL PROGRAMA ARQUÍMEDES

Respuesta	Núm.	%
Reinserción e incidencia laboral	34	49,28%
Apoyo a la normalización	11	15,94%
Potencia la abstinencia	4	5,80%
Posibilita la prolongación de Red de Artesanos	3	4,35%
Importancia de la formación y el fomento del empleo, sensibilizando a los sectores profesionales	4	5,80%
Imprescindible	3	4,35%
Otras respuestas	10	14,49%
Total	69	100,00%

Contestan: 52 47,71%

No contestan: 57 52,29%

Cuadro núm. 78: Aspectos Fuertes del Programa Arquímedes. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz

Si antes hacíamos referencia al desconocimiento que existe sobre este programa en los profesionales de la Red, y ello se ponía de manifiesto a la hora de valorar los aspectos positivos que se encontraban en el programa, cuando se les preguntaban sobre los aspectos negativos observamos que sólo 30 contestaron a esta pregunta. Si comparamos el número de respuestas obtenidas en este apartado frente al anterior, podríamos apuntar como posible causa el poco tiempo transcurrido de aplicación para encontrar aspectos negativos en el programa, quizás con un periodo mayor podríamos tener un mayor número de respuestas.

Sin embargo, se destacaban dos respuestas de forma mayoritaria; la falta de información y la falta de recursos económicos para esta iniciativa. Esta segunda cuestión pretende resolverse incrementando el número de becas. Sin embargo, uno de los aspectos que nos llama la atención es definir el programa como carente de objetivos. Supone, desde el punto de vista de los profesionales, que sólo se trata de un incentivo a la contratación sin otros objetivos terapéuticos.

En este sentido, como manteníamos antes, es necesario reforzar los criterios de seguimiento del programa para que cumpla su finalidad, la incorporación social y laboral.

ASPECTOS DÉBILES DEL PROYECTO ARQUÍMEDES

Respuesta	Núm.	%
Falta información	5	13,89%
Faltan recursos económicos	5	13,89%
Falsas expectativas	2	5,56%
Falta colaboración	2	5,56%
Estigmatización de los compañeros	2	5,56%
Sin objetivo	2	5,56%
Otras respuestas	18	50,00%
Total	36	100,00%

Contestan: 30 27,52%

No contestan: 79 72,48%

Cuadro núm. 79: Puntos débiles del programa Arquímedes. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

Este modelo cultural de la incorporación social se construye tanto por las actitudes sociales como por la implicación de los profesionales y el tipo de respuestas que se plantean.

Finalmente, señalar que las propuestas como las aquí recogidas mantienen criterios de realismo reconocido por usuarios y profesionales, y abren la posibilidad de que existan otras ac-

tuaciones que vengán a mejorar la eficacia de los programas de incorporación social.

8. 5. EL PAPEL DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y DE LA INICIATIVA SOCIAL

Las primeras medidas de incorporación socio-laboral se inician en el Ayuntamiento de Almería, a comienzos de los años ochenta. Consistían en una reserva de plazas para la contratación laboral de trabajadores eventuales en sectores de servicios poco cualificados (jardinería, albañilería, reparaciones de obras menores...). Este acuerdo fue posible gracias al apoyo mayoritario de los Sindicatos que vieron de buen grado esta medida. Posteriormente, otros ayuntamientos y administraciones han ido acercándose a la creación de determinadas propuestas que fomentan el empleo entre colectivos desfavorecidos, en general en la línea descrita.

En cualquier caso, estas medidas que existen en otros ámbitos sociales, han surgido al margen de las estructuras asistenciales a las drogodependencias, que sino cuentan con mecanismos de coordinación acabarán perdiendo con el paso del tiempo todo significado.

La primera cuestión, con relación a las líneas a seguir en el campo de la incorporación social, tendría que ver con la necesidad de elaborar y desarrollar programas orientados a la mentalización institucional sobre el tema. Para ello, será necesario contar con programas capaces de sensibilizar a responsables de las Administraciones, para que adopten medidas promotoras de formación prelaboral y de empleo que coadyuven a la mejora de la situación.

Con relación al papel a jugar por las Administraciones éste debería ceñirse a estos cinco aspectos:

- a) Necesidad de programar actuaciones en este terreno.
- b) Participar en el diseño de los distintos servicios y programas de carácter general, aunque éstos se desarrollen con la participación o en exclusiva con la iniciativa social.
- c) Contribuir a la financiación de los programas territoriales y autonómicos. Debemos partir de la idea de que lo que venimos denominando los nuevos yacimientos de empleo, así como las denominadas empresas de reinserción en muchos casos, al menos en los comienzos, van a necesitar de las ayudas de las Administraciones.
- d) Deben jugar un papel activo en la promoción de empleo facilitando medios e infraestructuras y promoviendo proyectos experimentales de empresas.
- e) Establecer un compromiso activo de permanencia que implique en el futuro la continuidad de cuantas iniciativas puedan surgir, y que pongan de manifiesto su aportación al empleo en estos colectivos.

Consideramos que la intervención pública debe ser multi-dimensional abarcando los distintos sectores sociales y aquellas propuestas que tengan un carácter dinámico, innovador y creativo. La Comisión Europea (1995) resume en cuatro puntos las grandes líneas de la intervención pública que deben guiarnos para nuestras acciones de futuro.

- a) Crear un marco favorable a las iniciativas de desarrollo y de empleo, sobre todo: descentralización, cambio en las mentalidades administrativas y creación de nuevos agentes locales.
- b) Introducir instrumentos financieros adecuados para el desarrollo local: cheques-servicios, fondos de inversión locales, etc.
- c) Estructurar profesionalmente estos ámbitos, mejorando la formación y los títulos para consolidar los nuevos oficios.
- d) Adaptar el marco jurídico a la realidad social del empleo.

Es necesario, por tanto, un modelo institucional que dinamice tanto la oferta como la demanda. Ejemplos existen de actuaciones realizadas por las Administraciones en otros ámbitos que pueden servir de ejemplo a la hora de actuar en este caso, y no fomentando un modelo endogámico que es costoso y que impide romper los círculos en los que circunscriben las poblaciones drogodependientes, como es el caso, entre otros, de los programas de rehabilitación del casco histórico, los proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficio para drogodependiente, cursos de formación para este colectivo.

Quizá dentro de este tipo de medidas, habría que seleccionar la elegida por el gobierno francés, iniciada en 1993, y que supone la cláusula social recogida en la contratación pública. Ésta se aplicaba en determinadas contrataciones de las administraciones, como modelo de lucha contra la exclusión social para colectivos con dificultad de acceso al empleo. Este tipo de fórmulas son un claro compromiso hacia la generación de los denominados beneficios sociales, capaz de transformar las políticas pasivas en políticas activas.

Junto a esta iniciativas, no podemos obviar otras como son los cheques servicios o los servicios a domicilio, que suponen conseguir una cierta cualificación y profesionalización de estos nuevos sectores, así como una fórmula de aflorar la economía sumergida donde encuentran ubicación muchos de estos sectores.

Con relación a la importancia de las políticas sociales de empleo, debemos seguir algunas de las recomendaciones que estaban presentes en la Comisión Europea (1995), en la que se venía a incidir en la necesidad de que *“una política activa de empleo centrada en la satisfacción de las nuevas necesidades sería cinco veces más eficaz que un simple aumento del empleo en el sector público y diez veces más eficaz que una reactivación keynesiana a través de la realización de grandes obras de infraestructuras”*.

Pero junto al papel de las Administraciones Públicas, y en el conjunto de estas medidas debemos tener en cuenta el papel que debe jugar la iniciativa social en esta materia, a través de:

- a) Creación de recursos hacia la Incorporación socio-laboral, mediante la potenciación y la creación de alternativas dentro de lo que venimos definiendo el mercado laboral novedoso. El apoyo a estas medidas supondrá un compromiso social por modificar el estado de la cuestión.
- b) Buscar un mayor acercamiento posible a los colectivos con dificultades en el empleo. Colectivos con falta de vertebración social, que se encuentran lejanos de los recursos y programas con claros objetivos de apoyo social.
- c) La detección y atención a las necesidades específicas.
- d) Atención a problemáticas complejas y tratamientos individuales y de acompañamiento de itinerarios de inserción.
- e) Potenciación de actividades formativas dirigidas al empleo.

En cualquier caso, la mejora de la situación laboral para estas poblaciones pasa por la coordinación de las distintas iniciativas, la financiación a los puestos de trabajo, la capacitación y formación de estos sectores y su posterior integración en los nuevos yacimientos de empleo, los incentivos fiscales, su regulación legal y, por último, la evaluación de todas las alternativas que permita, de esta forma, la extensión de este modelo de gestión.

No podemos olvidar que todas estas iniciativas de desarrollo y de empleo vienen a incidir de forma directa en cuatro aspectos fundamentales para la Incorporación Social:

- Incrementar la calidad de vida de las poblaciones objeto de la intervención.
- Completar mercados incompletos actuando sobre la oferta y la demanda
- Generar puestos de trabajo estables y de calidad.
- Ser fuente de integración y de normalización para muchos sectores que en estos momentos están ausentes del empleo.

Por último, debemos referirnos a algunos aspectos que están presentes con relación a nuevas iniciativas sociales, como son:

- a) Los nuevos yacimientos de empleos o las nuevas propuestas de empleo deben tener como objetivo que emerjan actividades tradicionalmente sumergidas.
- b) La necesidad y obligación de las Administraciones Públicas de atender estos servicios puede ser un elemento que venga a regular la oferta mediante el establecimiento de medidas de control de resultados y de calidad.

Se debe avanzar en la creación de un empleo estable que venga a concluir con el actual empleo en precario que en estos momentos existen para estos colectivos.

- c) La gestión privada de estos servicios puede ser garantía de calidad con una disminución de costes importante. No

obstante, su control es necesario para evitar que los propios proveedores de servicios creen artificialmente su propia demanda.

- d) Las propuestas que faciliten el empleo en estos colectivos, sirven para desarrollar las propias capacidades para conseguir una formación cultural, humana y práctica con el fin de facilitar la inserción laboral.
- e) Las medidas de empleo sirven para establecer pautas de relaciones adecuadas y enriquecedoras, aprendiendo a trabajar en equipo y a tomar responsabilidades del grupo.
- f) Se deben establecer relaciones desde la colaboración y cogestión de entidades, instituciones y empresas que trabajen desde la perspectiva de la inserción social.
- g) Y, por último, sería necesario incrementar y ampliar el número de sectores donde se podría intervenir desde estos proyectos. La implicación de la sociedad civil viene a ser un elemento de vinculación y de concienciación social muy importante en estos momentos.

8. 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado pretendemos recoger algunas de las recomendaciones y conclusiones que se desprenden del análisis realizado de los programas y de las reflexiones realizadas al hilo de los comentarios producidos en un ámbito donde existen pocas referencias de actuación.

1. El éxito de los programas de Incorporación Social no sólo depende de la variable empleo, sino del desarrollo de habilidades sociales, los vínculos de convivencia, la responsabilidad, la autoestima y el manejo de situaciones.

2. Se debe trabajar la disciplina, el cumplimiento de horarios, el manejo del dinero, las normas,... Es fundamental transmitir la importancia del valor de la normalización para el propio individuo.

3. El tiempo de aprendizaje debe estar adaptado a las necesidades y carencias individuales.

4. Es necesario un mayor acercamiento a la sociedad para que intervenga activamente en estos procesos.

5. Para alcanzar la Incorporación Social es necesario:

- Mejorar el ambiente social facilitando el acceso a la vivienda, apoyo familiar, medidas sociales, económicas, culturales, educativas...
- La Iniciativa Social debe intervenir tanto en los programas de Incorporación Social, como en el apoyo a las familias a lo largo del proceso.
- Se debe incrementar la colaboración entre distintos ámbitos de las Administraciones Públicas aprovechando los recursos existentes.

6. Se debe tender, desde la Administración Autonómica, a la creación y potenciación de esta área para que vuelva a tener

el protagonismo que el tema suscita en todos los sectores sociales (afectados, profesionales y familiares).

7. Se deben adecuar los niveles de exigencia de los programas al perfil de la población, cubriéndole aquellas necesidades que son consideradas como básicas (vivienda, recursos mínimos de subsistencia...).

8. La Incorporación Social debe realizarse en el entorno del individuo y en su comunidad más próxima.

9. Se debe realizar una preparación previa y terapéutica que les ayude a manejar situaciones nuevas.

10. Con relación a los actuales programas de Incorporación Social, habría que controlar que éstos no se centren solo en los aspectos de las subvenciones sino que se deben potenciar los mecanismos de control de las ayudas con la intención de que éstas sean eficaces y cubran sólo objetivos terapéuticos.

11. Los programas institucionales deben abordar tres tipos de estrategias que son imprescindibles. Aquellas que intervienen sobre los procesos de autonomía personal; las dirigidas a la integración a través del empleo, facilitando la participación en la construcción social y, por último, aquellas otras que producen una integración en la educación y la formación, la vivienda, en el barrio y, en definitiva, en la comunidad.

12. Hay que tender a contar con una Comunidad más receptiva y solidaria con estos colectivos. Es necesario apoyar esta medida con programas que vayan dirigidos en este sentido.

13. Es necesario integrar los grupos de autoayuda en el campo de la Incorporación Social, para que asuman un papel de promotores de los proyectos que lleven a la contratación de estas personas, sirviendo de enlace entre los pacientes y las entidades de empleo (INEM, empresas contratantes, cooperativas sociales, empresas de inserción...). Y, en otros casos, sirvan de referentes para mejorar las relaciones familiares que les ayuden a crear mejores vínculos afectivos, en muchos casos rotos por los conflictos derivados de las drogas.

14. La existencia de poblaciones con penurias económicas crónicas, debe llevar en un primer momento a resolver sus necesidades básicas y así iniciar su proceso de normalización (alimentos, salud, vivienda,...). Para ello, parece conveniente garantizar unos ingresos económicos mínimos.

15. La vivienda llega a convertirse en uno de los elementos principales para alcanzar éxitos en la Incorporación Social. Así, se deben generar medidas de apoyo tanto a la vivienda temporal como a la creación de recursos de convivencia que rompan los vínculos con aquellos sectores sin hogar que existen en las grandes ciudades, entre los que adquiere una gran importancia el colectivo de drogodependiente.

16. Toda formación prelaboral o laboral debe concluir con medidas de empleo. El factor empleo les hace albergar esperanzas que pueden cambiar de forma importante su vida. Este cambio les llevaría a mantener nuevas relaciones y a mejorar su autoestima y sus deseos de modificar su situación.

17. La formación laboral debe dirigirse a las necesidades actuales del mercado. Se parte de la escasa cualificación laboral alcanzada por un importante grupo de población que está en tratamiento.

18. Tanto la formación laboral como el inicio del empleo deben contar con apoyo terapéutico y de acompañamiento.

19. La Incorporación Social debe estar presente en los programas Libres de Drogas, como en aquellos otros que actúan desde la reducción del daño.

20. Por último, se debe tender a mejorar el alto déficit cultural existente en éstas poblaciones. En algunos casos debemos favorecer la vinculación a programas educativos que les permita manejarse con claves sociales que les ayuden a salir de la situación de desestructuración social y marginación.

Así pues, concluimos afirmando que debemos trabajar más contra la exclusión que a favor de la incorporación social. Mientras aquella siga existiendo y presente las formas que se observan difícilmente se podrá avanzar en el terreno de la normalización.

9. LA ADICCIÓN AL JUEGO DE AZAR

9. 1. INTRODUCCIÓN

En la adicción al juego patológico intervienen una serie de mecanismos muy parecidos a los que se manifiestan en la adicción a las sustancias químicas. Además, el ludópata, es decir, la persona que presenta adicción al juego, va a sufrir una seria dependencia en relación al juego que le hace presentar una fuerte vulnerabilidad al consumo de tóxicos, existiendo de esta forma una aproximación alta entre ambos conflictos.

Independientemente de ello, la ludopatía por sí sola aparece en estos momentos como una adicción que afecta a un elevado porcentaje de andaluces y andaluzas, que no han sabido con el paso de los años controlar el riesgo que supone el juego, al no mantener un cierto dominio con mesura de la acción de jugar.

Los jugadores patológicos presentan una serie de características que podríamos asimilar a las del consumo de drogas, como son su carácter voluntarista, placentera y los que participan del juego conocen los riesgos y perjuicios que les causa presentando una conducta condicionada que le impide dejarlo.

En estos años se le han puesto diversos nombre a esta enfermedad, que va desde la ludopatía, juego compulsivo, adicción al juego..., aunque el término acuñado más conocido es el de juego patológico, incluyéndose como tal dentro de los trastornos mentales denominados como trastorno del control de los impulsos. Sin embargo, su reconocimiento como enfermedad es reciente aunque sus orígenes están unidos a la existencia del hombre. Ya Erlenmeyer situaba en 1987 morfinomanía, alcoholismo y ludopatía en un mismo nivel; mientras Gabriel y Katzann en 1936 establecían una categoría de dependencias no ligadas al consumo de sustancias, entre las que se encontraba el juego patológico. El consenso de la comunidad científica como trastorno psicoconductual de tipo dependiente se produce a mediados de los ochenta (Borja Jiménez, 1998:1-17). Lo que lleva a que su diagnóstico y tratamiento no se haya asumido hasta hace escasamente algo más de una década en Andalucía, cuando surgen las primeras asociaciones de autoayuda que vienen trabajando en este ámbito y cubriendo los distintos niveles de la intervención, desde las acciones preventivas hasta las específicas del tratamiento.

El Juego Patológico está considerado como un trastorno psiquiátrico de los recogidos en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico Estadístico, de la Asociación Americana de Psiquiatría) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 1992) que llega señalar los efectos de la ludopatía en las relaciones personales y familiares. Las categorías y códigos establecidos no nos dejan la menor duda sobre los síntomas que puede presentar el jugador patológico, así como de las características de la enfermedad.

La conducta del juego patológico presenta una serie de rasgos clínicos que podríamos definir como:

1. Se trata de una conducta de abuso de los sistemas de juego de azar en los que se apuesta dinero o su equivalente, que llega a ser en muchos casos determinante para su salud, las relaciones familiares, la economía doméstica y las relaciones laborales. Causas todas ellas fundamentales en el ser humano.

2. Su uso repetitivo, en definitiva la adicción al juego, produce pérdida de control que afecta a los posibles frenos psicológicos, biológicos y sociales que existen cuando se tiene la intención de jugar.

3. Las conductas que se producen en torno al juego patológico llegan a ser compulsivas con una fuerte progresión, intensidad y gravedad, como hemos señalado, en diversos ámbitos de la vida.

4. El jugador patológico presenta una adicción a una conducta que cuando deja de jugar bruscamente puede llegar a presentar un síndrome de abstinencia, que le lleva a desear con más intensidad el juego. De esta forma llega a mantener una actitud de aislamiento con la familia, de cambio de carácter que le lleva a ser irritable, depresivo o decepcionado.

Llega así a convertirse en centro de los intereses de los individuos, produciendo toda una serie de trastornos que afectan a lo personal, económico, laboral, familiar y social (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

No obstante, debe quedar bien claro que el problema no es anodino. Antes bien, al contrario, la relevancia social y sanitaria del juego patológico es notoria, ya que se trata de un problema que cumple con las siguientes características:

- Elevada frecuencia.
- Graves repercusiones sobre la vida y la salud de los afectados y personas cercanas.
- Tiene una evolución crónica.
- Afecta de forma más deteriorante a los grupos más desfavorecidos.

Desde el punto de vista jurídico penal, el juego patológico llega a ser causa de delitos contra las cosas. El enfermo del juego tiene que recurrir a robar, hurtar, estafar, etc. para conseguir su "dosis" diaria de dinero que le permita seguir realizando su conducta impulsiva y sobre la que ha perdido el control. No llega a ser infrecuente encontrar sumarios judiciales abiertos contra jugadores por utilización de caudales públicos o hurtos relacionados con la necesidad de jugar.

No obstante, debemos reconocer que se ha producido un cierto avance a nivel legal, al considerarse que puede llegar a producir efectos perniciosos, y se estima que es una realidad social cuya desaparición total es poco menos que imposible. Al mismo tiempo, que los efectos perniciosos pueden ser de tal

magnitud que son causas de delitos contra la propiedad privada o bienes públicos.

En este sentido, el vigente Código Penal de 1995, en sus artículos 20 y 21, recoge con claridad cuáles son las causas de tipo médico-psiquiátrico que anulan o disminuyen la responsabilidad criminal. Ante esto, la situación del jugador patológico podría perfectamente incluirse dentro del apartado correspondiente a eximente o atenuante, siendo así tratados como anomalías o alteraciones psíquicas.

Quizás los problemas estén surgiendo desde el punto del peritaje psiquiátrico, en el que resulta muy complejo determinar la magnitud del trastorno.

Con relación a los problemas judiciales derivados de los trastornos ludopáticos, hemos visto cómo en procesos judiciales seguidos a personas que han cometido delitos y están afectados por la ludopatía se han admitido informes psiquiátricos, que, a veces, fueron tomados en consideración como prueba por los Tribunales de justicia. De esta forma se ha llegado a admitir la ludopatía como una circunstancia atenuante, habiendo existido una cierta resistencia a aplicar, en el caso de la ludopatía, la eximente incompleta (capítulo II, art. 20 y capítulo III, art. 21 del Código Penal).

Desde el propio movimiento asociativo de autoayuda llegan a reconocer que no existe un consenso pleno sobre esta materia. La idea más generalizada es que el juego patológico debe ser considerado como atenuante. En el caso de eximente incompleta el tema genera mayor polémica en el seno del movimiento asociativo, dado que consideran que el delito debe cumplirse o restituirse socialmente, *“ya que el jugador en ningún momento pierde la conciencia”*.

Mientras, consideran que se les debe facilitar el tratamiento en la institución donde éste cumpla la pena.

“No debe entenderse la dependencia al juego como una excusa para no asumir su responsabilidad”.

No obstante, la ponencia para el estudio de la situación actual del juego en España, aprobada por la Comisión de Justicia e Interior en 1990, viene a concluir con una serie de medidas

para la atención a los efectos sociales negativos del juego, entre las que se encuentra la necesidad de sustituir la pena privativa de libertad por la sumisión voluntaria a programas de rehabilitación controlada.

Observamos aquí la primera dificultad para asegurar el cumplimiento de esta recomendación, al no existir recursos de internamiento para estos pacientes, ni haberse arbitrado medidas alternativas al mismo.

Por otro lado, las competencias para intervenir en los problemas derivados por el Juego Patológico en Andalucía han sido recogidas en la propia Ley 4/1997, en su Disposición Segunda, quedando fijadas éstas en el II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones. Ello, se justifica al ser considerado por los manuales de psiquiatría como una enfermedad del comportamiento que afecta a los impulsos y donde se dan problemas asociados entre ambas conductas -juego y adicciones-.

Por ello, en el presente informe hemos incluido este apartado específico donde abordamos los diversos aspectos que presenta el problema de la ludopatía desde el conocimiento de esta realidad en Andalucía y donde resulta necesario recoger los puntos de vista y demandas que en estos momentos vienen haciendo los movimientos sociales que trabajan en los distintos ámbitos del problema, ya que ha sido éste el único elemento que hemos tomado de referencia.

Podemos afirmar que existe una clara relación entre la ludopatía y el consumo de drogas legales. Esto se sustenta en los datos producidos por el estudio realizado sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía (1996 y 2002), en el que se venía a recoger en 1996 que un 59%, aproximadamente, de los jugadores consumen alcohol de baja calidad y en el 2002 lo hacía un 66,3%, siendo un 40% los que lo hacían en 1996 con alcohol de alta graduación y un 42,7% en el 2002. Supone en más de siete puntos en el primero de los consumos y cerca de tres puntos en los de alta calidad. Podemos ver, por tanto, la incidencia real que tiene el consumo de alcohol en los jugadores patológicos, lo que está llevando a la necesidad de realizar una intervención conjunta de ambas adicciones.

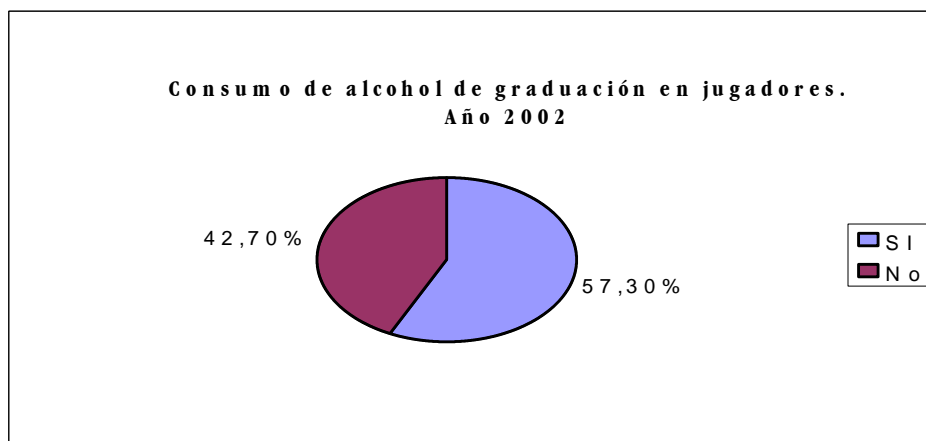


Gráfico núm. 28: Consumo de alcohol de baja graduación en Jugadores de Azar. Fuente: FAJER (2002).

Junto al consumo de alcohol debemos hacer mención a la importancia que supone el incremento del consumo de tabaco entre los jugadores, con relación a la población general, que es de 5,5 cigarrillos más. Éste llega a estar presente en 9 de cada 10 jugadores siendo fumadores habituales, con un consumo alto entre una y dos cajetillas diarias.

Entre las personas sin problema de juego el porcentaje de fumadores es del 35% en los jugadores de en progresión adictiva se eleva al 56,4% y en los jugadores dependientes al 67,5%.

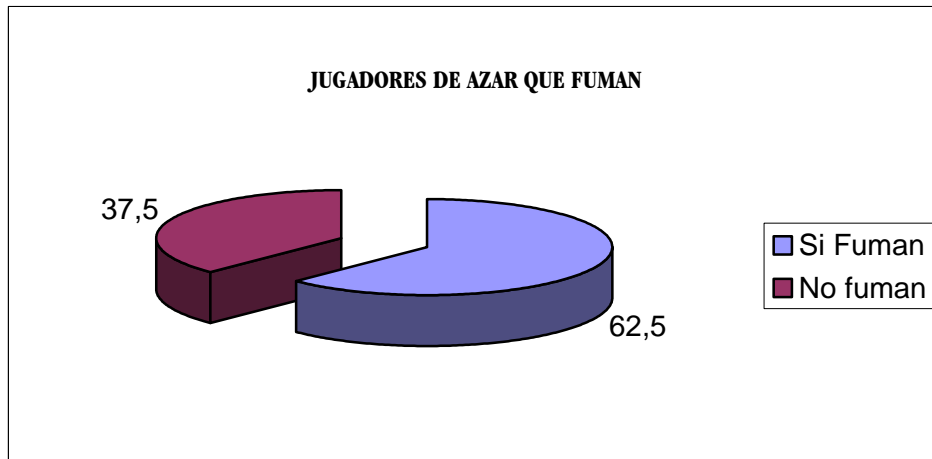


Gráfico núm. 29: Jugadores de Azar Fumadores y No fumadores. Fuente: Estudio sobre prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía (2002).

Con relación a otras sustancias ilegales, merece la pena destacar el consumo de las drogas de síntesis, ya que el resto resultan poco significativas en relación al porcentaje de consumidores de éstas. En el caso de las drogas de síntesis, el consumo está en los no jugadores de un 1,7%, frente a un 4,9% en los Jugadores de Progresión Adictiva y el 4,9% de Jugadores Dependientes.

Deducimos por tanto cada vez más una mayor convivencia entre la adicción al juego y a determinadas sustancias tóxicas. El consumo de éstas tiene que ver con el deterioro que el jugador empieza a sufrir a partir de los problemas que el juego le ocasiona, las estancias largas en lugares donde se realiza el juego y la utilización de las drogas como un estimulante para seguir manteniendo el deseo de jugar. El dato viene a situar entre un 8 y un 25% los que abusan de sustancias, siendo predominante la prevalencia del alcohol, que se sitúa entre 3 a 10 veces más que en la población general.

En cuanto a las drogas ilegales, son los derivados del cannabis los que presentan mayor consumo, alcanzando en el conjunto de la muestra el 14,6% el porcentaje de personas que lo han consumido alguna vez. Situándose en el caso de los dependientes al juego en el triple que la población que no es adicta.

9. 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDUCTAS DEL JUGADOR PATOLÓGICO

Como hemos venido manteniendo, el juego patológico representa un trastorno de los mecanismos de autocontrol de la

conducta que conlleva una merma severa de la capacidad para actuar libremente.

El adicto, en esta situación, tiene problemas consigo mismo y con el entorno y no sabe otra manera de subsistir dentro de este mundo. Las personas frente a situaciones de pánico o difícil quieren huir de la crisis queriendo huir de sí misma: es el miedo al propio interior que nos presiona y que nos hace huir hacia adelante. Así, el adicto actúa del mismo modo, teme enfrentarse consigo mismo, con sus problemas, su soledad, sus sentimientos y los sumerge mediante la adicción, que no es otra cosa que le miedo a sentir y a vivir. Esta conducta adictiva es la que lleva a muchas personas a realizar esa salida hacia adelante perdiendo toda voluntad de lucha y resistencia. Así, muchos hombres y mujeres por muy diversas circunstancias, se van creando una necesidad que provocará mentiras, engaños, descuidos que les llevará en muchos casos a sufrir un deseo incontrolado de jugar, como una necesidad que no pueden vencer.

No es necesario insistir en que el jugador patológico presentará un fracaso crónico y progresivo para resistir los impulsos a jugar, lo que le produce en el sujeto graves alteraciones personales, familiares y sociales. Además, la comorbilidad con otras entidades psiquiátrica es elevada, sobre todo en los trastornos depresivos, intentos de suicidios, trastornos límites de personalidad...

Uno de los aspectos más importantes para el conocimiento de una enfermedad tiene que ver con la prevalencia que ésta

tiene en la sociedad. En este sentido, resulta difícil conocer los datos reales que afectan a esta enfermedad, entre otras razones por la percepción que se tiene del ludópata, y de la ludopatía como enfermedad, así como el escaso conocimiento que existe del manejo del problema y la alta permisividad social que existe con respecto al juego. Otro factor lo podemos encontrar en el escaso número de estudios realizados al respecto. En estos momentos se ha presentado un segundo informe como consecuencia del convenio firmado el 30 de noviembre de 2001 entre la Consejería de Asuntos Sociales y la Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados, sobre la prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía.

Estudios anteriores situaban la prevalencia en una tasa de incidencia que viene a situarse entre un 3% a un 12%, lo que nos lleva a una cifra aproximada de un millón a un millón y medio que sufren esta enfermedad. En cualquier caso, se considera éste como un fenómeno estable a corto plazo.

En los datos surgidos a tenor del último estudio, al que nos referíamos antes, se observa que existe un 5,9% de la población con problemas relacionados con el juego. De ellos, un 1,7%, aproximadamente, son jugadores dependientes, mientras que un 4,2% sería jugadores en progresión adictiva. Siendo las provincias con mayores porcentajes Huelva y Almería, y con menor prevalencia Córdoba y Jaén.

En cuanto a los datos aproximados de personas afectadas por el juego podemos encontrar los recogidos en Libro Blanco sobre el juego, correspondiente al año 1986, y donde se decía

que el 12% de los españoles juegan mucho, el 66% regular o poco y el 20% nada. Junto a estos datos debemos hacer referencia al gasto estimado por español con relación al juego que viene a situarse en torno a los 601 euros. Algo inferior resulta la cantidad gastada en Andalucía en 1999, que se sitúa en 482 euros. (Núñez, 2001).

Con relación al dinero gastado por Comunidades Autónomas, Andalucía ocupa un lugar que podemos definir como intermedio, aunque en cifras aproximadas en el año 2000 podríamos estar hablando de un gasto en torno a unos 3.606.000 euros, de los 25.242.000 euros que se gastan en el conjunto del Estado.

En cuanto al tipo de juego los que más ingresos producen son, de forma preferente, los correspondientes a las máquinas B que suponen unos 184 euros por habitantes y año, y es uno de los juegos con mayor índice de crecimiento. En general, podemos ver como el gasto producido por casinos, bingos y máquinas fue en 1999 de 18.750.450 de euros.

Uno de los juegos de azar más populares en nuestro país es el sorteo de la ONCE. En Andalucía, es el territorio donde más dinero se invierte, llegándose a jugar una cantidad que se aproxima a los 637.095 euros

Con relación a la incidencia del juego en Andalucía distintos informes y datos publicados al respecto (Legarda; 1992; Fajer-Irrutia, 1994; Tejeiro, 1998, Fajer, 2002) ponen de manifiesto que aproximadamente el 1,7% de los andaluces son dependientes al juego. Supone que aproximadamente 130.000 personas se encuentran afectadas en toda la Comunidad.

ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE EL JUEGO PATOLÓGICO

	% Jugador problema	% Jugador patológico
Sevilla LEGARDA (1992)	5,2%	1,7%
Andalucía FAJER-IRRUTIA (1994)	4,4%	1,8%
Algeciras (Cádiz) TEJEIRO (1998)	3,82%	1,91%
Andalucía FAJER (2002)	4,2%	1,7%

Cuadro núm. 80: Estudios realizados en Andalucía sobre el juego Patológico. Fuente: Núñez (2001) y FAJER (2002).

Podríamos llegar en estos momentos al convencimiento de que el porcentaje de andaluces y andaluzas que manifiestan una conducta problemática en relación al juego se sitúa en torno al 5,9%, de los que un 1,7% lo realizan de forma patológica. Estos datos han sido corroborados a través de un estudio realizado en el año 2000 por la Federación de Empresarios de Máquinas Recreativas.

Con relación al género de los jugadores podemos observar que el mayor porcentaje corresponde a los varones, aunque éste disminuye en el caso de los jugadores problemáticos con respecto a los patológicos. Así, podemos observar que en el caso de los jugadores dependientes observamos como existe una mujer por cada 11,6 hombres, reduciéndose este porcentaje en el caso de los jugadores con progresión adictiva a 2,18 hombres por cada mujer; es decir, algo más del doble.

DATOS REFERIDOS AL GÉNERO DE LOS JUGADORES

	Jugadores Patológicos según género			Jugadores Problemáticos según género		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Legarda (1992)	70,0%	3,00%	100,0%	71,0%	29,0%	100,0%
Tejeiro (1998)	75,0%	25,0%	100,0%	62,0%	37,5%	100,0%
Fajer-Irrutia (1994)	93,3%	6,7%	100,0%	82,0%	18,0%	100,0%
Andalucía FAJER(2002)	90,5%	9,5%	100,0%	69,0%	31,0%	100,0%

Cuadro núm. 81: Datos referidos al género de jugadores problemáticos y patológicos. Fuente: Núñez, N(2001). FAJER 2002.

Junto a ello, debemos tener en cuenta que la oferta de juego en España es de las más altas de Europa, y habría que destacar no sólo el juego autorizado, del que existe una gran variedad, sino el juego ilegal y clandestino que resulta más difícil de contabilizar y cuenta con muchos adeptos en nuestro país. En este sentido, habría que tener en cuenta la existencia de muchas rifas clandestinas que se producen en barriadas y sectores desfavorecidos en nuestro país.

La existencia de juegos de ámbito nacional gestionados por el Organismo Nacional de Loterías y Apuestas del Estado y por la Organización Nacional de Ciegos de España representa aproximadamente un 33% de la demanda del juego en España. Estamos aquí haciendo referencia al juego público, que como podemos ver supone no sólo ingresos importantes para el Estado, sino que llega a ser un fuerte competidor del juego privado existente, aunque lo que resulta más interesante es el concepto de juego inmediato a no inmediato, activo o pasivo (Núñez, 2001).

Además, debemos señalar algunos datos que tienen que ver con la mayor incidencia del juego en nuestra sociedad. El primero de ellos hace referencia a la edad de inicio, cuestión que

ofrece un aspecto parecido a lo que ocurre con el consumo de drogas legales que, como vimos, se inician a edades tempranas, aprovechando la fuerte tolerancia social que existe al respecto.

Un dato significativo de esta afirmación lo podemos ver en la utilización que determinadas firmas comerciales hacen para fomentar el juego en los menores. Así, en el año 2001 se abrió una queja a demanda de FAJER con relación a la utilización de premios en metálicos a través del consumo de productos comercializados a menores. El tratamiento que se le dio a esta queja, desde la perspectiva de la legislación de menores, se centró en los preceptos relativos a la información y publicidad destinada específicamente a éstos y donde se reiteran en valores constitucionales como los relativos a la intimidad y propia imagen, así como en los aspectos morales y físicos (art. 7 de la Ley de Menores de Andalucía) poniendo especial énfasis en la publicidad que desde los medios de comunicación social pudiera dirigirse a ese sector.

Con relación a la oferta de juego en Andalucía, se presentan algunos datos relacionados con aquellos juegos a los que en mayor medida va dirigido el dinero de los jugadores en Andalucía.

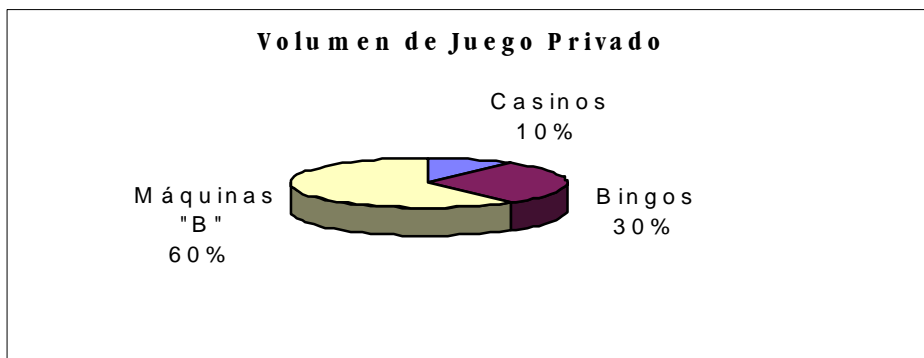


Gráfico núm. 30: Volumen de Juego privado en Andalucía. Año 1999. Fuente: Núñez, (2001).

Otro aspecto a destacar es la convivencia cada vez mayor entre la adicción al juego y a determinadas sustancias tóxicas. El consumo de éstas tiene que ver con el deterioro que el jugador empieza a sufrir a partir de los problemas que el juego le ocasiona, las estancias largas en lugares donde se realiza el juego y la utilización de las drogas como un estimulante para seguir manteniendo el deseo de jugar. El dato viene a situar entre un 8 y un 25% los que abusan de sustancias, siendo predominante la prevalencia del alcohol, que se sitúa entre 3 a 10 veces más que en la población general.

Los factores predisponentes que están presentes, al igual que en el consumo de alcohol, son las etapas de impulsividad y la incapacidad para asumir compromisos, lo que confirma una línea de investigación de diversos estudios que indican que los jóvenes con desinhibición y déficit en el autocontrol en las respuestas pueden llegar a sufrir trastornos en el impulso (Blaszczynski, 1997; Vitaro, 1998; Steec, 1998; Barnes, 1999).

También debemos destacar con relación a la incidencia del juego, una serie de consecuencias que han sido recogidas en la literatura científica (Thompson et al, 1996; Blaszczynski y Farrell, 1999; Kyndon, 1999) y que hacen referencia a costes relacionados con suicidio, pérdida del puesto de trabajo, robos y deudas impagadas, problemas policiales y judiciales, etc.

En cuanto al perfil que presenta el jugador patológico, viene a situarle en un varón joven, de unos treinta años de edad, casado y con estudios primarios y medios. Su estatus laboral le coloca entre obrero o empleado que empezó a jugar en torno a los veinte años. El comienzo del juego se realiza a través de las máquinas tragaperras, bingo o varios juegos al mismo tiempo. El juego lo viene a realizar como un acto individual y en solitario, y es a partir de un determinado momento cuando llega a realizar un consumo abusivo de alcohol que le lleva en muchos casos a generar dependencia y posteriormente a iniciar tratamiento por esta adicción. En los antecedentes familiares de estos pacientes podemos encontrarnos la existencia de padres alcohólicos o de jugadores patológicos.

A la hora de solicitar ayuda, ésta la realiza a través de las asociaciones específicas y a iniciativa propia o de la familia con objeto de superar su adicción (Delagandara y otros, 2000:21). En Andalucía venimos asistiendo a un incremento de jóvenes que acuden a tratamiento.

La existencia de una mayor presencia de varones no nos debe alejar de la presencia también de un perfil de mujer, cuya adicción al juego está relacionada a otros conflictos que tienen que ver con problemas de estrés en su papel de ama de casa, malas relaciones familiares, trastornos de impulso (consumo de alcohol, compra compulsiva, bulimia). Pertenecen a sectores medio-bajo, inclinándose por juegos como el bingo.

Y, por último, hacer referencia a los jóvenes y adolescentes que a través de la proliferación de juegos de consolas y vídeos

juegos, se inician en edades más tempranas. En sus inicios, su adicción a este tipo de juegos no se podría asemejar al jugador que apuesta y a los daños que ello ocasiona, aunque a partir de estos juegos infantiles, un porcentaje, estimado en un 3%, pasan a juegos de apuestas a través de las tragaperras. Los factores predisponentes que presentan estos jóvenes son como los de cualquier adicto, problemas escolares, problemas familiares relacionados con el descontrol o problemas individuales.

Otro grave problema que afecta a los adolescentes, es el enganche a Internet y donde el manejo de la red presenta otro tipo de riesgos, donde las familias no controlan, ya que desconocen la información que sus hijos reciben a través de este medio. Es un nuevo elemento donde los padres se encuentran desarmados y con poca capacidad de respuesta.

En un reciente estudio realizado (2002) a escolares de los últimos cursos de Enseñanza Primaria y de Enseñanza Secundaria por la Universidad de Granada, se pone de manifiesto que el 7,4% de éstos encuestados ha jugado alguna vez o varias a las máquinas tragaperras, el 39% alguna vez o muchas con dinero a tragaperras, lotería, cartas,...; el 2,9% va diariamente a salones recreativos y un 30% pasa entre 1 a 2 horas diarias con los vídeos juegos.

Parece obvio que las medidas preventivas deben iniciarse desde edades tempranas para evitar daños irreparables en edades mayores. Es importante proceder a unas políticas de contención y protección de los jóvenes y adolescentes con relación a uso descontrolado y dañino de determinados juegos, junto a la incorporación de estrategias preventivas desde los centros educativos. Para ello, es necesario establecer un plan conjunto entre las Administraciones implicadas.

9. 3. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN EL JUEGO PATOLÓGICO

La importancia del papel de los movimientos sociales en el ámbito de las drogas y otras adicciones, ha sido algo que ha estado presente desde la creación del Plan Andaluz sobre Drogas. Ello ha sido así, al ser un problema con amplias ramificaciones sociales donde los primeros en poner de manifiesto sus inquietudes han sido los propios afectados y su entorno más próximo.

Este alto nivel de implicación social ha permitido que Andalucía se haya convertido en uno de los territorios con mayor implantación de los movimientos sociales, en todas sus vertientes.

El movimiento asociativo en este ámbito surge de la necesidad de un grupo de pacientes que, encontrándose en tratamiento por adicción al alcohol en las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, presentaban al mismo tiempo problemas con el juego. Este hecho se sitúa entre los años 1990 y 1991.

Las primeras asociaciones se constituyen en las provincias de Córdoba, Sevilla y Málaga. A partir de ellas se crea la Primera Federación Andaluza, en ese mismo año. En 1991 la Federación acoge a siete asociaciones que inician su andadura desde un modelo de atención integral al tratamiento. En estos momentos existen dos federaciones, la primera a la que hemos hecho referencia y una segunda que agrupa sólo a tres asociaciones surgidas en el año 2000. Las dos federaciones acogen al conjunto del movimiento asociativo, dentro del campo de autoayuda.

Las asociaciones de autoayuda cuentan con profesionales que realizan las labores de terapia y asistencia. Junto a la labor de los profesionales se debe destacar el papel del voluntariado tanto de apoyo familiar como de asesoramiento a los pacientes.

El tratamiento que se viene realizando desde este movimiento se basa en la abstinencia, y desde ella se le empieza a trabajar la reconstrucción de la personalidad basándose en la creación de habilidades sociales que pretenden configurar una nueva personalidad en el individuo donde el juego de azar no esté presente.

Desde la perspectiva de los profesionales que en estos momentos trabajan en los centros de tratamiento a las drogodependencias, la asistencia del juego patológico debe realizarse desde los centros de atención a las drogodependencias. Para ello, habría que realizar una readaptación de los recursos asistenciales que les quitase las connotaciones actuales como centros de drogadictos y marginados, ya que el jugador patológico presenta unos signos más claros de normalización.

Uno de los problemas que en este sentido ponen de manifiesto las asociaciones es el horario de funcionamiento de los centros, que no se adecua a las características de estos pacientes. Por ello se debería modificar, facilitando la accesibilidad de estas personas que manifiestan un perfil bien distinto y con altos niveles de integración. Al mismo tiempo, se propone la modificación del tratamiento ya que la metodología de intervención es distinta a la que se aplica en la adicción a una sustancia.

Desde el punto de vista de las asociaciones, existe lo que venimos definiendo como una patología dual que se produce a través de la vinculación del juego con el consumo de drogas.

La solución que se le viene dando a este perfil de usuarios es fragmentada, a través de derivaciones que se realizan a los centros de drogas, en el caso de ser consumidores de éstas, o a Salud Mental cuando presentan trastornos psiquiátricos. Pueden de esta forma pasar por tres recursos distintos para un problema global en el individuo.

Así, el presidente de FAJER se manifiesta al respecto.

“Cuando vienen con problemas de alcohol los enviamos a las asociaciones de alcohólicos, ya que consideramos que pueden hacerlo mejor por estar más próximos a nuestra metodología de intervención”.

Estamos de nuevo ante intervenciones parceladas, con soluciones que no complementan la idea de una intervención integral del paciente.

Otro aspecto que consideran fundamental, desde el movimiento asociativo, es la colaboración con el Sistema Sanitario, aunque en este sentido no cuentan con el apoyo de la Consejería de Salud al no admitir la derivación de pacientes a las asociaciones, al no haberse regularizado ni protocolizadas estas derivaciones.

No obstante, en algunas provincias se está trabajando conjuntamente con el personal de los Centros de Salud con resultados muy aceptables.

“En Granada el 60% de los pacientes han sido derivados desde el Servicio Andaluz de Salud. Para ello, hemos trabajado informándoles, asesorándoles, y dándole todo tipo de información sobre esta enfermedad”.

En el trabajo que realizan las asociaciones con menores adictos al juego, vienen observando en mayor medida las dificultades surgidas con relación al consumo de todo tipo de sustancias.

“En el caso de los menores que acuden a tratamiento, en un cien por cien de casos están asociados al consumo de todo tipo de sustancia”.

Con relación a los pacientes en tratamientos de la ludopatía, vemos como se incrementa el número de éstos. Según los datos manejados por FAJER a 31 de julio de 2001, en ese año llevaban registrados 3.280 personas atendidas, poniéndose de manifiesto, como ya fue recogido por el estudio realizado el pasado año por la Federación de Empresarios de Máquinas Recreativas, una mayor presencia de jóvenes. En este estudio, realizado el año 2000, se viene a recoger que el 2,27% de los jugadores patológicos se encuentran entre los 16 a 25 años. Ello justifica que haya bajado en cinco años la edad media de inicio de los pacientes en tratamiento en los últimos ocho años.

En cuanto al modelo de tratamiento, éste se realiza de forma ambulatoria siendo escasos los recursos de tipo residencial, que quedan limitados a una sola vivienda en toda Andalucía, para el apoyo a la integración social. Desde el movimiento asociativo se viene demandando de la Administración la creación de una Comunidad Terapéutica para estancias cortas, muy aconsejable para determinado perfil de pacientes.

“Para muchos pacientes una estancia corta de unos tres meses en Comunidad Terapéutica sería fundamental para mejorar su situación. Es necesario para aquellos casos que corresponden a personas que manejan dinero y que no pueden seguir en ese trabajo, y donde es necesario su aislamiento”.

El movimiento asociativo en Andalucía adquiere en estos momentos una gran importancia, al ostentar FAJER la presidencia a nivel del Estado. Pone de manifiesto el trabajo que vienen realizando en nuestra Comunidad Autónoma.

Con relación a los contactos mantenidos con las distintas Administraciones, reconocen que en Andalucía existe un cierto apoyo institucional por parte de las Administraciones Autonómicas o nacionales, que no se da en el resto del Estado.

“El Ministerio de Asuntos Sociales no apoya al movimiento asociativo en este ámbito en sus distintas convocatorias”.

“Hacia el año 1995-96 se iniciaron los primeros acuerdos con la Administración Autonómica a través de convenios de colaboración. La cantidad de las subvenciones no da para cubrir ni mucho menos las necesidades que éstas tienen”.

“De la tasa recogida del juego, que asciende a 336 millones de euros, reciben para todas las asociaciones que realizan actuaciones en la prevención y el tratamiento la cantidad de 469.000 euros. Cantidad muy ridícula para el dinero recogido, y que llega a suponer que de cada seis euros, 0.06 va al movimiento asociativo”.

Un aspecto que resulta muy preocupante en estos momentos es la presencia de menores que acumulan ya deudas por el juego. Situación ésta que ha sido detectada desde el movimiento asociativo.

“Hemos tenido un caso reciente de un joven con 16 años con una deuda de cuatro millones de pesetas”.

En este sentido, se pone de manifiesto la necesidad de incorporar en la Ley del Menor o en su desarrollo reglamentario, aspectos de protección de los derechos del menor, en relación a los videojuegos y las máquinas recreativas, y evitar el fomento de políticas adictivas y actitudes negativas que pueden desvirtuar la realidad del niño, fomentando la violencia, el sexismo, el racismo y la xenofobia.

“Hemos venido a denunciar las campañas de una casa comercial que este verano premiaba con dinero a menores. En este sentido denunciarnos la falta de intervención en este tema de la Administración”.

Manifiestan que el actual modelo social fomenta una sociedad hedonista donde lo que prima es el dinero. En el caso del juego, puede entenderse como un dinero fácil de conseguir si el azar te favorece. Estamos así ante un cambio en la escala de valores que está teniendo consecuencias muy negativas en los jóvenes que acuden a lo que puede entenderse como un recurso fácil para hacer dinero y conseguir cierto status.

Otro de los problemas que las asociaciones de jugadores de azar ponen de manifiesto es el referido a las bajas laborales por tratamiento a la adicción del juego, que en estos momentos no son consideradas como enfermedad. Por ello, se ha solicitado la modificación del actual Estatuto de los Trabajadores, en el sentido de recoger la participación en programas de tratamiento sin el miedo de despido. En este sentido, se está ante el caso de una enfermedad como es recogido por el DMS IV y por la OMS.

Un sector social donde destaca de forma importante la adicción al juego, es el constituido por los vendedores de cupones,

según la información recogida por los movimientos sociales. En este sentido, las mayores dificultades surgen en el momento de la rehabilitación y posterior integración, ya que existen pocas posibilidades de retornar al puesto de trabajo, lo que genera en muchos casos situaciones de marginación y exclusión social.

Con relación a la intervención preventiva se considera básica en esta materia. Vienen a poner de manifiesto que desde la Administración se entiende la prevención como información, aspectos que rechazan ya que consideran necesario apoyar programas como el que han elaborado, aplicado y evaluado para el medio educativo.

“Le hemos pedido a la Consejería de Educación que colabore con nosotros, aunque no hemos encontrado respuesta. Así, no hemos encontrado colaboración para desarrollar estos programas. En estos momentos observamos una mayor colaboración que nos va a facilitar el acceso a los centros para la realización de un estudio con menores”.

“Vemos necesario la implicación de la Comunidad Educativa a la hora de hacer un programa de prevención, sin ello sería difícil tener éxito en esta tarea”.

Parece claro que, ante la existencia de nuevos problemas y conflictos, se debe articular un cambio de estrategias para educar en sentido amplio y dar respuesta a los problemas actuales de los ciudadanos. A este respecto, los responsables administrativos y políticos deben estar mentalizados de la importancia que ésta tiene. Para ello, se deben incluir programas de prevención del juego en los diseños curriculares de los centros, si de verdad se pretende realizar cambios y mejoras en la sociedad con relación a esta materia.

Está claro que a través de la prevención se propone un cambio en las conductas y actuaciones de los adultos con relación al juego y que ello sea percibido por los niños.

Junto a todos estos aspectos que hemos podido recoger desde el movimiento asociativo, se proponen una serie de modificaciones que se resumen en los siguientes apartados:

“a) Modificación de la Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para incorporar la protección de los menores en cuanto a los juegos surgidos en los últimos años y de los que son consumidores habituales.

Que se recojan las conclusiones de la Ponencia del Juego de Comisión del Congreso de los Diputados del año 1990, donde se incluye la necesidad de contar con medidas de protección a los jugadores, a las asociaciones.

b) Desarrollar la Ley del Menor de 1998, bien sea a través de modificación o mediante el desarrollo de sus reglamentos, donde se incorpore una mayor protección del Menor con relación al juego. Para ello, solicitan la creación de comisiones de trabajo que vengán a estudiar y proponer soluciones a las nuevas situaciones que se vienen observando.

c) *Solicitan se modifique la valoración del coste de los pacientes en tratamiento, que en estos momentos se sitúa en 78 euros. Cantidad muy inferior al coste invertido por parte de la Administración en un paciente drogodependiente.*

d) *Necesidad de regular los Cibercafés, al no existir una reglamentación sobre los mismos, siendo un lugar donde es permanente la presencia de jóvenes y el consumo de bebidas alcohólicas.*

e) *Protección a los jugadores, a través del reconocimiento de su enfermedad, a efectos laborales, a través de la modificación del Estatuto de los Trabajadores.*

f) *En la mayoría de estudios y encuestas se reconoce que existe un alto porcentaje de jugadores patológicos que realizan maltratos psicológicos en el ámbito familiar, llegando en muchos casos a un 60% del total. En este sentido, se viene a justificar la necesidad de apoyar el tratamiento como un fórmula de retirar un maltratador de la calle.*

Por ello, se entiende la importancia de invertir en prevención, atención y tratamiento, debiéndose incrementar las aportaciones que en estos momentos tienen establecida la Consejería de Asuntos Sociales para esta materia.

g) *Solicitan que los compromisos que se realizan desde la Administración con el movimiento asociativo para el mantenimiento de las actuaciones que vienen realizando, no tengan carácter anual y se permita llegar a fijar los mismos en periodos más amplios que les sitúe en torno a los tres años el tiempo de duración para el desarrollo de los programas.*

Este cambio redundaría en beneficio de todos, y de forma especial al personal técnico de las asociaciones a los que se les ha ido formando en estos años, y de esta forma podrían estabilizar su actual situación laboral.

h) *Es necesario que desde la Administración no se fomente el fraccionamiento del movimiento asociativo, ya que ello va en detrimento de las actuaciones y acciones que se vienen realizando”.*

Por último, debemos recoger algunas de las propuestas que en estos años han sido surgiendo en torno al juego, y que en su momento fueron recogidas por la Ponencia de 1990 del Congreso de los Diputados y aún hoy, después de doce años, adquieren toda vigencia.

En este sentido, manifestamos lo siguiente:

1. Se debe seguir manteniendo desde las Administraciones Públicas una actitud de escucha, que lleve a entender las dificultades y conflictos que en estos momentos supone el juego patológico para muchas familias, y que concluya en un mayor apoyo a las actuaciones dirigidas tanto a prevenirlo como de atención a los afectados y familiares.

2. Es necesaria una mayor implicación del Sistema Andaluz de Salud en los tratamientos de esta enfermedad. De proseguir el sistema actual estamos abocados a la creación de una red paralela más a las ya existentes, que lleva a veces a una percepción errónea y al no reconocimiento de la enfermedad. Por ello, se debe promover la creación Unidades Especializadas, como las existentes en otros Hospitales (Hospital Ramón y Cajal, Hospital de Bellvitfe “Prínceps d’Espanya”...).

3. Es necesario una mayor adecuación de la normativa reguladora del juego a las nuevas situaciones que se han ido planteando en estos años. En este sentido, es necesaria una visión unitaria de todas las Administraciones afectadas por el problema.

Ello pasa por la creación de una normativa que articule y regule los distintos aspectos que forman parte de su competencia en el sector. Para ello, es necesario que en el cumplimiento de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 4/1997, se constituya la comisión de estudio sobre el juego de azar.

4. Se deben incentivar las actuaciones preventivas que permitan que éstas se realicen no sólo en el ámbito educativo, sino que lleguen a los distintos ámbitos de la comunidad.

5. Es necesario incrementar el conocimiento de la realidad social del juego a través de estudios planificados en el tiempo que permitan ir conociendo la evolución que este fenómeno social presenta.

6. Se debe promover una política mayor de protección al menor a través de medidas preventivas y de protección en las leyes.

7. Para aquellas situaciones que así lo aconsejen, se debe promover el régimen de internamiento en centros

Para concluir, podemos afirmar que la situación del juego patológico resulta desoladora por su escaso reconocimiento. Aún admitiendo el esfuerzo realizado por las Administraciones en los últimos años, dotando de recursos a las asociaciones para la cobertura de la asistencial y programas preventivos, éstos resultan insuficientes para alcanzar un nivel de atención que el problema plantea. Es una adicción que en muchos casos llega a ser la antesala de las adicciones a sustancias que, con el tiempo, al unirse constituyen un problema de difícil solución.

La falta de atención está llevando en muchos casos a que se tengan que dirigir a consultas privadas, que sólo están al alcance de unos pocos debido al daño producido por la enfermedad, pero junto a ello debe ser una cuestión muy importante asumir la prevención como la mejor manera de combatirlo. El daño que empieza a producir en jóvenes y adolescentes obliga a asumir este tema con la suficiente seriedad, valentía y compromiso político para impedir que en el futuro tengamos que lamentar situaciones que se podían haber previsto.

10. LOS MOVIMIENTOS SOCIALES EN DROGODEPENDENCIAS

10. 1. INTRODUCCIÓN

Lo que se viene denominando sociedad civil está configurado, entre otros elementos, por el ámbito de las asociaciones voluntarias, o lo que recientemente se viene llamando tercer sector. Esta sociedad civil modera y complementa la acción de la Administración y, a veces, articula las demandas en la defensa de intereses legítimos de los ciudadanos.

Fue en el denominado Estado del Bienestar donde se gestó lo que se ha venido denominando Tercer Sector, sociedad civil, ONG... Ello ha supuesto que las Administraciones Públicas se hayan visto superadas, asfixiadas y desorganizadas por la presión y el incremento de las expectativas sociales que sus reivindicaciones y exigencias han supuesto a nivel social (Mogin, 2002).

Esta claro que la Administración necesita de la responsabilidad de sus ciudadanos, lo que ha llevado a que los propios ciudadanos desempeñen cada vez más un papel más activo y decidido en la comunidad, ayudando a resolver sus problemas, tanto a nivel general como individual.

No obstante, no todo el movimiento asociativo se configura de la misma forma, ya que en este caso nos referimos a los que interviene en el ámbito de lo social.

Con relación a su funcionamiento interno, las instituciones sociales que asumen la acción solidaria vienen a definirse por la participación democrática de sus miembros, no exenta de conflictos internos dentro de las propias organizaciones.

Se plantean como objetivo la detección y estudio de las necesidades y situaciones que pueden resultar problemáticas intentando dar una respuesta acorde. En principio, puede ser ésta una finalidad que se observa en las instituciones sociales, aunque la práctica llega a ser algo bien distinta. Ello es así, cuando una parte o sector de esta iniciativa social viene a ocupar un espacio estratégico de la intervención social, propiciado interesadamente desde las propias Administraciones.

Lo que se denomina el sector no gubernamental, tanto en drogodependencias como en otros ámbitos, no puede considerarse como algo homogéneo, puesto que está constituido por elementos bien diferenciados en cuanto a su funcionalidad en el sistema como en el tratamiento que cada uno de ellos recibe por parte de la Administración Pública.

El sector no gubernamental, sector privado o iniciativa social, está constituido por distintos grupos que intervienen en el ámbito social, en general con importantes carencias como es el caso de los que trabajan con drogodependientes. Parten de una estructura que podemos diferenciar de la siguiente manera:

- Organizaciones sin ánimo de lucro.
- Instituciones.
- Asociaciones o grupos de autoayuda.

- Fundaciones.

- Organizaciones de voluntarios. A través de asociaciones creadas exclusivamente por voluntarios.

- Organizaciones mixtas. Constituidas por profesionales y en las que colaboran voluntarios. Es este el sector que más predomina en estos momentos.

Dentro de las actividades que realizan las denominadas organizaciones no gubernamentales (ONG) se encuentran aquéllas que tienen que ver con la actividad privada de prestación de servicios, a la que acceden a través de convenios administrativos, fórmula que permite llevar a cabo estos servicios sin la necesidad de recurrir con los requisitos regulados y previstos en la ley. Se pone así de manifiesto su carácter subsidiario, a todas luces necesario para la Administración en el mantenimiento de planes y programas, ya que los existentes en las Administraciones Públicas pueden considerarse insuficientes, quizás por falta de interés de las propias Administraciones de ocupar determinados espacios o la propia incapacidad para gestionarlos. Así, podemos ver como la participación de la iniciativa social dentro de la Red de Atención a las Drogodependencias es cada vez mayor, sin que esté regulado su ámbito de actuación. Actúan en función de las necesidades que en cada momento tiene la Administración, unas veces por presión de éstas y en otras por la falta de capacidad de la propia Administración para resistir dicha presión y como forma de acallar sus demandas. Ello ha venido a presentar, a veces, una imagen negativa respecto al sector público y privado.

Por otro lado, habría que diferenciar entre los conceptos de asociaciones o grupos de autoayuda. Las asociaciones adquieren un carácter más formal y permanente que el de grupo de autoayuda, por propia definición. Cuentan para ello con una estructura estable, aunque en principio ambas comparten la expresión solidaria y de cooperación con las personas afectadas.

En relación a la participación de la iniciativa social en el ámbito de los Servicios Sociales, Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, en su artículo 25, supedita la participación y la posibilidad de recibir subvenciones de la Administración a que las instituciones sociales estén declaradas sin ánimo de lucro. No obstante, la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores, recoge por primera vez en materia de Servicios Sociales en el capítulo 4, artículo 7, la participación de la empresa privada. En este sentido, y desde la Ley de acompañamiento de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma para 2002, se recoge la modificación de dicho artículo, para así facilitar la participación de las empresas en el apoyo a las medidas de empleo a los colectivos desfavorecidos, argumento esgrimido para su modificación.

10. 2. ANTECEDENTES DEL PAPEL DE LA INICIATIVA SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

Los movimientos sociales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias tienen sus orígenes en las asociaciones que actuaban en el campo del alcoholismo. Sus antecedentes se remontan al siglo XIX, en el que la mayoría de los países europeos en vías de industrialización se vieron castigados por el fenómeno de alcoholización unido a una mayor oferta de producción de bebidas alcohólicas, una mejora de la producción y de la distribución. Mientras, algunas capas sociales se mostraban más vulnerables ante el alcohol, en razón del éxodo rural y del nacimiento de una clase trabajadora que había vivido en condiciones miserables durante mucho tiempo.

En aquellos momentos no se reconocía el alcoholismo como trastorno patológico comportamental, sino más bien como la expresión de un vicio. A partir de ahí surgen nuevas instituciones sociales y religiosas destinadas a luchar contra este fenómeno, y se constituyen en promotores de la abstinencia.

El papel de estos movimientos se centraba en la acogida, y actuaban como una hermandad donde existía una fuerte fraternidad entre sus miembros, y cuyo objetivo final siempre sería la abstinencia continuada como fuente de estímulo y comprensión.

Este carácter, con el que se abordaba el tratamiento de los enfermos alcohólicos, llegaba a producir en ellos la idea de que se trataba de una enfermedad y que en cualquier caso se podría salir de ella, trabajando con los propios afectados.

Junto al apoyo recibido desde los movimientos sociales que intervienen con ellos, el otro pilar lo constituía la familia que iba recibiendo información puntual del desarrollo del proceso de enfermedad, al mismo tiempo que participaba en numerosos grupos constituidos por los cónyuges e hijos.

Curiosamente muchos de los grupos surgidos al amparo del apoyo al tratamiento alcohólico y su metodología de trabajo han servido como referente a la iniciativa social que interviene en el ámbito de otras adicciones.

Así, podemos afirmar que el voluntariado en ese momento, al igual que en otros sectores sociales, ha tenido una función importante en el fortalecimiento del tejido social. En el ámbito de las drogodependencias esta participación se ha hecho necesaria, a través de la implicación de los ciudadanos en la sensibilización de la sociedad y en la toma de conciencia del problema.

Previo a la existencia del I Plan Andaluz sobre Drogas, existían movimientos asociativos incipientes que venía realizando actuaciones que compensaban la escasa capacidad de respuesta de las Administraciones en aquellos años. En sus inicios contaba con un componente constituido por las familias de afectados que se presentaban muy reivindicativas, así como por grupos de profesionales organizados en asociaciones o empresas prestadoras de servicios.

Al principio, su papel era de denuncia y reclamación ante las Administraciones, para más adelante experimentar un cambio hacia la realización de actividades específicas y de prestación del servicio. A partir de ese momento, vinieron a cubrir un importante espacio en el que las Administraciones resultaban deficitarias en cuanto a recursos y programas. Así, llegaron a convertirse en punto de atención en su entorno más inmediato, donde realizaban acciones tanto preventivas como asistenciales en función de los recursos económicos y humanos con los que cuenta.

En algunos casos, las asociaciones que intervienen en drogodependencias han dirigido su desarrollo territorial y estructural a la creación de recursos y de actividades, por lo que se convierten en instituciones sin ánimo de lucro, trascendiendo el grupo de apoyo mutuo.

El movimiento asociativo en Andalucía, que tuvo sus orígenes previos a la existencia del Plan Andaluz sobre Drogas, se potencia a raíz de la creación de la Red de Atención a las Drogodependencias. Como comentábamos antes, el movimiento asociativo ha servido para producir un mayor acercamiento del drogodependiente a los recursos asistenciales y programas de incorporación social. Por ello, podemos decir que el papel del voluntariado se centra en la reeducación del toxicómano, en la búsqueda de alternativas nuevas o abandonadas, actuando como refuerzo, y en muchas otras ocasiones cubriéndole sus necesidades básicas.

De esta forma, se convierten en recursos complementarios al trabajo de los centros de tratamiento, actuando sobre los propios beneficiarios y sobre la comunidad. Este modelo de coordinación que se ha venido manteniendo durante años choca con la percepción que a veces se tiene desde los centros y recursos de tratamiento, donde no existe el acercamiento y la implicación necesaria que permita una mejor coordinación de los esfuerzos que realizan unos y otros.

Con relación a la participación social, en estos momentos se tiende a la creación de estructuras amplias (regionales y provinciales), desde la Administración, con relación al número de participantes en las mismas. Modelo que viene recordar al existente en los primeros años de creación del Plan Andaluz sobre Drogas, con los denominados Patronatos Provinciales de Drogodependencias que en algunas provincias no llegaron ni siquiera a ponerse en funcionamiento, o no llegaron a pasar del simple acto de constitución. A partir de aquí, y ante el fraccionamiento existente en estos momentos en el movimiento asociativo en drogodependencias y en otras adicciones en Andalucía, se produce un cierto malestar con relación al papel que viene a jugar la Administración en estos temas, y su posible vinculación y alineación con determinados sectores.

Ello ha tenido que ver cuando se ha formado el Consejo Asesor sobre Drogodependencias y la participación de los movimientos sociales en éste. Cuestión ésta que se recogió en una

queja presentada por dos Asociaciones de profesionales (APRODA Y SOMAPA), por su exclusión de lo establecido en del Decreto 128/2001, de 5 de junio, por el que se regula la composición y funcionamiento del Consejo Asesor sobre Drogodependencias, cuando vienen a representar ampliamente al sector de los profesionales que actualmente trabajan en el conjunto de la Red.

El sistema de ayuda creado en estos años desde las Administraciones ha permitido el mantenimiento de un importante sector del movimiento asociativo, donde coexisten asociaciones de voluntarios, mixtas y las constituidas por profesionales bajo la forma de Cooperativas, Fundaciones, ONG..., que tienen más carácter de empresas de servicio.

10. 3. LA ESTRUCTURA DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN DROGODEPENDENCIAS

El Sistema de Ayuda a las Asociaciones se realiza a través de la Orden que regula la concesión de subvenciones que con carácter anual publica la Consejería de Asuntos Sociales para el mantenimiento de programas, y la Orden de convocatoria por la que se regulan los Convenios con Entidades privadas para el desarrollo de programas asistenciales y de incorporación social en materia de drogas, cuyo objetivo es complementar a la Administración en las distintas áreas asistenciales.

Por tanto, y en base a las ayudas recibidas, podemos decir que el papel del movimiento asociativo ha estado dirigido a sensibilizar a la población, a apoyar a las familias de los propios drogodependientes y al desarrollo de programas de prevención e incorporación social... No obstante, podemos hablar de grupos diversos que vienen a constituir el movimiento asociativo y que se agrupan en función del ámbito de actuación:

a) Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, constituidas por enfermos alcohólicos, que cuentan con equipos de profesionales que realizan apoyo terapéutico a los pacientes. Atienden al mayor número de alcohólicos que reciben atención en la Comunidad Autónoma andaluza, y tienen un alto nivel de reconocimiento social por el trabajo realizado. Actualmente se agrupan bajo dos federaciones de carácter supraprovincial, FAAR y AL´ANDALUS.

El porcentaje actual de representación de ambas Federaciones es similar.

b) Asociaciones Específicas, constituidas en origen por familiares de drogodependientes, aunque en los últimos años y a tenor de la ampliación de servicios que realizan las asociaciones han ido incorporando profesionales que atienden y prestan asistencia a los drogodependientes. Trabajan fundamentalmente en apoyo al tratamiento, prevención y en incorporación social. Están agrupadas a través de la Federación Andaluza de Drogodependencias "ENLACE".

A comienzos de 2002 se ha producido dentro de "ENLACE" una escisión, por lo que se crea la Federación Provincial de Asociaciones y Coordinadoras de Drogodependencias "REDES", con implantación en las provincias de Cádiz y Huelva.

c) Asociaciones no Específicas, constituidas para intervenir en distintos ámbitos sociales de actuación aunque también actúan en algunos aspectos relacionados con las drogodependencias. Sus actuaciones producen un efecto importante en sectores de población muy específicos, ya que llegan a crear una fuerte sensibilización social con respecto al problema.

d) Asociaciones Específicas que intervienen en el ámbito del juego patológico. Se agrupan a través de dos federaciones que recogen el conjunto de asociaciones que trabajan en este ámbito y que se encuentran ubicadas en todas las provincias de nuestra Comunidad Autónoma. Cuentan con personal voluntario y con equipos profesionales que realizan tanto actuaciones preventivas como asistenciales.

En términos generales, podemos afirmar que el movimiento asociativo ha experimentado un crecimiento muy positivo en estos últimos años, según demuestran los datos publicados por la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias, gracias al incremento producido en las partidas presupuestarias dirigidas a apoyar la iniciativa social. Sin embargo, es en estos momentos cuando éste se presenta más dividido y agrupado en federaciones distintas. No obstante, no hemos querido entrar en los aspectos que ha llevado a esta situación al considerar que podría resultar difícil determinar las posibles causas existentes en cada caso.

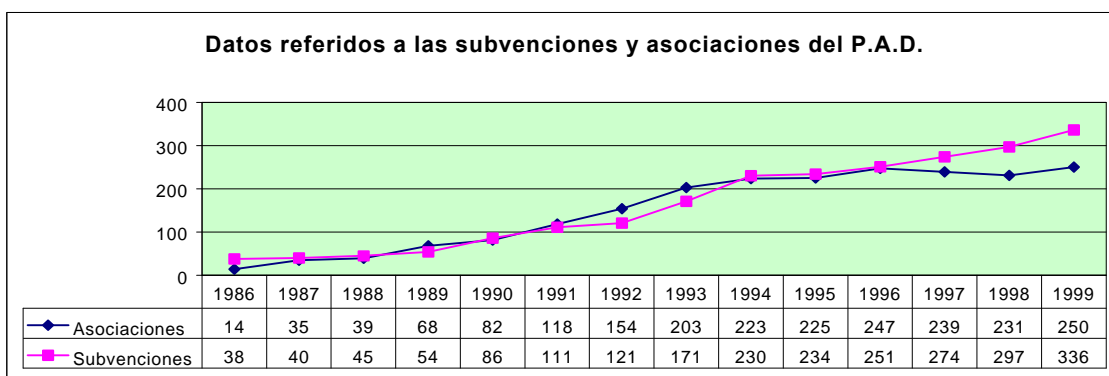


Gráfico núm. 31: Datos del movimiento asociativo en relación al número de asociaciones y las cantidades recibidas. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Al contar el movimiento asociativo con personalidad jurídica propia desarrollan una prestación de servicios, en términos parecidos a los que realizan las asociaciones sin ánimo de lucro. Para ello, reciben subvenciones de la Consejería de Asuntos Sociales, bien por la vía de las convocatorias públicas para el mantenimiento del movimiento asociativo o, bien, a través de la vía de convenio.

En este sentido, estas dos modalidades previstas por la Administración diferencian claramente su finalidad y objetivos. No obstante, y desde el movimiento asociativo, se considera que las cantidades recibidas en base a la Orden anual de Subvenciones resultan insuficientes para el sostenimiento de los programas y sedes sociales.

Al margen de estas ayudas, y a través de la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias (FADA) se han realizado acuerdos y firmado convenios con federaciones y asociaciones para el mantenimiento de distintos programas. En este caso, se producen ayudas al movimiento asociativo de presupuestos pertenecientes a la Consejería de Asuntos Sociales, que ha recibido la FADA como subvención específica por la Ley de Presupuesto para el desarrollo de programas que, en principio, ella misma debe ejecutar, y que se delegan a otras asociaciones, sin estar sometidas de esta forma a lo establecido en la Ley 30/1992, de régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

10. 4. LA PERSPECTIVA DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Para recoger las opiniones del movimiento asociativo en esta materia, optamos por seleccionar algunos representantes del mismo que por su trayectoria personal y el trabajo realizado pudieran ser significativos en estos momentos. Éramos conscientes de la dificultad que suponía incorporar en estos momentos a todo los sectores, así como el riesgo que corríamos dejando fuera a personas realmente importantes en esta materia. Pero, en algunos casos nos encontramos con la dificultad de establecer una agenda para las entrevistas, y, en otros temíamos que la opción no fuera la más representativa del sector. No obstante, no era nuestro objetivo realizar un informe sobre la situación del movimiento asociativo, sino reflejar la perspectiva de éste ante la realidad del fenómeno, aunque al mismo tiempo se recogieran cuestiones internas de éste.

Por ello, optamos por la Federación Andaluza de Drogodependencias “Enlace”, la Federación Provincial de Asociaciones contra la Droga “Redeim”, Coordinadora Comarcal para la Prevención de las Drogodependencias “Alternativa” y Proyecto Hombre de Sevilla.

Uno de los aspectos positivos que debemos destacar en estos momentos, tiene que ver con la relación de colaboración

que mantienen determinados sectores del movimiento asociativo con la Administración y con la FADA. Ello se materializa en los últimos años en un fuerte consenso en la planificación de estrategias y en los mecanismos de participación para aquellos aspectos que son de interés para las partes.

No obstante, el movimiento asociativo asume de forma responsable su papel de moderación y colaboración con los cauces que establece la Administración, sin dejar de entender éstas las dificultades que entraña a veces las estrategias de colaboración. En este sentido se expresaba el Presidente de la Federación “ENLACE”.

“Las relaciones son más fáciles cuando el modelo es el de confrontación, pero a medida que te relacionas más con la Administración empiezas a entender las razones de Estado. Ello puede ser peligroso.”

“En estos momentos existe un canal de comunicación abierto y ello se traduce en cuestiones prácticas. Se produce una posibilidad de escucha y de entenderse, y ello es importante que se valore. Estamos avanzando más con este modelo que con el de confrontación de otra época, aunque ello no debe impedir que se tenga una postura reivindicativa”.

“La Administración en este momento está receptiva a nuestras propuestas, y existe una relación de respeto donde cada uno tiene claro cual es su papel”.

Todo ello ha llevado a una evolución creciente del movimiento asociativo que ha permitido contar con estructuras formales, dado los niveles de exigencias que la propia Administración les impone. Así, se ha convertido una parte de este movimiento en empresas prestadoras de servicios formadas por profesionales, unas veces contratados y otras propietarios, que según los programas subvencionados pueden quedar supeeditadas a dicho compromiso.

Desde el movimiento asociativo se ha intentado agrupar al conjunto de asociaciones que viene trabajando en este tema, a través de sus federaciones provinciales y regionales. Desde la perspectiva de “Enlace” y palabras de su presidente, se ha pretendido en todo momento vincular al conjunto de asociaciones en aquellos objetivos y temas donde existe consenso entre todos, aparcando las posibles diferencias que puedan existir. No obstante, a comienzos de 2002 se ha creado una nueva Federación de Asociaciones y Coordinadoras de Drogodependencias debido a discrepancias internas.

Otro de los aspectos que incide de forma importante en el movimiento asociativo, y que hemos podido constatar a través de nuestras visitas es la fuerte presencia de asociaciones constituidas por profesionales, prestadoras de servicios y que se incluyen como parte del voluntariado. Parece claro, que los intereses son distintos en estos sectores, y como bien reconoce la Ley 2/1988, en su artículo 26, apartado 2, *“las funciones del trabajo del voluntario deberá reglamentariamen-*

te, de forma que no reúna características de relación laboral ni mercantil”.

Podemos, a partir de este precepto recogido en la Ley, reconocer como voluntariado, al conjunto de personas que comprometen parte de su tiempo libre disponible a labores de apoyo y colaboración con otras personas o sectores que lo necesitan, sin recibir por ello remuneración de tipo económico o material. La acción del voluntariado se define y manifiesta como una forma concreta de acción social y cívica, distinta y complementaria a las Administraciones Públicas.

Actualmente, desde determinados sectores del movimiento asociativo existe cierta discrepancia en cuanto al papel que debe asumir, llegándose a cuestionar éste en función de las tareas y cometidos que deben realizar. Tiene que ver con la vinculación que se ha establecido con determinadas asociaciones que son prestadoras de servicios asistenciales y el sector importante que responde a los intereses y demandas de los familiares y donde éstos deben jugar el mayor protagonismo.

Poco antes de la creación de la segunda federación regional, el presidente de “ENLACE” se nos manifestaba con relación a la salud interna del movimiento en los siguientes términos.

“La salud de la Federación es buena en estos momentos. No obstante, a medida que se abordan cuestiones donde existen posiciones o intereses enfrentados pueden existir problemas”.

Sin embargo, en alguna federación provincial hemos detectado puntos de vistas distintos sobre algunos aspectos que afectan a la propia participación y constitución del movimiento asociativo.

“En estos momentos existen asociaciones profesionales que con mayor capacidad están recabando muchas ayudas, mientras que otras que están más dirigida por el voluntariado reciben menos ayudas, cuando el carácter de las mismas es como más social”.

En este sentido, y desde este criterio, la Administración parece no valorar de igual forma a aquellos sectores del movimiento social que realizan una labor de voluntariado, con aquellas otras que prestan sus servicios a través de convenios de colaboración. Surge así una fuerte representación de profesionales dentro de lo que es el movimiento asociativo constituido por familiares y afectados.

“Éste no puede ser el objetivo de la Administración, por muy bien que esto no venda. Parece que la Administración lo que está buscando es una manera de callar la voz del movimiento asociativo”.

Estas opiniones requieren mayor nivel de análisis, ya que puede que solo representen a una parte del movimiento asociativo, por lo que no debemos generalizarlas.

Sin embargo, y desde la presidencia de “ENLACE” se apuesta por la existencia de una sola Federación que agrupe todo el fuerza de las asociaciones que trabajan en este tema.

No obstante, existen otras posiciones que surgen en la entrevistas realizadas en la provincia de Cádiz.

“No está representado la pluralidad del movimiento asociativo, tanto en la forma de pensar como en aspectos organizativos. Se debe redefinir un planteamiento de lo que es la estructura oficial del movimiento asociativo”.

“La opción del movimiento asociativo debe ser representativa de toda la pluralidad”.

En cuanto al desarrollo del movimiento asociativo, podemos afirmar que ha sido bastante desigual según las provincias; así nos encontramos con provincias como Almería y Granada, con un menor número de asociaciones. Cuestión ésta difícil de justificar, si tenemos en cuenta los datos referidos a la incidencia que el fenómeno drogas ha tenido y tiene en estas provincias.

Asimismo, este movimiento agrupa en estos momentos a asociaciones con intereses muy distintos, ya que conviven asociaciones de técnicos prestadoras de servicios cuyas preocupaciones tienen que ver con los temas relacionados con la Administración, junto a otras que han surgido con un claro carácter de asociaciones de voluntarios y cuyos objetivos son distintos aún entendiendo la existencia de aspectos que vinculan a todas. En cualquier caso, todas ellas prestan un importante papel en esta materia.

Con relación al papel que debe jugar la Federación, según su presidente, es el de incentivar, canalizar y organizar las inquietudes de los ciudadanos en esta materia, para que estos asuman su propio protagonismo. Es ésta la forma de ver el problema que en estos momentos tienen los movimientos sociales en materia de drogas.

Para concluir este apartado, debemos destacar la explosión surgida en los años noventa de lo que se denomina el tercer sector, y que supuso la creación de un nuevo escenario para el movimiento asociativo, donde se empezaron a vincular muchos profesionales que encontraban en él un terreno laboral para el desarrollo de los programas. A la contra, esta mayor incorporación de profesionales en los movimientos sociales ha tenido como consecuencia una menor participación social de los sectores afectados. Al mismo tiempo, esta mayor vinculación con los programas y los profesionales les ha llevado a supeditar muchas de sus actuaciones a las convocatorias de subvenciones de las Administraciones.

La proliferación de grupos surgidos en torno a las convocatorias de ayudas públicas, ha cambiando de forma importante el panorama del movimiento asociativo. Es necesario, por tanto, un mayor debate interno con relación al papel que debe jugar en la sociedad para alcanzar un consenso sobre la base de los objetivos que deben tener.

Ello ha llevado a las Administraciones en el ámbito de los servicios sociales a cambios en la gestión de éstos. Así, aparecen propuestas que ven desde la gestión pública, privada o

mixta. En cualquier caso, la tendencia actual, se decanta cada vez más por la gestión desde ámbitos externos a la propia Administración, como una cuestión que afecta no tanto a la eficacia como a la eficiencia del gasto. Cuestiones éstas que son lejanas al debate que podemos considerar como el eje de la participación, el desarrollo social unido a la solidaridad. En los países desarrollados, los gobiernos favorecen que la iniciativa social asuma parcelas de responsabilidad, al intervenir ésta sobre determinados aspectos que afectan a causas y problemas psicológicos y sociales.

La realidad generada en estos años en el ámbito de la solidaridad llega a tener hoy una gran importancia al pretender que los ciudadanos adquieran un sentido de responsabilidad ante los problemas sociales. Sin embargo, nada nos hace pensar que la sociedad acabe implicándose de forma solidaria y altruista en la dinámica de una empresa privada –con o sin ánimo de lucro-, en una Fundación o Empresa Pública o en el trabajo que realizan las propias Administraciones, al entender que es éste su ámbito de responsabilidad y de competencia. Ello puede ser una de las causas que está en el debate sobre dónde debe dirigir su papel la iniciativa y social, y cómo ha de ser éste para así poder incorporar a sectores sociales que intervengan con un carácter solidario.

Surge así la idea de responsabilidad pública-responsabilidad social como un tema importante y necesario, que se sitúa en el campo de la participación como opción y derecho de los ciudadanos, así como una forma de mejorar la eficacia en el logro de los objetivos propios de toda acción social.

Por ello, desde las Administraciones Públicas se deben fomentar los cauces de participación de la población para la defensa de sus intereses a través de sus organizaciones sociales. La fórmula desarrollada de participación de los usuarios viene recogida a través de medidas institucionales que cuentan con la correspondiente cobertura normativa. Todo esto puede llegar a ser real, si junto a la existencia de unos cauces de participación existe una participación de forma efectiva, perfectamente regulada y diseñada para esta finalidad donde queden fijados los límites de ésta.

En definitiva se trata de poner en práctica lo recogido en nuestro ordenamiento jurídico. La propia Constitución Española, en su artículo 1º, establece que España se constituye en un Estado Social y de Derecho y propugna como valores superiores de nuestro ordenamiento la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. Más adelante, su artículo 9.2 CE señala como función de los poderes públicos facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. Así, el artículo 22 CE reconoce el derecho de asociación y el artículo 34 el derecho de fundación.

10. 4. 1. LA PERSPECTIVA DESDE LA FUNDACIÓN PROYECTO HOMBRE

Dentro del movimiento asociativo debemos destacar por su implantación en Andalucía la Fundación Proyecto Hombre, que

cuenta con recursos en casi todas las provincias para la atención a las personas con problemas de drogas. En nuestra visita a los centros estuvimos en uno de los recursos de Proyecto Hombre en Sevilla, y pudimos comprobar su actividad interna. Al mismo tiempo debemos reconocer las facilidades existentes para acceder a cuanta información solicitamos.

En la entrevista que mantuvimos con los responsables de los programas se nos ha puesto de manifiesto el escaso apoyo de la Administración Autonómica, teniendo en cuenta la prestación de servicios que ellos vienen realizando. En este sentido, reconocían la existencia de un trato discriminatorio con relación a otros sectores o movimientos sociales, máxime cuando existe por parte de la Administración un desconocimiento del trabajo que vienen realizando.

También argumentan que las relaciones son más fluidas con la Administración Central o el propio Ayuntamiento de Sevilla que con la Junta de Andalucía. Mostraron su malestar ante la falta de presencia en los órganos de representación de la Consejería de Asuntos Sociales en materia de drogas. No sólo no han participado en ningún órgano sino que no han sido consultados en el II Plan de Drogas y otras Adicciones. Su petición pasa por conseguir que se les considere una parte más del Plan de Drogas, participando en los distintos órganos de representación.

Además, solicitan un mayor control y evaluación de los programas desde indicadores objetivos que permitan establecer su rentabilidad. De esta forma la Administración podría tener referentes claros a la hora de apoyar los distintos programas de intervención que sirvieran a su vez como elementos comparativos con otros recursos.

El modelo de intervención terapéutico que aplican, y que tantas críticas ha recibido desde diversos sectores de la Administración, hoy guarda una gran similitud con los modelos de intervención que se aplican desde ésta. No obstante, también reconocen que no todos los programas que se desarrollan bajo la denominación de Proyecto Hombre son iguales. Así, aún perdura cierta actitud crítica con relación a la metadona en algunas provincias o sobre los programas de reducción del daño en general.

Desde su punto de vista, muchas de las razones que se han esgrimido, tienen que ver con la falta de definición del modelo de atención que se ha seguido en la Comunidad Autónoma. Vienen a referir que siempre se ha esgrimido que el modelo de atención a las drogodependencias ha estado basado en la complementariedad de lo público y lo privado. En este sentido, consideran que ello no ha sido así y que han existido prejuicios con relación a su posible vinculación con un sector de la Iglesia católica.

“En Andalucía no ha existido una complementariedad de lo público y lo privado y, por otro lado, su vinculación

con un sector de la iglesia católica, en cuanto ello suponía la supeditación de los tratamientos a un modelo muy proteccionista”.

En este sentido, se nos vino a asegurar que más que de vinculación religiosa habría que hablar de profesionales que trabajan de acuerdo con un modelo terapéutico de intervención.

Para finalizar, manifestaban que la Fundación Proyecto Hombre utiliza un modelo de tratamiento similar a otros recursos públicos, desarrollando programas que cuentan con una escasa aportación de las Administraciones Públicas, mientras que están atendiendo a un sector importante de la población drogodependiente. También, debemos destacar que vienen realizando una importante labor en el ámbito de la prevención, a través de la elaboración de materiales propios y de la asistencia a jóvenes consumidores a través de grupos terapéuticos. Ello supone el abordaje de una población bastante normalizada que empieza a ser cada vez más frecuente, sin que existan recursos para tratar este nuevo perfil de consumidores en otros ámbitos.

10. 5. FUNCIONES DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN DROGODEPENDENCIAS

El movimiento asociativo surge, se organiza y actúa en aquellas áreas de intervención que libremente elige y en las que libremente planifica sus actividades. Por tanto, establece un ámbito de intervención social en el que a veces encuentra un espacio común con la Administración Pública.

En relación a este espacio, podemos ver como las Administraciones centran su esfuerzo en:

1. La realización de propuestas que afectan a la creación y aplicación de las normas que vienen a regular este ámbito.
2. La colaboración y ayuda en el mantenimiento de las entidades y/o carencias que la intervención voluntaria presenta en determinados campos o facetas de su acción.
3. La organización de encuentros entre las distintas entidades como un espacio de participación y debate.

Las relaciones que se establecen entre las Administraciones y la iniciativa social tienen que ver con la necesidad de llegar a un buen nivel de colaboración entre el sector público y privado, aunque a veces éste llegue a ser más formal que real, ya que se llega a establecer un sistema de competencias que en nada ayuda al objetivo final de los programas. Además, podemos ver como el traslado cada vez mayor de funciones y competencias al sector privado puede llevar a la idea de que se camina hacia la privatización de lo público, quedando la Administración con un papel de subsidiariedad o suplencia en la prestación del servicio.

En relación a su papel de sensibilizador social en el ejercicio de la solidaridad comunitaria, las funciones más comunes del movimiento asociativo pasan por:

1. Apoyo a la familia.
2. Integración del drogodependiente en los recursos comunes de la sociedad.
3. Apoyo a la creación de nuevos hábitos o recuperación de hábitos perdidos.
4. Intervención en los momentos de abandono o soledad, donde es necesario el apoyo personal.
5. Apoyo a la desintoxicación ambulatoria.
6. Sensibilizar a la comunidad a través de programas de formación y sensibilización entre los distintos colectivos.
7. Apoyar la coordinación con los centros de tratamiento.
8. Ofrecer una acción muy personal y desburocratizada.
9. Realizar actividades de promoción y fomento del voluntariado, a través de campañas informativas o de sensibilización
10. Actuar como agentes sociales a la hora de detectar necesidades y situaciones difíciles que no siempre llegan a la Administración.
11. Complementar y formar parte de la Red de Atención a las Drogodependencias, mediante recursos que complementan la acción de las Administraciones.
12. Y, en relación al trabajo con los pacientes, la atención singularizada.

Como podemos ver, los límites de la intervención de los movimientos sociales son muy amplios, aunque van a estar sujetos a su capacidad de respuesta en cada caso. En este sentido podemos destacar algunos aspectos que inciden en estos momentos en la propia capacidad de actuación del movimiento asociativo, como son:

- Primacía de una actitud mercantilista en algunos colectivos, sin que ello pueda suponer una merma de la capacidad profesional de éste.
- Excesiva burocratización del movimiento asociativo, que tiene que ver con la necesidad de atender las demandas y exigencias que el sistema de ayudas y subvenciones exigen. Esta cuestión se está resolviendo en algunos casos a través de una mayor centralización de esta gestión en las federaciones de asociaciones.
- Intrusismo producido por algunas asociaciones que surgen al amparo de las subvenciones y de las convocatorias públicas.
- Dependencia económica de la Administración con las ventajas e inconvenientes que ello comporta.

No obstante, podemos decir que aunque en estos años ha existido un fuerte desarrollo del movimiento asociativo en este ámbito, ahora más que nunca es necesario conocer y definir claramente su papel y el espacio que ocupa. Pare ello, sería necesario realizar un Libro Blanco sobre el movimiento social que, una vez conocido de ámbito de implicación, permitiría facilitar su planificación para los próximos años.

10. 6. PERSPECTIVA DE LAS FAMILIAS Y DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO EN DROGODEPENDENCIAS

Para la realización del apartado correspondiente al movimiento asociativo específico en materia de drogas, hemos entrevistado tanto a miembros de las asociaciones, como a responsables de las mismas. La técnica seleccionada ha sido la creación de dos grupos de discusión de familiares de afectados y la realización de tres entrevistas programadas con informadores claves (personas representativas de las mismas). El material seleccionado viene a reflejar una visión más sobre la situación en la que se encuentra y la perspectiva que tiene en estos momentos.

Las cuestiones tratadas han servido tanto para la elaboración de los apartados anteriores, como para presentar un referente claro de la visión que se recoge en lo referido a los programas, situaciones y vivencias que los propios afectados tienen sobre el problema.

En general, existe un alto reconocimiento al papel de la familia y del movimiento asociativo en cuanto supone un apoyo en el tratamiento, aunque la mayor parte de la responsabilidad debe recaer en el paciente al ser el protagonista de su proceso de tratamiento.

“Los que lo tienen que hacer son ellos”.

Esta expresión utilizada por las propias familias recoge la responsabilidad a la que hacíamos referencia antes.

En relación al trabajo que se lleva a cabo en los centros de tratamiento, opinan que en un primer momento la espera es importante, aunque una vez que pasan a terapia el sistema funciona bien. Esto mismo ocurre cuando son derivados a recursos públicos de internamiento, donde el tiempo de espera viene a romper en muchos casos las expectativas existentes en sus hijos a la hora de dejar las drogas.

Llama la atención la forma de vivir el problema de las drogas en el seno familiar, y sobre todo aquellos instrumentos que son significativamente representativos en el consumo de drogas, y que producen un fuerte rechazo.

“En mi casa no puedo ver el papel de aluminio, tiene un significado muy especial”

En cuanto al tema de la metadona, las familias que participan en los grupos de terapia familiar colaboran activamente y de forma provechosa en el seguimiento del programa, dispensándoles las dosis prescritas según las pautas establecidas. También consideran que la metadona ha servido para normalizar al hijo en el ámbito familiar. No obstante, debemos destacar que el porcentaje de familias implicadas es muy bajo, y que la gran mayoría se encuentran sin este importante apoyo.

En este sentido, desde el movimiento asociativo se valora de forma positiva la metadona, y en general los programas de reducción del daño, que los consideran como:

“Un elemento de maduración para algunas personas, que va a ser distinto para cada uno. Así, la metadona permite que cada uno busque su momento para poderse enfrentar con un programa libre de drogas”.

“El objetivo final siempre debe ser dejar las drogas como elemento destructivo”.

Un aspecto que nos fue puesto de manifiesto, ha sido el referido al papel jugado por la metadona en los últimos años en nuestra sociedad. Ello ha llevado a la medicalización de los tratamientos, junto a una mayor presencia de los programas de carácter sanitario. Manifestándose así al respecto.

“La metadona ha quitado al problema sus filos más cortantes -SIDA, situación de deterioro,..., en cualquier caso el problema de las drogas no es tanto la sustancia como el hecho de ser un síntoma más”.

Desde la perspectiva del movimiento asociativo, el fenómeno de las drogas es definido como un problema de pobreza y de estilos de vida de una sociedad. Sin embargo, la situación de las drogas se ha modificado en función de la aparición de los nuevos consumidores.

“No puede tratarse de forma aislada, son en definitiva un problema de modelos o formas de vida”.

Por ello, los adolescentes vienen imitando los modelos que ven en los adultos. Al mismo tiempo, algunos grupos de adultos acaban manifestando comportamientos de los adolescentes, llegando a veces a una situación donde no se sabe quién imita a quién.

Según el criterio expresado por el movimiento asociativo, con relación a las actuaciones preventivas, éstas resultan cada vez más difíciles de llevar adelante desde la administración, remitiéndonos a los escasos resultados obtenidos en estos años. Considera que faltan recursos, y vías de financiación de los programas, y una escasa presencia de éstos en los centros educativos en la comunidad,... Al mismo tiempo, reconocen que éstas también resultan difíciles de llevar adelante desde el movimiento asociativo, ya que queda muy limitado su ámbito de actuación.

Los recursos que se deberían potenciar más, son los siguientes:

“Los recursos de incorporación social, ofertando posibilidades a aquellos que quieren normalizarse, independiente de la situación o programa en el que se encuentran”.

“Necesidad de una mayor atención integral, ya que en estos momentos la Administración se ha quedado corta”.

“Cumplir el objetivo de la integración laboral que no se está cumpliendo”.

Con relación a la Incorporación Social hemos podido comprobar que ha sido éste un aspecto que ha venido a incidir de forma importante en el debate interno del movimiento asociativo, en relación a la propuesta de incluir en programas y cen-

tros de internamiento a consumidores en activo. Es éste un objetivo que viene recogida en el texto del II Plan de Drogas y otras Adicciones.

En este sentido, hemos podido conocer la posición de un sector del movimiento asociativo con una larga trayectoria en este campo, que considera que es algo irrealizable debido a las características de los propios pacientes y las dificultades reales que existen para el empleo para aquellos que han dejado de consumir, cuanto más para los que están en activo.

Ante la posibilidad de que puedan ingresarse pacientes en Comunidades Terapéuticas donde convivan pacientes en programas libres de drogas, metadona y consumidores en activo, exponen su rechazo frontal a este tipo de medida por inviable.

“Un toxicómano en activo, que esté junto a otros en proceso de rehabilitación, no puede estar, ya que la dependencia psicológica es muy fuerte”.

Esta idea parte de un modelo sanitarista, donde a veces lleva a reducir el conflicto con las drogas a un solo aspecto del problema, el biológico. Olvidándose de la importancia que tienen los aspectos psicológicos y sociales del problema.

10. 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para concluir este apartado, vemos necesario realizar una serie de recomendaciones que vengán a incidir tanto en la clarificación del papel del voluntariado, como en otros aspectos que tienen que ver con sus relaciones con las Administraciones Públicas. En este sentido, proponemos lo siguiente:

1. Aquellos sectores que vienen realizando actuaciones complementarias con las Administraciones se les debe garantizar la viabilidad de los programas por un periodo de tiempo suficiente, que les facilite el cumplimiento de los compromisos adquiridos, tanto en lo que afecta a los costes derivados de la puesta en marcha de los servicios como a los de personal.

2. Se debe tender a clarificar el papel que la Administración pretende que juegue la iniciativa social en relación a la prestación de los servicios. Es necesario la clarificación del modelo organizativo que se desea, donde se fije tanto los criterios de la prestación de servicios como el papel del voluntariado. Para ello, sería necesario que la Administración en el momento de establecer la convocatoria de subvenciones fije claramente y de forma diferenciada lo que son convenios para la prestación de servicios y subvenciones dirigidas al mantenimiento del movimiento asociativo para el funcionamiento de los programas.

3. Para ello, sería necesario que previamente, y por parte de la Administración, se fijarán tanto los costes de las plazas en sus distintas modalidades como la del resto de servicios que configuran la red y que se conciertan. De esta forma, se podría establecer un coste del servicio de la iniciativa social que permita unos mayores niveles de exigencia, y a la postre de calidad.

4. Con relación a la implicación y participación de la familia en los tratamientos, ésta debe potenciarse desde los propios recursos asistenciales, aunque existan dificultades para que éstas asuman en muchos casos este papel.

5. Las Administraciones deben regular y dar cabida a todos los representantes sociales en aquellos ámbitos que son regulados como foros de participación. Ello debe llevar a revisar la política seguida hasta ahora en la asignación de los representantes del Consejo Asesor, y su posterior aplicación en el ámbito provincial, donde puede existir una amplia representación, tanto de los sectores profesionales como de las asociaciones o fundaciones que tienen una larga trayectoria y experiencia de años.

6. Se debe buscar una mayor proyección social del movimiento asociativo en el ámbito de las drogodependencias, que les permita difundir sus objetivos y actividades en su entorno. En este sentido, las Administraciones Públicas deben ayudar a su difusión a través de campañas y estrategias de sensibilización.

7. Se detecta la necesidad de ampliar y mejorar el marco legal que regule las funciones del movimiento asociativo, donde se recojan aquellas situaciones que tienen que ver con su papel de prestación de servicios. En este sentido, su regularización permitiría contar con todas las garantías para el personal que trabaja en los centros concertados. En este sentido, si las Administraciones delegan determinadas funciones y servicios, deben también establecer el marco que fije la continuidad que garantice el periodo de permanencia de su función asistencial dentro del Plan.

8. De no ser así, se debe buscar un ámbito que permita la prestación de servicios en el marco de lo establecido en la ley.

9. Las Administraciones deben promover, apoyar y potenciar los procesos formativos de las asociaciones habilitando los medios y recursos para que ello sea posible.

10. A lo largo de estos años, y según las Órdenes de convocatoria se ha pretendido fijar los criterios que vienen regulando el sistema de asignación de subvenciones y recursos públicos para el mantenimiento de los diferentes programas. No obstante, se debe hacer un seguimiento en cuanto a su aplicación, ya que desde del movimiento asociativo se pone de manifiesto la falta de conocimiento del trabajo que realizan. De esta forma los criterios de evaluación para otorgar las subvenciones serían más objetivos y estarían dirigidos a aquellos que mejor atienden y responden a la actual demanda.

11. Ello iría en beneficio de las asociaciones que trabajan bien en estos momentos, y probablemente en detrimento de otras que no cumplen unos mínimos de calidad en sus programas.

12. Con relación a la participación de los movimientos sociales en la estructura del Plan Andaluz sobre Drogas ésta debe ser lo más plural posible

13. Y por último, se deben buscar vías de coordinación más efectivas, de apoyo mutuo e intercambio de experiencia dentro de la Red de Atención a las Drogodependencias que permita un

mayor acercamiento y conocimiento del trabajo que se realiza desde los propios recursos asistenciales y desde el movimiento asociativo.

11. LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE ANTE EL CUMPLIMIENTO DE CONDENA

11. 1. INTRODUCCIÓN: DATOS SOBRE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA EN ANDALUCÍA

La atención a la población drogodependientes dentro de las cárceles ha sido un tema de gran trascendencia y preocupación para esta Institución, como lo demuestra el hecho de que el año 2000 se elaboró un Informe Especial sobre esta materia. En dicho informe se hacía referencia a las condiciones en que se encontraba la población drogodependiente e incidía en una serie de recomendaciones que pretendían recoger las carencias y las condiciones de vida en las que vive este colectivo debido a su dependencia de las drogas. Carencias que ya fueron denunciadas, y que transcurridos dos años desde el informe poco han cambiado.

Los posibles cambios detectados en este informe son fruto de dos aspectos importantes. El primero de ellos tiene que ver con una mayor aplicación en estos años del Reglamento Penitenciario, como consecuencia de un proceso de adaptación y de mejora con respecto a la situación anterior; lo que no nos debe llevar a caer en la complacencia, ya que la norma no ha alcanzado el desarrollo que sería deseable y, en cualquier caso, fue creada con esa voluntad por el legislador. El segundo aspecto, se refiere a la existencia de cambios producidos desde las Instituciones Penitenciarias, que fueron recogidos en el

informe del 2000 de esta Institución, y que han supuesto una mejora de la situación con respecto a lo denunciado en su momento.

Por ello, no es nuestra intención entrar en este momento a revisar o actualizar la información ya existente, ya que ello sería una cuestión distinta a la que planteamos en este momento. El hecho de que en este Informe Especial se aborde un apartado sobre este tema se debe a la necesidad de responder a distintos problemas detectados, y que tienen que ver con las situaciones derivadas de la privación de libertad relacionadas con problemas surgidos con las drogas y de aquellas otras situaciones previas al cumplimiento de condena cuando, habiendo realizado programas de deshabituación, se ven obligados al cumplimiento de penas relacionadas con su situación anterior de consumo. Estas situaciones a las que hacemos referencia, provocan gran inquietud en esta población.

Esta realidad, viene a ser motivo de quejas permanentes desde los propios usuarios y familiares. En este sentido, hemos pretendido recoger de forma muy sucinta estas cuestiones sensibilizados por las preocupaciones que se nos ponen de manifiesto.

Con relación a la población reclusa existente en Andalucía, podemos decir que comparándola con el resto del país, sigue incrementándose en unos porcentajes moderados con relación al informe anterior sobre esta materia:

Población reclusa según la situación procesal en Andalucía	1999	1999 (%)	2001*	2001 (%)
Preventivos	3.117	32%	2.461	22,20%
Penados	6.621	68%	8.608	77,80%
Total	9.738	100%	11.063	100,00%

Cuadro núm. 81: Datos de población reclusa en Andalucía. Años 1999 y 2001. Fuente: Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz.

*Datos correspondientes a 31 de enero de 2001.

Según los datos obtenidos la población reclusa española a finales de 2000 era de 45.280 internos, entre preventivos y penados, de los que un 22,65% se encuentra internada en nuestra Comunidad Autónoma. Correspondiendo en su totalidad un 91,63% a hombres y un 8,37% a mujeres, cantidad esta última algo inferior a la existente en el año 1999 que se situaba en un 10%.

No obstante, en los últimos meses se observa un crecimiento importante en la población reclusa en nuestro país. Así, en informes correspondientes a comienzos de 2002 del Ministe-

rio del Interior el número total de población reclusa se sitúa en 47.744 personas, de las que 10.323 serían preventivos y el resto condenados.

Con relación a los datos recogidos en el cuadro núm. 82, con una diferencia de trece meses, podemos decir que el incremento de la población reclusa en Andalucía en este periodo es de un 5,20%. Con respecto al cuadro siguiente, transcurridos cinco meses, encontramos un aumento de 818 presos, un incremento importante que afecta fundamentalmente al grupo

de penados ya que en el cuadro anterior observábamos una disminución de casi un 10% en el periodo de un año.

Los últimos datos extraídos de los centros penitenciarios en Andalucía, son los siguientes:

Centros	PREVENTIVOS			PENADOS			TOTALES		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Albolote (Granada)	221	15	236	1053	111	1164	1274	126	1400
Alcála Guadaira (Sevilla)	0	3	3	0	106	106	0	109	109
Algeciras (Cádiz)	424	32	456	747	103	850	1171	135	1306
Almería	503	13	516	449	31	480	952	44	996
Córdoba	86	3	89	1038	53	1091	1124	56	1180
Huelva	106	7	113	1170	96	1266	1276	113	1379
Jaén	57	3	60	458	38	496	515	41	556
Málaga	483	39	522	877	76	953	1360	115	1475
Puerto I (Cádiz)									308
Puerto II (Cádiz)	305	16	321	496	28	524	801	44	845
Sevilla	225	22	247	956	152	1108	1181	174	1355
Psiquiátrico de Sevilla									154
TOTALES	2410	153	2563	7244	794	8038	9654	957	11063

Cuadro núm. 82: Población penitenciaria En Andalucía (Datos a 05-10-2001). Fuente: Oficina el Defensor del Pueblo Andaluz.

Con relación a los programas de tratamiento en el interior de los recintos penitenciarios, éstos vienen aplicándose desde hace años sin que exista una evaluación sobre los mismos, ya que los únicos datos obtenidos hacen referencia al número de participantes. La importancia de los planes de evaluación se sustentan en la necesidad de conocer la validez de los programas, sobre todo si tenemos en cuenta lo poco que se ha investigado sobre los tratamientos en este ámbito, para poder concluir en el sentido de validar lo que se viene realizando. En este sentido, se debería establecer un plan de evaluación que tuviera como objetivo suministrar información que apoye las decisiones sobre la planificación que lleve a las mejores opciones de tratamiento.

Estamos convencidos que la evaluación de los programas ayudaría a entender mejor la etiología de la drogadicción entre la población penitenciaria. Serviría, al mismo tiempo, para establecer el nivel de implicación de las Administraciones con competencia en esta materia. Desde la Administración, en nuestra Comunidad Autónoma, se viene realizando un discurso que se sustenta en que el problema de las drogas es competencia de Instituciones Penitenciarias al ser ésta la responsable de los centros, como es cierto. Lejos de que las competencias estén en una u otra Administración, el Comisionado para las Drogodependencias es el responsable de garantizar la atención de toda la población con problemas de drogas dentro de la Comunidad Autónoma, aunque en el conjunto de la población reclusa no todos sean andaluces.

Por ello, sería necesario conocer no sólo cuántos son los que reciben tratamiento, sino además cuál es la población afectada en centros penitenciarios en estos momentos. En estudios realizados en EE.UU. a comienzos de los noventa

(Chaiken, 1995), más del 50% de los internados en prisiones consumían drogas antes de su último ingreso, sin que llegarán a todos los programas de tratamiento. Ello, al igual que en nuestro país, pone el énfasis en la necesidad de articular con mayor intensidad si cabe con el exterior la inclusión de programas de tratamiento que por su intensidad y las posibilidades que permite el tiempo de permanencia del penado dentro la prisión, puede llegar a ser el mejor momento para abandonar definitivamente el consumo.

Por último, debemos hacer mención al convenio-marco de colaboración, en materia penitenciaria, entre la Junta de Andalucía y la Administración Central, de marzo de 2002, en el que se venía a recoger distintas áreas de actuación conjunta en el marco de las competencias que tienen ambas Administraciones. En este sentido, la cláusula segunda del convenio, apartado siete c) aborda la atención a los internos en general, priorizando al colectivo de los toxicómanos, junto a otros colectivos, y recogiendo que el modelo de intervención será *“integrando los equipos en programas comunes, en los que se incluya la derivación a Comunidad Terapéutica...”*. Como veremos más adelante este aspecto que es recogido como voluntad expresa de las partes no llega a materializarse, al menos en los términos expresados.

11. 2. DROGA Y DELINCUENCIA: UN BINOMIO DEMASIADO FRECUENTE

La relación existente entre las drogodependencias y los problemas jurídicos y penales es muy alta. El propio Tribunal Su-

premo cuenta en su haber con una gran cantidad de sentencias emitidas al amparo de delitos cometidos por tráfico y consumo de drogas. Quizás, como recoge la Doctora Castelló (1997:28), el mayor número de delitos se produce con relación al consumo de heroína, que afecta a los propios consumidores, ya que "...van a tener problemas con la Justicia a lo largo del período de tiempo que dure su drogadicción.

Factores como la escasez de la droga, por ser su tráfico ilícito y no poderse obtener en el mercado libre, su elevado precio, etc., unidos a las consecuencias que la adicción genere en el sujeto, va a motivar que el heroinómano tienda a lograr dicha sustancia incluso a costa de infringir las normas jurídicas".

En un estudio sociológico de Rosa M^a Pascual Martín (1987), se pone de manifiesto que el drogodependiente, tarde o temprano, termina adoptando una de las distintas formas de delincuencia, salvo cuando dispone de solvencia económica que le permita obtener su consumo sin consecuencias sociales. Lo que añade un elemento más de dificultad a la aceptación social de este colectivo.

Para Berjano y Musitu (1987:104), ante el binomio droga-delinuencia señalan una división de los hechos delictivos relacionados con las toxicomanías:

"a) Delitos directos: Los cometidos a consecuencia de la ingestión de drogas, y cuando la drogadicción constituye un delito "per se".

b) Delitos indirectos: Los cometidos para obtener droga: proselitismo para crear nuevos mercados, costear la droga con la venta de otras sustancias, etc. Delitos por tráfico de estupefacientes (médicos, mafiosos, etc.)"

Como dato importante encontramos que el 80% de la delincuencia se produce como consecuencia de la drogadicción. Según referencias del Ministerio de Justicia de 1997, más del 90% de los reclusos jóvenes los son por consumo de drogas, aunque no haya sido la causa de su primer delito. La delincuencia juvenil también se ve mezclada con la droga, bien consumiéndola o bien traficando con ella. Así, podemos ver como en jóvenes con pautas normales de comportamiento en estos momentos aparece el consumo de drogas al igual que entre los jóvenes delincuentes, tanto por el significado de desviación, cuanto porque es una forma económica de desenvolverse.

En cuanto a la relación existente entre delincuencia y drogas, y en razón a los datos de que disponemos en nuestra Comunidad Autónoma, al no habernos suministrados otros más actuales del Comisionado para las Drogodependencias, podemos ver que la situación es la siguiente.

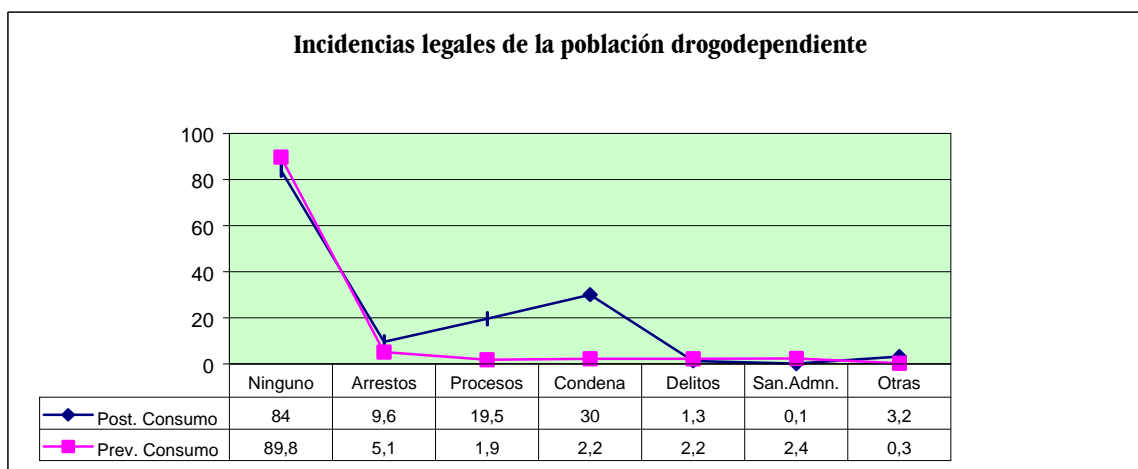


Gráfico núm. 32: Incidencias legales de la población drogodependiente que acude a tratamiento. Fuente: SAID (1998).

En él se comparan las incidencias legales en relación a la situación previa existente antes del consumo y la situación a partir del consumo. Quizás lo que resulta más difícil de determinar en esta población sea la posible existencia de hechos delictivos previos al problema de consumo de drogas. Para un 89,8% de casos, la existencia de delitos previos al consumo no existía, mientras que una vez iniciados, , arrestos 9,6%). ésta se incrementa notablemente (condenas 30%, procesos 19,5%

A partir de este dato podemos ver como se incrementan los arrestos y detenciones, los procesos legales, las condenas, y toda una serie de circunstancias que están unidas a los consumos de drogas.

Así, en España, durante el año 2000, se produjeron un total de 17.067 detenciones por delitos de tráfico de drogas, lo que supone un incremento del 27% respecto al año anterior. Las sanciones administrativas producidas por tenencias o consumo de drogas en la vía pública, en aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica, sobre Seguridad Ciudadana, fue de 49.469. Las denuncias impuestas por conducción con tasas alcoholemia superiores al límite legal fueron 63.193 el año 2000, suponiendo un incremento del 25,8% respecto a 1999.

Según los datos del Observatorio Español de Drogas (OED), entre 1 de julio 1998 y el 30 de septiembre de 1999, se dictaron en España un total de 15.4845 sentencias que indujeron 5.724

condenas por delitos contra la salud pública (34%) y 10.917 por otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas (65,6%), que incluyen delitos contra la seguridad del tráfico, los delitos por recaptación y conductas afines, así como los cometidos bajos los efectos de sustancias tóxica, de los que son los más frecuentes los delitos cometidos contra la propiedad (76,3%) (Colom, 2002).

11. 3. IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOBRE LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE EN LAS PRISIONES

Desde hace unos años, se viene insistiendo en la necesidad de intervenir de forma más intensa y específica con la población drogodependiente que cumple condena en centros penitenciarios. Se busca como objetivo la reeducación y reinserción social en el cumplimiento de las penas en las que se sitúa el mandato constitucional y el ordenamiento penitenciario. Para ello, a finales de los ochenta, y en un momento en que se incrementan los delitos y el cumplimiento de penas privativas de libertad en población drogodependiente, se realizan las primeras actuaciones a través de programas terapéuticos dentro de las propias instituciones, y mediante equipos asistenciales pertenecientes a los centros de atención a las drogodependencias, así como a los programas que se realizan desde instituciones sociales (Proyecto Hombre, Enlace, Cruz Roja,...).

Se parte de entender que toda persona que ingresa en un centro penitenciario con problemas de drogodependencia se le debe aplicar medidas rehabilitadoras y de reinserción social, al amparo del tratamiento individualizado que impregna la imagen penitenciaria del cumplimiento de la pena.

Con relación al marco normativo que ampara los derechos de los ciudadanos en el cumplimiento de la pena, la propia Constitución señala en su artículo 25.2, que *“Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social... En todo caso tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como el acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”*. Nuestro texto constitucional les reconoce todos los derechos como al conjunto de los ciudadanos, a excepción de los que se derivan de los delitos cometidos y sentenciados para el cumplimiento de la pena.

Ampliando el marco normativo donde se sustentan los derechos y obligaciones de la población penada, debemos recurrir a la Ley Orgánica General Penitenciaria establece en su artículo 1, que las instituciones penitenciarias *“tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad...”*, junto a su artículo 3 que recoge que *“a la Administración penitenciaria le corresponde el deber de velar por la salud y la integridad de los internos”*.

Además, se recogen en el Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996) aquellas actuaciones a realizar desde las instituciones penitenciarias en esta materia. En distintos artículos se hace referencia de forma específica a la población penal con problemas de drogodependencias, abordando aspectos que tienen que ver con los tratamientos y atención a los internos. Recoge también los denominados grupos en comunidad terapéutica (art. 115), junto a los programas de actuación especializada tanto en el interior de los establecimientos penitenciarios (art. 116) como en instituciones exteriores en régimen ambulatorio (art. 117), o los denominados centros de Inserción Social como establecimientos penitenciarios destinados al cumplimiento de penas privativas de libertad en régimen abierto, y de las penas de arresto de fin de semana (art. 163, 1). Junto a éstos existe el artículo 182, apartado 1, cuyo objetivo es el cumplimiento de la pena fuera de las instituciones a través del internamiento en centros de deshabitación y en centros educativos especiales.

De esta forma, se vienen a poner, al menos sobre el papel, al alcance de todo interno con dependencia de sustancias psicoactivas distintas alternativas, que dependerán en muchos casos de los medios y recursos humanos con que se cuenta, así como de la aplicación de los criterios que a tal fin determina la Junta de Tratamiento.

No obstante, la realidad de estos años y la importancia que tiene el porcentaje de población consumidora de drogas, ha llevado a acometer cambios que pretenden adaptarse a una nueva realidad, no exenta de dificultades.

En este sentido, debemos destacar: el proyecto para instaurar dentro de la prisión de Córdoba una Comunidad Terapéutica, siguiendo el modelo ya existente en otras prisiones (Madrid 5, en Soto del Real) y el fomento de Módulos Terapéuticos como los que ya existen en los centros de Albolote (Granada), Almería y Jaén. En cualquier caso, estos cambios responden a lo establecido en el Reglamento Penitenciario en su artículo 115, denominado *“Grupos en Comunidades Terapéuticas, 1. Para grupos determinados de internos cuyo tratamiento lo requiera, se podrán organizar en los Centros correspondientes, programas basados en el principio de comunidad terapéutica”*. En el caso del proyecto de Comunidad Terapéutica de Córdoba en el interior de la prisión, éste cuenta con el apoyo económico del Plan Nacional sobre Drogas y con la realización de la Entidad Proyecto Hombre en esta provincia.

En relación a los aspectos que hacen referencia al derecho a la atención de los propios presos, y en el desarrollo del artículo 14 de nuestra Constitución, debemos recoger el principio de igualdad efectiva, lo que nos llevaría a admitir la necesidad de que la atención sanitaria, y en este caso nos estamos refiriendo a una enfermedad, se partiría de la necesidad de recibir una atención de la misma calidad que la que reciben el resto de los ciuda-

danos. Así, el artículo 3 de la Ley General Penitenciaria se recoge estos derechos en una doble vertiente. Por un lado, en el apartado 1, se hace mención a los derechos subjetivos de los presos, y, por otro lado, en el apartado 4, se recoge que “*La Administración penitenciaria velará por la vida, la integridad y salud de los internos*”, expresión que se recoge en el Reglamento Penitenciario en el artículo 3.3, en cuanto hace mención a que la vida en prisión debe tomar como referencia la vida en libertad, y donde se deben reducir al máximo los efectos producidos por el internamiento. Para ello, deberían tener acceso a las prestaciones públicas como el resto de los ciudadanos.

A partir de aquí, podemos decir que existe un marco normativo y las condiciones necesarias que posibilitan las medidas de tratamiento dentro de las instituciones penitenciarias, así como aquellas otras encaminadas a mejorar las formas de vida que les ayuden a la incorporación a la vida social una vez que han superado el periodo de internamiento. Así, no podemos dejar de referenciar lo establecido en el artículo 114 del Reglamento Penitenciario, sobre medidas extrapenitenciarias, que, con un límite temporal, supone un importante apoyo para la realización de actividades de tratamiento en aquellos internos que ofrecen garantías de hacer un uso correcto y adecuado de las mismas en el exterior. Requiere que previamente haya sido informado por la Junta de Tratamiento, que necesita la aprobación del Centro Directivo y la posterior autorización del Juez Vigilancia.

Sin embargo, además de los problemas percibidos por los pacientes dentro de las instituciones penitenciarias, también debemos hacer referencia a toda una serie de conductas habituales en los reclusos, tales como el “tráfico” de drogas existente en el interior de los centros o al consumo de droga muy “cortada o manipulada” dentro de la propia cárcel.

Obviamente, a nadie escapa la existencia de consumo de drogas en el interior de las dependencias penitenciarias, como ha sido reconocido desde las propias instituciones. Para el control de esta situación, el régimen disciplinario interno de los centros tipifica como falta, las conductas relacionadas con la posesión y el uso de drogas tóxicas y sustancias estupefacientes y psicotrópicas. El artículo 109 del Reglamento Penitenciario de 1981, uno de los pocos preceptos aún vigente, considera falta grave “*introducir, hacer salir o poseer en el establecimiento objetos que se hallaren prohibidos por las normas de régimen interior*”, siendo recogido en el apartado (i) “*la embriaguez... el uso de drogas tóxicas y sustancias psicotrópicas o estupefacientes*”.

Con referencia al tratamiento dado a las drogas legales, debemos hacer referencia a lo recogido en el Reglamento Penitenciario. En su artículo 303 se recoge como producto autorizado en los economatos la venta de tabaco, quedando excluida

la venta de bebidas alcohólicas y productos farmacéuticos (apartado 2). En el caso del tabaco, en el reglamento no existe límite y es el producto más vendido en los economatos de las instituciones, sobre todo el rubio (García, 1988:91 a 101).

Ya en relación a la situación e incremento del consumo de drogas en el interior de las prisiones en estos años, se ha visto agravado, entre otras razones, por el retraso en la aplicación de los programas de reducción del daño. Un exponente claro era la interrupción del programa de mantenimiento con metadona cuando ingresaba en prisión, que llevó a algunos casos de suicidios en el interior de los recintos. Otra cuestión, ha sido no reconocer a tiempo la existencia de un consumo abusivo, consentido y de difícil control dentro de las instituciones. Sin embargo, en los últimos años ha existido un cambio dentro de las políticas de las instituciones penitenciarias con relación a esta situación, lo que ha permitido la puesta en marcha de programas de reducción del daño, tales como son los programas de intercambio de jeringuillas, previsto para el 2002, así como la mejora y ampliación del programa de mantenimiento con metadona.

En relación a la incidencia del SIDA en las prisiones, asociado al uso compartido de jeringuillas, debemos referirnos a los datos recogidos en la UE en materia del VIH que sitúa a nuestro país con la tasa más alta de seropositivos en prisiones. Estos datos nos llevan a pensar, en estos momentos, en la posible aplicación de criterios de racionalidad en el abordaje de los problemas relacionados con las drogas. Según los datos aportados en el año 2000 por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, el Sida afecta al 16% de los internos y la Hepatitis C a un 46%, cantidades que han disminuido de forma importante en los últimos años.

Con la aplicación del programa de reparto de jeringuillas, se pretende evitar el riesgo que supone padecer infecciones como consecuencia de compartir el material de inyección, de forma poco higiénica entre los usuarios por vía parenteral. El proyecto esta previsto que se aplique en 69 cárceles. No obstante, su aplicación queda supeditada a la decisión de la dirección de los centros, ya que corresponde a los distintos establecimientos penitenciarios la última decisión, junto al carácter voluntario del propio interno que es quién debe solicitar su inclusión.

De modo más formal, son los directores de los centros los que tienen la capacidad de inclusión de los penados, en función de su clasificación. En cualquier caso, este proyecto viene avalado no solo por la experiencia positiva de otras prisiones desde 1997 en nuestro país (Basauri -Bilbao-, A Lama -Pontevedra-, Lugo Bonxe, Lugo Monterroso...), sino por otras experiencias que se vienen realizando en otros ámbitos desde comienzos de los noventa.

Desde un punto de vista legal este programa se ve refrendado por la LOGP, artículo 3, que viene a recoger el principio de

no discriminación de los internos cuando no esté justificado por la propia ejecución. En este sentido, estas intervenciones deben equiparse con las realizadas en la sociedad libre, donde existen estos programas y tienen reconocida su eficacia.

Siendo el derecho a la salud de los internos responsabilidad de la Administración Penitenciaria, ésta no puede quedar al margen en la aplicación de medidas paliativas en los presos en unas condiciones idénticas a las que existen para el resto de los ciudadanos. Por ello, desde la propia Institución cada vez son mayores los datos que vienen a recoger la importancia de estos programas de reducción del daño.

Quizás, uno de los mayores problemas que presenta la aplicación del programa desde el punto de vista de los penados, es el reconocimiento de su condición de drogodependiente en la propia prisión. La experiencia realizada en otras prisiones en nuestro país y en estos años ha venido a garantizar la viabilidad del proyecto, no llegando a producir distorsiones en los internos.

De esta forma, podemos afirmar que la prisión es un factor de riesgo en el consumo de sustancias tóxicas. A pesar de este aspecto negativo tenemos que admitir que para determinados consumidores muy deteriorados puede llegar a suponer un espacio donde iniciar un tratamiento controlado, sobre todo cuando en muchos casos han llegado a "tocar fondo". Sin embargo, para otros y en función de su situación supone un agravamiento de ésta al entrar en contacto y depender de organizaciones mafiosas que controlan el mercado de las drogas en el interior de las prisiones. Esta situación, ha sido denunciada de forma reciente en una queja presentada por familiares de un paciente que se encontraba en prisión. En cualquier caso, todos los datos apuntan a señalar que el consumo en el interior de la prisión siempre es inferior que el que se puede realizar fuera, tanto por la cantidad como por la calidad de la sustancia.

El internamiento en la prisión no lleva necesariamente a iniciar un programa de deshabituación, pero en muchos casos sirve para realizar una primera aproximación a un sector de población que antes o no ha pasado por ello o ha sido incapaz de alcanzar un periodo de abstinencia a las drogas. En este sentido, es fundamental contar con unos equipos de tratamiento en las prisiones con capacidad para canalizar la posible demanda que puedan presentar.

Entre los problemas que más preocupan a las instituciones penitenciarias se encuentran aquellos que afectan a las condiciones de salud de esta población, donde uno de los problemas más importante tiene que ver con las drogas y las patologías asociadas. No obstante, la situación ha evolucionado mucho, como ya apuntábamos, debido al cambio de filosofía que se ha producido en instituciones penitenciarias, lo que ha permitido la convivencia de un modelo que venía a representar el paradigma de la abstinencia a otro donde se admite que existe un

consumo real en el interior de las instituciones al que hay que poner los medios para que resulte lo menos dañino posible.

Otra situación que nos han denunciado los propios pacientes, tiene que ver con el cumplimiento de sentencias por delitos cometidos bajo el efecto de las drogas o por su condición de drogadicto. No obstante, existen algunas investigaciones (ver Otero, 1994) realizadas sobre una muestra importante de adolescentes, que viene a concluir que los jóvenes delincuentes y/o dependientes a las drogas no atribuyen exclusivamente la realización de los delitos contra la propiedad a la necesidad económica para financiar el consumo, sino a la obtención de objetos o cosas que de otra forma no podrían alcanzar. Aún así, se llega a establecer de forma clara una relación directa entre adicción a opiáceos y delitos contra la propiedad, aunque podríamos concluir afirmando que no todo delito cometido por un drogadicto se debe a su condición de adicto aunque este presente su condición de drogadicto en muchos casos.

Esta hipótesis se sustenta en estudios realizados al respecto que nos aportan cifras que sitúan entre un 30% al 50% el tanto por ciento de consumidores de drogas que han tenido problemas con la justicia antes de haber realizado consumos de opiáceos (Gordon, 1973; Grenberg & Adler, 1974; Gandossy et al. 1980; Rounsaville et al., 1982; Fazey, 1988; Hammersley, 1990; Elzo, 1992).

Así mismo, se da la circunstancia de que en muchos casos el cumplimiento de la pena se produce con posterioridad a haber realizado un tratamiento de deshabituación a las drogas y, concluido éste, puede encontrarse en unas condiciones de vida distintas (familiares, laborales, personales...) que nada tienen que ver con las del momento del delito. A partir de ahí, debemos resaltar que el cumplimiento de la pena no solo no tiene carácter rehabilitador ni preventivo, sino que en algunos casos puede llegar a producir un contacto de nuevo con un periodo de su vida que desea olvidar y que nada tiene que ver con su vida actual.

En estas situaciones deben valorarse las circunstancias en las que fueron cometidos los delitos y en qué medida se debió a la situación de toxicómano. Son muchas las sentencias donde se ha aludido a un trastorno mental transitorio como consecuencia del síndrome de abstinencia para la obtención de la droga, alcanzando de esta forma una disminución de la imputabilidad. En muchos casos, los tribunales han encontrado en la situación de la droga una atenuante analógica o una eximente incompleta de trastorno mental transitorio, sin tener en cuenta que el problema del consumo de drogas no es solamente un hecho circunstancial, sino que existe un condicionante psicológico y físico a la sustancia. Pero esta situación se agrava debido a la lentitud del proceso o por otras circunstancias, lo que está llevando en algunos casos al cumplimiento de la pena

en un momento donde las circunstancias se han modificado y donde pierde ésta su carácter terapéutico.

La falta de previsión legal para resolver estos casos ha dado lugar a que la vía utilizada sea solicitar el indulto individual a través de los propios interesados o familiares, con el apoyo del movimiento asociativo que trabaja en este ámbito. En este sentido, colaboran con la propia Administración Autonómica apoyando las iniciativas que llevan al Consejo Asesor de Drogodependencias los representantes de las Asociaciones. También, cabe que la Junta de Tratamiento del centro, previa propuesta del equipo técnico, solicite del Juez de Vigilancia Penitenciaria la tramitación de un indulto particular, cuando concurran los requisitos recogidos en el RP artículo 206, entre los que, no obstante, se incluye un tiempo mínimo de cumplimiento de dos años.

De esta forma, se arbitra la medida de los indultos particulares como situación graciable que en poco favorece la idea de igualdad ante la ley de los penados, perdiendo así la norma el reconocimiento del carácter rehabilitador que debe contemplar como principio el cumplimiento de toda condena al que hacemos referencia antes.

Con relación a los tratamientos que se realizan dentro de las propias prisiones, podemos ver como en estos momentos quedan reducidos a la desintoxicación farmacológica, a través de los tratamientos con metadona, la inclusión en programa libre de drogas; o bien, y en menor medida, se cataloga al preso en unas de las situaciones previstas en el LOGP para el cumplimiento de la pena fuera de la institución penitenciaria (artículos 165 y 182). En cualquier caso, son pocos los supuestos donde se aplican las medidas previstas en la norma, así como el número y la intensidad de los tratamientos que se realizan en la prisión, debido sobre todo a la falta de recursos de intervención.

Como apuntábamos antes, otra de las situaciones previstas en el Reglamento Penitenciario, dentro de los programas de tratamiento, son los denominados Grupos de Comunidad Terapéutica (art. 115). En este sentido, se detecta que no se vienen realizando en todas las prisiones y, cuando se organizan, no tienen accesos a los mismos los penados que, en principio, podrían ser beneficiarios de ellos por su condición de drogodependientes. Así, se han recibido quejas de pacientes que solicitaban participar en los mismos sin que fueran admitidos, quedando ello sujeto a lo que determine la Junta de Tratamiento y la Dirección de la Institución o a las posibilidades de que estos grupos se lleven a cabo.

También, para la atención de los drogodependientes en las prisiones se han constituido los Grupos de Atención a las Drogodependencias (GAD), que se encuentran en todas las cárceles y tienen como función la definición de objetivos, la coordinación de recursos y el seguimiento y evaluación de interven-

ciones con internos drogodependientes. Sin embargo, y siguiendo los informes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, cabe también “el diseño, ejecución, y evaluación de cada uno de los programas específicos (prevención, metadona, deshabitación,...) es efectuado por un Equipo Multidisciplinar, en el que participan profesionales del Centro Penitenciario y profesionales de otras Instituciones, Entidades y Organizaciones no Gubernamentales, facilitando la conexión y la integración en la sociedad”.

En relación a la existencia de programas específicos para tratamiento de penados con problemas de drogas, hemos recogido la experiencia que se lleva en la prisión de Albolote (Granada), dentro del módulo 12, para tratamiento específico para drogodependientes. La capacidad de este módulo es de 150 internos, donde también conviven con extranjeros normalizados. El programa de intervención se realiza a través del Grupo de Atención a las Drogodependencias (GAD). Éste está constituido por un equipo multidisciplinar y en él se integran, junto al personal técnico de las instituciones penitenciarias, los técnicos del Centro Provincial de Drogodependencias.

El equipo está formado por una Psicóloga y una Trabajadora Social del Centro Provincial de Drogodependencias, el Subdirector de Tratamiento, un coordinador (Subdirector Médico); una Trabajadora Social, un Educador, un Médico y una Psicóloga.

Las actividades más importantes incluidas en el programa terapéutico son:

- Realizar la evaluación inicial del interno que solicita entrada en el módulo de tratamiento y decisión sobre su inclusión en el mismo.
- Realizar el seguimiento de los internos en las distintas etapas y decidir a cerca de su progresión o regresión dentro de cada una de las etapas.
- Proponer las actividades a realizar por los internos y por el personal del Módulo en cada una de las etapas, así como ejecutar las que les correspondan.
- Informar y realizar propuestas sobre los internos en programa a los órganos Colegiados del Centro, con relación al tratamiento y régimen penitenciario de los internos referidos.
- Emisión de informes relativos a internos, cuando son requeridos por órganos judiciales.
- Realización de protocolos y expedientes de derivación a comunidades terapéuticas de aquellos internos incluidos en el correspondiente programa de derivaciones y coordinación con los CPD para la realización del seguimiento.

Entre los criterios para su inclusión en el programa del módulo específico de tratamiento de las drogodependencias, se requiere: la ausencia de sanciones disciplinarias en el momento de la demanda, habiendo transcurrido un periodo de observación previo de dos meses; valorar la motivación hacia el tra-

tamiento de las drogodependencias, o la capacidad de implicación en las distintas tareas terapéuticas que se determinen. Al mismo tiempo, se establecen otros criterios de expulsión del programa en el supuesto que se determine que el penado incumple algunos de éstos. Los más utilizados son los siguientes: haber dado positivo a cualquier tipo de sustancia incluido el cannabis, no asistencia y aprovechamiento de las actividades programadas, falta de convivencia con los funcionarios y compañeros del módulo, tráfico y posesión de cualquier tipo de drogas o negarse a realizar un control toxicólogo y, por último la expulsión por consumo se valora en cada caso de forma individual y teniendo en cuenta la actitud del paciente.

Este modelo al que hemos hecho referencia de la prisión de Granada, pretende instaurarse en otras prisiones, estando previsto de forma inminente en las prisiones de Algeciras y Málaga.

Otra cuestión aparte, sería la aplicación de las situaciones previstas en el artículo 117 del RP, medidas éstas regimentales para la ejecución de programas especializados para penados clasificados de segundo grado. En este caso, y después de contactar con los equipos provinciales de atención a las drogodependencias, hemos podido comprobar que son pocas las situaciones en las que se aplica. De esta forma, se impide que penados que presentan un perfil de baja peligrosidad social y que no ofrecen riesgo de quebrantamiento puedan acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa de atención especializada, siempre que ello sea necesario para su tratamiento y reinserción social. Por su carácter de disponibilidad temporal ésta no llega a aplicarse al justificarse que la asistencia se puede realizar en el interior de la prisión.

11. 4. LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE EN EL ÁMBITO DE LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Previo al convenio-marco de 1992 en materia penitenciaria, al que ya hemos hecho referencia, entre la Junta de Andalucía y la Administración Central, existía un acuerdo a nivel nacional entre el Plan Nacional sobre Drogas y el Ministerio del Interior para abordar los tratamientos por problemas de drogas en la población reclusa. En base a este acuerdo, se crean en las Comunidades Autónomas los equipos de tratamiento, que son subvencionados económicamente desde el Plan Nacional sobre Drogas con las aportaciones de las Comunidades Autónomas.

Fruto de este acuerdo nacional, se incluye, a partir de 1990, los equipos de atención en prisiones en los convenios marcos firmados entre la Consejería de Asuntos Sociales y las Diputaciones Provinciales, en materia de drogas. Estos equipos se constituyeron a comienzos de los noventa por médicos, psicó-

logos y trabajadores sociales, que intervienen en las propias instituciones en número de dos por centro. Desde un primer momento, no todas las prisiones contaban con estos equipos, aunque la apertura de nuevos centros y el mayor incremento de la demanda ha llevado a incrementarse en algunos casos (Huelva, Algeciras...). Actualmente la aportación económica que realiza la Consejería de Asuntos Sociales por equipo se sitúa entre los cincuenta y cinco y ochenta y cinco mil euros. No obstante, estos equipos se encuentran en muchos casos, y después de más de doce años, en una situación laboral muy precaria al no haberse regulado la situación de este programa, alcanzando con ello un cierto carácter provisional.

Con las asignaciones económicas del Comisionado para las Drogodependencias, más las aportaciones de las propias Diputaciones, se mantienen los equipos de profesionales del programa, que en principio actúan en todas las prisiones una vez incluido en el programa la de Alcalá de Guadaíra (mujeres). En el caso de la prisión de Alcalá de Guadaíra, en el año 2000 se abrió una queja de Oficio en esta Institución ante la necesidad de que, al igual que el resto de los centros penitenciarios, tuviera un equipo de tratamiento para atender los problemas de toxicomanías existentes. Del resultado de aquella queja, y a través de diversas gestiones realizadas ante las Administraciones competentes, la Diputación Provincial de Sevilla firma, a finales de 2001, un convenio con la Asociación ANTARIS para cubrir la atención de este centro, con un psicólogo.

Junto a los recursos públicos, existen también determinadas instituciones sociales que vienen trabajando en este ámbito. Entre ellas, debemos destacar, por ser importante, la actividad que realiza la Fundación Proyecto Hombre, que dirige actuaciones tanto de asesoramiento jurídico a familiares y afectados, como de apoyo técnico y profesional dentro de los propios Centros. También, la Federación de lucha contra las Drogas "ENLACE" desarrolla un programa de apoyo en el interior de las prisiones, con equipos de asesoramiento jurídico/penal, a través del convenio firmado con la FADA para esta finalidad desde el año 1999.

Este convenio se evaluó en el año 2000, y se vuelve a firmar y ampliar para ejecutarse en el 2001 y 2002. El trabajo que se realiza va desde el asesoramiento a pacientes y familiares, formación a los abogados de oficio y a los propios terapeutas en el ámbito jurídico,... El equipo de asesores jurídico que mantiene Enlace es de ocho, uno que actúa como coordinador situado en la sede de la federación en Sevilla y uno por provincia, menos Almería. Desde los equipos de atención en Instituciones Penitenciarias, de los Centros Provinciales de Drogodependencias, se nos manifiesta desconocer el programa que se viene realizando de asesoramiento a la población penitenciaria con problemas. En este caso, podemos observar la falta de coordinación interna entre los escasos recur-

sos que existen para la atención a la población drogodependiente en las prisiones.

Con relación a las dificultades que encuentran los equipos de atención a las drogodependencias de las prisiones, éstos se encuentran con la falta de espacios adecuados para la realización de sus actividades dentro de los centros, que les lleva, en algunos casos, a compartir éstos con otras instituciones. En otros casos, se detecta una escasa presencia de los profesionales ante las dificultades internas para acudir a estos recintos, realizando su trabajo solo en algunos días de la semana. La

situación podemos describirla como muy irregular, aunque no en todos los casos es igual.

Desde las actividades que se realizan en prisión, podemos encontrar algunos datos que parecen desajustados con relación a lo que podría ser una intervención terapéutica previamente planificada. Para ello, hemos utilizado los datos publicados por el Comisionado para las Drogodependencias correspondientes a 1999, al no contar con datos más actualizados cuando fue solicitado al Comisionado para las Drogodependencias.

SITUACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

Programa de interv. Centr. Penitenciarios	Núm. de Centros Penitenciarios	Núm. de usuarios	Núm. programas Financiados PAD
Programa Preventivos.	3	167	5
Programa Ambulatorios	10	1221	10
Centros de Día	3	15	1
Programa Laborales (Red de Artesanos)	1	6	1
Unidad Terapéutica	3	345	1
Programa Tratamiento Metadona	12	2850	1

Cuadro núm. 84: Situación del programa en Centros Penitenciarios. Año 1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

DISPOSITIVOS DEL PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE PENA

Tipo de dispositivo de cumplimiento	Núm. de dispositivos	Núm. de usuarios
Pisos de cumplimiento de pena	8	6
Comunidades Terapéuticas	16	39

Cuadro núm. 85: Dispositivos del Plan Andaluz sobre Drogas para el cumplimiento de pena en aplicación de tercer grado. Año 1999. Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

La primera conclusión que se puede extraer de estos datos, es la falta de homogeneidad en los distintos centros, en relación a la aplicación de los programas existentes. Así, es significativo que el programa de mantenimiento con metadona se aplica en todos los centros y no así los programas preventivos, que sólo se realizan en dos centros. También de los datos recogidos, podemos extraer la idea de que los dispositivos existentes son muchos, sin tener en cuenta que los que aparecen son los mismos que para el resto de la población. Sin embargo, el número de usuarios resulta poco significativo, sirvan de refe-

rente los datos correspondientes a pisos para el cumplimiento de pena (6) o Comunidades Terapéuticas (39). En cualquier caso, los propios profesionales han manifestado que desde el Comisionado para las Drogodependencias se ha prestado escaso interés a este programa.

En este sentido, hemos realizado un cuadro comparativo, con los datos que nos ha proporcionado del Ministerio del Interior a través de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, que viene a reflejar fielmente el trabajo que se viene realizando en las instituciones penitenciarias de Andalucía.

DATOS DEL PROGRAMA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Actividades realizadas	Año 1999	Año 2000	Año 2001
Información/motivación/acogidas	3375	3702	3548
Educación para la Salud	2850	1331	1087
Pacientes en tratamiento con metadona	5390	6283	6619
Internos en tratamiento a 31 de diciembre	1784	2430	2692
Desintoxicaciones realizadas	2289	2430	1362
Deshabituciones ambulatorias	1584	2238	1565
Derivaciones a recursos comunitarios	Año 1999	Año 2000	Año 2001
Programas de metadona	1518	1379	1456
Programas de deshabituación	1462	1278	912
Centros ambulatorio/de día	1131	893	506
Comunidades terapéuticas	103	150	163
Otros recursos	210	212	233

Cuadro núm. 86: Datos sobre los programas en Instituciones Penitenciarias en Andalucía. Años 1999- 2000. Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Según los datos aportados en los informes correspondientes a los años 1999, 2000 Y 2001 por Instituciones Penitenciarias, existe una tendencia al incremento de pacientes en programas de mantenimiento con metadona, con un crecimiento que puede deberse a que ingresan en las instituciones penitenciarias del exterior ya en programa. Llama la atención la disminución de pacientes en programas en el 2001, así como la derivación a recursos en el exterior. Pone de manifiesto que existe una escasa atención a los internos con problemas de drogas, ante la falta de recursos asistenciales en éstas, cuando aumenta la población de internos. Sin embargo, existe una clara disminución de derivaciones a otros recursos y programas, lo que nos hace pensar que se están aplicando criterios restrictivos en la inclusión de casi todos los programas, excepto para los programas de Comunidades Terapéuticas que se incrementan un 12%. De esta forma, podemos ver como se ha restringido la utilización del artículo 182 del Reglamento Penitenciario.

Al mismo tiempo, debemos destacar la disminución espectacular de los programas de Educación para la Salud que han pasado de intervenir con 2.850 internos en 1999 a 1.087 en el 2001, con la importancia que estos programas tienen para la mejora de las condiciones de la salud de las prisiones. La razón podría estar en la necesidad de dedicar más atención por parte de los equipos a las tareas asistenciales.

Para acercarnos mejor a la realidad de estos programas en estos momentos, hemos realizado contactos con los equipos específicos de atención a las drogodependencias de casi todas las prisiones de nuestra Comunidad Autónoma, y hemos detectado la siguiente situación a comienzos de 2002:

Almería:

La prisión de Almería cuenta con un número aproximado de internos que oscila entre los 1.050 y 1.100, aunque su capacidad real es de 650. El equipo existente en origen estaba constituido por un médico y un psicólogo, que en estos momentos no actúa en el interior de la prisión. El trabajo de atención lo realiza el equipo integrado en el GAD, que funciona con los recursos que la prisión pone a su alcance. Está formado por 8 o 10 médicos y dos psicólogos de la prisión, aunque se demanda la incorporación de un psicólogo especialista en esta materia.

La aplicación del programa de mantenimiento con metadona se realiza con un carácter muy restrictivo y con criterios propios, lo que lleva en muchas ocasiones a que se produzcan cambios de criterios en pacientes que vienen con una prescripción determinada desde el exterior. El número de internos en el programa es de 118, lo que supone un 10% del total de internos. Por último, el número de internos que se han acogido a

las medidas de excarcelación es 115 a través del tercer grado, siendo un solo caso el registrado por la aplicación del segundo grado.

Cádiz:

Prisión de Jerez: Este centro no cuenta con autonomía propia, ya que se integra en el centro Penitenciario de Puerto II, del que se constituye como sección abierta, por lo que el número de pacientes es muy escaso, dado que la gran mayoría se encuentra en distintos programas fuera de la institución. La atención se realiza desde el equipo del Centro Comarcal de Drogodependencias de Jerez.

El número de pacientes en el programa de metadona es de 13, y en programas libres de drogas es de 3.

Algeciras: Con 1.300 internos aproximadamente, cuenta con un equipo constituido por un médico y un psicólogo que acuden a la prisión todos los días de la semana. El número de internos en tratamiento es de 272, de los que 271 se encuentran en metadona.

Puerto I y II: Para las dos prisiones se cuenta con un equipo constituido por un médico y un psicólogo. En Puerto I el número de pacientes atendidos es de 77, todos ellos dentro del programa de mantenimiento con metadona. La prisión de Puerto II tiene actualmente 271 pacientes en tratamiento de los que 226 se encuentran en metadona, y el resto -45- están en programas libres de drogas.

Córdoba:

La prisión de Córdoba, junto con la de Algeciras, es la más nueva de Andalucía, y cuenta con un número aproximado de 1.200 internos. El equipo de atención a las drogodependencias está constituido por dos médicos, que participan en el GAD, y en el que también se incluyen los psicólogos de la prisión. El número de pacientes en metadona es de 420.

Esta prisión, junto con la de Sevilla, es la que tienen el mayor número de pacientes en metadona.

Granada (Albolote):

Albolote: Es una prisión que cuenta con un módulo específico para la atención a penados con problemas de drogas, cuenta con un GAD y en él participan los técnicos del CPD (una trabajadora social y una psicóloga). El número de pacientes en el año 2000 ha sido de 359, de los que 154 se encuentran en el programa de mantenimiento con metadona, 4 en naltrexona, 24 en Comunidades Terapéuticas y 118 en programas de incorporación social.

Es quizás ésta una de las prisiones donde están más integrados los equipos de atención con los de la propia prisión.

Huelva:

La prisión de Huelva cuenta con una población penitenciaria de 1.500 internos, siendo una de las mayores de Andalucía.

El equipo inicial de atención a las drogodependencias de esta prisión estaba constituido por un psicólogo y una trabajadora social, posteriormente se ha incrementado por un médico. En estos momentos éste realiza las labores de atención del centro.

Desde el Comisionado para las Drogodependencias se inició, en 1999, un estudio para medir la viabilidad de realizar en el interior de la prisión un programa de intercambios de jeringuillas, con el apoyo de la Junta de Tratamiento. Dicho estudio, bajo la denominación de "Salud y droga en la cárcel", sirvió al menos para generar el debate en torno a la necesidad de este tipo de tratamiento en el interior de la prisión.

Con relación a los datos de atención en esta prisión, existen 360 pacientes en metadona y 30 en programas libres de drogas. No obstante, estos datos han sido aportados por el Centro Provincial de Drogodependencias, existiendo la posibilidad de que desde Proyecto Hombre y la Federación de Asociaciones de Lucha contra la Droga existan más pacientes en tratamiento. Resulta significativo el número de los atendidos a través del Taller de Salud.

Jaén:

La prisión de Jaén cuenta con un equipo del CPD formado por un psicólogo y una trabajadora social. La población reclusa se sitúa en torno a unos 400 internos, siendo su capacidad de 500.

El número de pacientes en programa que lleva este equipo es de 68. De éstos, 29 se encuentran en el programa de mantenimiento con metadona y 39 en programas libres de drogas. Al margen de estos datos existen pacientes en programa de metadona que los lleva el GAD.

Con relación a las medidas de excarcelación producidas en el año 2001, diez internos han pasado por Comunidad Terapéutica, dos por la Unidad Dependiente (piso tutelado por Cruz Roja situado en la ciudad de Jaén) y sólo tres se han incorporado al programa de incorporación socio-laboral Red de Artesanos.

En la Unidad de Dependiente el perfil exigido de los beneficiarios lleva a que éstos alcancen el Tercer Grado (art. 83 RP), que no tengan hábitos de consumo de drogas en el momento de la incorporación a la Unidad Dependiente, una actitud favorable a la convivencia y que exista una aceptación del contrato conductual y de la normativa interna de la Unidad. En esta Unidad se realizan actividades educativas, prelaborales, formativas, laborales, terapéuticas, deportivas, informativas, solidarias, de relación de integración social y de apoyo a la consolidación de valores aceptados.

El GAD funciona con el subdirector de tratamiento, un educador, un psicólogo de prisiones y dos técnicos del equipo de prisiones del CPD.

En este caso, la aplicación del programa de mantenimiento con metadona no se realiza con carácter restrictivo, no existen expulsiones ante los posibles controles positivos, ni sanciones internas que suponga la separación del programa.

Sevilla:

La provincia de Sevilla cuenta con dos prisiones ordinarias (existe además el Hospital Psiquiátrico Penitenciario en el que los temas de drogadicción tienen escasa incidencia): la de Sevilla, capital, y la de Alcalá de Guadaíra para cumplimiento de condena de mujeres y unidad de madres. La prisión de Sevilla, incluye un módulo de mujeres. En total, cuenta con 1.500 internos de los que aproximadamente 500 se encuentra en el programa de mantenimiento con metadona y unos 60 pacientes se incluyen en programas libres de drogas. El equipo externo de atención a las drogodependencias de esta prisión está constituido por una psicóloga y una trabajadora social, que forman parte del GAD. Además, éste cuenta con un educador, una socióloga y un médico. Desde él se realiza el seguimiento de los pacientes. El número de pacientes que han conseguido entrar hasta ahora en Comunidad Terapéutica ha sido 13, en base a la aplicación del artículo 182 del RP. No obstante, realizan a través de los grupos terapéuticos la preparación previa para su ingreso en Comunidad Terapéutica, con una duración de dos meses aproximadamente.

La prisión de mujeres de Alcalá de Guadaíra, cuenta con 100 internas, de las que 50 están en programas de tratamiento, mientras que unas 30 lo hicieron en el programa de mantenimiento con metadona el resto en programa libre de drogas.

Málaga:

La provincia de Málaga cuenta en estos momentos con la prisión de Alhaurín de la Torre, con 1.350 internos, y la antigua prisión de Málaga, donde existen 140 pacientes en sección abierta. El equipo de atención a las drogodependencias está integrado dentro del GAD está constituido por un médico y una psicóloga. El GAD se encarga del proceso de inclusión de los pacientes en los programas con metadona. El número de pacientes en programas es 275, de los que 175 están en programa de mantenimiento con metadona, y 100 en programas libres de drogas.

El escaso número de pacientes en el programa de metadona se debe a la falta de personal de enfermería que participa en la dispensación.

Como resumen de la información obtenida, podemos apuntar algunas dificultades y sugerencias más significativas, y que tienen que ver con:

1. Dificultad para realizar el seguimiento de algunos casos que vienen con tratamiento desde el exterior, debido a la escasa coordinación con los equipos del GAD. En cuanto a la aplicación de los criterios de intervención, muchas de las dificultades surgen de las diferencias existentes en su aplicación en el exterior, con respecto al interior de la prisión.

2. Los técnicos de los equipos de prisiones pertenecientes a los centros de tratamiento de drogas plantean como dificultad

la necesidad de redefinir claramente su papel dentro de la prisión, y su presencia en los GAD. No obstante, sería necesario mejorar el papel que deben jugar estos equipos, ya que en muchos casos queda reducido a reuniones esporádicas con algunos técnicos de instituciones penitenciarias y la subdirección de tratamiento. En este sentido, consideran que es el Comisionado para las Drogodependencias quien debe definir su papel dentro del programa de atención, si de verdad se pretende que sirva para mejorar ésta.

3. Ponen de manifiesto la falta de coherencia entre el protocolo que se sigue para el programa de mantenimiento con metadona en el exterior y el que se sigue en el interior de la cárcel. El criterio de expulsión utilizado en algunas prisiones, ante un analítica que dé positiva –caso de la prisión de Almería–, supone la interrupción del programa, perdiendo así su carácter terapéutico por el de sancionador. No debe existir conflicto entre tratamiento y régimen sancionador.

4. La mayor presencia de pacientes en el programa de mantenimiento con metadona justificaría la existencia de un médico en estos equipos, así como un mayor refuerzo en las plantillas de ATS/DUE.

5. Necesidad de una intervención multidisciplinar, demandada por los propios internos.

6. Es necesario reducir los tiempos de espera para el conocimiento de las analíticas que se realizan en la prisión, ya que el retraso que sufren en estos momentos les hacen perder el pretendido carácter terapéutico.

11. 5. LA SITUACIÓN INTERNA DE LOS PENADOS

Uno de los factores de riesgo añadido al internamiento en una institución penitenciaria con relación al consumo de droga, tiene que ver, como ya comentamos, con la calidad de la droga, las vías de consumo o medios de los que se valen para mantener y costear éste.

Junto a este problema, para muchos pacientes el ingreso en prisión supone con frecuencia la ruptura con el consumo. Por tanto, abre un nuevo espacio donde será posible abordar una intervención terapéutica, que en muchos casos no sólo resulta necesaria sino fundamental para soportar el trance del internamiento.

Con relación al cumplimiento de la pena y aquellas cuestiones que se han abordado en este apartado, debemos destacar los comentarios más significativos realizados por los participantes en los grupos de discusión, y que dan fuerza y credibilidad a algunas de las afirmaciones y posiciones mantenidas en aquellos aspectos que más inciden en la situación de los detenidos con problemas de drogodependencias.

El cumplimiento de la pena, una vez que se ha realizado un programa de deshabituación, lo viven como un paso atrás que

en nada facilita la normalización y la reinserción del penado drogodependiente. A veces, los efectos tienen que ver para algunos en un reinicio o una vuelta al consumo.

Así, de las entrevistas que realizamos a pacientes que se encontraban en centros de tratamiento, y que han habido pasado por centros penitenciarios, obtuvimos muchas respuestas que venían a poner de manifiesto algunas de las cuestiones que hemos destacado y otras que recogemos a continuación.

Quizás uno de los aspectos que más temor les produce es volver a encontrarse con situaciones ya vividas y superadas, que en cualquier caso no les lleva a tener buenos recuerdos. No se debe perder de vista que la presencia de la droga en la cárcel es un fenómeno muy antiguo, aunque en estos momentos esté agravado por su mayor intensidad, diversidad y extensión.

“Abora que he rebecho mi vida tener que pagar una condena sería para mí muy difícil”.

“Volver a la prisión cuando se está bien es recordar viejos tiempos. En este sentido, habría que cambiar las leyes para facilitar la reinserción”.

“Volver a la cárcel sería muy duro, allí se ven cosas que no hay fuera. La gente se pincha en el cuello, hay peleas, ... de todo”

A la hora de valorar los delitos cometidos con relación a la posibilidad de indulto o a la aplicación de medidas paliativas que mejoren su situación, reconocen que no todos los delitos son iguales y que en muchos casos la gravedad de éstos y los daños producidos justificarían otro tipo de medidas, incluso la posibilidad de que no se existiera remisión de la pena.

“Hay que reconocer que en muchos delitos hay daños irreparables a las personas, y en esos casos el tratamiento debería ser distinto a cuando hay un robo para consumir”.

Con relación al consumo en el interior de las instituciones, su existencia es reconocida por todos los que han tenido algún tipo de experiencia en ellas. Esta realidad se justifica de distinta forma por los internos, desde posiciones que entienden que tiene que ver con una actitud de consentimiento y con una conducta difícil de extinguir, hasta los que creen que es aceptado al ser una manera de pasar el tiempo y de diversión.

La existencia de drogas en el interior de las prisiones es un tema más de conflicto y de descontrol interno dentro de las instituciones, que no aporta nada al proceso de cumplimiento de la pena.

Para otros, la existencia de drogas en la cárcel supone un elemento conciliador para los internos que viene a evitar otros conflictos mayores. Es la teoría de la permisividad aceptada que no parece razonable en un momento donde se están asumiendo políticas dirigidas a mejorar la situación de los internos.

“Muchas de las peleas que hay en la cárcel es por la droga”.

“En la cárcel es más difícil quitarse. Mientras haya drogas no nos peleamos y no hay problemas”.

En relación a la utilización de las drogas dentro de los recintos penitenciarios, podemos decir que existe un consumo bastante generalizado que viene a situar, según datos oficiales, en un 33% los reclusos se drogan, mientras que un 95% de éstos declara su afición por las drogas.

“En la cárcel se consume más que en la calle y de peor calidad. Si uno no tiene dinero para comprarla vendes unas zapatillas o lo que tengas. Un gramo que en la calle vale 10.000 pesetas, allí se va a 15.000 o 17.500 pesetas”

“Allí dentro la droga te deja peor que fuera, no tienes medios para comprarlas y cuando las necesitas haces de todo”.

La entrada de droga en la cárcel se produce por muchos canales, ya que los recintos carcelarios no son un ámbito rigurosamente cerrado y aislado del exterior. Son a veces las propias familias el canal por el que se introduce, respondiendo a una forma de aliviar en cierta manera la estancia del interno, o bien la salida por permisos de los internos, aquellas otras situaciones que les permiten un mayor contacto con el exterior. Además, se justifica la entrada de la droga en la cárcel para aliviar la situación de los internos, ya que permite que cada día que se está bajo el efecto de éstas es un día menos de condena que pasan. De esta forma se manifestaba la esposa de un drogodependiente.

“Mientras yo le pueda robar un día al juez, se lo quito a mi marido. Llevarle un gramo es quitarle dos días de cárcel”.

“La droga se mete en los vis a vis,... de muchas maneras”.

“La droga en la cárcel la mete todo el mundo, los de fuera, los de dentro,...”.

El fatalismo y la búsqueda de droga les lleva a utilizar cualquier recurso para mantener el consumo interno. Esta situación les arrastra a la pérdida de todo aquello que pueda tener un valor material, y un empobrecimiento que les deja sumisos en una situación de abandono total. Se repite de nuevo la imagen del drogadicto sin recursos y excluido.

“Un día vendes unas zapatillas, otro una camiseta, todo lo que tenga allí dentro un valor”.

Con relación a la justicia, reconocen que los jueces en muchas ocasiones colaboran y tienen una actitud comprensiva que les lleva a alcanzar un nuevo aliciente para dejar de consumir.

“A mí el juez me trató muy bien y me preguntó si iba a ir a un centro... y sólo me cayó dos años”.

“El juez me ha dicho que tengo que estar un mes en la cárcel o trabajando, y aquí estoy en un chapú”.

Se quejan además de la asistencia letrada en el ámbito penitenciario. Aunque es ésta una circunstancia que afecta a muchos detenidos, a la luz de las quejas recibidas, venimos percibiendo la insuficiente información de la que dispone la población reclusa, principalmente respecto de las cuestiones que

afectan a su situación penitenciaria, tales como clasificación, revisión de grado, traslados, permisos de salida, libertad condicional anticipada, sanciones y otras, así como de la orientación precisa a efectos de hacer valer, mediante la presentación de los escritos adecuados o, en su caso, de la interposición de los oportunos recursos, peticiones o discrepancias al respecto.

De todos es sabido que, normalmente, la actuación del abogado que ostenta la defensa del imputado en una causa penal –preceptiva y obligada hasta ese momento– suele concluir una vez recae sentencia firme, desligándose de su defendido una vez que éste inicia el cumplimiento de la pena que le ha sido impuesta.

Sin embargo, dicho cumplimiento presenta un extenso campo de posibles actuaciones por parte del penado en el legítimo uso de sus derechos penitenciarios para las que es precisa una adecuada dirección técnico-jurídica, tanto en el ámbito administrativo como, con mayor motivo, en el judicial –frente a los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria–, aunque en las mismas no se haya llegado aún a la fase en que es preceptiva la dirección letrada –apelación ante las Audiencias Provinciales a las que pertenezcan los respectivos Juzgados de Vigilancia– momento en que, por ello, procedería la designación de letrado en turno de oficio.

Esta carencia de información y orientación técnica en relación con su situación penitenciaria, que venimos percibiendo en las quejas recibidas, limita de algún modo las posibilidades de la población reclusa, colectivo necesitado de mayor protección dada su especial situación de privación de libertad, en orden a obtener la mejora de la misma, haciendo valer sus derechos fundamentales o sus derechos y beneficios penitenciarios.

Dicha situación mejoraría ostensiblemente proporcionando a los internos un servicio de orientación por medio de abogados en ejercicio, que estaría destinado a asesorar consultas y a redactar solicitudes y recursos de los penados, e incluso en los casos de los preventivos, a facilitar el contacto de éstos con los abogados que le han sido designados, con los que –y esto viene siendo también frecuente motivo de queja– suelen tener serias dificultades de comunicación.

No obstante, si sus quejas son constantes en esta materia también es verdad que en muchos casos se sienten culpables por su propia desidia y abandono. En el fondo lo que se pone de manifiesto es lo que venimos denunciando desde la Institución.

“También lo que pasa es que como somos como somos para todo, nos toca un abogado de oficio y no nos preocupamos de nada. Luego vienen las consecuencias”.

Como podemos ver, actualmente existe una actitud permisiva en los centros penitenciarios con respecto a las sustancias legales, mientras se denuncia la existencia de un cierto descon-

trol sobre el uso de sustancias tóxicas dentro de los mismos. El mantenimiento de los programas con sustitutivos dentro de las instituciones penitenciarias ha venido a aliviar esta situación, ya que la calidad de la droga dentro es peor que la existente en la calle. Existen más cortes, la calidad disminuye y, mientras, existe un consumo generalizado. A ello debemos unir que el porcentaje de internos consumidores es muy alto, afectando por igual a la población penada como a los preventivos.

“Allí consume todo el mundo”.

En el fondo se trata de una forma de vida en reclusión que en muchos casos tiene que ver con el estado anímico del interno, por la ausencia de unos recursos y un apoyo psicológico que les permita romper este círculo.

Así pues, la droga se convierte en el interior de la institución en un elemento socializador y de evasión; es, como ha sido siempre, un modo de escapar del medio hostil donde uno no desea estar, en definitiva, en un elemento que refuerza una actitud de rechazo al mundo carcelario.

“La cabeza te da vuelta y como no tienes otra cosa vuelves a consumir”.

Con relación al programa de mantenimiento con metadona, las actitudes y opiniones resultan muy dispares. Para algunos, ha supuesto una mejora, para otros ha generado un síndrome de abstinencia mayor que les mantiene enganchado.

“La metadona te crea más mono que la heroína, y a veces lo pasas peor”.

“Yo la tomaba para quitarme el síndrome de abstinencia, en mi caso me fue bien”.

Por último, con relación al papel de normalización y resocialización al final del cumplimiento de la pena privativa de libertad, podemos asegurar que éste debe ser el objetivo de las intervenciones que se realicen dentro de los recintos. La salida al exterior resulta para muchos muy compleja, ya que habría que cambiar desde el interior de las prisiones aquellas pautas que les lleva al consumo por otras que pretenden crear una expectativas de cambio como mejora personal. Sin embargo, en estos momentos la mayor demanda se produce al salir de las cárceles, y ante la necesidad de contar con recursos propios que mejoren su situación. En este sentido consideran que los apoyos deben ir dirigidos a paliar las consecuencias de la ex-carcelación como fomentar recursos para la incorporación laboral que les permita rehacer su vida.

“Lo mejor para un interno cuando sale es que se le dé un trabajo y no una paga. Lo de la paga está bien, ya que si no la tienes no puedes aguantar nada. Esperar el día de cobro, es solo esperar y nada más”.

Para muchos, la presencia de las drogas en el interior de las prisiones puede llegar a ser un hecho rechazable, tanto por sus efectos criminógenos interno como por el daño y el alejamiento que puede suponer a la tarea rehabilitadora que debe pre-

tender el cumplimiento de la pena. Es una realidad de tal magnitud que se debe afrontar con el deseo de mejorar en principio la situación de los penados, y de ser posible limitar o eliminar su presencia. En este sentido, la aplicación amplia de los programas con sustitutivos, el mayor aprovechamiento y ocupación del tiempo, la mejora en las expectativas de los penados y su mejor situación interna puede colaborar a mejorar las condiciones de vida y la situación de los internos.

11. 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A las cuestiones abordadas y a los conflictos surgidos en torno al problema de las drogas en el interior de las instituciones penitenciarias, así como a los distintos aspectos que hemos abordado en este apartado, debemos realizar una serie de recomendaciones que podrían servir para aliviar y en algunos casos mejorar la situación de éstos.

1. Es necesario revisar el programa de intervención en prisiones que se viene conveniando entre la Consejería de Asuntos Sociales y las Diputaciones Provinciales, en el sentido de adecuar las plantillas de personal de que se dota la asistencia en el recinto a la demanda real de pacientes. Además, se deben establecer estrategias de intervención acordes a la situación real de los internos, donde se aborden los distintos aspectos de los tratamientos que inciden tanto en los programas libres de drogas como en los programas de mantenimiento con metadona.

Una de las medidas prioritarias sería conseguir que los equipos de profesionales tuvieran una jornada con dedicación exclusiva. Situación ésta que ya fue denunciada en el informe presentado en el 2000, y que podemos decir que ha empeorado al haberse incrementado el número de pacientes en programas.

Esta propuesta se complementaría en el sentido de incorporar más técnicos por parte de los servicios de atención a las drogodependencias, teniendo en cuenta los recursos que se integran en el GAD de cada uno de los centros. Además, se debe tender a una mayor implicación del personal de Instituciones Penitenciarias dentro de los GAD. También, se hace necesaria la incorporación de un médico en estos equipos, para que adquieran un carácter interdisciplinar. Éste garantizaría el control de los pacientes en programa de mantenimiento con metadona.

2. Se debe velar por el cumplimiento de lo establecido en el Reglamento Penitenciario, en lo referido a los artículos 117 y 182, tanto en lo respecto de las medidas extrapenitenciarias, como a la posibilidad de atender a criterios en segundo grado cuando presenten un perfil acorde a lo recogido en la norma.

3. La puesta en marcha y aplicación del programa de tratamiento con metadona no debe quedar restringido a la mera prescripción del medicamento, como viene ocurriendo en la

mayoría de los centros. Para ello, se debe mejorar el nivel de atención de estos reclusos a través de intervenciones que vengán a incidir sobre aspectos psicológicos y sociales.

En este sentido, y en los últimos años, se ha observado un incremento importante del número de pacientes en programa con metadona, lo que ha supuesto un menor nivel de atención y de calidad de los tratamientos sobre éstos, al no ir parejo con la mejora de los equipos de atención que ya hemos denunciado.

Además, debemos insistir en las cifras tan dispares de pacientes en programas de mantenimiento con metadona de unas prisiones a otras. Ello pone de manifiesto que los criterios de inclusión no son iguales en todos los centros, lo que supone que no se aplica con igual criterio terapéutico el programa.

4. Creemos que se deben potenciar las medidas de incorporación social, que mantengan pautas que les ayuden no sólo en sus procesos de cambios y búsqueda de nuevas alternativas laborales sino que deberían trabajarse aquellos otros aspectos que inciden en su regreso al medio normalizado. En muchos casos, la mejor alternativa sería su alejamiento de su medio de origen y la utilización de recursos de convivencia (casas de acogida, comunidades terapéuticas, pisos de reinserción,...).

También, para conseguir este objetivo se debe contar tanto con los programas de los Servicios Especializados de drogas - Red de Artesanos, Programa Arquímedes, Viviendas de Reinserción..., así como de programas y medidas previstas para el resto de la población y que van dirigidas a la búsqueda de empleo, capacitación laboral, ayudas sociales....

5. Las medidas de prevención y de educación sanitaria deben ser objeto de trabajo en las Instituciones Penitenciarias, ya que dentro de la población carcelaria sabemos que existe actualmente un alto porcentaje de consumidores por vía endovenosa. En este sentido, se debe intervenir a través de programas de información, asesoramiento, educación para la salud, consejo y motivación de los usuarios para evitar las conductas de riesgo, así como habilitar cuantas medidas sean posibles para evitar el uso compartido de jeringuillas.

6. En los últimos años se han incrementado las medidas para evitar el uso de drogas en las prisiones, por lo que no puede seguir existiendo el convencimiento en la población drogodependiente, de que existe una cierta complacencia ante el uso interno de drogas por la propia institución. En estos momentos la utilización del programa de mantenimiento con metadona de forma generalizada y con escasas restricciones está siendo la mejor medida para paliar el uso de drogas.

No obstante, es necesario actualizar las normas reguladoras de los tratamientos con metadona en centro penitenciarios, unificando los criterios de inclusión y expulsión adaptando las reglas de utilización y de interpretación de los controles a través de analíticas. Debe existir una mayor coherencia sobre esta

materia, máxime cuando se van a poner en marcha los programas de intercambio de jeringuillas.

7. Con relación a los programas de tratamiento que se llevan a cabo en el interior de las prisiones, debe existir una mayor coordinación de criterios de intervención entre los equipos de los centros de tratamiento del exterior con los del interior.

8. En cuanto a la creación de Departamentos Específicos para la realización de programas permanentes, éstos deben tener como objetivo desde las propias instituciones la planificación y seguimiento de actuaciones individualizadas y adaptadas a cada caso.

9. Se debe evitar la larga lista de espera para el inicio de un tratamiento en el interior de la prisión, ya que ello llega a producir la desesperación de los pacientes. Se debe recoger información y control de esta espera para poner los medios precisos que eviten estas situaciones.

10. En relación al resto de instituciones sociales que vienen trabajando en el interior de las prisiones Proyecto Hombre, Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida "Enlace", Remar, Acalí, Acoger... debe existir una mayor coordinación con relación al trabajo que realizan con los internos. No se trata de crear un modelo único de intervención, sino de establecer pautas que permitan protocolizar el perfil los pacientes y el mayor control de todas las intervenciones realizadas, así como un control organizado de las intervenciones.

11. Actualmente los Grupos de Atención a las Drogodependencias (GAD) actúan de forma muy desigual, sobre todo en lo que afecta a los criterios de intervención, así como en la composición y actuaciones de los mismos.

Es necesario, junto a una dedicación en exclusiva de este personal la integración de los técnicos especialistas de drogodependencias dentro de éstos, como una forma de participación activa y reconocida que les permita un mayor protagonismo en las posibles decisiones o derivaciones que supongan los tratamientos.

12. En los términos que ya recogíamos en el informe de 2000, sobre la situación de los drogodependientes en las cárceles andaluzas, se debe establecer, dependiendo de la situación y en base a los criterios técnicos que se determinen, el internamiento en centros especializados de aquellos pacientes que alcancen la situación prevista en los artículos 182 y 117 del Reglamento Penitenciario.

13. La Administración Autonómica, responsable de los programas, debe fijar de forma consensuada con la Instituciones Penitenciarias, los criterios de los programas de intervención. De tal manera, que éstos sean iguales en el interior como en el exterior de forma idéntica y coherente. Ello permitirá la continuación de los tratamientos cuando se ingresa en prisión y cuando se concluye el periodo de internamiento.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12. 1. CONCLUSIONES

En primer lugar, podemos decir que la aplicación de un enfoque racional del tema de las drogas lleva a percibir las como un elemento más de la vida social, que comporta riesgos para la salud pública en los ciudadanos. Las imágenes culturales asociadas a esta forma de percibir las pueden ser todavía muy variadas, pero lo importante, por el bien de los afectados y de los tratamientos, sería conocerlas bien y abortar la imagen que está presente en la sociedad con relación a la criminalización del problema (el morbo, la marginalización y el dramatismo) con objeto de modificarla y así conseguir una respuesta social más coherente con el concepto de enfermedad.

Actualmente la imagen de las drogas y la de los drogodependientes sigue asociada a la marginación y a la exclusión, lo que les lleva a anclarse inexorablemente en el submundo de las drogodependencias. Situación ésta que se acrecienta con el paso del tiempo y que coloca sus vidas en situaciones límites y en un camino de difícil retorno.

La estigmatización de las drogas es un elemento que impregna las relaciones sociales de los ciudadanos con los afectados, de tal forma que les lleva a vincular drogas y marginación/desviación juvenil y, por ende, a una catalogación de los jóvenes como drogadictos potenciales y de su forma de diversión como destructiva y letal. Hecho muy distante de la realidad, donde sólo consume una parte de éstos que deben ser objeto de preocupación.

Una de las causas de esa estigmatización tiene que ver con una tendencia permanente desde las Administraciones a asumir como modelo las políticas controladoras, que vienen a dar respuestas a determinados sectores de la sociedad que las apoyan y las ven como la mejor manera de ejercer el control sobre éstas. Crea cierta conciencia de que se actúa, mientras observamos cómo cada vez están menos presentes aquellas estrategias que vienen a fomentar la responsabilidad y el autocontrol en los adolescentes, que les permita alejarse de su consumo o convivir con ellas con el menor riesgo posible.

Por ello, es necesario una revisión en profundidad de las políticas de drogas, que permitan una mayor coherencia con el modelo social que se pretende implantar, donde se combinen los derechos individuales con aquellos otros que están relacionados con la salud pública de los ciudadanos y su adecuada atención. Debemos admitir que la actual política prohibicionista que se pretende instaurar está llena de sombras, presentándose como ineficaz para controlar el tráfico y el consumo, y

que lejos de disminuir los riesgos para la salud llega, en algunos casos, a incrementarlos.

Así, cuando se establezcan los límites que regulen las drogas ilegales habrá que prever límites específicos para cada una de estas sustancias, abordándolas en función de los aspectos que inciden en nuestra sociedad con relación a su consumo. Ello ayudará a poner fin a la doble moral imperante que permite tan diferente trato jurídico, asistencial y económico, con respecto a las drogas institucionalizadas y a las no institucionalizadas, y que al final lleva a la población afectada, por unos u otros motivos, a sufrir consecuencias que marcarán en muchos casos el destino final de sus vidas.

No obstante, entendiendo que las políticas reguladoras del consumo van a existir siempre, a éstas se les deben anteponer, como prioritarias, las dirigidas a prevenir y a atender a las personas que tienen problemas con ellas, promoviendo condiciones para un modelo de prevención educativo en función de la realidad social, y no en base a determinado modelo cultural predominante.

Para ello, es necesario establecer concordancia y coherencia entre los diversos tipos de medidas. En concreto, acompañar los instrumentos preventivos con aquellos otros que actúan para regular el funcionamiento social con relación a las sustancias, y que infundan credibilidad a los ciudadanos. Ello les lleva a percibir que si no se sabe controlar el mercado de las drogas legales, difícilmente se podrá regular el de las drogas ilegales.

Este debate se ha abierto recientemente con el tema del consumo abusivo de alcohol de jóvenes en la vía pública y las medidas que establece el Decreto 167/2002, de 4 de junio, que ha venido a desarrollar la Ley de Drogas en estos años, con las que se pretenden aplicar una respuesta inmediata a una situación que desde hace años se veía como algo previsible. Se buscan con ellas controlar la oferta sin que se observen otros tipos de medidas que a largo plazo pudieran ser más eficaces y con mejores resultados. No obstante, habrá que esperar la aplicación de las mismas para tener una mayor información acerca de su eficacia y los efectos conseguidos.

En el tema de las drogas, nos encontramos ante un problema político en la medida en que inciden no sólo en la vida individual de los ciudadanos, sino también en el entorno inmediato de los consumidores dificultando la convivencia. El rechazo social que produce el drogadicto/marginado aumenta las dificultades objetivas para su incorporación social, así como afecta a la imagen que los ciudadanos tienen de ellas y sus consumidores. Es también un problema político en cuanto

existen grandes recursos económicos implicados en el tráfico y el blanqueo del dinero procedente de las drogas, que escapan al control de las Administraciones. Mientras, éstas tienen que dedicar grandes esfuerzos para atender las consecuencias que producen en la sociedad.

No obstante, a la hora de realizar nuestro análisis de la situación, nos encontramos en estos momentos con toda una serie de hechos que, desde nuestro punto de vista, están presentes en el ámbito de las drogodependencias y que supeditan los objetivos de las intervenciones en esta materia, éstos son:

a) El periodo de latencia en el consumo de drogas difiere en función de la edad, siendo más largo en el caso de los que empezaron a consumir drogas de modo precoz. Ello hace que nos encontremos con poblaciones en muchos casos muy deterioradas y con escasos recursos materiales y formativos en estos momentos, y con muchas dificultades para adherirse a los programas debido a la situación en que se encuentran.

b) Existe un alto porcentaje de población reclusa, que se sitúa entre un 15 y el 50% en los países de la U.E., aunque en nuestro país se habla de cifras más altas (60 a un 80%), que ha tenido problemas con las drogas, lo que lleva a tratar con personas que en muchas situaciones han tenido experiencias muy negativas en la vida, aunque al mismo tiempo el elevado número de reveses que han tenido les convierten en personas capaces de superar las frustraciones y fracasos, y que son tratadas, con relación a la enfermedad, de una manera muy distinta a la del resto de la población drogodependiente.

c) Existe un alto porcentaje de población con enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas (VIH 32% en España-, tuberculosis, hepatitis B y C,...). Ello va a suponer en muchos casos una mayor supeditación a tratamientos largos que van a retrasar y complicar el proceso de normalización.

d) La aparición en los últimos años de un porcentaje alto de poblaciones con complicaciones psiquiátricas -patología dual-, viene a situar a un sector importante de la población drogodependiente con enormes dificultades en los procesos de normalización. Estamos haciendo referencia aproximadamente a un 20% de los inicios de tratamiento en los últimos años con este tipo de características, y que se incrementa hasta llegar a un 50 o 60% en los momentos que son retenidos y estudiados desde los recursos asistenciales.

e) Existen consumidores de sustancias muy normalizados, que no pretenden perder esta condición. Por ello, muchos de estos consumidores encuentran dificultades serias de acudir a unos recursos de tratamiento que difícilmente responden a la demanda que ellos solicitan.

f) La dificultad que supone la ausencia de acciones integradas en el campo de las drogodependencias, se pone de mani-

fiesto en la forma de abordar las distintas estrategias de intervención. Éstas se realizan de forma parcelada y desconectadas unas de otras.

g) Falta continuidad y permanencia en la acción que lleva a la intervención con las poblaciones drogodependientes. Parece claro que el modelo creado en estos años parte de entender que cualquier drogadicción, al tratarse de un problema que evoluciona de forma procesual y con numerosas recaídas, requería de una acción intensa y controlada. Cuestión distinta es si ello se lleva a la práctica.

h) Es obvio que las drogodependencias y otras adicciones son un problema de salud pública. Por ello es necesario utilizar todas las técnicas e instrumentos que se vienen utilizando en salud comunitaria y, por supuesto, se debe buscar una implicación muy activa de la comunidad en todas las fases del proceso.

i) La aparición de nuevas adicciones (Internet, videojuegos, consumo compulsivo) en edades muy tempranas, requiere una acción preventiva y muy coordinada de distintos sectores sociales, ya que éstas suponen la promoción y la incitación a los juegos de azar.

j) La necesidad de contar con la participación activa y vigilante de los distintos sectores implicados, que ante cualquier situación nueva o cambio permita actuar de forma coordinada que lleve a dimensionar una respuesta lejos de sensacionalismos y actitudes permisivas, que posteriormente pueden llevar a la aplicación de acciones reparadoras que no siempre consiguen los resultados esperados.

k) Se empieza a producir en los tratamientos a las adicciones, como en otras áreas sociales, un mayor interés por la denominada rentabilidad económica por encima de una rentabilidad social, junto al riesgo que supone los intentos de uniformar los tratamientos. Al mismo tiempo que se pretende más la espectacularidad de algunas medidas, con costes poco controlados y desmedidos, por encima del apoyo a programas e iniciativas que cubren parcelas básicas en la población (recursos para la prevención, recursos sociales y de empleo, centros de acogida, apoyo social para el inicio de los tratamientos).

l) Por último, y con relación al reconocimiento de los derechos a la asistencia y atención, que vienen recogidos en nuestro ordenamiento jurídico, no está siendo adecuadamente realizado desde los distintos ámbitos de las Administraciones, aunque debemos reconocer que en algunos aspectos alcanza cotas de satisfacción, como ya hemos mencionado, entre los propios usuarios. Sin embargo, existen demandas y parcelas en los tratamientos que no son correctamente cubiertas, y a los que haremos referencia en las recomendaciones finales del informe.

12. 2. RECOMENDACIONES

Debemos recordar que el Defensor del Pueblo Andaluz, de acuerdo con su ley reguladora puede, con ocasión de sus investigaciones, formular a las autoridades y funcionarios de las Administraciones Públicas advertencias, recomendaciones, recordatorios de sus deberes legales y sugerencias para la adopción de nuevas medidas.

Por tanto, a la hora de llegar a las recomendaciones se fijan en función a los distintos apartados de la investigación, haciendo hincapié en todas las áreas de intervención, aunque debamos reconocer que éstas tienen distintos niveles de desarrollo. Así, vemos como las mayores carencias, a nivel general, se encuentran en la prevención y la incorporación social, aunque también existen importantes lagunas en la asistencia a la población consumidora a determinados niveles, con importantes desajustes e irregularidades en la prestación de los servicios, siendo ésta el área donde se han dirigido los mayores esfuerzos desde la creación del Plan Andaluz sobre Drogas.

En el ámbito de la prevención podemos ver cómo el área se encuentra sin capacidad de respuesta desde el órgano de coordinación, al no existir programas enunciados para los distintos ámbitos. Mientras, la Incorporación Social ha desaparecido como área propia, para quedar integrada en el Área Asistencial, por lo que es de prever su pérdida de identidad y eficacia. Todo esto, se pone de manifiesto ante la ausencia en los últimos años de iniciativas que vengán a mejorar o modificar las ya existentes y que son el único referente en esta materia.

Con relación a la atención, las carencias son patentes ante la falta de adecuación de la Red a determinadas poblaciones o sectores, como son: los jóvenes que se inician en el consumo que manifiestan pautas muy diferentes y que no acuden a recibir atención a los centros debido a la falta de adecuación de éstos, los pacientes con patología dual; aquellas poblaciones más marginales o las poblaciones con otras adicciones (tabaco, Internet, ludopatía).

Con relación a los recursos asistenciales, existe una deficiente atención en el interior de las prisiones con falta de personal y definición en los tratamientos; faltan recursos de internamiento para los pacientes de patología dual; faltan recursos sociales de apoyo, la espera desde que se explicita la demanda para acceder a determinados recursos es muy prolongada (Comunidades Terapéuticas, Viviendas para la Reinserción...) y es necesario, en algunos casos, la especialización de plazas para determinados perfiles en centros de internamiento ya que la homogeneización no es una característica que está presente en los drogodependientes. En cualquier caso, deben prevalecer los criterios asistenciales y técnicos sobre los economicistas que parecen encontrar en estos momentos mayor apoyo en las Administraciones.

Se debe realizar un mayor desarrollo del modelo social y médico, con una mejor categorización de la enfermedad y del momento evolutivo de cada persona.

Junto a ello, y con relación al modelo asistencial que se pretende realizar, habría que establecer con quién se cuenta para ello y cuál es el modelo de financiación para así evitar el cierre temporal de recursos ante la imposibilidad de algunas Administraciones Locales e Instituciones Sociales para seguir manteniendo éstos. Además, se debe definir el mapa de recursos, para no dar la imagen de que se abren o conciertan unos en función de la presión que se ejerce mientras se cierran otros, dando todo ello una sensación de provisionalidad y descoordinación que poco favorece la definición del modelo de atención, lo que no se justifica después de más de diecisiete años de existencia del Plan.

Con respecto a la denominada cartera de servicios, ésta debe dejar de depender exclusivamente de la decisión política, que responde a la influencia y la presión que ejerce la sociedad, y tener en cuenta los intereses individuales de los propios afectados. Se retoma de esta forma la vieja polémica de la búsqueda del control social del adicto, en nombre de la salud pública, por encima de los intereses y derechos individuales. Debemos admitir que el adicto tiene, en general, un alto nivel de competencia que se le exige cuando entra en el tratamiento y que se potencia y desarrolla a lo largo del mismo.

Siendo éstas algunas de las situaciones más significativas de un primer diagnóstico de la situación, también debemos destacar las escasas medidas sociales existentes que den cobertura a los pacientes una vez que están dentro de la propia Red, así como la indefinición de algunos programas.

Sin embargo, desde la propia Administración, existe una cierta idealización de la Red de atención y de sus recursos, lo que le lleva a cubrir de forma permanente las posibles carencias y déficits de los programas en función de los propios intereses del momento. Quizás un sentido más crítico ayudaría a mejorar determinados aspectos que son reconocidos en general por todos como deficitarios.

Conforme al análisis realizado de la población de las drogas y otras adicciones en Andalucía, resulta necesario formular algunas recomendaciones a la Administración Autonómica, al amparo del artículo 29, apartado 1 de la Ley 9/1983, de 1 de diciembre, del Defensor del Pueblo Andaluz, concretamente a la Consejería de Asuntos Sociales, y al Comisionado para las Drogodependencias, organismo dependiente de aquella.

En relación a las sustancias.

Es notorio el incremento de la polarización del consumo de drogas en los jóvenes. Este dato viene contrastado en los estudios y encuestas realizados en los últimos años, en los que se pone de manifiesto una mayor presencia de las drogas junto a

un inicio más precoz, lo que pone en jaque las políticas preventivas por ser poco certeras y eficaces, así como por su escasa presencia en nuestra sociedad.

Ante ello, recomendamos lo siguiente:

1. Es necesario promover una reflexión social acerca de la incidencia de los consumos de las distintas sustancias, para producir un cambio de orientación de las políticas actuales que las hagan más eficaces a tenor de la presencia real que tiene cada una de ellas, y que permita un tratamiento claramente diferenciado.

Aquellas sustancias legales que están teniendo consecuencias graves entre los jóvenes, deben contar con programas específicos que les orienten hacia un determinado tipo de comportamiento, aprovechando los distintos espacios o ámbitos donde éstos se mueven, sean de ocio o de trabajo; de tal manera que lleguen a ser objeto de los programas de prevención y se aborden de forma prioritaria en los centros educativos.

2. En el caso de los jóvenes consumidores, se debe trabajar desde la perspectiva de los programas de reducción del daño, fortaleciendo con ello la autorresponsabilidad de los jóvenes y en línea con los trabajos iniciados a mediados de los noventa, y que en estos momentos están teniendo escasa presencia, salvo algunos municipios que empieza a aplicar tímidamente éstos por iniciativa propia.

3. Con relación a las propuestas dirigidas al control social de las drogas, éstas deben orientarse a promover iniciativas que ayuden al conocimiento de las mismas, favorecer actitudes y promover comportamientos que frenen el abuso de aquellas.

Para ello, proponemos que el auténtico control social de las drogas debe suponer difundir el conocimiento sobre las mismas y el desarrollo de estrategias preventivas. En definitiva, se trata de promover actitudes y comportamientos desde un modelo educativo con relación a las sustancias.

4. Para el estudio y conocimiento de esta realidad es necesario, desde el observatorio de drogas, se realicen estudios serios y con suficiente independencia que sirvan para orientar la planificación de las futuras políticas de drogas en el futuro.

5. Se debe establecer un marco normativo que regule los tratamientos con todo tipo de sustancias, siguiendo la modificación realizada en otras Comunidades Autónomas en sus respectivas normativas sobre Drogas. Ello permitiría, no sólo establecer protocolos de investigación con todo tipo de sustancias (no sólo heroína) sino también la utilización de drogas para pacientes en estado crítico o terminal.

Las adicciones son aún hoy un problema vivo, son un problema poco conocido y con una evolución incierta que requiere de una gran atención y conocimiento.

En relación a los programas de prevención.

Consideramos prioritarias las actuaciones preventivas en sus distintos niveles. Sobre todo, en un momento en que no

existen nuevas propuestas y las que vienen funcionando no han sido suficientemente aplicadas y evaluadas. No se conocen los efectos alcanzados por estas intervenciones así como los proyectos de futuro. Sin embargo, se observa que las únicas estrategias de prevención se basan en campañas informativas y de sensibilización, a través de los medios de comunicación, con resultados, cuando menos, dudosos e inciertos.

Sigue la prevención centrada en el tratamiento de las sustancias convencionales, sin que se aborden los riesgos y los peligros que suponen otras adicciones que también están presentes en los adolescentes y que deben ser objeto de actuaciones preferentes desde los programas al convertirse en muchos casos en antesala de determinadas actitudes y comportamientos.

Para ello, recomendamos lo siguiente:

1. Debe ser un objetivo de la prevención incentivar la formación en drogodependencias en los niveles universitarios de pregrado y postgrado.

Junto a éstos, debe favorecerse la formación de los profesionales de la Red (Atención Primaria, Servicios Sociales Comunitarios, Atención Especializada, judicatura, funcionarios de instituciones penitenciarias...), así como de aquellos otros que en el futuro vendrán a incorporarse a esa actividad laboral.

Debe ser la Administración Autonómica quien establezca el marco de necesidades formativas, para que éstas sean recogidas y atendidas en los distintos programas de las Universidades y estructuras que tienen reconocida capacidad docente.

2. Ante el escaso desarrollo alcanzando por la Ley de Drogas en estos años, como se ha puesto de manifiesto, se debe avanzar en éste, así como modificar determinados aspectos de la misma en consonancia con el momento actual y las situaciones nuevas (desarrollo de un nuevo marco para otras adicciones, adecuar los aspectos preventivos en el ámbito educativo al marco actual de la Enseñanza y las situaciones nuevas, establecer un marco más amplio y completo en los derechos y cobertura de la asistencia a estas poblaciones...), convirtiéndola así en un elemento útil para la sociedad.

3. En el ámbito comunitario se debe potenciar la creación de Planes Comarcales y Municipales de Drogas, adaptados a las realidades de cada entorno.

Los Planes de Prevención deben contar con los recursos necesarios que vengán a paliar la carencia de programas estructurados en la gran mayoría de los municipios. Se debe evitar actuar sobre situaciones puntuales, que responden en algunos casos al oportunismo que produce el tema de la prevención.

Con relación a las subvenciones concedidas a los Municipios para estos programas, se debe tender a dotarlos de los medios económicos y humanos necesarios que permitan que sean auténticos programas que tengan validez en el entorno. Se debe evitar el fraccionamiento de las ayudas que llegan a ser pequeñas subvenciones con escasa rentabilidad social y que

solo pretendan contentar a todos más que llevar adelante programas de prevención.

4. Se debe crear un registro de programas y materiales, que acredite la viabilidad de éstos y su adecuación a los objetivos que se recogen en el II Plan Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones, así como a las Estrategia Nacional sobre Drogas (2000-2008).

Previo a ello, sería necesario crear a nivel de la Comunidad Autónoma un Plan Estratégico de Prevención de Drogas, ya que en estos momentos los que se definen como tal son materiales de apoyo, poco utilizados o acciones puntuales (campañas, folletos).

5. La prevención de drogas en el ámbito educativo ha vivido en los últimos años un claro retroceso, dada la baja aplicación que los instrumentos existentes para la prevención (DINO, ÓRDAGO, Y TÚ, ¿QUÉ PIENSAS?) tienen en estos momentos, en el conjunto de comunidad educativa, al no contar ni con el apoyo necesario ni las estrategias adecuadas de aplicación.

Es necesario un compromiso claro con medios humanos y recursos de las Consejerías de Educación y Ciencia y Asuntos Sociales, donde se conozcan los presupuestos que se dirigen a esta materia, en consonancia con otras Áreas. Debemos insistir que las drogas en los adolescentes son una consecuencia de los fallos que se vienen produciendo en las estructuras sociales y, por ende, en los sistemas institucionales de éstas.

6. Las intervenciones preventivas en el ámbito laboral deben ser prioritarias en los próximos años. Para ello, es necesario contar con un Plan elaborado a realizar de forma conjunta con todos los agentes sociales de la empresa y donde la Administración debe ser el referente y promotor de la intervención.

7. Como medida de prevención dirigida a poblaciones con dificultades especiales, se debe favorecer la inserción a través de medidas sociales que asocien formación y producción. Llega a ser ésta la mejor propuesta preventiva para los sectores en situación de ruptura escolar y social.

Por último, insistir en la necesidad de seguir potenciando la prevención comunitaria ya que ésta debe recoger los distintos escenarios de la prevención y desde donde se puede establecer nuevos ámbitos de actuación.

En relación a la definición del modelo.

La mayor presencia de problemas y conflictos que tienen que ver con la salud de los individuos requiere, en el modelo de atención a las drogodependencias, una mayor presencia del Sistema de Salud, por el propio convencimiento que nos enfrentamos a una enfermedad, ya que cada vez se apunta más hacia la presencia de factores biológicos que pueden influir en la vulnerabilidad de las adicciones.

Con relación al modelo de atención a las drogodependencias, uno de los primeros objetivos debe ser garantizar los temas competenciales de las Administraciones y de la Iniciativa Social en el Plan de Drogas. La estabilidad del modelo de aten-

ción permitirá garantizar el futuro de los recursos humanos y materiales con que en estos momentos se cuenta. Para ello, resulta necesario definir el sistema de participación y competencias que asume cada una de las partes, con compromisos claros que lleguen a materializarse.

Independiente de quién realice el servicio, cuya decisión es de la Administración, ésta debe garantizar la universalización, equidad y calidad de los servicios, mediante los recursos necesarios para su correcto funcionamiento.

Para ello, es necesario:

1. Incrementar el nivel de participación social de los distintos sectores que configuran el Plan a través de los órganos de participación de los que se ha dotado, y donde estén presentes todos los sectores.

2. Redefinir el papel que deben jugar tanto la Iniciativa Social como las Administraciones Públicas. Debe quedar claro el nivel de competencia y el protagonismo de cada una de las Administraciones participantes, para que de esta forma se den las garantías necesarias en el normal funcionamiento de la estructura.

3. Es necesario establecer el papel del órgano de coordinación, donde se sepan claramente cuáles son sus funciones y donde éstas sean reconocidas por los distintos sectores, fijándose al mismo tiempo las que competen al órgano de gestión (FADA), así como las partidas presupuestarias que cada uno cuenta para la ejecución de los programas.

En relación al sistema de atención.

El uso de drogas varía de unos individuos a otros en relación a los grupos, las generaciones, circunstancias y situaciones ambientales. Las variaciones se ven reflejadas tanto en las cantidades utilizadas como en las propias sustancias y expectativas de consumo, esto pone de manifiesto que los efectos y las consecuencias cambian de unos a otros, no siendo igual en la mayoría de los casos. Ello justifica la importancia de tratamientos individualizados y adaptados a las distintas circunstancias.

También, es necesario retomar el modelo biosicosocial, que durante años se ha venido definiendo como necesario y del que se dice está presente en el tratamiento de las drogas. Sin embargo, se observa una fuerte descompensación entre los tres aspectos de referencia del modelo, dándose un mayor protagonismo al modelo biológico, en detrimento de los otros.

Ante esta realidad, recomendamos:

1. En coherencia con el modelo solidario, hay que atender las necesidades asistenciales básicas de los usuarios con problemas de drogas. Se debe contar con una completa cobertura social para poder acometer con eficacia los tratamientos.

Por ello, es necesario crear recursos de acogida y de apoyo social básico que cubran las necesidades primarias que les

ayuden a iniciar el tratamiento o soportar la prolongada espera en algunos programas.

2. Se deben adecuar los recursos asistenciales a las necesidades de todos los sectores que tienen problema con las drogas y otras adicciones. Es fundamental incrementar la cartera de servicios de los centros (otras adicciones, drogas de síntesis, tabaquismo...), ya que se cuenta en estos momentos con profesionales capacitados y con deseo de asumir nuevos retos.

Para ello, debe existir un mayor nivel de coordinación de los programas desde un sistema donde los propios profesionales, por su larga experiencia y trayectoria, puedan hacer sentir sus inquietudes y propuestas.

3. Se deben potenciar estrategias para disminuir la espera en algunos dispositivos, ya que existen recursos con una espera muy prolongada. Para ello, es necesario incrementar plazas en algunos de ellos, en función de las necesidades y de la demanda.

Aun entendiendo el esfuerzo realizado en estos años por la Administración, las carencias siguen existiendo convirtiéndolas en un elemento desestabilizador para la población afectada (abandonos, recaídas...).

4. Para los pacientes con patología dual se deben crear dispositivos específicos de internamiento, en línea con los existentes en otras Comunidades Autónomas, que permitan reducir la angustia en las familias que en muchos casos soportan el drama de forma solitaria. Además, hay que mejorar la atención y protocolización de la enfermedad al estar cada vez más presente en el ámbito de las adicciones.

5. Debemos hacer mención a los tratamientos en el interior de los centros penitenciarios, ya que como recoge el actual Reglamento Penitenciario (art. 116.2) existe el derecho reconocido de los internos a recibir atención a la adicción a las drogas desde en la prisión ya que, en el marco de lo establecido con el Plan Nacional sobre Drogas, son las Administraciones Públicas las encargadas de los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente los soliciten.

En este sentido, se debe realizar una revisión de los tratamientos en el interior de las prisiones que eviten situaciones dramáticas (elevados casos de fallecimiento por sobredosis, consumo abusivo de drogas...). Ello supone mejorar la atención, incrementar las plantillas, adecuar los programas en el interior a unos niveles idénticos a los existentes en el exterior y llevar a un mayor cumplimiento de la pena en centros de internamientos en el exterior; al mismo tiempo que debe existir un mayor control de las drogas que circulan en los establecimientos penitenciarios.

7. Por último, se debe seguir trabajando en la consecución de objetivos de reducción del daño, sin que ello suponga mermar el interés y apoyo a los programas y recursos que trabajan

desde la perspectiva de los programas libres de drogas. Debe seguir siendo éste un objetivo fundamental en los tratamientos.

En relación a la Incorporación Social.

La incorporación social no es posible si previamente no se consigue: un cierto estatus de dignidad, una mayor autoestima, un estado de mejora físico y psíquico y unas condiciones materiales que les permitan recuperar el espacio social.

El diagnóstico de esta área no puede ser más desesperanzador, no existe una formación para la capacitación para el empleo acorde a una necesidades laborales reales de un entorno. Los sistemas o programas creados en estos años no han permitido la integración de pacientes, salvo excepciones, en programas generalistas con el resto de la población. Se sigue insistiendo en cursos específicos pre-laborales que vienen a establecerse en base a diseños que poco atienden a un sistema flexible que vincule el grado de cualificación al progreso que experimenta la sociedad. Es necesario establecer un debate serio y en profundidad sobre las medidas y las necesidades que ésta población demanda. Se debe alentar las condiciones que permitan múltiples medidas con carácter experimental descentralizadas y con una evaluación que permita una retroalimentación de los sistemas de formación, y que encaje con las medidas para el empleo.

Ello ha llevado a que el discurso institucional en esta materia se encuentra fragmentado entre las denominadas medidas o programas de formación para el empleo y la conceptualización ideológica de lo que "debe ser" la integración social, con escasa conexión con la realidad social de los pacientes.

Por ello, recomendamos lo siguiente:

1. Crear iniciativas dirigidas a la formación prelaboral en el marco de aquellas ofertas genéricas que existen para la formación de otros sectores sociales; de esta forma se aprovecharán mejor los recursos y medios ya existentes permitiendo una mejor integración y ruptura de la estigmatización que supone la separación y segregación de los drogodependientes del resto de los ciudadanos.

En general, estas propuestas deben adecuarse a las previsiones y demandas de empleo existentes en la zona.

2. Proponer medidas dirigidas a paliar la falta de recursos y de condiciones mínimas que les ayuden a salir de la marginación, como pueden ser: la creación de fondos para parados de larga duración en condiciones especiales, creación de un marco de medidas de rentas mínimas, subsidio de vivienda... En definitiva, hacerles partícipes y garantizarles los derechos sociales que les permita una cierta seguridad material y una mejora de sus condiciones actuales de vida.

3. Incrementar y mejorar la calidad de los servicios y recursos dirigidos a la incorporación social, cubriendo la mayor demanda que se genera desde los recursos de tratamiento.

Para ello, parece indispensable contar con una red específica de recursos en materia de drogas que complemente la existente a nivel comunitario.

4. Incrementar tanto el número de plazas en los recursos para la Incorporación Social como las partidas presupuestarias dirigidas al mantenimiento de los ya existentes (Viviendas de Reinserción, Centros de Día, Programas de Formación Prelaboral, Red de Artesanos, Programa Arquímedes...); al mismo tiempo que es necesaria una redefinición de éstos programas y, en concreto, del Área donde debe existir un proyecto claro y definido.

En relación al movimiento asociativo.

Con respecto a la participación social en el Plan Andaluz, la Administración debe dar cabida y establecer acuerdos con todos los interlocutores, facilitando una representación igualitaria en función de los sectores y población representada. Estamos ante un problema que tiene diversas perspectivas y donde no existe una única forma de abordarlo. Ello se ha puesto de manifiesto mediante diversas concepciones dentro de los movimientos sociales, y todas son lícitas y respetables.

Por ello, recomendamos lo siguiente:

1. Establecer un sistema de representación en los órganos de participación del Plan de Drogas, que dé cabida a todos los sectores. Ello debe suponer, además, la existencia de un sistema de apoyo en unas condiciones de igualdad y escucha, que se ponga de manifiesto tanto en los momentos de proceder a las subvenciones y convenios a realizar con la Consejería de Asuntos Sociales como con los posibles acuerdos con la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias (FADA) para la realización de programas. Previamente debe establecerse la competencia entre el órgano político y el órgano de gestión, al menos en la realización de esta tarea.

2. El movimiento asociativo debe convertirse en auténtico valedor de los intereses de los sectores que representan, siendo ellos los interlocutores en la defensa de las quejas y situaciones de los ciudadanos que padecen el problema, e incidiendo en su papel de mediación social de éstos ante las Administraciones.

Ello supone asumir su papel de reivindicación ante las Administraciones, por encima de los acuerdos y convenios que con ésta se establezca. Si importante es para el movimiento asociativo las ayudas y acuerdos con la Administración, no menos es necesario para ésta la existencia de las asociaciones como fiel reflejo de lo que demandan los afectados y familiares.

3. El sistema de conciertos y convenios entre la iniciativa social y la Administración debe responder a criterios previos de planificación, así como a las necesidades detectadas. Para ello, deben explicitar los criterios e indicadores, previamente consensuados, por los que se van regir. Al mismo tiempo, se debe garantizar el periodo de vigencia de los convenios y conciertos en tiempo suficiente que permita una evaluación real y

una adecuación de los programas y los recursos a previsiones futuras.

No obstante, la situación puede mejorar si se consigue una mayor coherencia y calidad en el Sistema de Atención a las Drogodependencias, donde se incluyan los derechos y la cobertura básica que corresponde a los ciudadanos en esta materia, mediante un catálogo de prestaciones que de forma estable garantice éstas en el futuro y responda a las aspiraciones y demandas de los ciudadanos que requieren de una atención a las adicciones. Al mismo tiempo, que se debe profundizar en la ordenación normativa en este ámbito que lleve al desarrollo, a todas luces necesario, de la Ley 4/1997; así como es necesario regular el marco que fije la situación del personal que trabaja en los recursos y programas asistenciales.

Por último, no queremos terminar sin realizar algún apunte al II Plan de Drogas y otras Adicciones, recientemente aprobado, al ser el referente para los próximos años de las políticas institucionales en materia de adicciones en nuestra Comunidad Autónoma. No vamos a entrar a valorarlo, ya que en este momento es sólo un proyecto de futuro, aunque se ha puesto de manifiesto cierta precipitación en el debate previo, que ha sido puesto de manifiesto por algunos sectores, así como el resultado de impulsos contradictorios que en estos años no han acabado de marcar una línea coherente de actuación. En cualquier caso, es difícil opinar sobre las posibles bondades de sus objetivos y estrategias si desconocemos los medios con los que cuenta para su consecución. Solo tenemos referencias de los comentarios surgidos, en torno al proyecto de memoria económica, en el momento de su presentación ante el Consejo Económico y Social. Sin embargo, resulta preocupante la imprecisión con relación al cúmulo de objetivos y actuaciones que recoge donde no se establece un calendario de aplicación, dando la sensación de que habrá que esperar al 2007 para saber lo realizado, o aspectos relacionados con el control de los servicios que no sabemos dónde quedan ubicados.

Para finalizar, consideramos que si no existe un cambio de rumbo y de orientación a la situación actual y mientras se siga abordando el problema de las drogas como un fenómeno causado básicamente por la propiedad misma de la sustancia, difícilmente se puede asumir que la aprobación de nuevos Planes o determinadas políticas centradas en éstos lleguen a modificar el actual estado de cosas, y habrá que seguir esperando que el abuso de drogas siga aumentando. De esta forma, habremos malogrando una posibilidad de cambio de la situación.

Únicamente cuando se intente comprender y coordinar los esfuerzos por medio de mejoras en las condiciones de vida de los ciudadanos afectados y se potencien el mayor número posible de valores sociales, para conseguir una sociedad más equilibrada y justa, podrá haber un progreso encaminado a la reducción de las adicciones.

13. CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO PARA LOS PROFESIONALES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PROFESIONAL Y RECURSO

- Titulación académica.....
- Actividad que desempeña en el recurso.....
- Edad.....Sexo: Hombre..... Mujer.....
- Años que lleva trabajando en drogas.....
- Recurso en el que trabaja.....
- Trabaja en un centro público
- Trabaja en un centro privado-concertado

SITUACIÓN PROFESIONAL

- I. ¿Qué vinculación laboral mantiene Vd. en estos momentos en su actividad profesional?
 - A. Funcionario
 - B. Laboral fijo
 - C. Laboral eventual
 - D. Interino
 - E. Obras y servicios
 - F. Otros (especificar)
- II. ¿Cuántos años lleva trabajando en el recurso o programa donde te encuentras en estos momentos?
 - A. De cero a dos años.....
 - B. De dos a cuatro años
 - C. De cuatro a seis años.....
 - D. De seis en adelante (especificar)
- III. En estos momentos, desearía cambiar de actividad laboral
 - A. Sí
 - B. No.....
- IV. Si desea cambiar de actividad laboral, hacia dónde le gustaría dirigirla.
 - A. En el ámbito de las drogodependencias cambiando de recurso
 - B. Dentro de los Servicios Sociales
 - C. En un ámbito bien distinto.....
- V. ¿Qué factores externos considera que inciden más en su deseo de cambiar su situación laboral?
 - A. La falta de medios para el ejercicio profesional
 - B. Trabajar con este tipo de pacientes
 - C. La falta de incentivos profesionales

- D. La falta de criterios de intervención desde los órganos de dirección
 - E. Otras
- VI. ¿Qué factores internos considera que inciden en su deseo de cambiar su situación laboral.
- A. La monotonía del trabajo.....
 - B. El escaso margen para realizar su actividad profesional
 - C. La falta de expectativas
 - D. Otros (especificar).....

- VII. La formación y reciclaje profesional que recibe de su empresa la considera:
- A. Muy adecuada.....
 - B. Adecuada
 - C. Escasa.....
 - D. No existe

PROGRAMAS Y RECURSOS

- VIII. ¿Cree que la configuración de la red asistencial de drogodependencias es la adecuada a la situación actual de los pacientes?
- A. Sí.....
 - B. No

Justifique su respuesta.

IX. Señale, desde su punto de vista, los aspectos fuertes de la red de atención a las drogodependencias en los siguientes programas.

- A. Programa con metadona
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- B. Programa de Deshabitación en Comunidad Terapéutica
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- C. Programa de Deshabitación en Régimen Ambulatorio
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- D. Programas Desintoxicación en Unidades Hospitalarias
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- E. Programa de Desintoxicación Rápida
 - 1.
 - 2.
 - 3.

- F. Programa de Centros de Día
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- G. Programa Red de Artesanos (Formación prelaboral en empresas)
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- H. Proyecto Arquímedes (Ayuda al empleo)
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- I. Viviendas de Reinserción
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- J. Programas de Prevención Comunitaria
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- X. Señale, desde su punto de vista, los aspectos débiles de la red de atención en drogodependencias en los siguientes programas.
 - A. Programa con Metadona
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - B. Programa de Deshabitación en Comunidad Terapéutica
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - C. Programa de Deshabitación en Régimen Ambulatorio
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - D. Programas Desintoxicación en Unidades Hospitalarias
 - 1.
 - 2.
 - 3.
 - E. Programa de Desintoxicación Rápida
 - 1.
 - 2.
 - 3.

- F. Programa de Centros de Día
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- G. Programa Red de Artesanos (Formación prelaboral en empresas)
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- H. Proyecto Arquímedes (Ayuda al empleo)
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- I. Viviendas de Reinserción
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- J. Programas de Prevención Comunitaria
 - 1.
 - 2.
 - 3.
- XI. Considera que en los últimos años el recurso en el que Ud. trabaja ha realizado cambios para adecuarse a las necesidades y demandas de los usuarios. Si los ha realizado, ¿de qué tipo?. De no haberlo realizado ¿por qué no se han hecho?
 - A. Sí.....
 - B. No

Justifíquelo
- XII. Considera que existe coordinación en el equipo profesional de su recurso.
 - A. Sí.....
 - B. No

Si su respuesta es no, justifíquela:
- XIII. Siendo la coordinación una práctica necesaria en los servicios en drogodependencias, indíquenos como considera la existente entre el servicio donde trabaja y otros servicios o instituciones.
 - A. Comisionado para las Drogodependencias
 - 1. Muy buena.....
 - 2. Buena
 - 3. Aceptable
 - 4. Escasa.....
 - 5. Nula.....

- B. Servicios de Salud
1. Muy buena.....
 2. Buena
 3. Aceptable
 4. Escasa.....
 5. Nula.....
- C. Servicios Sociales Comunitarios
1. Muy buena.....
 2. Buena
 3. Aceptable
 4. Escasa.....
 5. Nula.....
- D. FADA: (Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias)
1. Muy buena.....
 2. Buena
 3. Aceptable
 4. Escasa.....
 5. Nula.....
- E. Otros servicios y programas de drogodependencias
1. Muy buena.....
 2. Buena
 3. Aceptable
 4. Escasa.....
 5. Nula.....
- XIV. Considera que los tratamientos y programas están protocolizados suficientemente.
1. Bastante.....
 2. Suficiente.....
 3. Escaso
 4. Nulo.....
- XV. Señale tres propuestas que pudieran beneficiar y mejorar la calidad de su servicio.
- A.
- B.
- C.
- XVI. ¿Qué tipo de recursos y programas deberían potenciarse o crearse en estos momentos para mejorar la cobertura actual de la Red de Atención a las Drogodependencias?

Muchas gracias por su colaboración.

CUESTIONARIO PARA LOS DESTINATARIOS DE LOS PROGRAMAS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Edad..... Sexo: Hombre:..... Mujer:

Provincia de origen:

I. Actualmente convive con:

- A. Familia.....
- B. Esposa
- C. Pareja.....
- D. Solo.....
- E. Otros.....

II. Estudios realizados:

- A. Analfabeto, sin estudios o menos de EGB
- B. EGB (Ciclo inicial y medio - 1 a 5 curso-)
- C. EGB (Ciclo superior de 6º a 8º curso)
- D. BUP.....
- E. FP 1
- F. FP 2
- G. Módulo de Garantía Social
- H. Cursos del INEM
- I. Medios (Escuelas Universitarias y 1º ciclo de Facultades y Escuelas Técnicas)
- J. Superiores (2º Ciclo y 3º Ciclo doctorados).....

III. Si ha realizado alguna actividad laboral, podría indicarnos cuáles han sido y durante cuánto tiempo:

- Activ Tiempo
- Activ Tiempo
- Activ Tiempo
- Activ Tiempo
- Activ Tiempo

IV. Datos de consumo:

A. Edad en que se inició en el consumo:

B. Drogas que ha consumido:

- Tabaco Alcohol
- Cannabis Anfetaminas
- Sedante/hipnóticos Alucinógenos
- Heroína..... Cocaína.....
- Heroína/cocaína..... Otros opiáceos.....
- Inhalante

- C. Años que lleva consumiendo drogas:
- D. ¿Cuándo fue la última vez que consumió? Años:..... Meses:.....
- E. Periodo que lleva abstinente: años.....meses.....

INFORMACIÓN SOBRE LOS RECURSOS Y PROGRAMAS

- V. ¿Cuánto tiempo lleva en tratamiento?
Años.....Meses.....
- VI. En qué recurso/programa se encuentra en este momento:
 - A. Casa de Acogida.....
 - B. Unidad de desintoxicación hospitalaria.....
 - C. Comunidad Terapéutica.....
 - D. Centro de Tratamiento Ambulatorio
 - E. Centro de Día.....
 - F. Piso de Reinserción
 - G. Proyecto Red de Artesanos
 - H. Proyecto Arquímedes
 - I. Otros.....
 - J. Otros.....
- VII. Indíquenos en qué recursos y programas de la red de atención a las drogodependencias ha estado y el tiempo aproximado de permanencia.

A. Casa de Acogida.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
B. Unidad de desintoxicación hospitalaria.....	Tiempo
C. Comunidad Terapéutica.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
D. Centro de Tratamiento Ambulatorio.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
E. Centro de Día.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
F. Piso de Reinserción.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
G. Proyecto Red de Artesanos.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
H. Proyecto Arquímedes.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
I. Otros.....	<input type="checkbox"/> Tiempo.....
J. Otros.....	<input type="checkbox"/> Tiempo
- VIII. Ha existido algún recurso en el que haya estado más de una vez, indíquelo.
 - A. Casa de Acogida
 - B. Unidad de desintoxicación hospitalaria.....
 - C. Comunidad Terapéutica.....
 - D. Centro de Tratamiento Ambulatorio
 - E. Centro de Día.....
 - F. Piso de Reinserción
 - G. Proyecto Red de Artesanos.....

- H. Proyecto Arquímedes
- I. Otros.....
- J. Otros.....
- IX. Mientras ha estado en un programa de tratamiento a las drogas, ¿ha participado en alguna actividad de formación laboral?
Señala las actividades laboral y empresa que realizó (curso, aprendizaje en una empresa o taller, práctica de formación, ...).
- A. Programa:
- B. Actividad:
- X. Si has participado en alguna actividad de formación laboral, ¿considera que ello le ha servido posteriormente?
A. Sí..... No
Justifíquelo.
- XI. Considera que ha superado su problema con las drogas.
Sí.....
No.....
Justifíquelo
- XII. ¿Con qué dificultades se encuentra en este momento?
- a) No tengo trabajo
- b) No tengo vivienda
- c) No tengo familia.....
- d) No tengo pareja
- f) Otros

Muchas gracias.

CUESTIONARIO-GUÍÓN PARA LA ENTREVISTA CON LOS PACIENTES

I. Información sobre la perspectiva de los usuarios de los recursos del PASD.

1. ¿Cómo llegasteis a tomar contacto con los recursos de drogas?
2. ¿Qué acogimiento tuvisteis a la llegada?
3. ¿Piensas que cuando conocieron tu historia previa de consumo de drogas, ello pudo generar algún tipo de rechazo en el profesional que te atendió?
4. ¿Consideras que ese primer momento era importante que te acompañará alguien de tu entorno más próximo (familia, amigos,...)?
5. Si fuisteis acompañado, ¿consideráis que ello sirvió para algo?
6. Con relación a las orientaciones e informaciones que te dieron, ¿consideras que fueron válidas desde un primer momento?
7. Si no fue así, ¿qué aspectos consideráis que deberían haberte informado? En relación a los recursos, a lo que podía ocurrirte en tu proceso de tratamiento, a la trayectoria que seguirías una vez que habías pensado ponerte en tratamiento, a los programas,...
8. ¿Cuáles fueron las razones que tuviste para dejar de consumir drogas?

II. Valoración de los recursos de drogodependencias.

1. ¿Qué recursos habéis utilizados?
2. Comentar algunos de los recursos y ver las expectativas previas existentes en los pacientes y la satisfacción encontrada en los mimos.
3. ¿Considera que los recursos de drogas, en los que has estado, han cubierto tus necesidades más inmediatas? ¿En qué medida?
4. ¿En qué recurso o programa habéis encontrado mejor nivel de satisfacción en lo referido a: apoyo terapéutico, trato personal, acogimiento,...

III Valoración de la eficacia de los recursos y programas.

1. ¿Cómo ha sido el trato dado por los profesionales? ¿cómo lo valoras?
2. ¿Consideráis que el tratamiento y las pautas que te indicaron eran adecuadas?, y ¿en qué medida las seguisteis?
3. ¿Crees que el esfuerzo que tuvisteis que realizar para dejar las drogas (cambiar tu forma de vida, hábitos, amigos, etc.) mereció la pena?
4. ¿Pensáis que los recursos de drogas responden a las necesidades y perfiles actuales de los drogodependientes?

5. Sin no es así, ¿qué cambios creéis que se deberían producir?

6. Programa con Metadona:

- ¿Consideráis que un programa como éste sirve para dejar de consumir drogas?

¿Qué elementos creéis faltan en este programa? mayor atención terapéutica, mayor control de las dosis, necesidad de conocer las dosis que se nos suministran,

7. La Comunidades Terapéuticas.

¿Qué valoración hacéis de ellas?

¿En realidad sirven? ¿En qué medida?

¿Qué aspectos modificarías en ellas? En relación a las normas, a los tratamientos, a la organización del tiempo, a las actividades que se realizan, relaciones entre los pacientes, confort,...

8. Los programas de reinserción.

¿Consideráis que estos programas sirven en realidad para ayudaros a salir de las drogas?

¿Qué valoración hacéis de los recursos que existen en estos momentos?

¿Qué aspectos consideráis que faltan en estos momentos en estos recursos que pudieran ayudar a mejorar el proceso de incorporación social?

9. Sería conveniente que existieran programas de tratamiento con heroína, a igual que existen con metadona u otras sustancias: ¿qué ventajas crees que podría aportar, y que inconvenientes?

10. ¿Qué otras propuestas harías para mejorar la recursos y programas?

IV. Elementos de acompañamiento a la normalización.

1. Siendo la incorporación social un momento importante en el proceso terapéutico, podrías señalarnos los aspectos que considera más importantes en éste.

Y los más negativo.

2. ¿Qué programas de incorporación social conoces? ¿Cómo la valorarías?

3. ¿Qué elementos o aspectos consideras que faltan en estos momentos en los programas?

Viviendas de Reinserción:

Centros de Día.

Programa Red de Artesanos.

Programa Arquímedes.

Otros:.....

14. BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO de la Comisión de Política Social y Empleo, por el que se aprueba, con modificaciones, el informe de la Subcomisión especial, creada en el seno de la misma, para el estudio de la exclusión social en España, de sus causas y consecuencias, así como de las medidas de todo tipo que es preciso adoptar para desarrollar políticas específicas tendentes a solucionar este problema. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Núm. 213 de 4 de diciembre de 1997.
- ALIENA MIRALLES, R. (1992): *Rentas mínimas de inserción social*. Valencia: Consellería de Serveis Socials.
- ALONSO, C. (1998): *Alcazul, programa de prevención del consumo de drogas para la población juvenil*. Toledo: Plan Regional de Drogas de Castilla la Mancha.
- ALONSO, L. E. (1999). "Trabajo y crisis del Estado del Bienestar: el empleo y la nueva sociedad civil". En *Revista de Estudios Sociales y de sociología Aplicada*. Documentación Social, Núm. 116. Págs. 35 a 68.
- ÁLVAREZ, P. y otros (1996): *La práctica socieducativa en la Incorporación Social de Drogodependientes*. Madrid: Asociación Epsilon.
- ÁLVAREZ VARA, C. (1990): *Incorporación social de colectivos marginados*. Madrid: Acebo.
- ÁLVAREZ URÍA, F. (1992): *Marginación e inserción*. Madrid: Endymion.
- ALVIRA, F. (1991): *Metodología de evaluación de programas*. Madrid: CIS.
- ALVIRA, F y COMAS, D. (1989): *El consumo de drogas en el Municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- ALVIRA, F. (2000): *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*: Madrid: Comunidad de Madrid.
- ANDER-EGG, E. (1982): *Metodología del trabajo social*. Madrid: Marsiega.
- ARENA, F. y otros (1999): *Evaluación de tratamientos con Metadona en Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga.
- ARENA, F y BERMUDO, M.V. (2002): *Comisionado para las Drogodependencias. Informe Asistencial 2000*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- ARENAS, J. y otros (1985): *Política social y servicios sociales*. Madrid: Marsiega.
- BANDURA, A. y WALTERS, R. (1982): *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- BARRIGA, S. y otros (1982): *Intervención psicosocial*. Barcelona: Hora.
- BARRIGA, S. (1984): *La Psicología Social Comunitaria: un reto*. Sevilla: Apuntes de Psicología.
- BEATTY, L.A. y CAZÁRES, A. (1997): *Métodos científicos para la investigación de intervenciones preventivas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- BENEIT, J. V. y otros (1997): *Intervención en drogodependencias un enfoque multidisciplinar*. Madrid: Síntesis.
- BENDER, M. P. (1981): *Psicología de la Comunidad*. Barcelona: CEAC.
- BERJANO, E. y MUSITU, G. (1987): *Las drogas: análisis teórico y método de evaluación*. Valencia: NAU.
- BOGANI MIQUEL, E. (1987): *Consejos y orientaciones para comprender al enfermo alcohólico*. Málaga: FAAR.
- BROOK, J.S., y otros (1990): "The psychosocial etiology of adolescent drug use: A familyinteraccionala approach". En *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116, 111-267.
- BUNGE, M. (1985): *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- CABRERA, J. y GUILLÉN, J.L. (1998): *La huella de la Metadona*. Madrid: Agencia Antidroga.
- CABRERA, J. (1998): *Patología Dual*. Madrid: Agencia Antidroga.
- CABRERA, J. (2000) : *Cannabis. ¡Hasta donde!*. Madrid: Agencia Antidroga.
- CALAFAT, A (1995): "Los factores de riesgo como fundamento de los programas preventivos". En Becoña, E, Rodríguez, A. y Salazar, I, eds: *Drogodependencia IV. Prevención, 75-103*. Santiago de Compostela : Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- CALAFAT, A. y AMENGUAL, M. (1999): *Educación sobre el Alcohol*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CALDERÓN, I. y otros (2002): *Sociedad y Droga: una perspectiva de quince años*. Madrid: FAD.
- CALLABED, J. y otros (1996): *El niño y el adolescentes. Riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes.
- CAMACHO, A. y otros (1997): *Intervención soioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- CANCINI, L. (1982): *Los temerarios en las máquinas voladoras. Estudio sobre las terapias de los toxicómanos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CARIDE GÓMEZ J. A. (1998): "Educación y Tiempo Libre". En AAVV: *Libro de Ponencias de Atención a los espacios y tiempos extraescolares*. Granada: G. E. Universitario. Págs. 17-31.
- CASADO, D. (1990): *Sobre pobreza en España*. Barcelona: Hacer.
- CASTILLO, A. J. y MONTIEL, P. (1997): *Programa de Prevención Comunitaria: Ciudades sin Drogas*, Sevilla: Junta de Andalucía.

CASTILLO, A. J. (1997): "Expectativas ante los nuevos retos en la intervención socioeducativa en drogodependencias. Nuevos desafíos ante la actuación". En CAMACHO, A. y otros, eds: *Intervención socioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía. 27, 237/243.

CASTILLO, A. J. (1998): "La prevención de las drogodependencias en el ámbito educativo, desde el Plan Andaluz sobre Drogas". En AAVV: *Atención a los espacios y tiempos extraescolares*. Granada: G. E. Universitario. Págs. 61-70.

CASTILLO, A. J. (1999): "Patrones de consumo en el ámbito laboral por sectores: Situación en Andalucía". En AAVV : *Libro de las jornadas de Prevención de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral*. Sevilla: Comisión Ejecutiva Regional de UGT A. Págs. 19-47.

CASTILLO, A. J. (2001): "Modelos de intervención desde el Plan Andaluz sobre Drogas". En AAVV: *Prevención de las drogas en los jóvenes*. Granada: G.E. Universitario. Págs. 57-83.

CASTILLO, A. J. (2001): "El proceso de reinserción con los alcohólicos". EN AAVV: *Alcoholismo: bases para la intervención*. Cuenca: Universidad Castilla-La Mancha. Págs. 143-163.

CASTEL, R. (1990): "La inserción y los nuevos enclaves de las intervenciones sociales". En *Congreso sobre Marginación Social y las Políticas de Integración Social*. Madrid. Documento mecanografiado.

CASTELLÓ, N. (1997): *Tratamiento jurídico y penal de las drogodependencias*. Sevilla: Junta de Andalucía.

CETTE, G. y otros (1992): *Nouveaux emplois de services, les dix services de solidarité. Evaluations macroéconomiques*. Paris. INSEE, BIPE Conseil.

COHEN, L. y MANION, L (1990): *Métodos de investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

COLÁS, M.P. y BUENDÍA, L. (1992): *Investigación Educativa*. Sevilla: Alfar.

COMAS ARNAU, D. (1985): *El uso de drogas en la juventud*, Madrid: Ministerio de Cultura.

COMAS ARNAU, D. (1994): *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.

COMAS ARNAU, D. (1994): *Criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Plan Nacional sobre Drogas.

COMAS, D. y ORTI, A. (1988): *La integración Social de drogodependientes*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL SOBRE DROGODEPENDENCIAS. "Plan Trienal de Drogodependencias 1990-1992". Bilbao: Gobierno Vasco.

COMISIÓN EUROPEA (1995): *Iniciativas locales de desarrollo y empleo*. Bruselas: Unión Europea.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1996): "Libro Blanco". Bruselas: Unión Europea.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (1993): "Libro Blanco sobre el Crecimiento, la Competitividad, Empleo, Retos y Pistas para entrar en el siglo XXI", Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas.

COMISIÓN EUROPEA (1995): "Iniciativas locales de desarrollo y de empleo". Encuesta en la Unión Europea, Bruselas - Luxemburgo.

CROPLEY, A. J. (1989): "Estrategias de Educación Permanente". Enciclopedia Internacional de la Educación. Barcelona: Vicens-Vives.

CHACÓN, L. (1997): "Los nuevos yacimientos de empleo en España". Informe para la Comisión Europea. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

DATLAN, S.L. (1993): "Plan Integral de Lucha contra la Pobreza en Euskadi-Balance 1990-1991". Gasteiz: Departamento de Bienestar Social del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

DELGADO, S y TORRECILLA, J.M. (2001): *Medicina legal en drogodependencias*. Madrid: Harcourt, S.A.

DE LA RIVA, F. (1993): "Investigación participativa y autoformación grupal". Documentación Social. núm. 92.

DELGADO, S. (1998): *Las drogodependencias ante los tribunales de justicia*. Madrid: Colex.

DELORS, J. Et sl., (1996): *La educación encierra un tesoro*. Madrid: UNESCO. Santillana.

DÍAZ DE QUIJANOS, S. (1985): *Los servicios de atención a las drogodependencias*. Madrid: Cruz Roja.

ECHEBURÚA, E , FERNÁNDEZ MONTALVO; J Y BAEZ, c (1999): *Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos*. Análisis y Modificación de Conducta, 25 (101), 375-403.

EDIS, (1987): *Los andaluces ante las drogas I*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1989): *Los andaluces ante las drogas II*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1991): *Los andaluces ante las drogas III*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1994): *Los andaluces ante las drogas IV*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1996): *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1999): *Los andaluces ante las drogas VI*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (2001): *Los andaluces ante las drogas VII*. Sevilla: Junta de Andalucía.

EDIS, (1999): *Las drogas en el mundo laboral de Andalucía*. Sevilla: Comisionado para la Droga.

EDIS y otros, (1998): *Las condiciones de vida de la población pobre en España*. Informe general. Móstoles: Fundación Foessa.

- EDWARDS, G. y ARIF, A., (1981): *Los problemas de la droga en el contexto cultural*. Cuaderno de Salud Pública núm. 73. Ginebra: OMS.
- ELORDI, C. (1999): *La revolución neoliberal de la señora Thatcher*. Protagonistas del Siglo XX, fascículo 26. Madrid: Periódico El País.
- ELZO, J. (1993): *Las drogodependencias perspectivas sociológicas actuales*. Gazteiz: Gobierno Vasco.
- ELZO, J. y otros (1994): *Alcoholismo juvenil*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- EQUIPO CLAVES, (1994): *Aprendiendo a organizar nuestras Asociaciones. Material de autoformación para Asociaciones*. Madrid: Editorial Popular.
- ESCOHOTADO, A. (1990): *El libro de los venenos. Guía de las drogas lícitas e ilícitas*. Madrid: Mondadori.
- ESTIVILL, J. (1990): "Desde el margen crear un trabajo liberador". En AAVV: *Integración social de colectivos marginados*. Madrid: CEBS.
- ESTIVILL, J. (1996): *Pobreza y exclusión en la política social europea*. Revista FORUM. Barcelona: junio.
- ESTIVILL, J. y DE LA HOZ, J.M. (1990): "Les rendes mínimes garantides i d' inserción". En Revista Mon Laboral, núm. 9. Barcelona: Departament de Treball. Generalitat de Catalunya.
- EVANS, R. (1976): "Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence". *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- FERRER, X, SÁNCHEZ, J.L. y SALVADOR, T. (1991): "Prevención y drogas: la asignatura pendiente". En *Anuario de Psicología*, 49, 79-96.
- FESTINGERS, L. y KALTZ, D. (1992): *Los métodos de investigación en las ciencias sociales*. Barcelona: Paídos.
- FOX, D. (1987): *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Universidad de Navarra
- FUNES, J. (1995): "La incorporación social de las personas con problemas de drogas". Pamplona: Documento del Gobierno de Navarra.
- FUNES, J. (1995): "Drogodependencias e incorporación social". En AAVV: *II Encuentro Nacional sobre Drogodependencia y su enfoque Comunitario*. Cádiz: Diputación de Cádiz y Junta de Andalucía.
- FUNES, J. y otros (1991): *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- FUNES ARTIGA, J. (1990): *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- FUNES, J. y MAYOL, I. (1989): *Incorporarse a la sociedad y propuestas para planificar la inserción de las personas drogodependientes*. Madrid: Cruz Roja Española. Departamento de Toxicomanías.
- FUNES, J. (1986): *Cómo y cuándo insertar socialmente al toxicómano*. Barcelona: Papeles del Colegio de Psicólogos
- GARCÍA LOSADA, J. (1998): *Ponencias de las III Jornadas sobre prevención Municipal de las drogodependencias*. Fuenlabrada: Ayuntamiento de Alcorcón..
- GARCÍA LLAMAS, J. L. y otros (1992): *Problemas y diseños de la investigación*. Madrid: Dikynson.
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. (1998): "La cara oculta de las políticas sociales". En las actas del XII Seminario de Pedagogía Social. Granada: Universidad de Granada. Págs.57-81.
- GARCÍA ROCA, J. (1992): *Público y privado en la acción social*. Madrid: Popular.
- GAMELLA, J.F. (1998): *Heroína en España (1997-1996): balance de una crisis de drogas*. Madrid: Revista Claves.
- GAMELLA, J.F. (1990): *La historia de Julián*. Madrid: Popular.
- GAMELLA, J.F. y ÁLVAREZ, A. (1999): *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
- GARCÍA, E. y otros (1996): *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías*. San Sebastián: C.T. Haize Gain.
- GELPI, E. (1990): *Educación permanente; problemas laborales y perspectivas educativas*. Madrid: Popular.
- GIL ROBLES J. (1993): *Análisis de datos cualitativos. Aplicaciones al caso procedente de grupos de discusión*. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Sevilla.
- GRUPO CRITERIA (2000): *Manual de los Sistemas de Evaluación de los Programas de Prevención e Incorporación Social*. Santiago de Compostelas: Xunta de Galicia.
- GUILLÉN, B. (1992): "El salario social en Navarra: análisis del trabajo social". En *Jornadas sobre el Salario Social*. Documento mecanografiado.
- GONZÁLEZ M. y otros (1993): *La investigación a debate*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- GONZÁLEZ RAYUELA J. Y OTROS (1993): *La inserción a debate*. Bilbao: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
- GRAÑA J. L. y GARCÍA A. (1986): "Marco y programa de Servicio Social de Atención y Reinserción de Drogodependientes". En Cuadernos de Acción Social núm. 0. Madrid.
- GRAN ENCICLOPEDIA LAROUSSE. Redición de 1997, Lebraire Larousse París, (1961), Barcelona.
- GUARDIA, J. (1.985): *Todo sobre la drogadicción*. Barcelona: Tibidabo.
- Guía para padres preocupados por las drogas*. (1986). Sevilla: Comisionado para la Droga.
- HABERMAS, J. (1988): *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus.
- HERNÁNDEZ, T. y otros (1996): *Guía para madres y padres*. Madrid: Crefat.
- Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento Europeo sobre el problema de las drogas (1986)*. En Rev.

Comunidad y Drogas núm. 2 . Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Jóvenes andaluces de los 90 (1993). Sevilla: Junta de Andalucía.

KENNETH GALBRAITH, J. (1992): *La cultura de la satisfacción*. Barcelona: Ariel.

KHUN, T. S. (1986): *La estructura de las revoluciones científicas*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.

LAPARRA, M. y otros (1989): *El salario social sudado*. Madrid: Popular.

La prevención comunitaria de las drogodependencias (1987). Bilbao: Departamento de Trabajo y Seguridad y Social; Gobierno Vasco.

LARAÑA Y RODRÍGUEZ, E. (1986): "Las drogas como problema social tipología y tratamiento". Revista española de Drogodependencias, núm. 34. Madrid.

LEIRMAN, W. (1991): *La educación de adultos como proceso*. Madrid: Popular.

LEÓN FUENTES, J.L. (1990): "Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas". En Revista Española de Drogodependencias núm. 15. Madrid.

LEUKEFELD, C. (1992): *El tratamiento del abuso de drogas en cárceles y penitenciarias*. Madrid: FAD, NIDA (1992).

LEY ORGÁNICA 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Preámbulo, capítulo 3, artículo 8º.

LÓPEZ DE CEBALLOS, P. (1989): *Un método para la investigación acción participativa*. Madrid: Popular.

Los programas de integración social de drogodependientes (1994) . En documento de trabajo realizado por el GID. Madrid.

LUQUE, P. (1995): *Los espacios educativos. Sobre la participación y la transformación social*. Barcelona: PPU.

LLIENFELD, R. (1984): *Teoría de sistemas. Orígenes y aplicaciones en ciencias sociales*. México: Trillas.

MACIÁ ANTÓN, D. (1995): *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.

MARCHONI, M. (1989): *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: Popular.

MARCHONI, M. (1994): *La utopía posible. La intervención comunitaria en las nuevas condiciones sociales*. La Laguna-Tenerife: Benchomo.

MARTÍN GARCÍA, M. (1998): *Drogodependencias en mujeres y jóvenes*. Granada: Ayuntamiento de Granada.

MARTÍNEZ, A. y MUSITU, G. (1995): *El estudio de casos para profesionales de la Acción Social*. Madrid: Narcea.

MATELLANES, M. (1999): *Cómo ayudar a nuestros hijos frente a las drogas*. Madrid: LEOS.

MEGÍAS, E. y OTROS (1996): *Y tú ¿qué piensas?* Madrid: FAD

MEGÍAS, E. y otros (1999): *Los docentes españoles y la prevención del consumo de drogas*. Madrid: FAD.

MEGÍAS, E y otros (2000): *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid (FAD).

MEGÍAS, E y otros (2001): *La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias*. Madrid: FAD

MEGÍAS, E (2001): *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD *Modelo de Atención a las Drogodependencias del Plan Municipal contra las Drogas (1989)*. Madrid: Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

MOWRAY RUIZ, R. (1994): *Los programas comunitarios de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Crefat.

NAVARRO, J. y otros (1998): *Los padres y madres ante el consumo de alcohol de los jóvenes*. Madrid: CEAPA.

NEWCUMB, M.D. (1992): "Understandig the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors". En M. Glantz y R. Picens, *Vulnerability to drug abuse* (pp. 255-297). Washington, DC: American Psychological Association.

NIEVAS LA FUENTE, P. (1987): *La reinserción social en el marco municipal en Reinserción Social y Drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.

NÚÑEZ, L. (1985): *La educación construable: base de una teoría dinámica de la educación*. Sevilla: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

NÚÑEZ, N. (2001): "Análisis y perspectiva del juego patológico en Andalucía". En *X Congreso Andaluz de Jugadores Rehabilitados*. Sevilla: Centro de Documentación sobre Drogodependencias. Carpeta núm. 14. Comisionado para las Drogodependencias.

NÚÑEZ, V. y PLANAS, T. (1997): *La educación social especializada. Historia y perspectivas: una propuesta metodológica*. En Ed. PETRUS A.: *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel. Cap. V. Págs.

OLMO DEL R. (1996): *Drogas. Discursos, percepciones y políticas*, Barcelona: Hacer.

OMS 975): *Evaluación de medicamentos como causa probable o potencial de dependencia*. Serie Informes Técnicos núm. 777. Ginebra.

OMS (1984): "Glosario de términos". Serie de Salud para todos. Ginebra.

Opiniones y comportamientos de los españoles ante el consumo de drogas, tabaco y alcohol (1994); Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Estudio núm. 2.080.

ORTE, C. (1997): *Mujer y drogas en España. informe final*. Palma de Mallorca: Mimeo.

ORTEGA, A (1998): "Contra los dioses". Artículo del suplemento del periódico El País núm. 752. 25 de mayo de 1998.

ORTIZ, M. A. (1998): "Estrategias de Prevención Comunitaria". En GARCÍA-RODRÍGUEZ J.A. y LÓPEZ SÁNCHEZ C., eds:

Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias. Madrid: Síntesis.

OSORIO, J. (1990): *Educación de adultos y democracia*. Madrid: Narcea.

OUGHOURLIAN, J. M. (1985): *La persona del toxicómano*. Barcelona: Herder.

Plan Andaluz sobre Drogas (1987): Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía, Sevilla.

PALACIOS, F. A y FUERTES, J.C. (1998): *¡Ayúdenme!. Tengo un drogodependiente en la consulta*. Madrid: Agencia Antidroga.

PARRAS, J. (1992): "Del mito de la integración cultural a la práctica de la Reinserción". En *Revista de Bienestar social en la ciutat*, núm. 9 y 10 (nov. 1990-junio 1992).

PELECHANO, V. (1979): *Psicología educativa comunitaria*. Valencia: Alfaplus.

PÉREZ SERRANO, G. (1998): *Contexto cultural y socioeducativo de la Educación Social*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Departamento de Teoría e Historia de la Educación.

PÉREZ SERRANO, G. (1990): *Investigación- Acción. Aplicaciones al campo educativo*. Madrid: Dykinson.

PÉREZ SERRANO, G.(2000): *Modelos de Investigación Cualitativa*. Madrid: Narcea.

PONS, J. y BERJANO, E. (1999): *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

POPKWITH, T. (1988): *Paradigma e ideología en Investigación Educativa*. Madrid: Mondadas.

PROGRAMAS de promoción de la Economía Social, www.escuempresas.net; Consejería de Trabajo e Industria, Junta de Andalucía.

PROGRESOS en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas. Centros de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS). Pozuelo de Alarcón (Madrid): FAD.

QUINTANA, J. M. (1997): "Antecedentes históricos de la educación social". En Ed. PETRUS A. *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel. Cap. 3. Págs. QUINTANA, J. M. (1986): *Investigación participativa. Educación de Adultos*. Madrid: Narcea.

RAMÍREZ, E. (1993): "Drogodependencias: de la periferia a la estética pasando por la técnica". En Encuentro Nacional sobre Sociología y Drogodependencias (1º.1991). *Drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

RAMOS, F. Y OTROS (1987): *La reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.

RENES, V. (1996): *Estilos de vida y reinserción*. Madrid: Revista Documentación Social 4º.

RODRÍGUEZ CABRERO, G (1988): *La Integración Social de Drogodependientes*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga.

RODRÍGUEZ, E. y otros (2001): *Jóvenes y medios de comunicación. La comunicación mediática entre los jóvenes madrileños*. Madrid: FAD, INJUVE.

ROJO TORRECILLA, E. (2000): "Apuntes sobre el marco normativo de las empresas de inserción". En *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*. Núm. 117 y 118. Págs. 103 a 124.

RUIZ OLABUENGA, J. I. y otros (1991): *Narcobábito y estilo de vida juvenil*. Bilbao: Gobierno Vasco.

SÁNCHEZ, L.(1994): "La perspectiva de los programas de reducción de daños para drogodependientes en España". En *Revista de Trabajo Social*, Núm. 130. Pág. 55-67.

SÁEZ CARRERAS, J. (1986): " El debate teoría-praxis en ciencia de la Educación y su repercusión en Pedagogía Social". En *Revista Pedagogía Social*, núm. 1.

SAN MARTÍN, H. y PASTOR, V. (1984): *Salud comunitaria. Teoría y práctica*. Madrid: Díaz Santos.

Selección normativa en materia de drogas: U.E. 2000) Madrid: Secretaría General de Comunidad Europea. OEDT y Fundación de Ayuda a la Drogadicción.

SIERES, J. y otros (1998): "La formación de los maestros en la prevención de las drogodependencias". En AAVV: *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*, Madrid: Editorial Síntesis. Cap. 14. Págs.

SILVA, A. (1994): *La evaluación de programas en drogodependencias*. Madrid: GID.

STENHOUSE, L. (1984): *Investigación y desarrollo del currículum*. Madrid: Morata.

STENHOUSE, L. (1989): *Métodos de estudio de casos*. Enciclopedia Internacional de la Educación. Ministerio de Educación y Ciencia. Vicens-Vives: 11 volúmenes, Barcelona.

STUFFELEBEAM, D. L. y SHINKEFIELD, A. J. (1987): *Evaluación Sistemática, Guía teórica y práctica*, Barcelona: Paídos.

TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R (1984): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Argentina: Paídos SAICF.

TORRES, J.(1991): *El currículum oculto*, Madrid: Morata.

TURABIAN, J. L.. (1991): *Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la Salud*. Madrid: Díaz de los Santos.

TRILLA BENET, J. (1998): *Nuevos espacios y tiempo extraescolares; Atención a los espacios extraescolares*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

UNAT (1989): "Inserción socio-laboral del drogodependiente". En Documento 10º aniversario.

VALVERDE, J. (1988): *El proceso de inadaptación social*. Madrid: Popular.

VALLÉS LORENTE, A. (1996): *Padres, hijos y drogas*. Valencia: Generalitat de Valencia.

VANAVA-SKOURA, G. (1986): "La formación de los agentes del desarrollo local". En Ed. QUINTANA J.M. (1986): *Investigación participativa . Educación de Adultos*. Madrid: Narcea. Capítulo Págs.

VÁZQUEZ, J. M. (1992): "Un modelo de evaluación y seguimiento de la inserción/reinserción social de drogodependientes". En Cuadernos de Realidades Sociales. Núm. 39-40. Salamanca: Instituto de Sociología Aplicada de Madrid.

VEGA FUENTE, A. (1989): *Pedagogía de los inadaptados sociales*, Madrid: Narcea.

VEGA FUENTE, A. (1993): "Aspectos educativos en la reinserción social en drogodependencias". En *I Encuentro Nacio-*

nal sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz: Dip. Provincial de Cádiz.

VEGA FUENTE, A. (1993): *La Acción Social ante las drogas. Propuesta de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.

VILLALONGA E. y SÁNCHEZ M. (1987): *Dificultades de la rehabilitación y reinserción social del toxicómano*. Vitoria: Gobierno Vasco.

VISUTA VINACUA B. (1.989): *Técnicas de investigación social*, Barcelona: PPUSA.

VON BERTALANFFY L. (1986): *Teoría General de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

15. REFERENCIAS NORMATIVAS

15. 1. NORMATIVA ESTATAL

- Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978). Artículos 9.2, 43, 137 y 148.

LEYES ORGÁNICAS:

- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (BOE núm. 239, de 5 de octubre de 1979).
- Ley Orgánica 1 /1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). (BOE núm. 238 de 4 de octubre de 1990).
- Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Protección de la Seguridad Ciudadana (BOE. núm. 46, de 22 de febrero de 1996).
- Ley Orgánica 10/1995, de 12 de diciembre, del Código Penal (BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995).
- Ley Orgánica 12/1995, de 12 de diciembre, de Represión del Contrabando (BOE núm. 297, de 13 de diciembre de 1995).

LEYES:

- Ley 17/1967, de 8 de abril, de Normas reguladoras por las que se actualizan las normas vigentes sobre estupefacientes, adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local (BOE núm. 80, de 3 de abril de 1985)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986)
- Ley 5/1988, de 22 de marzo, que crea la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas (BOE núm. 76, de 29 de marzo de 1988)
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (BOE núm. 306, de 22 de diciembre de 1990).
- Ley 19/1993, de 28 de diciembre, sobre determinadas Medidas de Prevención de Blanqueo de Capitales (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1993).
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995).
- Ley 36/1995, de 11 de diciembre, sobre la Creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados (modificada por la Ley 61/1997, de 19 de diciembre)(BOE núm. 296, de 12 de diciembre de 1995).

- Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas (BOE: núm. 11, de 12 de enero de 1996).
- Ley 5/1997, de 24 de marzo, de reforma del texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo.
- Ley 10/1999, de 21 de abril, de modificación de la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana (BOE núm. 96, de 22 de abril de 1999).

REALES DECRETOS LEGISLATIVOS:

- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

REALES DECRETOS:

- Real Decreto 2816/1982, de 27 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento General de Espectáculos y Actividades Recreativos (BOE núm. 267, de 6 de noviembre de 1982).
- Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre Limitaciones en la Venta y el Uso del Tabaco para Protección de la Salud de la Población (desarrollado por la Orden de 8 de junio de 1988). (BOE núm. 59, de 9 de marzo de 1988).
- Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, que regula los Tratamientos con Opiáceos de Personas Dependientes de los mismos (modificado por el Real Decreto 5/1996, de 15 de enero). (BOE núm. 20, de 23 de enero de 1990).
- Real Decreto 1344/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Primaria.
- Real Decreto 1345/1991, de 6 de septiembre, por el que se establece el currículo de la Educación Secundaria Obligatoria.
- Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (BOE núm. 220, de 13 de septiembre de 1991).
- Real Decreto 255/1996, de 16 de febrero, por el que se establece el Régimen de Infracciones y Sanciones para la Represión del Dopaje. (BOE núm. 58, de 7 de marzo de 1996).

- Real Decreto 864/1997, de 6 de junio, por el que se aprueba el Reglamento del fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados.
- Real Decreto 865/1997, de 6 de junio, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley 3/1996, de 10 de enero, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas (BOE núm. 138, de 10 de junio de 1997).
- Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1885/1996, de 2 agosto, estableciendo en el Ministerio del Interior el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías.
- Real Decreto 1293/1999, de 23 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta del tabaco para protección de la salud de la población.
- Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre drogas para el periodo 2000-2008.
- Real Decreto 1449/2000, de 28 de julio, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior.

15. 2. NORMATIVA ANDALUZA

- Artículo 12.1 del Estatuto de Autonomía de Andalucía (BOJA núm. 2, de 1 de febrero de 1982).
- Artículos 1 y 11.4 de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de
- Andalucía. (BOJA núm. 29, de 12 de abril de 1988).

LEYES:

- Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA núm. 35, de 25 de abril de 1986).
- Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. (BOJA núm. 83, de 19 de julio de 1997 y BOJA núm. 99, de 26 de agosto de 1997, Corrección de errores).
- Ley 1/2001, de 3 mayo, por la que se modifica la Ley 4/1997. (BOJA núm. 59, de 24 de mayo de 2001).

DECRETOS:

- Decreto 72/1985, de 3 de abril, de creación del Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía. (BOJA núm. 49, de 20 de mayo de 1985).
- Decreto 73/1985, de 3 de abril, por el que se crean los Centros Provinciales de Toxicomanías y los Patronatos Provin-

ciales, como órganos de participación en esta materia. (BOJA núm. 49, de 20 de mayo de 1985).

- Decreto 162/1990, de 29 de mayo, por el que se regulan los Tratamientos con Opiáceos de Personas dependientes de los mismos. (BOJA núm. 51, de 19 de junio de 1990).
- Decreto 68/1990, por el que se aprueban el Programa Especial de Intervención sobre Drogodependencias en Barriadas de Actuación Preferente y Zonas de Alta Incidencia. (BOJA núm. 29, de 6 de abril de 1990).
- Decreto 16/1994, de 25 de enero, sobre Autorización y Registro de Centros y Establecimientos Sanitarios. (BOJA núm. 14, de 5 de febrero de 1994).
- Decreto 68/1994, de 22 de marzo, por el que se establecen Medidas Especiales en Materia de Drogodependencias. (BOJA núm. 51, de 16 de abril de 1994).
- Decreto 87/1996, de 20 de febrero (modificado por Decreto 102/2000, de 15 de marzo) por el que se regula la Autorización, Registro, Acreditación e Inspección de los Servicios Sociales. (BOJA núm. 39, de 28 de marzo de 1996).
- Decreto de la Consejería de Gobernación 491/1996, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas. (BOJA núm. 135, de 23 de noviembre de 1996).
- Decreto de la Consejería de Gobernación 513/1996, de 10 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del Juego del Bingo. (BOJA núm. 144, de 14 de diciembre de 1996).
- Decreto 70/1999, de 16 de marzo, de Prórroga el Plazo de Adaptación de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía (en desarrollo del Decreto 87/1996). (BOJA núm. 35, de 23 de marzo de 1999).
- Decreto 180/2000, de 23 de mayo, por el que se establece la Estructura orgánica de la Consejería de Asuntos Sociales. Se modifica la denominación del Comisionado para la Droga por Comisionado para las Drogodependencias. El objeto de esta modificación es integrar otras actuaciones referidas al campo de las adicciones (ludopatías). (BOJA núm. 62, de 27 de mayo de 2000).
- Decreto de la Consejería de Gobernación 410/2000, de 24 de octubre, por el que se Crea el Registro de Control e Interdicciones de acceso a los Establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y se aprueba su Reglamento (BOJA núm. 130, de 11 de noviembre de 2000).
- Decreto 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas. (BOJA: núm. 67, de 8 de junio de 2002).
- Decreto 294/2002, de 3 de diciembre, por el que se crea y regula el Observatorio Andaluz sobre Drogas y otras Adicciones.

ÓRDENES:

- Orden de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales de 29 de febrero de 1996, por la que se regula el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. (BOJA núm. 40, de 30 de marzo de 1996).
- Orden de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, de 29 de febrero de 1996, por la que se Regula la Acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes. (BOJA núm. 40, de 30 de marzo de 1996).
- Orden de la Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales, de 27 de febrero de 1996, por la que se Convocan y Regulan Programas en Materia de Reinserción Social para Drogodependientes. (BOJA núm. 35, de 19 de marzo de 1996).
- Orden de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regulan los Convenios con Entidades Privadas para el Desarrollo de Programas Asistenciales y de Incorporación Social en Materia de Drogodependencias (BOJA núm. 77, de 6 de julio de 2000), modificada por Orden de 27 de abril de 2001 (BOJA núm. 56, de 17 de mayo de 2001).
- Orden de la Consejería de Presidencia y de la Consejería de Asuntos Sociales de 28 de julio de 2000, por la que se regulan los Requisitos Materiales y Funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se Aprueba el Modelo de Solicitud de las Autorizaciones Administrativas. (BOJA núm. 102, de 5 de septiembre de 2000).
- Orden Anual de la Consejería de Asuntos Sociales, por la que se regulan y convocan Subvenciones dirigidas al Fomento al Empleo de Drogodependientes en Proceso de Incorporación Social (BOJA núm. 115, de 5 de octubre de 2000).
- Orden Anual de la Consejería de Asuntos Sociales, reguladora de Subvenciones en el ámbito de la Consejería para el Año 2002 (BOJA núm. 22, de 21 de febrero de 2002).
- Orden de la Consejería de Asuntos Sociales por la que regulan y convocan Subvenciones a las Entidades Locales para el Desarrollo de Programas y el Mantenimiento, Construcción, Reforma y Equipamiento de Centros de Atención a las Drogodependencias (BOJA núm. 53, de 7 de mayo de 2002).

1. TRAMITACIÓN CERRADA

- 1.1 TEXTOS APROBADOS
 - 1.1.1 LEYES Y OTRAS NORMAS
 - 1.1.1.1 Leyes
 - 1.1.1.2 Otras normas
 - 1.1.2 PROPOSICIONES NO DE LEY
 - 1.1.2.1 Proposiciones no de ley en Pleno
 - 1.1.2.2 Proposiciones no de ley en Comisión
 - 1.1.3 RESOLUCIONES
 - 1.1.3.1 Consecuencia de debates generales
 - 1.1.3.2 Consecuencia de comunicaciones, programas o planes del Consejo de Gobierno
 - 1.1.3.3 Consecuencia de dictámenes de las Comisiones
 - 1.1.4 MOCIONES
- 1.2 ACUERDOS Y RESOLUCIONES
 - 1.2.1 DECLARACIÓN INSTITUCIONAL
 - 1.2.2 CREACIÓN DE COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y PONENCIAS DE ESTUDIO
 - 1.2.3 DESIGNACIÓN DE SENADORES
 - 1.2.4 RESOLUCIONES, INFORMES Y DICTÁMENES EMITIDOS POR ÓRGANOS DE LA CÁMARA
 - 1.2.5 CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS DE LOS ÓRGANOS CON VINCULACIÓN PARLAMENTARIA
- 1.3 TEXTOS FINALIZADOS EN SU TRAMITACIÓN
 - 1.3.1 INTERPELACIONES
 - 1.3.2 PREGUNTAS
 - 1.3.2.1 Preguntas orales
 - 1.3.2.2.1 Preguntas orales ante el Pleno
 - 1.3.2.2.2 Preguntas orales en Comisión
 - 1.3.2.2 Preguntas escritas
 - 1.3.3 CONVOCATORIAS
 - 1.3.3.1 Solicitudes de comparecencia en Pleno
 - 1.3.3.2 Solicitudes de comparecencia en Comisión
 - 1.3.4 DEBATES GENERALES
 - 1.3.5 OTRAS TRAMITACIONES
- 1.4 TEXTOS RETIRADOS, RECHAZADOS, DECAÍDOS, CALIFICADOS DESFAVORABLEMENTE O INADMITIDOS A TRÁMITE
 - 1.4.1 PROYECTOS DE LEY, PROPOSICIONES DE LEY Y OTROS PROYECTOS DE NORMAS
 - 1.4.1.1 Proyectos de ley
 - 1.4.1.2 Proposiciones de ley
 - 1.4.1.3 Otros proyectos de normas
 - 1.4.2 INVESTIDURA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA, MOCIÓN DE CENSURA Y CUESTIÓN DE CONFIANZA
 - 1.4.2.1 Investidura del Presidente de la Junta
 - 1.4.2.2 Moción de Censura
 - 1.4.2.3 Cuestión de Confianza
 - 1.4.3 PROPOSICIONES NO DE LEY
 - 1.4.3.1 Proposiciones no de ley en Pleno
 - 1.4.3.2 Proposiciones no de ley en Comisión
 - 1.4.4 PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN
 - 1.4.4.1 Consecuencia de debates generales
 - 1.4.4.2 Consecuencia de comunicaciones, programas o planes del Consejo de Gobierno
 - 1.4.4.3 Consecuencia de dictámenes emitidos por las Comisiones
 - 1.4.4.4 Consecuencia de procedimientos emitidos por los órganos con vinculación parlamentaria
 - 1.4.5 INTERPELACIONES Y MOCIONES
 - 1.4.5.1 Interpelaciones
 - 1.4.5.2 Mociones
 - 1.4.6 COMUNICACIONES, PROGRAMAS Y PLANES DEL CONSEJO DE GOBIERNO
 - 1.4.7 PREGUNTAS
 - 1.4.7.1 Preguntas orales
 - 1.4.7.1.1 Preguntas orales ante el Pleno
 - 1.4.7.1.2 Preguntas orales en Comisión
 - 1.4.7.2 Preguntas escritas
 - 1.4.8 OTROS PROCEDIMIENTOS
 - 1.4.8.1 Procedimientos ante el Congreso de los Diputados
 - 1.4.8.2 Procedimientos ante el Tribunal Constitucional
 - 1.4.8.3 Convenios y acuerdos de cooperación con otras Comunidades Autónomas
 - 1.4.9 CONVOCATORIAS
 - 1.4.9.1 Solicitudes de comparecencia en Pleno
 - 1.4.9.2 Solicitudes de comparecencia en Comisión

- 1.4.10 DEBATES GENERALES
- 1.4.11 PROPUESTAS DE ACUERDOS DEL PLENO
- 1.4.11.1 Creación de Comisiones, Grupos de Trabajo y Ponencias de Estudio
- 1.4.11.2 Designación de senadores
- 1.4.12 OTRAS INFORMACIONES
- 1.4.13 Resoluciones, dictámenes y comunicados de los órganos de la Cámara

2. TRAMITACIÓN EN CURSO

- 2.1 PROYECTOS DE LEY, PROPOSICIONES DE LEY Y OTROS PROYECTOS DE NORMAS
- 2.1.1 PROYECTOS DE LEY
- 2.1.2 PROPOSICIONES DE LEY
- 2.1.3 OTROS PROYECTOS DE NORMAS
- 2.2 INVESTIDURA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA, MOCIÓN DE CENSURA Y CUESTIÓN DE CONFIANZA
- 2.2.1 INVESTIDURA DEL PRESIDENTE DE LA JUNTA
- 2.2.2 MOCIÓN DE CENSURA
- 2.2.3 CUESTIÓN DE CONFIANZA
- 2.3 PROPOSICIONES NO DE LEY
- 2.3.1 PROPOSICIONES NO DE LEY EN PLENO
- 2.3.2 PROPOSICIONES NO DE LEY EN COMISIÓN
- 2.4 PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN
- 2.4.1 CONSECUENCIA DE DEBATES GENERALES
- 2.4.2 CONSECUENCIA DE COMUNICACIONES, PROGRAMAS O PLANES DEL CONSEJO DE GOBIERNO
- 2.4.3 CONSECUENCIA DE DICTÁMENES EMITIDOS POR LAS COMISIONES
- 2.4.4 CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS EMITIDOS POR ÓRGANOS CON VINCULACIÓN PARLAMENTARIA
- 2.5 INTERPELACIONES Y MOCIONES
- 2.5.1 INTERPELACIONES
- 2.5.2 MOCIONES
- 2.6 COMUNICACIONES, PROGRAMAS O PLANES DEL CONSEJO DE GOBIERNO
- 2.7 PREGUNTAS
- 2.7.1 PREGUNTAS ORALES
- 2.7.1.1 Preguntas orales ante el Pleno
- 2.7.1.2 Preguntas orales en Comisión
- 2.7.2 PREGUNTAS ESCRITAS
- 2.8 OTROS PROCEDIMIENTOS
- 2.8.1 PROCEDIMIENTOS ANTE EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS
- 2.8.2 PROCEDIMIENTOS ANTE EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL
- 2.8.3 CONVENIOS Y ACUERDOS DE COOPERACIÓN CON OTRAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
- 2.9 CONVOCATORIAS
- 2.9.1 SOLICITUDES DE COMPARECENCIA EN PLENO
- 2.9.2 SOLICITUDES DE COMPARECENCIA EN COMISIÓN
- 2.10 DEBATES GENERALES
- 2.11 PROPUESTAS DE ACUERDO DEL PLENO
- 2.11.1 CREACIÓN DE COMISIONES, GRUPOS DE TRABAJO Y PONENCIAS DE ESTUDIO
- 2.11.2 DESIGNACIÓN DE SENADORES
- 2.12 OTRAS TRAMITACIONES
- 2.13 RESOLUCIONES, DICTÁMENES Y COMUNICADOS DE LOS ÓRGANOS DE LA CÁMARA

3. INFORMACIÓN

- 3.1 ACTIVIDAD PARLAMENTARIA
- 3.1.1 REUNIONES CELEBRADAS
- 3.1.2 OTRAS ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS
- 3.2 COMPOSICIÓN DE LA CÁMARA Y SUS ÓRGANOS
- 3.3 RÉGIMEN INTERIOR
- 3.4 INSTITUCIONES Y ÓRGANOS VINCULADOS AL PARLAMENTO
- 3.4.1 CONSEJO ASESOR DE RTVE EN ANDALUCÍA
- 3.4.2 DEFENSOR DEL PUEBLO
- 3.4.3 JUNTA ELECTORAL DE ANDALUCÍA
- 3.4.4 EMPRESA PÚBLICA DE RTVA
- 3.4.5 CÁMARA DE CUENTAS
- 3.4.6 OTROS ÓRGANOS DE EXTRACCIÓN PARLAMENTARIA
- 3.5 COMUNICADOS DE LOS GRUPOS PARLAMENTARIOS Y DE LOS DIPUTADOS
- 3.6 PRESIDENCIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA
- 3.7 CONOCIMIENTO DE LOS ACUERDOS DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL
- 3.8 OTRAS INFORMACIONES

COLECCIONES EN CD-ROM



Editados por el Servicio del *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*

CONTENIDO DE CADA CD-ROM

Colección legislativa:

- ✓ Anales del proceso autonómico, acompañados de algunas de las imágenes más significativas de aquellos históricos acontecimientos.
- ✓ Descripción de la sede del Parlamento de Andalucía, incluyendo una breve historia del Hospital de las Cinco Llagas con imágenes de su fachada, el Salón de Plenos y patios interiores.
- ✓ Relación de los órganos parlamentarios y sus miembros en cada una de las cinco legislaturas transcurridas.
- ✓ Recopilación actualizada de las leyes aprobadas por el Parlamento de Andalucía hasta el día de hoy. Cada ley contiene una sinopsis que incluye datos sobre su aprobación y publicaciones e información, en su caso, sobre posteriores modificaciones o si han sido objeto de algún recurso de inconstitucionalidad. Y a través de notas a pie se proporciona información sobre las modificaciones puntuales que ha tenido el texto normativo.

Boletín Oficial:

- ✓ Colección de los Boletines Oficiales del Parlamento de Andalucía editados durante cada periodo de sesiones reproducidos en formato PDF.
- ✓ Estudio estadístico y clasificación de las iniciativas parlamentarias publicadas.
- ✓ Información complementaria sobre la sede del Parlamento, los órganos de la Cámara andaluza y la Administración parlamentaria.

PRECIOS

Colección legislativa..... 7,21 €

Boletín Oficial..... 3,61 €

Elaboración y composición: *Servicio del Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*
Pedidos: *Servicio de Gestión Económica del Parlamento de Andalucía*
 c/ Parlamento de Andalucía s/n 41009-Sevilla Teléfono: 954.59.21.00
Impresión: *Parlamento de Andalucía* Depósito Legal SE. 659-1993 ISSN 1133-0236

<http://www.parlamento-and.es>