

# PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
Servicio de Publicaciones



**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**  
**Servicio de Publicaciones**



# PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
SECRETARIA GENERAL TECNICA  
Servicio de Publicaciones

© Ministerio de Sanidad y Consumo

Edita y distribuye: *Servicio de Publicaciones*  
*Ministerio de Sanidad y Consumo*  
Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

ISBN: 84-505-1985-3

Depósito legal: M. 29.094-1985

Imprime: RUMAGRAF, S. A.  
Nicolás Morales, 34 - 28019 Madrid

## I N D I C E

	<u>Pág.</u>
PROLOGO ... ..	9
I. DOCUMENTO BASE: CRITERIOS Y RECOMENDACIONES.	
PRESENTACION ... ..	15
1. INTRODUCCION ... ..	17
2. PREVENCION ... ..	23
2.1. Criterios generales ... ..	23
2.2. Reducción del consumo ... ..	24
2.3. Reducción de la oferta ... ..	26
2.4. Acciones propuestas ... ..	27
3. ASISTENCIA ... ..	29
3.1. Criterios generales ... ..	29
3.2. Acciones propuestas ... ..	32
4. ACTIVIDADES DE SOPORTE ... ..	32
4.1. Formación de personal ... ..	33
4.2. Información-Investigación ... ..	34
4.3. Acciones propuestas ... ..	35
5. COLECTIVOS ESPECIFICOS ... ..	36
Consejo Superior Protección de Menores ... ..	36
5.2. Instituciones Penitenciarias ... ..	37
5.3. Fuerzas Armadas ... ..	38
6. COORDINACION ... ..	39
6.1. Criterios generales ... ..	39
6.2. Acciones propuestas ... ..	40

II. MEDIDAS PRIORITARIAS 1985-1986.	
1. ADMINISTRACION CENTRAL ... ..	43
2. COORDINACION INTERDEPARTAMENTAL E INTERAUTONOMICA ... ..	49
3. ADMINISTRACION AUTONOMICA ... ..	50
ANEXO 1.—COMPOSICION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO ... ..	65

## PROLOGO

*¿Cuáles son las razones que justifican hacer un Plan Nacional sobre Drogas?*

*Quizá la contestación más simple a esta pregunta sea que la sociedad lo reclama. Pero merece la pena pormenorizar la respuesta, porque en realidad el Plan que ahora se presenta no trasluce otra cosa que la visión que tiene la Administración sobre esa demanda social y la respuesta que ofrece ante la misma. Y es necesario, puesto que hasta ahora se ha trabajado poco, si exceptuamos a fuerzas de seguridad del Estado, servicios sociales públicos y privados, algunos Ayuntamientos y a las asociaciones de padres afectados, sin que podamos alargar mucho más esta relación.*

*En primer lugar, algunos ciudadanos se han enfrentado al problema del consumo de drogas relativamente indefensos. No tienen una información suficiente sobre sus causas, lo que les produce cierta inquietud y les crea cierta sensación de indefensión, ni sobre las alternativas de que disponen para actuar, si lo desean. Las personas consumidoras de drogas, o que se encuentran próximos a un drogadicto, descubren que no existen recursos suficientes para lograr su curación y, aunque acuden a los centros en los que se proporciona un tratamiento adecuado, el fracaso del mismo es frecuente y el éxito ha de venir apoyado por una serie de esfuerzos personales, familiares y colectivos, y muy principalmente por personas próximas*

*afectivamente al toxicómano. Otro grupo de ciudadanos hace hincapié en que el consumo de drogas es causa de delincuencia y de una parte importante de la inseguridad ciudadana. Se dedicaron pocos medios a la lucha contra la droga, principalmente, quizá, porque algunos pensaron que en un país tradicional, católico y autoritario no era fácil la penetración social de la droga y porque otros tendieron a identificar droga con libertad.*

*Sin embargo, se expresa con menos insistencia el hecho de que el consumo de drogas es anterior en nuestra sociedad, puesto que no sólo se circunscribe a las drogas ilegales, sino que existen hábitos de consumo de alcohol, tabaco y fármacos, por ejemplo, que repercuten más sobre la salud colectiva y que también, en algunas circunstancias, son elementos muy disgregadores de la convivencia social. Desde algún punto de vista, el alcohol es la droga con efectos más destructores y que abarca a mayor número de población.*

*Los expertos, cuyo trabajo se centra en los problemas derivados del consumo de drogas, también expresan con frecuencia su percepción del problema. Todos, salvo los dogmáticos, estiman que no existen fórmulas únicas ni mágicas para afrontar estos problemas. También insisten en que se precisan nuevas posibilidades de formación y la mayoría reclama la coordinación necesaria para que su actividad pueda aportar progresivamente mejores resultados.*

*Creo que las organizaciones políticas responsables de dar respuesta a las aspiraciones sociales en este terreno, aunque con retraso, han prestado recientemente atención a este desafío. Basten dos ejemplos. En 1984 se constituyó en el Senado una Comisión de Encuesta sobre Droga, cuyo informe conoceremos próximamente. A finales del mismo año, el Gobierno aceptó establecer un Plan Nacional a propuesta del Congreso de los Diputados. El resultado es el texto que ahora publicamos y que pretende dar respuesta a las aspiraciones de la mayoría de los ciudadanos.*

*Hemos tenido tres pretensiones básicas al realizar el Plan. En primer lugar, conseguir un amplio consenso social. A nadie se le escapa que las causas y los efectos del uso y abuso de drogas constituyen un fenómeno que nos atañe a todos y que está fuertemente enraizado en nuestro modelo social y en las pautas de conducta colectivas. Por ello, desde el primer momento, solicitamos la colaboración de las organizaciones sociales, y especialmente de todas las Administraciones. Pienso que este objetivo de lograr un acuerdo mayoritario se ha cumplido, ya que siempre que hemos presentado la síntesis de nuestras propuestas han obtenido un apoyo generalizado sobre sus líneas maestras. Todos los partidos con representación parlamentaria han sido consultados, así como los sindicatos y las organizaciones empresariales. Tres Conferencias Sectoriales con las Comunidades Autónomas han permitido dar mayor coherencia interautonómica, a partir de sus políticas, contrastar la del Gobierno y que éste realice la coordinación general sobre el problema. Al mismo tiempo, diversas reuniones con representantes de la Conferencia Episcopal, la Federación Española de Municipios y Provincias y organizaciones especializadas han facilitado aportaciones enriquecedoras.*

*En segundo lugar, otro objetivo inicial fue que el Plan Nacional fuera técnicamente aceptado. En él tienen cabida todas las experiencias que cuenten con un aval científico. La propuesta que se hace es abierta y ordenada. Para ello hemos contado con la colaboración de numerosos expertos, prácticamente de casi todos los que desde los diferentes campos han aportado algo en España durante los últimos años, y, en gran medida, se ha recogido también la experiencia internacional más próxima. Hemos de tener en cuenta que en los países más avezados en la lucha contra la droga se han tenido que ir modificando las políticas, conservando las medidas que ofrecían resultados positivos y abandonando fórmulas que conducían a callejones sin salida.*

*Por fin nos propusimos habilitar recursos que satisficieran*

las demandas sociales y que respondieran a la situación que hoy tenemos planteada. Si los medios aplicados son los adecuados lo dirán los ciudadanos en un futuro próximo, cuando intensifiquemos su aplicación. Me temo, sin embargo, que siempre serán insuficientes, porque existe y existirá una gran desproporción entre los beneficios que obtienen los responsables de la venta de drogas y los que podemos proporcionar entre todos para paliar sus efectos. Pero serán tanto más insuficientes si no sabemos ayudar a fomentar iniciativas espontáneas, creativas y, en algunos casos, arriesgadas que, en este ámbito, son con frecuencia las más eficaces.

Por último, quiero transmitir una convicción profunda: la lucha contra el consumo de drogas tiene que basarse en la prevención, tanto individual como colectiva. Sé que estamos obligados a dar una respuesta «de choque» en el terreno asistencial y de represión del tráfico porque todos lo percibimos como necesario. Pero, ante un problema con el que hemos de aprender a convivir durante años, sólo existen soluciones preventivas a medio y a largo plazo. Hay que poner el máximo énfasis en que traspasadas las barreras de la no adicción es muy difícil y muy costoso volverlas a recorrer en sentido contrario. Organizar y disponer de más recursos es imprescindible, pero también lo es decir claramente que la superación de la adicción, incluso la esperanza en la rehabilitación, no constituyen un empeño fácil.

La marginalidad que crea nuestro modelo social con sus enormes desigualdades, agravada por la crisis económica, exige, sin demagogias, un esfuerzo solidario basado en la información necesaria para conseguir el convencimiento de la necesidad de proyectos colectivos, y no ignoro, por ejemplo, que la adolescencia supone una etapa de crisis individual en sí misma y, por tanto, puede conducir a la marginalidad, y que el paro juvenil, objetivamente, limita la integración social de los jóvenes en el presente y dificulta las posibilidades de su futuro como adultos.

*También el consumo y abuso de drogas en nuestra sociedad es un ejemplo que ilustra la escasa importancia que otorgamos a nivel individual a la protección de la propia salud. Cualquier acción que intente mejorar de un modo apreciable la salud de nuestra comunidad pasa por cambios en nuestros hábitos de vida y ello, en gran medida, es una tarea del individuo al que debemos facilitar los instrumentos necesarios para que la lleve a cabo.*

*En definitiva, estas últimas reflexiones me inducen a recomendar a todos los responsables de llevar a la práctica el Plan Nacional sobre Drogas que presten su máxima atención a la acción preventiva a través de una política en contra de la marginalidad, especialmente la juvenil, y a favor de una educación para la salud, que considere la estimación del propio cuerpo como una de las bases para alcanzar un mayor grado de libertad individual.*

*Sin embargo, nada se haría con eficacia si no se redoblan los esfuerzos contra la represión del tráfico de drogas. Por ello, una de las tareas básicas del Delegado del Gobierno para la realización del Plan será la mejor coordinación de las diversas fuerzas que actúan en este campo, desde la Policía y la Guardia Civil hasta los funcionarios de aduanas y la Policía Municipal.*

*La represión exige penas más altas para los traficantes, siguiendo la tendencia internacional, ya que, de otro modo, se crearía un diferencial negativo para España. En los dos últimos años la aprehensión de alijos ha aumentado considerablemente, y para evitar cualquier tipo de suspicacias se han destruido públicamente. Una mayor confianza debe ser acicate para continuar en este camino y en la comprobación de la utilidad de la colaboración ciudadana.*

*Y en el preciso campo de la información no debemos olvidar la que pueden proporcionarnos los padres y las madres de los drogadictos a través de sus organizaciones, la cual se ha*

*demostrado como imprescindible y ha permitido «liberar» a barrios de algunas grandes ciudades del consumo de la droga.*

*Vamos (ciudadanos, administraciones, asociaciones de todo tipo) a llevar a la práctica este Plan. Sabemos que los países que más se han esforzado en el pasado no han empezado a recoger frutos hasta transcurridos cuatro o cinco años. Firmeza, serenidad, gusto por la vida, promoción de la salud, realismo sin dramatización y esfuerzo colectivo y solidario deberían ser algunas de las virtudes que deben informar nuestras acciones.*

*Madrid, 22 de julio de 1985.*

**Ernest Lluch.**

## I. DOCUMENTO BASE: CRITERIOS Y RECOMENDACIONES

### PRESENTACION

El debate sobre el Estado de la Nación abordó los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas, poniéndose de manifiesto la urgente necesidad de desarrollar una acción coordinada, contando con la participación de todas las Administraciones Públicas, de las Instituciones Sociales y de los ciudadanos en general.

El Congreso de los Diputados, en su sesión del 27 de octubre de 1984, aprueba doce mociones, como resoluciones a cumplir por la Cámara, una de las cuales fue la que se recoge a continuación: «Elaboración de un Plan de Prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos.»

El Consejo de Ministros constituyó para este fin un Grupo de Trabajo Interministerial integrado —en aras a su mayor efectividad— por los Departamentos con implicación más directa en este tema: Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior, y encomendó la coordinación del mismo al Ministro de Sanidad y Consumo.

Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de carácter técnico para la instrumentación del Plan mencionado, en lo que

a la Administración Central se refiere, grupo al que se incorporaron representantes de los Ministerios ya citados y de los de Educación y Ciencia, Cultura, Asuntos Exteriores y de la Presidencia del Gobierno. Se aprueban las líneas directrices del Plan Nacional sobre Drogas en el Consejo de Ministros, de carácter deliberante, de fecha 20 de marzo de 1985, líneas que posteriormente se presentaron a la Comisión correspondiente del Senado. Previamente, y por expresa voluntad del Gobierno, durante el mes de noviembre de 1984 se recabó la opinión sobre el mencionado Plan de las Organizaciones Sindicales, Asociaciones Profesionales, Partidos Políticos e Instituciones Sociales, remitiendo algunos de ellos sus propuestas correspondientes, que han sido tenidas en cuenta en las redacciones sucesivas.

Con fecha 11 de abril de 1985, y bajo la presidencia del Excmo. Sr. Ministro de Sanidad y Consumo, se celebró la I Conferencia Sectorial, a la que asistió también el Excmo. Sr. Ministro de Justicia y representantes de los Ministerios miembros del Grupo de Trabajo Interministerial, así como los Excmos. Sres. Consejeros —o sus Delegados— de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social de las Comunidades Autónomas que a continuación se citan: Navarra, La Rioja, Murcia, Aragón, Asturias, Andalucía, Baleares, Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid y Valencia.

En la citada Conferencia Sectorial se acuerda la constitución de una Comisión Técnica Interautonómica encargada de estudiar el Plan y aportar al mismo sus sugerencias, así como de abordar los temas que puedan serle encomendados por la Conferencia Sectorial. A la Comisión Técnica se incorporan representantes municipales en atención al papel significativo de los mismos en un Plan Nacional de estas características, homologándose, en lo que a este punto se refiere, a la situación europea. Para la elaboración del Plan Nacional se han celebrado tres Conferencias Sectoriales y, paralelamente, tres

reuniones de la Comisión Técnica Interautonómica, así como dos reuniones con la Federación Española de Municipios. Al mismo tiempo, se han ido desarrollando y adoptando distintas medidas, tal y como se refleja en el Anexo 1: Medidas Prioritarias 1985-1986.

Las competencias para luchar contra la droga están repartidas entre la Administración Central, la Administración Autonómica y la Administración Local, por lo que solamente una acción coordinada y concurrente deparará la mayor eficacia posible. La Administración Central debe, en consecuencia, ejercer sus propias competencias y ejercerlas dentro de la coordinación general, que es su segunda gran responsabilidad en este Plan.

Aprobado el Plan Nacional por el Gobierno, 24 de julio de 1985, se «comunicará» al Congreso de los Diputados. Dentro de un marco flexible y diversificado, el Plan recoge los criterios de actuación y las medidas prioritarias que por las distintas Administraciones se desarrollarán en el bienio 1985-86, así como el sistema de coordinación y cooperación que haga posible su efectividad. Anualmente se presentará una Memoria-Evaluación y se procederá a una revisión de las prioridades y del modelo adoptado.

## **1. INTRODUCCION**

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas que suscita mayor preocupación en la sociedad española. Los análisis que surgen de esta preocupación están constituidos, en muchas ocasiones, por un conjunto de tópicos, mitos, lugares comunes, etc., que en nada contribuyen a un enfoque sereno, que oponga la racionalidad al alarmismo y contribuya a encontrar vías de solución.

La experiencia acumulada en España y otros países desarrollados permite constatar y afirmar que el consumo de drogas y sus repercusiones sociales persistirán durante largo tiempo, por lo que el conjunto de la sociedad deberá aprender a enfrentarse con este grave problema.

### *Definiciones*

A efectos operativos del Plan que se presenta, se adopta la definición de «droga» dada por la O.M.S. en 1975, completada con la precisión final de que se trata de sustancias «susceptibles de crear dependencias y que pueden provocar tolerancia». Es decir, se considera «droga» «toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia, y que puede provocar a la vez tolerancia».

Conviene también hacer algunas precisiones más, referidas a los sujetos que consumen «drogas». Englobar bajo el mismo término de «drogadicto» o «toxicómano» a las personas que usan ocasionalmente, abusan o «dependen» de las drogas puede resultar eficaz ya que se están eliminando barreras socialmente diferenciadoras que evitarían el deslizamiento hacia situaciones de marginación más graves; pero no cabe duda de que distintas situaciones requieren diversidad de tratamientos, como diferentes son las consecuencias sociales que tiene el uso esporádico, el abuso y la dependencia.

### **El problema en España**

En los últimos cinco años, el problema de la toxicomanía en nuestro país puede caracterizarse por lo siguiente:

## *En cuanto al problema*

— Aumento del tráfico de drogas ilegales, especialmente en lo que a la cocaína y heroína se refiere, a partir del inicio de esta década.

— Insuficiencia de datos estadísticos fiables sobre el número de consumidores y características de los mismos, a lo que se suma un *boom* de cifras y un protagonismo del problema en los medios de comunicación y en la opinión pública que han producido una situación más desorientadora que real. Según las últimas investigaciones de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Cultura, las cifras de consumidores habituales en nuestro país podría oscilar entre los siguientes números, en lo que a las principales drogas se refiere (\*):

- Alcohol (1.900.000 a 2.300.000).
- Cocaína (60.000 a 80.000).
- Heroína (80.000 a 125.000).
- Anfetaminas (350.000 a 500.000).
- Inhalables (18.000 a 21.000).
- Cannabis (1.200.000 a 1.800.000).

— Protagonismo de la «heroína» como mito de una potencialidad social considerable que se asocia a una serie de factores y efectos, lo cual contribuye a que éstos aparezcan y se reproduzcan por contagio social y funcionen como un estereotipo de gran impacto y efectividad.

— Aumento del consumo de cocaína, cuyos resultados están más enmascarados, dado que la cocaína tiene un período de «silencio clínico» de tres a cinco años, y es a partir de esta etapa cuando aparecen los problemas de salud.

---

(\*) Los datos reseñados tienen un valor indicativo. Dado que las cifras de consumidores se recogen según la droga consumida, en ningún caso pueden sumarse todas ellas para ofrecer la cifra total de consumidores ya que, en su mayoría, la población de referencia es consumidora de varias drogas.

— Polémica en torno a la peligrosidad de los efectos del cannabis para la salud y su aceptación entre los jóvenes como producto menos peligroso, convirtiéndose entre los adolescentes y los menores, junto con el alcohol, en un factor multiplicador de riesgo para el consumo de otras drogas.

— Utilización en escala de los inhalables, como «droga» de los más jóvenes y con menos recursos económicos, que la convierte en auténtica «toxicomanía de la miseria».

— Asociación entre el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana, identificando drogadicto-delincente y droga-factor de criminalidad en un discurso más ideológico que científico ya que, normalmente, las drogas vienen a reforzar procesos de desviación social ya existentes.

— Tendencia a identificar o circunscribir el consumo de drogas, y especialmente las drogas ilegales, al ámbito juvenil. El problema de la toxicomanía afecta, en estos momentos, a todos los grupos sociales y a toda la geografía española, y si bien es cierto que los jóvenes se encuentran en una situación de riesgo considerablemente mayor, también lo es que la sociedad tiene dos escalas a la hora de valorar determinados comportamientos, según sean los de un joven o los de un adulto.

### *En cuanto a la red de servicios*

La tradición sanitaria española, en lo que se refiere a la provisión de servicios asistenciales, hace que la presencia de la estructura de salud en el campo de las drogodependencias sea muy escasa. Como ejemplos valga el del consumo de alcohol y de la heroína. En términos generales, los servicios sanitarios han atendido únicamente la «patología orgánica» vinculada a esos consumos (infecciones, hepatopatías...). Por otra parte, los Servicios Sociales, aunque incapaces de satisfacer el total de la demanda asistencial, han desarrollado programas

en este campo. A veces han cumplido, y cumplen, funciones no estrictamente vinculadas a la acción social.

España ha pasado en esta década de no tener ningún servicio para la asistencia o reinserción social del toxicómano, a contar, aproximadamente, con 68 servicios asistenciales de carácter ambulatorio, en su mayoría públicos y de atención gratuita, y 58 Comunidades Terapéuticas, casi todas privadas, con subvenciones públicas en su mayoría, pero de coste muy elevado para las personas que quieren rehabilitarse en las mismas. La población atendida en estos servicios gira alrededor de las 10.000 personas y la demanda potencial que se puede calcular, con los datos disponibles, estaría en un mínimo de 30 a 40.000, excluyendo el problema del alcohol.

## **EL PLAN NACIONAL: UNA POLITICA COHERENTE Y COORDINADA**

Una política general en este campo contribuirá a frenar y reducir el consumo de sustancias que dañan la salud individual y colectiva, provocan procesos de marginación social, deterioran la seguridad ciudadana y vulneran la autonomía del individuo.

Sólo un esfuerzo concertado en el que participe la opinión pública, las autoridades responsables, los grupos profesionales e interesados, todo el conjunto de la sociedad civil, sería suficiente para luchar contra el abuso indebido de drogas y mitigar sus consecuencias. Un grado demasiado elevado de institucionalización y profesionalización de la respuesta corre el riesgo de aislar de la sociedad a la que pertenecen a los grupos de población directamente afectados por el problema. Este riesgo, sin duda, será menor en la medida en que se establezca una relación más directa y eficaz de los equipos de salud y bienestar social con la población.

El Plan que se presenta afronta el fenómeno global del uso y abuso de drogas en nuestro país, si bien en función del objetivo general antes mencionado, las medidas que se contemplan en el mismo, referidas al tráfico y a la asistencia al consumidor, inciden especialmente en los problemas creados por las drogas ilegales, con independencia de las medidas que simultáneamente se están desarrollando para la reducción del consumo del tabaco y del alcohol y, en general, frente a los problemas de salud planteados por otros productos psicoactivos socialmente integrados.

Los patrones existentes en el uso y abuso de las distintas drogas, así como la diversidad de los efectos provocados por las mismas y las consecuencias diferentes que produzcan en el ser humano, exigen afrontar el fenómeno de consumo de drogas de manera diversificada, las medidas incluidas en el Plan se dirigen prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- Reducción de la oferta y de la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una Red Pública de servicios de atención, suficiente y transparente para el usuario y para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema.

Todas las medidas deben de ser contempladas, para valorar su efectividad, bajo un triple enfoque: su adecuación a la realidad a la que pretenden responder, la coherencia de su desarrollo y su integración en un plan conjunto.

## **2. PREVENCIÓN**

### **2.1. Criterios generales**

La acción preventiva se desarrollará en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar, teniendo en cuenta que los problemas de la sociedad y los propios sistemas de convivencia, inciden directamente en cuantas acciones se realizan en este ámbito. En el desarrollo de medidas concretas para sectores específicos y en áreas geográficas determinadas es preciso considerar qué factores complejos de orden político, económico, social e individual entran en juego en cada momento y en cada colectividad.

Toda acción preventiva tendrá en cuenta los dos factores que se sitúan siempre en el origen de la drogodependencia y sobre los que es preciso actuar con intensidad creciente: disponibilidad de la droga y un modelo de sociedad, progresivamente consumista, con dificultades para realizar una «oferta sugestiva», especialmente a las poblaciones más jóvenes.

Resulta, por tanto, obvio señalar que la prevención no puede reducirse, ni aún consistir principalmente, en acciones de educación y mentalización, siendo necesaria la intervención en la reducción de la oferta, en los modos de vida y en las actitudes ideológicas vigentes en torno a la droga. La intervención en áreas de «alto riesgo» deberá estar orientada, fundamentalmente, en el apoyo a la modificación de los factores condicionantes de ese alto riesgo. Por otra parte, es conveniente señalar que la «credibilidad terapéutica» percibida por el usuario a través de los servicios de asistencia y reinserción social, constituye un factor decisivo para una efectiva prevención terciaria, facilitando a su vez, y como beneficio adicional, apoyo a la prevención en los niveles primario y secundario.

## 2.2. Reducción del consumo

La acción debe ir destinada a las poblaciones afectadas. En principio, hay que diferenciar dentro de ellas las poblaciones en riesgo de convertirse en toxicómanos de aquellas a las que concierne el problema. Las poblaciones en riesgo varían según el tipo de drogas: socialmente aceptadas (alcohol y tabaco), de tráfico ilegal (heroína, cocaína, LSD, cannabis...) y los fármacos (psicotropos). De todos modos, la definición de población de riesgo es un problema no resuelto ni en España, ni en otros países occidentales.

Considerando que las drogodependencias en su conjunto comportan riesgos para la salud, en los aspectos preventivos primarios no pueden disociarse las drogas legales de las ilegales, si bien las drogas ilegales presentan aniveles jurídicos, represivos y de salud, aspectos diferenciados que obligan a una especificidad en su tratamiento. Este tratamiento no debe impedir afrontar en mayor grado aquellas drogas de uso reciente que, por sus especiales características, suponen un grave deterioro social en distintos órdenes: mortalidad, delincuencia, incidencia en la población juvenil, etc.

Partiendo de estas premisas es preciso destacar que el riesgo más grave, en lo que a consumo de heroína se refiere, se sitúa hoy en España en sectores de población juvenil, preferentemente masculina, aunque con incremento en ritmo creciente de población femenina. Las poblaciones afectadas, no de riesgo, son básicamente las familias, las asociaciones, los educadores y todos aquellos que o bien están en directa relación con los consumidores o asumen algún papel o responsabilidad social frente a ellos.

Como se indica anteriormente, la mayor parte de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y de prevenir la marginalidad. Tal es el caso de la escolarización entre los 14 y 16 años, el paro juvenil...

Las actividades prioritarias a desarrollar se centran en la educación para la salud en el medio escolar, la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales; dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.

La educación sobre drogas en los centros docentes debe enmarcarse en la educación para la salud y la educación integral que la escuela debe facilitar. Su desarrollo corresponde a los propios educadores, asesorados por especialistas cuando sea necesario.

La política preventiva necesita de una amplia corresponsabilidad de la sociedad en su conjunto. Por ello, en gran medida, la actuación de la Administración, a cualquier nivel, debe ser de apoyo a colectivos sociales implicados. De igual modo, la Administración Local, como más próxima a los ciudadanos, juega un papel especialmente relevante.

Cabe destacar que para ser mínimamente eficaces y evitar percepciones contradictorias, es preciso que toda la sociedad facilite un mensaje —no idéntico, pero sí coherente— dentro de unas coordenadas compartidas. En este sentido, se recomienda una gran cautela en el desarrollo de campañas generales sobre drogas. Se considera que es muy difícil encontrar un mensaje que sea cierto, indiscutible, comprensible para todos y universalmente preventivo, teniendo en cuenta la complejidad del tema y la heterogeneidad de los receptores probables del mensaje.

Seguindo las recomendaciones de la O.M.S., la población, cuando se trata de campañas de ámbito general, no debe recibir más información sobre el problema que la que dicha población ya tiene. Los objetivos de este tipo de actuaciones deben ir dirigidos a desactivar determinadas percepciones sociales en torno al problema de la droga que funcionan como estereotipos que falsean la realidad e impiden una actuación adecuada sobre las mismas. En este sentido, podemos señalar

los binomios que progresivamente se van introduciendo, tales como droga-libertad, drogadicto-delincuencia, etc. Los objetivos de las campañas deben en todo momento fomentar entre la población la corresponsabilidad social en la lucha contra el problema, así como promover pautas de convivencia solidaria.

De conformidad con los criterios señalados, el desarrollo de campañas generales de orientación y sensibilización social han de estar dirigidas a desactivar determinadas percepciones sociales en torno al problema, así como a fomentar entre la población una corresponsabilidad solidaria, debiendo valorarse puntualmente tanto su incidencia como sus resultados.

### **2.3. Reducción de la oferta**

El desarrollo de la acción represiva a todos los niveles requiere complementar las medidas actuales en base a las demandas detectadas en la sociedad española, la jurisprudencia existente y las tendencias expresadas por la legislación internacional. Asimismo, exige modificaciones normativas que optimicen la realización de los compromisos adquiridos mediante los acuerdos internacionales suscritos por España, principalmente el Convenio Unico sobre Estupefacientes y la Convención sobre Psicótrpos, así como el incremento de la colaboración española en la comunidad internacional en materia de ayuda a los países productores, con programas de sustitución de cultivos.

En este ámbito cabe destacar la importancia de la Reforma Penal establecida en el año 1983 por la que se recoge la distinción entre sustancias que causan grave daño a la salud y las que no, distinción que ha sido recogida posteriormente por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que ha recomendado a los países miembros que incorporen en el futuro esta distinción en su legislación penal. De todas formas, cualquier medida legislativa precisa para ser efectiva de unos me-

dios policiales coordinados y adecuados a los objetivos que se persiguen.

## 2.4. Acciones propuestas

### *En cuanto a la reducción del consumo*

- Medidas estructurales consistentes en la reforma y mejora del sistema educativo.
- Potenciación del asociacionismo y del cooperativismo juvenil.
- Prioridad en la edición y experimentación de materiales didácticos que puedan ser utilizados en la educación sobre drogas en escolares u otros grupos de población.
- Promoción de actividades alternativas de alumnos y de una oferta diversificada de tiempo libre para los jóvenes.
- Proyectos piloto sobre educación escolar en colaboración con el Consejo de Europa y desarrollo de otros programas experimentales.
- Introducción de la educación para la salud en los *curricula* de los diferentes niveles escolares.
- Información sobre consumo de drogas en Centros de Información para la juventud y Centros de Información Ciudadana.
- Formación ocupacional y fomento del empleo, especialmente para favorecer la inserción de los jóvenes en la vida activa.
- Apoyo a asociaciones a través de la acción concertada.
- Campaña de orientación y sensibilización social en los medios de comunicación de masas.
- Planificación de medidas que conduzcan a una reducción gradual del consumo del alcohol, cuidando especialmente la aplicación de la legislación vigente en relación con la venta de alcohol a menores.

## *En cuanto a la reducción de la oferta*

- Ley de Estupefacientes y Psicotropos.
- Modificación del control de decomisos.
- Agravación de las penas correspondientes a tráfico de drogas, aspecto que, por otra parte, coincide con la legislación internacional, ya que ante el aumento del tráfico y a que los problemas del mismo se extienden a toda la sociedad, se han visto obligados a endurecer las penas existentes hasta la fecha.
- Investigación y embargo de los bienes de los traficantes.
- Suspensión temporal de la pena si el toxicómano traficante se somete a rehabilitación (esta medida se adoptaría con las cautelas precisas para evitar situaciones no buscadas por el legislador).
- Sanciones a los responsables de establecimientos públicos en los que se realicen actos de promoción, favorecimiento o facilitación del consumo o tráfico de drogas.
- Intensificar las penas por delitos contra la propiedad cuando estos se produzcan en establecimientos sanitarios (farmacias, hospitales, etc.).
- Configuración e institucionalización de la actual figura del Fiscal Especial.
- Aumento de la eficacia de la acción policial, mediante la adecuación de las dotaciones de los servicios del Ministerio del Interior y la mejora de su coordinación y cooperación con otras Administraciones.
- Aumento del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos.
- Inducción a la disminución del uso de inhalantes y solventes industriales.
- Colaboración con programas de sustitución de cultivos en los países hispanoamericanos.
- Acreditación de agregados especializados en algunas Embajadas.

### **3. ASISTENCIA**

#### **3.1. Criterios generales**

La asistencia al toxicómano requiere —tal y como se ha reconocido por diversos organismos internacionales— de un enfoque psicosocial, siendo necesario evitar, por una parte, tratamientos parciales y aislados que podrían derivar en situaciones de mantenimiento crónico de la toxicomanía y, por otra, modelos de tratamiento con un sesgo profesional excesivo (por ejemplo, medicalización del modelo).

El objetivo de la asistencia es, en términos generales, la abstinencia y la reinserción social. La abstinencia del consumo de drogas es una aspiración irrenunciable en materia de salud. Sin embargo, en algunos casos de consumo de heroína, que deben ser valorados con rigor, pueden adoptarse programas temporales de mantenimiento con Metadona u otros fármacos.

La formulación teórica sobre «en qué debe consistir la reinserción social del toxicómano» plantea numerosas incógnitas, en su mayoría no resueltas. Si se supone que la reinserción tiene como objetivo teórico su vuelta a la situación anterior a la dependencia de la droga, habrá que considerar que la situación anterior ya era, en muchos casos, disocial. Reinsertar significará, por tanto, diseñar un proyecto de vida no conflictiva, ni autodestructora, sin el recurso abusivo a sustancias modificadoras de la conducta, lo cual, evidentemente, no puede conseguirse abordando únicamente el problema de la dependencia de las drogas. Es preciso tener en cuenta, cuando se hable de la integración social, que el «principio de normalización» debe ser conjugado con «el derecho a la diferencia» de personas, sectores o grupos de población que adopten un sistema de vida heterogéneo respecto a lo que podría considerarse como habitual.

Consideraciones como las que anteceden y otras que se re-

señan a continuación plantean, a la hora de diseñar la asistencia, tres premisas básicas:

- complementariedad entre servicios de salud y servicios sociales para la elaboración de programas terapéuticos;
- potenciación de las redes generales de servicios asistenciales frente a la creación de servicios paralelos especializados, salvo en casos específicos;
- la promoción de fórmulas alternativas al internamiento fomentando la asistencia en el ámbito familiar y comunitario.

La oferta terapéutica debe ser diversificada, máxime cuando la voluntariedad del toxicómano y su valoración subjetiva del servicio que va a atenderle es un factor clave para el éxito del tratamiento y la capacidad de elección puede reforzar su vinculación con el método elegido.

La colaboración de la iniciativa privada sin fin de lucro se estima necesaria como factor que amplíe la variedad de la oferta y permita de manera ágil experimentar nuevos métodos, elemento imprescindible para el desarrollo de este tipo de programas. Evidentemente, esta colaboración debe responder a normativas o protocolos que garanticen los aspectos profesionales, económicos, derechos individuales de los usuarios, seguimiento y evaluación de resultados.

El modelo general de asistencia debe estructurarse a través de los servicios comunitarios, tanto sociales como de salud. Al hablar de un modelo de asistencia, no se está preconizando el desmantelamiento de la red existente, sino una línea de tendencia. Una aproximación a dicho modelo sería el que se ofrece a continuación:

### *Servicios Sociales Comunitarios y Servicios Básicos de Salud* (\*), puerta de entrada a la demanda de

---

(\*) Los Servicios Sociales Comunitarios tienen como funciones específicas la prevención comunitaria, información, detección de casos, atención de urgencias sociales, coordinación de los recursos de reinserción, etc.

tratamiento, junto con las urgencias hospitalarias. Derivarán las demandas recibidas hacia el tratamiento más adecuado, asumiendo tareas de información y orientación, por sí mismos, o recomendando un servicio social o sanitario (caso de las urgencias).

*Servicios de Salud Comunitaria* (\*), con programas específicos de tratamiento de la toxicomanía. Actuación sectorizada y polivalente, en la que se incluirá la desintoxicación: ambulatoria o en hospitales.

*Comunidades Terapéuticas*, utilizadas como recurso de tratamiento o de reinserción social por los servicios que actúan en ambos niveles.

*Servicios Sociales Comunitarios*, programarán la reinserción social del toxicómano mediante los dispositivos y recursos comunitarios existentes o que sea preciso crear a tal efecto.

Con referencia a la actuación del INSALUD, se considera necesario diferenciar dos tipos de demandas: por una parte, las urgencias y la atención a las patologías orgánicas del toxicómano, a las que debe acceder como ciudadano, y, por otra, los servicios de desintoxicación y analítica, que se le ofrecen en cuanto toxicómano y sujeto de un programa terapéutico con el que debe coordinarse la unidad de desintoxicación. Los recursos proporcionados por el INSALUD se integrarán o coordinarán en el modelo general de atención.

Este modelo aproximativo se plasmaría en cada realidad autonómica, según sus peculiaridades epidemiológicas, desarrollo sociosanitario, etc., en un Plan Autonómico que coordi-

---

(\*) Los Servicios de Salud Comunitarios son los denominados en el plan de la reforma psiquiátrica, centros de salud mental. Sus equipos multidisciplinares tendrán como funciones: evaluación y tratamiento de los casos que les sean remitidos.



ne niveles, competencias y servicios de las distintas administraciones, así como la participación de las instituciones sociales sin fin de lucro. En dicho plan se contemplará el papel importante a desarrollar por las Administraciones Locales, especialmente en la red de servicios sociales y en todo lo que suponga programas de prevención y reinserción social.

### **3.2. Acciones propuestas**

- Elaboración de un modelo de atención.
- Actuación del INSALUD: urgencias, desintoxicación hospitalaria, analítica, asistencia ambulatoria.
- Convenios-programas con CC.AA. para el mantenimiento de servicios propios o concertados en régimen de internamiento y apoyo al desarrollo asociativo, en el marco de los programas de acción social.
- Convenios-programa con CC.AA. para financiar, a través de los Ayuntamientos, Servicios de Información y Orientación y Centros especializados de Asistencia y Reinserción Social.
- Desarrollo de Programas Experimentales.
- Regulación y registro de los tratamientos con Metadona.
- Regulación de centros que presten servicios de asistencia a toxicómanos.

## **4. ACTIVIDADES DE SOPORTE**

Entre las deficiencias observadas en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas, destacan por su repercusión la formación de personal encargado de realizar las diferentes actividades y la exigencia de un sistema informativo que permita evaluar la situación actual y la eficacia de las me-

didadas que se proponen, así como la investigación permanente que debe ser potenciada tanto en lo que se refiere al conocimiento de la realidad, de manera que facilite la planificación y desarrollo de acciones acordes con la misma, como en lo que corresponde a investigaciones aplicadas, que permitan delimitar nuevas experiencias de prevención y tratamiento. Asimismo, en el campo de la investigación urge —en nuestro país— desarrollar métodos normalizados que hagan posible comparar y completar los resultados obtenidos, en diferentes trabajos y en diferentes épocas.

#### **4.1. Formación de personal**

Existe una deficiencia actual notable en la capacidad de los diferentes profesionales para hacer frente dentro de sus responsabilidades a la demanda generada por el consumo de drogas. En lo que a formación se refiere, a pesar de ello, en los últimos dos años, aunque con escasa coordinación, diferentes iniciativas están haciendo frente a estas exigencias.

Procede asegurar la correcta formación en drogodependencias de los estudiantes universitarios de profesiones relacionadas con este tema (especialmente sanitarios, sociólogos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales y profesionales del derecho). A esta formación universitaria se le debe conceder tanta o más importancia que al reciclaje de los ya titulados, que forzosamente ha de ser minoritario.

Con vistas a asegurar la participación de la comunidad en el abordaje del problema, se sugiere elaborar programas de formación de los dirigentes de las asociaciones de ayuda mutua y de autocuidado, relacionadas con el tema, así como establecer mecanismos que permitan asegurar su adecuada y efectiva participación.

El desarrollo de cursos de formación para profesionales de primera línea (maestros, médicos de familia, trabajadores so-

ciales y otros líderes comunitarios) se presenta también como necesidad de primer rango. Se recomienda organizar reuniones para formación de profesionales de los medios de comunicación de forma que se disminuyan los efectos contraproducentes de algunas informaciones.

El propósito de las actividades que se sugieren tienden a coordinar y sistematizar una política formativa que garantice la formación y el reciclaje continuado.

#### **4.2. Información-Investigación**

En este epígrafe, la información se concibe, en términos generales, como soporte para la planificación. La información como actividad preventiva ha sido tratada en el epígrafe correspondiente.

Se estima necesario, con carácter prioritario, completar los indicadores que proporcionan los estudios longitudinales como elementos válidos que permitan conocer los problemas derivados del consumo de drogas en la sociedad española. Dentro de estos indicadores se estiman como más relevantes los que proporcionan un conocimiento más preciso sobre oferta y demanda de servicios y sobre delincuencia vinculada indirectamente al consumo y tráfico de drogas.

Importa realizar bianualmente una encuesta global sobre el consumo de drogas en España, con muestras representativas a nivel provincial y siempre con una metodología que permita comparar la tendencia del consumo de cada droga, cada dos años. Entre otras cosas, este estudio periódico serviría para medir globalmente la eficacia de las diversas medidas que se adopten. Asimismo, y en orden a una racionalización, a la hora de planificar la acción pública, resulta urgente e imprescindible hacer un balance de los recursos existentes.

### 4.3. Acciones propuestas

#### *En cuanto a la formación*

- Formación académica de profesionales.
- Formación y perfeccionamiento del profesorado de EGB y BUP a través de la formación continuada.
- Inclusión de la atención a toxicómanos en los programas MIR.
- Fomento de la formación continuada de los profesionales vinculados a los problemas relacionados con la drogodependencia.
- Programa de formación, investigación y cooperación técnica para la reinserción social.
- Investigación universitaria.
- Investigación a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS).

#### *En cuanto a información-investigación*

- Estudio sobre validación de indicadores de prevalencia de consumo y demanda.
- Elaboración de un mapa de recursos de ámbito nacional.
- Evolución del consumo de medicamentos psicotropos en España.
- Estudio e indicadores de eficacia del rendimiento de los dispositivos de rehabilitación y reinserción social.
- Desarrollo de programas bianuales de investigaciones básicas, con participación de diferentes Departamentos ministeriales.

## **5. COLECTIVOS ESPECIFICOS**

Por la especial significación y características que presenta el consumo de drogas y su tratamiento, se contemplan en el Plan medidas particulares para tres colectivos de población. Menores de Reforma, Reclusos y Fuerzas Armadas.

### **5.1. Consejo Superior de Protección de Menores**

La prevalencia del consumo de drogas en los centros de menores se estima en un 20 por 100 (considerando los menores de protección y reforma), de los 6.000 menores asistidos, destaca, sin embargo, que casi el 90 por 100 de la población de reforma (4.250 menores) es consumidora. Ante esta situación los responsables se encuentran frecuentemente desbordados por la insuficiencia de recursos, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Entre las acciones generales que desarrollará el Consejo Superior, aparece la realización de programas piloto o experimentales con población de reforma, ya que la población de protección será atendida por las distintas Comunidades Autónomas.

Las permanentes demandas de atención, tanto de los centros como de las distintas Administraciones y Tribunales Tutelares, exigen un plan de atención, en el que deberán incluirse:

- Programas de prevención en centros de menores.
- Formación de personal «específico» para trabajar con menores de reforma, drogodependientes.
- Creación de centros de atención que desarrollen programas experimentales.
- Dotaciones presupuestarias mínimas de aplicación a este Plan.

### *Acciones a desarrollar*

- Creación de un Centro Piloto en Guadarrama (Madrid).
- Formación de personal específico para el trabajo con menores consumidores de droga.
- Programas de prevención en centros de menores.

## **5.2. Instituciones Penitenciarias**

En el terreno asistencial, tras la normativa publicada el 28 de marzo de 1983, se posibilita que los reclusos clasificados en grado 3 se puedan beneficiar de seguir tratamiento extrapenitenciario en los servicios comunitarios. Esta normativa ha comenzado a ser aplicada, principalmente mediante convenio con las llamadas Comunidades Terapéuticas.

En conjunto, en estas Instituciones se plantean también problemas de insuficiencia de recursos para hacer frente a las necesidades creadas en el consumo de drogas. En términos generales, esas necesidades tienen las siguientes vertientes: represión de tráfico en las Instituciones Penitenciarias y tratamiento de sujetos adictos.

### *Acciones a desarrollar*

- Modificación del destino y contactos de internos vinculados al tráfico de drogas.
- Mejora de la vigilancia de entrada de las visitas a las prisiones.
- Creación de Unidades Especializadas para el «tratamiento de entrada» del colectivo de toxicómanos en las Instituciones Penitenciarias.

### 5.3. Fuerzas Armadas

Las Fuerzas Armadas consideran falta leve el consumo de sustancias psicotrópicas entre sus miembros y falta grave cuando se hace en acto de servicio. De igual modo, el consumo de sustancias psicotrópicas sin finalidad terapéutica excluye de la prestación del servicio militar en voluntariado especial y en formación de mandos y especialistas, tanto para las escalas de complemento como para la reserva naval.

Está aún sin dilucidar la actitud referente a la incorporación al servicio militar obligatorio de los sujetos consumidores de drogas y de los drogodependientes que no presentan otra causa de exclusión total o temporal.

Los tres ejércitos consideran insuficiente los recursos materiales y humanos de que disponen para la atención a este problema en sus respectivas instalaciones.

#### *Acciones a desarrollar*

- Normativa que regule la incorporación al servicio militar de los consumidores de drogas y drogadictos.
- Colaboración con las instituciones civiles en el ámbito de la prevención y de la formación de personal.
- Ampliación de los recursos existentes.



## **COORDINACION INTERDEPARTAMENTAL E INTERAUTONOMICA**

### **6. COORDINACION**

#### **6.1. Criterios generales**

El intercambio internacional de experiencias —en lo que al problema de las toxicomanías se refiere— ha logrado establecer en los últimos años una serie de pautas generales para orientar a los responsables de formular políticas o desarrollar programas de este ámbito. Una de estas pautas, quizá la de mayor relevancia y universalidad, se refiere a la necesidad de instrumentar la cooperación y coordinación interinstitucional e interterritorial.

Las distintas Administraciones Públicas deben coordinar su actuación e instrumentar su cooperación. En este sentido, y siguiendo los últimos acuerdos de las Naciones Unidas —abril 1983—, definida la toxicomanía como un complejo fenómeno psico-social-cultural, se insiste en la necesidad de que intervengan coordinadamente los diversos sectores con competencias en este área.

La coordinación se considera, pues, como «lo más importante en las actividades de prevención, represión, tratamiento y reinserción social de los toxicómanos en un país, y una de las consignas que más se recalcan en todas las reuniones nacionales e internacionales». Sólo así será posible formular una política coherente que permita orientar racionalmente el conjunto de los programas del Estado, así como establecer con carácter general mecanismos de evaluación y control que midan no sólo la eficacia de los programas, sino también su impacto.

La distribución de responsabilidades en los aspectos asistenciales son extensibles, en gran medida, a los aspectos pre-

ventivos y, en parte, a la acción represiva. Aunque en esta última las funciones principales competen a la Administración Central y, dentro de ella, a los Ministerios de Justicia e Interior, se considera importante el establecimiento de sistemas de colaboración con las Policías Autónomas y Municipales.

La creación de estructuras de coordinación sobre los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas se debe establecer en las delimitaciones básicas del Estado: Administración Central y Administración Autónoma. A estos niveles de coordinación hay que añadir el de los Ayuntamientos y, en algunos casos, Diputaciones donde la densidad demográfica, la gravedad del problema y la previsión de recursos lo hagan necesario, lo que, además, viene también exigido, en lo que a la coordinación de los Ayuntamientos se refiere, por el desarrollo, de hecho, de la iniciativa a nivel comunitario y por su papel relevante en los programas de prevención y reinserción social.

## **6.2. Acciones propuestas**

- Creación de una estructura de coordinación a nivel de la Administración Central que facilite la coordinación interdepartamental e interautonómica.
- Nombramiento de un Delegado del Gobierno, adscrito al Ministerio coordinador del Plan Nacional sobre Drogas, que contará, a su vez, con un Gabinete Técnico para el desarrollo de sus funciones.
- Designación, en cada Ministerio, de un Coordinador de las actividades del mismo, con suficiente rango administrativo y dedicación, en virtud de las actividades que desarrolle cada Departamento en particular. Este Coordinador ostentará la representación de su Departamento en la estructura de coordinación técnica que se cree.

- Designación, en cada Comunidad Autónoma, de una Comisión de Coordinación en la que se integren las distintas Administraciones Públicas.
- Elaboración de un Mapa Nacional de Recursos.
- Elaboración de informes anuales de evaluación del Plan Nacional.



## **II. MEDIDAS PRIORITARIAS 1985-1986**

### **I. ADMINISTRACION CENTRAL**

#### **MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES**

##### **Criterios básicos**

- Cooperación Internacional.
- Coordinación Interdepartamental.
- Facilitar información sobre el tratamiento del tráfico y consumo de drogas en otras Naciones y Organismos Internacionales.

##### **Medidas prioritarias**

- Colaboración en programas de sustitución de cultivos en los países hispanoamericanos, a través de la contribución al Fondo de las Naciones Unidas contra el uso indebido de drogas (FNUFUID) (1985-86).
- Nombramiento de Agregados Especializados en seis Embajadas en régimen de acreditación múltiple.
- Negociación de Convenios contra el tráfico de drogas (1986).
- Negociación de acuerdos en los que se establezca el cumplimiento de las penas en España por delitos cometidos por los españoles en el extranjero (1986).
- Estudio comparado de legislación internacional sobre consumo, tenencia y tráfico de drogas.
- Asistencia, tanto en el plano sanitario como jurídico, al español detenido en el extranjero por razones de consumo, tenencia y tráfico de drogas (1985-86).

## MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

### Criterios básicos

- Desarrollo de programas para la salud y la educación integral en la escuela.
- Formación del profesorado.
- Reforma y mejora del sistema educativo.
- Edición y evaluación de material didáctico.
- Colaboración y coordinación interdepartamental e interterritorial.

### Medidas prioritarias

- Cursos ocupacionales por CC.AA. o por provincias para jóvenes de 14-15 años, con problemas de drogodependencia (1985-86).
- Reforma de las enseñanzas no universitarias en general (EGB, EE.MM. y EPA).
- Utilización de Centros de Profesores (1985-86).
- Diez cursos de 40 horas para profesores de EGB, Centros de Recursos, Educación Compensatoria, Orientadores, CEPS, MRP (1985-86).
- Cursos en Escuelas de Verano, Centros de Profesores, Seminarios permanentes (Orden Ministerial: prioridad cursos sobre drogodependencias) (1985-86).
- Formación de padres a nivel estatal y provincial (prioridad cursos APAS sobre drogodependencias) (1985-86).
- Intercambios escolares, coloquios de verano, convivencia asociativa y vida cultural, recuperación pueblos abandonados, escuelas viajeras, granjas escuela...) (1985-86).
- Programa deportivo (1985-86).
- Programa de apoyo al asociacionismo juvenil en los Centros (1985-1986).
- Publicaciones (distribución de material, ficheros para el profesorado y padres, dossier sobre "Comunidad Escolar").
- Inclusión de Ordenes Ministeriales dedicadas a innovaciones educativas ante la drogodependencia (financiación de 10 experiencias anuales) (1985-86).
- Inclusión de Temas específicos de Educación para la salud en los "currícula" de enseñanzas no universitarias (1985-86).
- Material didáctico y audiovisual dirigido a los centros (1985-86).

## MINISTERIO DE CULTURA

### Criterios básicos

- Facilitar una línea de información y orientación a través de los Centros de Información para la Juventud.
- Promoción de Casas de la Juventud.
- Apoyo a programas promovidos por las Asociaciones Juveniles.
- Colaboración con otros departamentos para el desarrollo de actividades diversificadas de ocio y tiempo libre.

### Medidas prioritarias

- Acciones coordinadas de los Centros de Información de las Administraciones Públicas.
- Publicaciones especializadas, vídeo-documental y revista quincenal "Guía".
- Número Monográfico sobre "Juventud y Drogas. Perspectivas para una política de prevención", marzo 1985.
- Seminario sobre "Juventud y Drogas", con responsables de asociaciones y colectivos juveniles, dentro de los III Encuentros de Juventud —Cabueñes' 85.
- Potenciación y creación de Casas de Juventud. Departamentos de Juventud de las Administraciones Públicas (1986).
- Asistencia técnica y respaldo financiero a programas desarrollados por Asociaciones Juveniles de ámbito estatal (1985-1986).

## MINISTERIO DEL INTERIOR

### Criterios básicos

- Actuaciones contra el tráfico ilícito.
- Coordinación con las policías autónomas y locales.
- Formación de personal.
- Cooperación Internacional.

### Medidas prioritarias

- Proyecto de Real Decreto por el que se regulan las funciones de la Brigada Central de Estupefacientes como Oficina Central Nacional para la lucha contra el tráfico ilícito.

- Ampliación de las dotaciones en personal y medios a la Brigada Central de Estupeficientes (1985-86).
- Agregados en Embajadas (1985-86).
- Dotación personal y medios Secciones Regionales y Especiales.
- Dotación medios Grupos Locales.
- Coordinación con Secciones y Grupos Regionales de Estupeficientes (1985-86).
- Cursos especializados para personal de la Dirección General de la Policía, coloquios interprofesionales, Becas de Estudio (1985-1986).
- Colaboración hispanoamericana formación de policías (1985-86).

## MINISTERIO DE JUSTICIA

### **Criterios básicos**

- Desarrollo de la normativa y de las medidas precisas para facilitar la reducción de la oferta.
- Atención de colectivos específicos.
- Cooperación Internacional.
- Coordinación y colaboración con otros Departamentos.

### **Medidas prioritarias**

- Anteproyecto de Ley de Estupeficientes y Psicotrópicos.
- Anteproyecto de Real Decreto sobre control de sustancias estupeficientes y psicotrópicas decomisadas.
- Institucionalización, dentro del Estatuto del Ministerio Fiscal, del Fiscal Especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas.
- Anteproyecto de Ley Orgánica de modificación del artículo 344 del Código Penal.
- Creación de un Centro Piloto en Guadarrama para menores de reforma (primer trimestre 1986).
- Formación de Personal (1985-86).
- Instituciones Penitenciarias.

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

### Criterios básicos

- Promoción de la utilidad racional del uso de fármacos.
- Intensificación del control sobre el uso de medicamentos psicoactivos.
- Desarrollo de la normativa que facilite la disminución de la oferta.
- Apoyo al desarrollo de una red asistencial de carácter público, a través del INSALUD.
- Apoyo y evaluación de programas experimentales.
- Programas generales de promoción de la salud, desarrollando la participación ciudadana y cooperando a la sensibilización social.
- Formación de personal.
- Desarrollo de programas de investigación socioepidemiológica.
- Coordinación y colaboración interdepartamental e interautonómica.

### Medidas prioritarias

- Programa selectivo de revisión de medicamentos (PROSEREME) y su repercusión en el consumo terapéutico de psicotropos y adopción progresiva de las medidas correspondientes (1985-86).
- Medidas de control para evitar la sustracción de productos farmacéuticos en farmacias, almacenes y Centros Sanitarios (1985-86).
- Real Decreto por el que se desarrolla lo dispuesto en el capítulo IX del Código Alimentario Español sobre condiciones generales que, para uso doméstico y de población infantil, deben reunir los disolventes, colas, pegamentos, pinturas, tintas, barnices y otros materiales análogos (Real Decreto 842/1985, de 25 de mayo).
- Modificación de la Orden Ministerial de 20 de mayo de 1983, sobre tratamientos con Metadona (1985).
- Desarrollo y evaluación de programas de deshabituación de dependientes de opiáceos, para toxicómanos graves, especialmente en zonas de alto riesgo (1986).
- Ciento veintiséis camas de hospitalización (segundo semestre 1985-1986).
- Desarrollo de programas de atención a toxicómanos en Centros de Salud Mental ---30 programas--- (1985-86).
- Programas experimentales de prevención. Convenios nacionales e internacionales (1986).
- Programas de investigación, formación y colaboración técnica (1985-86).
- Campaña general de sensibilización social (1985-86).

- Encuentros para el desarrollo de la participación ciudadana y sensibilización social (1985-86).
- Estudios sobre el estereotipo de la drogodependencia en los contenidos de la comunicación social (mayo-noviembre 1985).
- Incorporación como programa prioritario al FISS, de la investigación sobre toxicomanías ("BOE" 25-5-85/1986).
- Formación continuada a través de publicaciones periódicas y no periódicas.
- Incorporación al programa MIR (atención primaria, medicina interna, psiquiatría) de formación de drogodependientes.

## MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

### **Criterios básicos**

- Desarrollo de la cooperación con las organizaciones sociales de ámbito estatal e internacional.
- Cooperación con las Comunidades Autónomas para el desarrollo de programas y servicios de asistencia para la reinserción social.
- Facilitar la rehabilitación laboral del toxicómano, especialmente a través de las medidas generales de fomento del empleo juvenil.

### **Medidas prioritarias**

- Programas de cooperación social con organizaciones sociales de ámbito estatal e internacional.
- Programa nacional de formación, investigación y cooperación técnica para la reinserción social.
- Convenio-Programa con CC.AA. para:
  - Desarrollo de programas o servicios municipales de información y orientación (1985-86).
  - Servicios de asistencia y reinserción social municipal (1986).
  - Servicios de asistencia y reinserción social autonómicos propios o concertados y apoyo al movimiento asociativo (1986).
- Estudio sobre "El consumo de drogas en España: epidemiología, motivaciones y Factores de Riesgo" (marzo 1985).
- Colección "Cuadernos Técnicos de Toxicomanía" (cuatro números anuales) (1985-86).
- Utilización de los recursos generales de fomento del empleo juvenil para: ajuste personal, iniciación y orientación profesional, readaptación profesional (1985-86).

## 2. COORDINACION INTERDEPARTAMENTAL E INTERAUTONOMICA

### **Criterios básicos**

- Constitución a nivel estatal de un órgano de coordinación que facilite la colaboración entre las diversas Administraciones Públicas (Central, Autónoma y Local).
- Desarrollar un sistema claro y transparente de información y cooperación técnica.
- Facilitar los sistemas de diseño, seguimiento y evaluación de programas.
- Proponer las medidas o programas que por sus características requieren una intervención de ámbito nacional.

### **Medidas prioritarias**

#### *COORDINACION INTERMINISTERIAL*

- Constitución formal del Grupo de Trabajo Interministerial integrado por los Ministros de Sanidad y Consumo, Justicia, Trabajo y Seguridad Social e Interior (julio 1985).
- Nombramiento de un Delegado del Presidente del Gobierno para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional.
- Designación en cada Departamento implicado en el Plan Nacional de un responsable coordinador de las acciones de cada Ministerio en este ámbito (julio-septiembre 1985).
- Constitución del Grupo Técnico de coordinación Interministerial integrado por los coordinadores designados por los Ministerios de: Sanidad y Consumo, Justicia, Trabajo y Seguridad Social, Interior, Educación y Ciencia, Cultura, Asuntos Exteriores y Delegado de la Presidencia del Gobierno.
- Creación de un Gabinete Técnico.

#### *COORDINACION INTERAUTONOMICA*

- Conferencia Sectorial para la elaboración de criterios, establecimientos de prioridades y evaluación del Plan Nacional (1985-86).
- Comisión Técnica Interautonómica integrada por técnicos designados por las CC.AA. que asumirán las acciones que le sean encomendadas por la Conferencia Sectorial.

### 3. ADMINISTRACION AUTONOMICA

#### GENERALIDAD DE CATALUÑA

##### **Criterios básicos**

- Configuración de un Plan General a partir de la "LEY DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE SUSTANCIAS QUE GENERAN DEPENDENCIA", aprobada el 11 de julio de 1985.
- Integración de las acciones correspondientes a los Servicios Sanitarios y Sociales, asumiendo éstos la profilaxis, detección de casos y tratamiento sociopsicológico y de reinserción social y los primeros la atención especializada a través de equipos multidisciplinarios, dentro de la red general.
- Atención preventiva específica a niños y jóvenes, para promover hábitos de vida saludable y para la protección de grupos sociales vulnerables.
- Desarrollo de mecanismos que faciliten la participación de toda la población.

##### **Medidas prioritarias**

###### *En prevención*

- Encuesta epidemiológica.
- Programas preventivos (campana de educación sanitaria en las escuelas y en población general).
- Programas de formación de personal asistencial.

###### *En asistencia*

- Subvención a programa DROSS —Asistencia en Servicios Comunitarios Sociales.
- Subvenciones a otros Ayuntamientos y Diputaciones.
- Subvenciones a centros sin ánimo de lucro.
- Subvención para el desarrollo de Unidades en Hospitales, red de utilización pública y Centros Asistenciales Comunitarios.

###### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Oficina Técnica de Coordinación (1985).

## JUNTA DE GALICIA

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Planificación, seguimiento y evaluación de programas.
- Impulso a la prevención social, facilitando la investigación y asistencia técnica.
- Desarrollo de planes de personal especializado y de programas de reinserción social y laboral.
- Apoyo y colaboración con la iniciativa privada sin fin de lucro.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Estudio epidemiológico de salud mental y de consumo y tráfico de drogas (1985).
- Plan piloto de prevención (1985).
- Publicaciones (1985).
- Formación de educadores, consultores, familias y población general (1985).
- Centro de documentación e información (1985).

#### *En asistencia*

- Concierto con 11 asociaciones (1985).
- Comunidades Terapéuticas Rurales (1985).
- Servicios Generales (1985).
- Cincuenta Servicios Sociales de Base (1985).
- Centros de Salud (1985).
- Veintitrés Centros Sociales (1985).
- Programas de Metadona (seguimiento y control).
- Becas de tratamiento (1985).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Gallega de Prevención y Lucha contra la Drogodependencia (21-3-85).
- Ley de Servicios Sociales (1985).

## DIPUTACION REGIONAL DE CANTABRIA

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Estructura asistencial básica, integrada en el Servicio de Salud Mental.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Tres cursos para profesionales, APAS y medios de comunicación (1985-86).

#### *En asistencia*

- Tres servicios de información y acogida (primera fase) para montar posteriormente los correspondientes dispensarios en Santander, Laredo y Torrelavega (1986).
- Becas de protección social (1985-86).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Interinstitucional de Coordinación (octubre 1984).
- Equipo Técnico de Coordinación (junio 1985).

## PRINCIPADO DE ASTURIAS

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interterritorial.
- Desarrollo de un modelo integrado que opere en los ámbitos preventivo, asistencial y de reinserción social a través de las redes de servicios sanitarios y sociales existentes.
- Potenciar y desarrollar la acción preventiva.
- Promoción del movimiento asociativo entre familiares de toxicómanos.

## **Medidas prioritarias**

### *En prevención*

- Cooperación técnica con los Entes Locales y material didáctico (1985-86).
- Seminarios de formación de Agentes Sociales.

### *En asistencia*

- Programas de deshabitación y desintoxicación en régimen hospitalario y ambulatorio (1985-86).
- Dispositivos diversificados para la reinserción (1985-86).

### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Interterritorial (1985).

## **JUNTA DE ANDALUCIA**

### **Criterios básicos**

- Los toxicómanos constituyen un problema social y su responsabilidad recae en el área de Bienestar Social.
- Constituye su objetivo prioritario la atención primaria en Centros de Salud de carácter generalista.
- La coordinación básica a todos los niveles debe facilitar en el ámbito provincial la participación de las Administraciones Públicas e Instituciones Sociales.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Grupo de Trabajo de educación para la salud en centros docentes no universitarios (marzo-septiembre 1985).
- Desarrollo del programa (octubre-diciembre 1985).
- Utilización de centros docentes para actividades culturales y deportivas (horarios extraescolares).
- Concurso de ayudas a equipos de educación para la salud (junio 1985).

- Divulgación a través de la revista "Salud" (1985-86).
- Divulgación a través del "Boletín" para educadores (1985-86).
- Material divulgativo para educadores, jóvenes y niños (septiembre-noviembre 1985).
- Formación de monitores de clubs juveniles, centros culturales, etc., y promoción del asociacionismo juvenil y de actividades diversas.
- Plan especial de trabajo en las cárceles.
- Formación de Educadores (septiembre-diciembre 1985).
- Promoción del Asociacionismo Juvenil (1985-86).
- Promoción de actividades juveniles y culturales diversas.
- Elaboración de un plan especial de trabajo sobre las drogas en las cárceles.
- Colaboración con el Ministerio del Interior y/o la Delegación del Gobierno en Andalucía en la represión del tráfico ilegal.
- Plan Alternativo de Menores, LEAC.

#### *En asistencia*

- Participación en los Centros Provinciales de drogodependencias.
- Plan de Formación de Drogodependencias para el personal sanitario de los Centros de Salud de atención primaria.
- Integración de la atención en drogodependencias en los Centros de Salud.
- Creación de dos unidades hospitalarias de desintoxicación.
- Subvenciones en Centros privados sin fin de lucro y de evaluación.

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Delegada de Bienestar Social que aprueba el Plan Interconsejerías.
- Nombramiento de un Comisionado para la lucha contra la droga (1985).
- Creación de los Patronatos Provinciales (Decreto 73/1985, de 3 de abril), cuatro en 1985 y cuatro en 1986.
- Coordinación en Ministerio del Interior y Delegación del Gobierno en Andalucía para la represión del tráfico ilegal.
- Creación de un Centro de Datos unificados para toda Andalucía.

## REGION DE MURCIA

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Elaboración de un programa regional de lucha contra la drogodependencia.
- Potenciar las acciones de prevención e información general.
- Desarrollo de programas piloto de reinserción social.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Campaña sobre drogodependencia (44 cursos de educación para la salud para profesores de EGB, cuatro cursos para profesores de BUP y FP, dos cursos a médicos de familia y generales (1985).
- Conferencias y mesas redondas.
- Distribución de documentación (1985).

#### *En asistencia*

- Dos centros de atención integral en Cartagena y Murcia (junio 1985).
- Una Comunidad Terapéutica (1 de noviembre 1985).
- Una unidad de desintoxicación (Cruz Roja) (1 de junio de 1985).
- Colaboración con Ayuntamientos y Asociaciones para el equipamiento y mantenimiento de centros (1985).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Regional de lucha contra la drogodependencia (13-5-1985).

## DIPUTACION GENERAL DE ARAGON

### **Criterios básicos**

- Coordinación de cara a la elaboración de un plan global.
- Intensificar la acción preventiva procurando la disminución del

consumo de todo tipo de drogas. Esta acción se desarrollará principalmente a través de cursos de formación a profesionales.

- Fomentar la creación de recursos para la rehabilitación y reinserción social.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Folletos y videos (1985).
- Formación de trabajadores sociales y sanitarios, educadores, animadores socio-culturales, asociaciones, etc. (1985-1986).
- Estudio epidemiológico.

#### *En asistencia*

- Creación de un centro de asistencia (1985).
- Creación de dos Comunidades Terapéuticas (1985-1986).
- Recursos para rehabilitación y reinserción social (1985-1986).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Convenio Diputación General, Diputación Provincial y Ayuntamiento de Zaragoza.
- Incorporación al Convenio de Huesca y Teruel (1985-1986).

## **JUNTA DE CASTILLA-LA MANCHA**

### **Criterios básicos**

- Desarrollo de una política de coordinación con las áreas de Salud Mental, Ayuntamientos, Diputaciones e INSALUD.
- Intervención en la prevención y asistencia desde los procesos educativos y las áreas de salud.

## **Medidas prioritarias**

### *En prevención*

- Vigilancia Epidemiológica (iniciar en enero 1986).
- Contratación personal Unidades Infanto-Juveniles. Salud Mental (mayo-junio 1985).
- Ciclo de charlas profesionales y APAS (13 ciclos) (octubre-diciembre 1985).
- Edición Guía del educador sobre educación de la salud para adolescentes y jóvenes.
- Diagnóstico de necesidades sociales en Castilla-La Mancha efectuado por EDIS (Equipo de Investigación Sociológica). Ya está elaborado el avance de resultados, donde se incluyen varios items sobre drogodependencias. Están elaborándose los resultados definitivos.
- Otras actividades de prevención.

### *En asistencia*

- Creación de una Comunidad Terapéutica rural en Toledo (enero 1986).
- Creación de servicios de rehabilitación en Ciudad Real.
- Financiación de Asociaciones privadas sin ánimo de lucro.
- Ayudas individuales.

### *En coordinación*

- Contratación experto para la Dirección General de Salud Pública (mayo-junio 1985).
- Constitución Grupo de Investigación y Documentación dentro de la Comisión Regional para el estudio de la Salud Mental (junio 1985).
- Firma del Proyecto de Coordinación con todas las Instituciones con responsabilidad en Salud Mental (junio 1985).

## **GENERALIDAD DE VALENCIA**

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Promoción de acciones preventivas.

- Desarrollo de una red pública de asistencia, teniendo como objetivo último del tratamiento la “reinserción social normalizada y voluntaria”.
- Estimular la participación de la comunidad.
- Apoyo a la iniciativa privada sin fin de lucro en el marco de unos criterios de valoración y control.

## **Medidas prioritarias**

### *En prevención*

- Cincuenta cursos comarcales para educadores (1985).
- Cursos de formación de personal (1985).
- Concursos sobre actividades escolares (carteles, comics, redacciones...) (1985).
- Material pedagógico y guía de recursos (1985).
- Publicación de una revista (anual).
- Estudios epidemiológicos sobre población escolar y población general.
- Centros provinciales de información (1985-86).

### *En asistencia*

- Red de servicios sociales de salud de atención primaria (1985).
- Centros rurales en Alicante y Castellón (1985).
- Centros rurales en Valencia y Requena (1985).
- Centros urbanos de rehabilitación y reinserción en áreas de alto riesgo (Alicante y Sagunto) (1985).
- Unidades de desintoxicación en hospitales generales y psiquiátricos.
- Convenios para la aplicación de recursos públicos.
- Evaluación de resultados de los programas de reinserción social. 61 equipos de servicios sociales de base (1985).

### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Remodelación del área de drogodependencia (Comisión Entes Locales, coordinación horizontal, Delegaciones Territoriales).

## COMUNIDAD AUTONOMA DE LA RIOJA

### Criterios básicos

- Coordinación Interinstitucional.
- Atención prioritaria a las acciones de prevención primaria.
- Apoyo, mediante concierto, a instituciones privadas sin fin de lucro.
- Programas experimentales de educadores de calle y de mantenimiento con Metadona.

### Medidas prioritarias

#### *En coordinación*

- Coordinación Plan Nacional sobre Drogas (mayo 1985).
- Comisión Interdepartamental.

## JUNTA DE EXTREMADURA

### Criterios básicos

- Coordinación Interinstitucional.
- Promoción y desarrollo de acciones de formación e información.
- Desarrollo de un modelo integrado de prevención, asistencia y reinserción a través de los servicios existentes o aquellos que se adecúen a esta finalidad.
- Fomento de asociaciones entre familiares de toxicómanos.
- Establecer sistemas de colaboración con las Entidades Locales.

### Medidas prioritarias

#### *En prevención*

- Cursos de Educación para la Salud de profesores de EGB, BUP y FP (nueve cursos) (1986).
- Estudio epidemiológico sobre el uso de sustancias susceptibles de provocar dependencia (1986).
- Información de las Asociaciones de Padres de Alumnos (APAS), padres de drogodependientes y población general (1986).

- Determinación analítica sobre Hepatitis B en esta población de riesgo (1985).
- Cursos para médicos generales y médicos familiares (1986).

#### *En asistencia*

- Puesta en marcha de un centro de atención ambulatoria en Badajoz, que funcionaría a través del Centro de Diagnóstico y Orientación (AISN) (1986).
- Dos comunidades terapéuticas, una en Cáceres y otra en Badajoz, en coordinación con las Diputaciones, Ayuntamientos, etc. (1986).
- Ayuda a drogadictos en programas de deshabituación (1985-86).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Coordinación con Ayuntamientos, Diputaciones, INSALUD y con profesionales sanitarios y no sanitarios (1986).

## COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS

### **Criterios básicos**

- Coordinación y cooperación en un marco abierto a nuevas técnicas y a un diseño adaptado de prioridades según la realidad.
- Se inserta en el marco general de promoción de la salud y del bienestar social, siguiendo las recomendaciones de las Organizaciones Internacionales y del propio Plan Nacional.
- Facilitar la participación ciudadana y la cooperación interprofesional.
- Descentralización de la actuación y equilibrio de recursos entre las islas.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Proyecto piloto de las Remudas (1985-86).
- Proyecto piloto de La Laguna (1985-86).
- Programa preventivo escolar (EGB, BUP, COU, FP) y población juvenil en paro (1985-86).

- Programa de formación para educadores, sanitarios, funcionarios judiciales, policías, animadores sociales... (1985-86).
- Actualización estudio epidemiológico (1985-86).
- Educadores de calle (1985-86).

#### *En asistencia*

- Normalización e integración a la atención primaria en la red sanitaria general (unidades básicas de salud) (1985-86).
- Desarrollo del servicio de Familias de Acogida (1985-86).
- Promoción de programas de desintoxicación domiciliaria (1985-1986).
- Cooperativas de trabajo asociado (1985-86).
- Comunidades Terapéuticas en Las Palmas y Tenerife (1985).

#### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comisión Interdepartamental (octubre-diciembre 1985).
- Consejos de Centros.

## JUNTA DE CASTILLA-LEON

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interterritorial.
- Red Integral para la prevención, asistencia y reinserción, en la que se engloben los servicios sanitarios y sociales, dentro de un modelo de actuación diversificado y abierto a la experimentación.
- La asistencia se impartirá con carácter estrictamente voluntario.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Plan de prevención primaria y secundaria (1985).
- Plan de formación y reciclaje de personal en diversos niveles (1985).
- Investigación epidemiológica (factores causales, asistencia, reinserción social).

### *En asistencia*

- Creación de cinco dispositivos de coordinación del programa, cubriendo en una primera fase funciones de recepción, valoración y orientación terapéutica en los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica de Valladolid, Salamanca, Burgos, León y Palencia (1985).
- Aprovechamiento de recursos intermedios (Hospitales de Día, Talleres, INSERSO...) (1985).
- Subvenciones Institucionales públicas y privadas (1985).

### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Comité Regional de Expertos (marzo 1985).
- Comisión Regional Interdepartamental de Bienestar Social (1986, Ley de Drogodependencias).

## COMUNIDAD AUTONOMA DE LAS ISLAS BALEARES

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional (Administración Central, Autónoma y Local).
- Colaboración con las entidades privadas sin fin de lucro.
- Las acciones, prioritariamente, se centrarán en la problemática de los heroinómanos.
- Potenciación de programas de formación e información.
- Concesión de subvenciones a programas o servicios siempre que se cumplan unos requisitos mínimos y se sometan a los criterios de seguimiento y control técnico de la Comunidad Autónoma.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Actualización estudio epidemiológico (1985).
- Mapa-inventario de recursos (1985).
- Cursos y conferencias a educadores, familias y jóvenes (EGB, BUP, FP), (1985).
- Material didáctico de EGB, BUP y FP (1985).
- Campaña general de prevención (1985).

### *En asistencia*

- Centro Coordinador de Prevención, tratamiento y reinserción y Centros de Acogida en Mallorca (1985).
- Dos Centros de Acogida en Menorca e Ibiza (1986).
- Tres Comunidades Terapéuticas rurales: una en Mallorca (1985), otra en Menorca (1986) y otra en Ibiza (1986).
- Veinticinco Becas de tratamiento (1985).
- Subvenciones para Asociaciones.
- Seguimiento y control de tratamiento con Metadona (1985-86).
- Acreditación de Comunidades Terapéuticas.
- Dos Pisos de Apoyo en Palma e Ibiza (1986).

### *En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (1985).
- Comisión Político-Administrativa de Coordinación Interinstitucional (1985).
- Comisión de expertos para seguimiento del Plan (1985).
- Convenio entre Comunidad Autónoma, Consells y Ayuntamiento (1985).
- Coordinación con el INSALUD, Justicia, Interior y Educación (1985).
- Convenio con el Obispado de Mallorca (1985).

## COMUNIDAD DE MADRID

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Red de Atención general e integrada.
- Integración de servicios sanitarios y sociales.
- Potenciar la formación de personal y los programas de prevención de la marginación de zonas de alto riesgo.

### **Medidas prioritarias**

#### *En prevención*

- Determinación estrategias (1985).
- Acciones dentro del Plan de Prevención de la delincuencia (1985-1986).

- Formación personal atención primaria (1985-86).
- Estudio epidemiología-drogadicción (1985-86).

*En asistencia*

- Dos Unidades Desintoxicación Hospitalaria (1985).
- Dos Comunidades Terapéuticas Rurales (1985-86).
- Refuerzo Equipos de Salud Mental y Servicios Sociales de Base (1985-86).
- Tres Centros de Día (1986).
- Cuatro Talleres Ocupacionales (1986).

*En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional (mayo 1985).
- Protocolo de constitución de la Comisión Regional y de la Comisión Técnica Interinstitucional (11 de abril 1985).
- Estructura de coordinación, planificación, evaluación e investigación epidemiológica (1985).

## DIPUTACION FORAL DE NAVARRA

### **Criterios básicos**

- Coordinación Interinstitucional.
- Integración en los programas generales de Salud y Servicios Sociales.
- Atención especial a la prevención en sectores juveniles.
- Apoyo, mediante concierto, a instituciones privadas sin fin de lucro.

### **Medidas prioritarias**

*En prevención*

- Programas específicos de promoción de la salud en centros escolares (1985).
- Programas para comunidades (barrios, pueblos...) (1985).
- Participación coordinada de la comunidad (1985).
- Formación sistemática de profesores y padres (1985).

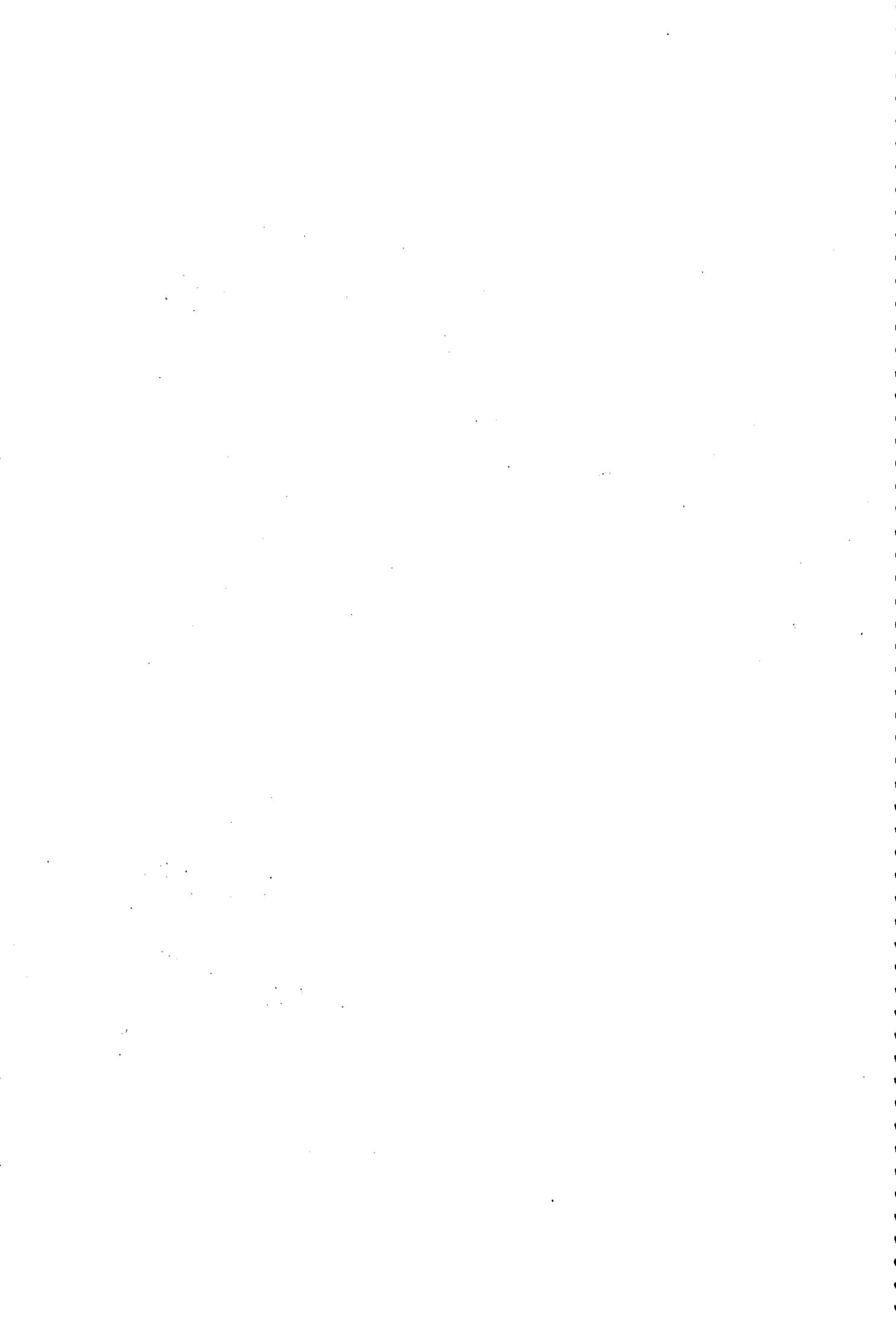
- Programas especiales para médicos generales, de familia, ATS, psicólogos, trabajadores sociales... (1985).
- Investigación epidemiológica (1985).

*En asistencia*

- Convenio con Comunidades Terapéuticas (1985).
- Servicios de asistencia (1985).  
(Unidas de Alcoholismo y Toxicomanías del Instituto de Salud Pública en Pamplona y en Tudela.)

*En coordinación*

- Coordinador Plan Nacional sobre Drogas (mayo 1985).



## **ANEXO 1**

### **COMPOSICION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**

- **Grupo de Trabajo Interministerial.**
- **Conferencia Sectorial.**
- **Grupo Técnico Interministerial.**
- **Comisión Técnica Interautonómica.**

### **COMPOSICION DE LOS GRUPOS DE TRABAJO**

#### **Grupo de Trabajo Interministerial**

- **Excmo. Sr. D. Ernest Lluch Martín.**  
**Ministro de Sanidad y Consumo.**
- **Excmo. Sr. D. Fernando Ledesma Bartret.**  
**Ministro de Justicia.**
- **Excmo. Sr. D. Joaquín Almunia Amann.**  
**Ministro de Trabajo y Seguridad Social.**
- **Excmo. Sr. D. José Barrionuevo Peña.**  
**Ministro del Interior.**

#### **Conferencia Sectorial**

- **Excmo. Sr. D. Ernest Lluch Martín.**  
**Ministro de Sanidad y Consumo.**

- Excmo. Sr. D. Fernando Ledesma Bartret.  
Ministro de Justicia.
- Excmo. Sr. D. Joaquín Almunia Amann.  
Ministro de Trabajo y Seguridad Social.
- Excmo. Sr. D. José Barrionuevo Peña.  
Ministro del Interior.
- Excmo. Sr. D. Enrique Linde Cirujano.  
Consejero de Gobernación.  
Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Excmo. Sr. D. Alfredo Arola Blanquet.  
Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.  
Comunidad Autónoma de Aragón.
- Excmo. Sr. D. Alberto Guanche Marrero.  
Consejero de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.  
Comunidad Autónoma de Canarias.
- Excmo. Sr. D. Félix Hinojal García.  
Consejero de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social.  
Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Excmo. Sr. D. Juan José de la Cámara Martínez.  
Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.  
Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
- Excmo. Sr. D. Ignacio Santos Rodríguez.  
Consejero de Bienestar Social.  
Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Excmo. Sr. D. Josep Laporte i Salas.  
Consejero de Sanidad y Seguridad Social.  
Generalidad de Cataluña.
- Excma. Sra. D.<sup>a</sup> María Gómez de Mendoza.  
Consejera de Salud y Bienestar Social.  
Comunidad de Madrid.
- Excmo. Sr. D. Federico Tajadura Iso.  
Consejero de Sanidad y Bienestar Social.  
Comunidad Foral de Navarra.

- Excmo. Sr. D. Miguel Millana Sansaturio.  
Consejero de Sanidad, Seguridad Social y Trabajo.  
Comunidad Autónoma de Valencia.
- Excmo. Sr. D. Alfredo Gimeno Ortiz.  
Consejero de Sanidad y Consumo.  
Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Excmo. Sr. D. Francisco Javier Suárez-Vence Santiso.  
Consejero de Sanidad y Consumo.  
Comunidad Autónoma de Galicia.
- Excmo. Sr. D. Gabriel Oliver Capó.  
Consejero de Sanidad y Seguridad Social.  
Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.
- Excmo. Sr. D. Pablo Rubio Medrano.  
Consejero de Trabajo y Bienestar Social.  
Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Excmo. Sr. D. Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio.  
Consejero de Sanidad.  
Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.
- Excmo. Sr. D. José M. Morales Meseguer.  
Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.  
Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

### **Grupo Técnico Interministerial**

- D. Arturo Espiegelberg de Ortueta.  
Dirección General de Asuntos Consulares.  
Ministerio de Asuntos Exteriores.
- Ilmo. Sr. D. Roberto Rey Mantilla.  
Asesor Ejecutivo del Ministro de Educación y Ciencia.
- Ilmo. Sr. D. Francisco Cánovas Sánchez.  
Subdirector General de Estudios e Investigaciones.  
Dirección Gral. de la Juventud y Promoción Socio-Cultural.  
Ministerio de Cultura.

- D. Florentino Gómez Mesa.  
Jefe de la Brigada Central de Estupefacientes.  
Dirección General de la Policía.  
Ministerio del Interior.
- Ilmo. Sr. D. Fernando Pastor López.  
Asesor Ejecutivo del Ministro de Justicia.
- Ilmo. Sr. D. Juan José Casas Nombela.  
Asesor Ejecutivo del Ministro de Justicia.
- Ilmo. Sr. D. José Jiménez Villarejo.  
Fiscal Especial para la Prevención y Represión del Tráfico  
Ilegal de Drogas.
- Ilmo. Sr. D. Miguel Angel de la Cal.  
Director General de Salud Pública.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ilmo. Sr. D. César Braña Pino.  
Presidente del Instituto Nacional del Consumo.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> María Jesús Manovel Báez.  
Coordinadora Técnica Plan Nacional sobre Drogas.  
Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> Patrocinio las Heras Pinilla.  
Directora General de Acción Social.  
Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Ilmo. Sr. D. Alberto Ruiz Secchi.  
Director del Departamento de Asuntos Sociolaborales del  
Gabinete de la Presidencia del Gobierno.
- Ilmo. Sr. D. Luis Ortega Alvàrez.  
Director del Departamento de Asuntos Institucionales del  
Gabinete de la Presidencia del Gobierno.
- D. Antonio Martín Serrano.  
Consejero Técnico.  
Gabinete de la Presidencia del Gobierno.
- D.<sup>a</sup> María Dolores Cid Campo.  
Vocal Asesor del Gabinete de la Presidencia del Gobierno.

- D. Manuel Ruiz César.  
Secretaría de Estado para las Relaciones con las Cortes y  
la Coordinación Legislativa de Presidencia del Gobierno.

### **Comisión Técnica Interautonómica**

#### *Junta de Andalucía*

- D. Ramón Mendoza Berjano.  
Jefe de la Sección de Educación para la Salud de la Con-  
sejería de Salud y Consumo.

#### *Diputación General de Aragón*

- D. Rodolfo Verge Schulte-Eversum.  
Técnico en Toxicomanías del Departamento de Sanidad,  
Bienestar Social y Trabajo.

#### *Comunidad Autónoma de Canarias*

- Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> María Luz Acebedo Martín.  
Directora General de Salud Pública.  
— D. José Enrique Hernández Curbelo.  
Asesor Técnico.

#### *Comunidad Autónoma de Cantabria*

- D. Baltasar Roderó Vicente.  
Jefe del Servicio de Salud Mental.  
Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

#### *Junta de Comunidades Castilla-La Mancha*

- D. Tomás de Haro de la Cruz.  
Responsable de la Sección de Salud Mental de la Dirección  
General de Salud Pública.

### *Junta de Castilla y León*

- D. Alfonso Prieto Rodríguez.  
Jefe del Servicio de Salud Mental.

### *Generalidad de Cataluña*

- D. Francesc Freixa Sanfeliu.  
Jefe de la Sección de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

### *Comunidad Autónoma de Madrid*

- D. Pedro Enrique Muñoz Rodríguez.  
Coordinador de la Comisión Regional para las Drogas.  
Consejería de Salud y Bienestar Social.

### *Comunidad Foral de Navarra*

- D. José R. Varo Prieto.  
Jefe de Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías.  
Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

### *Generalidad Valenciana*

- D. Rafael Herrero Lorenzo.  
Jefe de la Sección de Drogodependencias.  
Dirección General de Servicios Sociales.  
Consejería de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social.

### *Junta de Extremadura*

- Ilmo. Sr. D. José Luis Santamaría García.  
Director General de Asistencia Primaria y Programas Sanitarios.  
Consejería de Sanidad y Consumo.

### *Junta de Galicia*

- Ilmo. Sr. D. Vicente Domínguez Hernández.  
Director General de Salud Pública.  
Consejería de Sanidad y Consumo.
- Ilmo. Sr. D. José Luis Baña Mouzo.  
Director General de Seguridad Social y Servicios Sociales.  
Consejería de Trabajo, Seguridad Social y Emigración.

### *Comunidad Autónoma de Baleares*

- Ilmo. Sr. D. Antonio Martínez Sánchez.  
Secretario General Técnico.  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social.
- D. Jaime Carbonell Rigo.  
Asesor y Coordinador del Centro de Acogida y Prevención  
de Toxicómanos.  
Consejería de Sanidad y Seguridad Social.

### *Comunidad Autónoma de La Rioja*

- Ilmo. Sr. D. Francisco Sáez Porres.  
Director Regional de Bienestar Social.  
Consejería de Trabajo y Bienestar Social.

### *Principado de Asturias*

- Ilmo. Sr. D. José García González.  
Director Regional para la Reforma de la Asistencia Psi-  
quiátrica.  
Consejería de Sanidad.

### *Comunidad Autónoma de Murcia*

- Ilmo. Sr. D. Francisco Martínez Pardo.  
Director Regional Asistencia Sanitaria.  
Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

- D. Bartolomé Ruiz Periajo.  
Coordinador Drogodependencias.  
Consejería de Sanidad, Consumo y Seguridad Social.

### **Federación Española de Municipios**

- D. Antonio Millán Moya.  
Teniente de Alcalde-Delegado del Area de Servicios Sociales  
del Ayuntamiento de Granada.
- D.ª Pilar Ferrán Hernández.  
Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Hospitalet (Barcelona).
- D.ª María Arrondo Arrondo.  
Concejala del Ayuntamiento de Zaragoza.
- D. Fernando Porto Vázquez.  
Equipo de Toxicomanías de la FEMP.
- D. Darío Pérez Madero.  
Equipo de Toxicomanías de la FEMP.

### **Administración Central**

#### *Ministerio del Interior*

- D. Pedro Rodríguez Nicolás.  
Comisario Sección Coordinación de la Brigada Central de Estupefacientes.

#### *Ministerio de Justicia*

- D. Eduardo Bordón Piqueras.  
Servicio Técnico.  
Consejo Superior de Protección de Menores.

***Ministerio de Trabajo y Seguridad Social***

- D.<sup>a</sup> Pilar Alvarez Arroyo.  
Jefe del Servicio de Programas INSERSO.  
Dirección General de Acción Social.

***Ministerio de Sanidad y Consumo***

- Ilmo. Sr. D. Miguel Angel de la Cal.  
Director General de Salud Pública.
- Ilma. Sra. D.<sup>a</sup> María Jesús Manovel Báez.  
Coordinadora Técnica Plan Nacional sobre Drogas.
- D.<sup>a</sup> Rita Enríquez de Salamanca.  
Sección de Salud Mental.  
Dirección General de Salud Pública.







MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
SECRETARIA GENERAL TECNICA  
Servicio de Publicaciones