



PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

ESTRATEGIA
NACIONAL
SOBRE
DROGAS

2000 - 2008

ESTRATEGIA
NACIONAL
SOBRE
DROGAS
2000 - 2008

Edita:  MINISTERIO
DEL INTERIOR

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General Técnica

NIPO: 126-99-041-3

Depósito legal:

Presentación

La reciente aprobación de la “Estrategia Nacional sobre Drogas” en el Consejo de Ministros del pasado día 17 de diciembre de 1999 marca un hito indiscutible en la respuesta institucional de nuestro país al fenómeno de las drogas. Significa en la práctica el comienzo de un nuevo Plan Nacional que, incorporando todo lo positivo del Plan anterior, ofrece a nuestros ciudadanos un proyecto esperanzador para entrar en el próximo siglo.

Estoy convencido de que, con este nuevo Plan, estamos ofreciendo a la sociedad española un instrumento útil y moderno, prudente y ambicioso a la vez, para enfrentarse a uno de los problemas que afectan de manera más directa al modelo de convivencia en paz y en libertad que todos deseamos para nuestro país.

Este Gobierno y, en concreto, este Ministerio del Interior desde sus específicas competencias, han considerado siempre una cuestión prioritaria el diseño, el impulso, el apoyo, la promoción y el desarrollo de una política realista y eficaz en materia de lucha contra las drogas. Esta preocupación nos llevó a proponer a comienzos de 1997 un “Plan de medidas para luchar contra las drogas” de carácter urgente sobre cuyo cumplimiento y resultados tuve ocasión de informar al Consejo de Ministros dos años más tarde.

Considero que, del balance de lo alcanzado en estos años, así como en todos los anteriores desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, nuestro país puede sentirse razonablemente satisfecho. Aunque son muchos los esfuerzos que hemos de continuar haciendo para no desaprovechar todo lo conseguido y mejorar e incrementar las respuestas ofrecidas hasta ahora, nadie negará que se han alcanzado una serie de logros que nos colocan entre los países más avanzados en el desarrollo de las políticas frente a las drogas.

En la consecución de estos logros hemos participado el conjunto de las Administraciones Públicas (tanto la Central, como la Autonómica y Local), pero también la sociedad civil a través de sus organizaciones asociativas, los

profesionales de la intervención en drogodependencias y los medios de comunicación social, entre otros.

Con la “Estrategia Nacional sobre Drogas” que ahora ve la luz queremos profundizar en algunos aspectos que ya se contemplaban en el Plan Nacional anterior y ampliar el marco de actuación hacia otros nuevos elementos que consideramos relevantes de cara a una adecuación a las necesidades actuales del fenómeno y a una mayor efectividad en las políticas sobre drogas.

En primer lugar, deseo destacar que la Estrategia se ha elaborado con un espíritu participativo e integrador. A lo largo de todo este dilatado proceso, el documento ha estado abierto a la participación del conjunto de las Administraciones Públicas así como de las instituciones y organizaciones de la sociedad interesadas por este grave problema de nuestro tiempo. De igual modo, ha integrado todas las estrategias exigibles para enfrentarse a él con expectativas de éxito: desde la prevención, rehabilitación e inserción social de los afectados hasta el control de la oferta de drogas.

Además, la Estrategia contempla el fenómeno de las drogodependencias con un carácter global y señala la gran importancia que, en el contexto actual de los consumos de drogas y de las poblaciones que los realizan, debe concederse a sustancias como el alcohol y el tabaco.

Pero, sin lugar a dudas, el eje fundamental de la Estrategia es la prevención. Una prevención que, como venimos repitiendo durante estos años, debe estar basada en la educación y en la formación de actitudes y valores, dirigida especialmente a los niños y jóvenes y tener muy en cuenta los consumos recreativos de fin de semana. La prevención, igualmente, debe enmarcarse en una perspectiva amplia dentro de lo que se denomina “Educación para la Salud”. Entre los ámbitos prioritarios en los que esta prevención debe centrarse figuran el familiar y el escolar. Los programas escolares han adquirido gran alcance e interés en los últimos años, pero estamos obligados a tender a un proceso de paulatina generalización de la intervención en este ámbito. Asimismo, debemos profundizar en otros espacios donde, si bien se han iniciado interesantes experiencias, aún queda mucho camino por recorrer: tal es el caso de la prevención en el medio laboral o los proyectos de colaboración con los medios de comunicación social.

Desde esta misma aproximación, la Estrategia resalta la necesidad de prevenir una serie de problemas sociales y sanitarios asociados al consumo de dro-

gas, por lo que incluye entre sus objetivos diferentes actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas ligadas a este consumo; todo ello en el contexto de una política de reducción de daños y riesgos coherente y dotada de los necesarios criterios de calidad.

Sin embargo, el énfasis que hacemos en la prevención no debe hacernos relegar a un segundo plano la necesidad de fortalecer otras áreas que, habiendo sido prioritarias en los comienzos del Plan, siguen teniendo una importancia decisiva en el momento actual. Así, es necesario procurar la máxima normalización de la asistencia prestada a los drogodependientes. Para ello es preciso desarrollar en todas sus potencialidades la coordinación de las redes asistenciales de tratamiento con los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales, de forma que se rentabilicen al máximo los recursos existentes y se eviten innecesarias duplicaciones.

Por otra parte, hay que estar atentos a las innovaciones en cuanto a técnicas terapéuticas y programas de tratamiento que están abriendo nuevas posibilidades en la atención a personas afectadas por drogodependencias, pero que requieren, al mismo tiempo, un riguroso sistema de contraste y evaluación para validar sus resultados.

En este apartado de la rehabilitación, una de las principales aportaciones que realiza la nueva Estrategia es la de garantizar una plena cobertura asistencial ambulatoria a todos los drogodependientes en el ámbito de sus correspondientes áreas de salud.

Ahora bien, con ser necesarias las citadas mejoras en el área asistencial, las medidas rehabilitadoras perderían parte de su sentido si no encuentran su adecuado complemento en los programas destinados a la integración social de los drogodependientes. En este sentido, y reconociendo las distintas experiencias desarrolladas en los últimos años, la Estrategia propone una serie de medidas concretas que faciliten a las personas con problemas relacionados con las drogas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma. En este apartado adquieren una especial relevancia las medidas encaminadas a potenciar los programas de formación y empleo, desarrollados en torno a la Administración Autonómica y Local, con el apoyo de los organismos competentes de la Administración Central.

Los notables logros alcanzados en las políticas de control de la oferta ilícita de drogas se potenciarán mediante la constante adecuación del marco normativo

a las actividades del tráfico ilícito de sustancias y al blanqueo de bienes producido por el mismo. También se incidirá en la coordinación y potenciación de las unidades especiales de investigación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y se incrementará el control sobre el tráfico de drogas a pequeña escala.

Como no podía ser de otro modo, la Estrategia establece los principios bajo los que deberá actuar la cooperación internacional y los objetivos a alcanzar en los distintos ámbitos de actuación institucional en los que se mueve España.

Por último, se prevén un conjunto de medidas destinadas a potenciar la labor de investigación en las diferentes áreas de actuación del Plan así como para la mejora de la formación de los profesionales. A estos efectos se creará el Instituto Nacional de Investigación y Formación y se potenciará el desarrollo del Observatorio Español sobre Drogas, creado hace dos años en el seno de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Deseo concluir esta presentación de la “Estrategia Nacional sobre Drogas” insistiendo en que su aprobación es el fruto del consenso y del trabajo conjunto de toda una serie de instituciones y personas a las que, desde estas páginas, quiero agradecer el entusiasmo y el esfuerzo que han puesto en su elaboración.

Tengo plena confianza en que ese mismo entusiasmo y esfuerzo lo aplicarán en su ejecución para que esta Estrategia que comienza su andadura sea un éxito y alcance los resultados previstos. Porque, en definitiva, ese éxito no se podrá atribuir a un Gobierno, unas Administraciones o unas instituciones concretas, sino que será un éxito de la sociedad en su conjunto y contribuirá a lograr uno de nuestros mayores anhelos: construir un espacio común de convivencia y libertad donde puedan desarrollarse las ideas y las aspiraciones de todos sus miembros.

Jaime Mayor Oreja

Ministro del Interior

Presidente del Plan Nacional sobre Drogas

Introducción

La “Estrategia Nacional sobre Drogas” se ha sometido a un proceso de debate y de consulta a diferentes instituciones y organismos que muestra claramente el grado de consenso con el que se ha trabajado en su elaboración. Este proceso puede describirse, sucintamente, como se expone a continuación.

A principios del año 1999 e impulsado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se comenzó a redactar un texto, en colaboración entre responsables de los distintos Planes Autonómicos de Drogas y de la propia Delegación del Gobierno, del que se llegaron a realizar hasta seis borradores de trabajo. Tras debatirse en diferentes reuniones de la Comisión Interautonómica, una versión inicial, considerada suficientemente elaborada, se presentó ante dicha Comisión en la sesión celebrada el 23 de junio de este mismo año.

En dicha reunión, los responsables de los Planes Autonómicos aprobaron, en sus líneas generales, el texto presentado, encargando a una comisión la redacción definitiva del mismo. Esta comisión debía incorporar las enmiendas y sugerencias hechas, tanto en la reunión celebrada ese día como en las fechas inmediatamente posteriores a la misma.

Además de los responsables de los Planes Autonómicos, también han realizado aportaciones importantes una gran variedad de instituciones públicas y privadas que trabajan en el ámbito de las drogodependencias. Entre estas instituciones hay que destacar a los Ministerios de la Administración Central que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas: Interior, Justicia, Educación y Cultura, Sanidad y Consumo (con sugerencias importantes de la Secretaría del Plan Nacional del Sida y del INSALUD), y Trabajo y Asuntos Sociales. Igualmente hay que decir que se consultó a las ONGs más representativas del sector y a la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, en la que participan la Delegación del Gobierno para el PNSD, la Confederación Sindical de CC.OO., la U.G.T. y la Confederación Española de Organizaciones Empresariales.

En la reunión de la Comisión Interautonómica del 29 de septiembre, celebrada para debatir la nueva versión de la Estrategia, ésta es aprobada definitivamente, debiendo señalarse que a esta sesión acuden los nuevos responsables de algunos Planes Autonómicos, nombrados tras las elecciones autonómicas celebradas en el mes de junio.

Con posterioridad, la Estrategia es aprobada por la Conferencia Sectorial del Plan en su reunión del 26 de octubre; por el Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, el 15 de noviembre y por el Grupo Interministerial, máximo órgano de dirección del Plan, el 16 de noviembre.

El día 30 de noviembre presenté, ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, la Estrategia Nacional, siendo apoyada por todos los grupos parlamentarios que forman parte de la misma. Hay que señalar que, al aprobar la Estrategia, la Conferencia Sectorial estableció la necesidad de que el texto original se completara con un Anexo donde se incorporase el estado de situación actual en relación con diversos indicadores (de prevención, asistencia, rehabilitación, etc.), a fin de establecer el punto de partida con el que comparar posteriormente los resultados alcanzados en las fechas previstas de 2003 y 2008.

Finalmente, la Estrategia Nacional sobre Drogas ha sido aprobada por Real Decreto 1911/99 en el Consejo de Ministros celebrado el 17 de diciembre, poniendo fin a un laborioso pero muy productivo proceso de realización de este documento.

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos que, con su trabajo han hecho posible que la Estrategia Nacional sea una realidad y, fundamentalmente, a todos los miembros de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Responsables de Drogas de las Comunidades Autónomas

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| ■ Andalucía | D. José Manuel Rodríguez López |
| ■ Aragón | D. Juan Antonio Faura Petisco |
| ■ Asturias | D ^a . Aurora Prieto Busto |
| | D. José Ramón Quirós García |
| ■ Baleares | D. Juan Crespi Capó |
| | D. José Manuel Pomar Reyes |

| | |
|----------------------|--|
| ■ Canarias | D. Guillermo Guigou Suárez D. Rafael de Saja Sáez |
| ■ Cantabria | D. César Pascual Fernández |
| ■ Castilla-La Mancha | D. José Luis López Hernández |
| ■ Castilla y León | D. José Antonio de Santiago Suárez D. Ana Parra Sancho |
| ■ Cataluña | D. Joan Colom i Farrán |
| ■ Extremadura | D. Juan Carlos Escudero Mayoral (Miembro de la Comisión de Redacción) |
| ■ Galicia | D. Manuel Araujo Gallego |
| ■ Madrid | D. José Cabrera Forneiro |
| ■ Murcia | D. Martín Quiñonero Sánchez D. Domingo Coronado Romero |
| ■ Navarra | D. Fermín Castiella Lafuente |
| ■ País Vasco | D ^a . Kontxi Gabantxo |
| ■ La Rioja | D. Juan del Pozo Iribarría |
| ■ Valencia | D. Bartolomé Pérez Galvez D. Rafael Peset Pérez |
| ■ Ceuta | D. Juan Carlos Pérez Aguilar (Miembro de la Comisión de Redacción) |
| ■ Melilla | D ^a . Loreto Ramírez González D. Fernando Rubia Castro |

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

D^a. Carmen Plata Esteban (Directora del Gabinete del Delegado)

D. Emiliano Martín (Subdirector General del PNSD y Miembro de la
Comisión de Redacción)

D. José Ángel Manzano (Subdirector General de Gestión y Relaciones
Institucionales)

Gonzalo Robles Orozco

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Indice

| | |
|---|-----|
| Real Decreto 1911/99 de 17 de Diciembre | 11 |
| 1. Análisis de la situación | 19 |
| 2. Evolución y principales logros del PNSD | 27 |
| 3. Metas y objetivos de la estrategia nacional | 35 |
| 4. Áreas específicas de intervención | 39 |
| 4.1. Reducción de la demanda. | 40 |
| 4.1.1. Prevención del consumo de drogas | 40 |
| 4.1.2. Reducción de los daños | 53 |
| 4.1.3. Asistencia e integración social | 58 |
| 4.2. Reducción de la oferta | 66 |
| 4.3. Cooperación internacional | 71 |
| 5. Ámbito normativo | 81 |
| 6. Investigación y formación | 87 |
| 7. Funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas | 91 |
| 8. Evaluación y sistemas de información | 99 |
| 9. Financiación | 103 |
| Anexo | 105 |

Real Decreto 1911/99 de 17 de diciembre, por el que se aprueba la estrategia sobre drogas para el período 2000-2008

El Plan Nacional sobre Drogas, fruto del consenso y la voluntad política en 1985, tras casi 15 años de vigencia y permanente actualización, necesita adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como adelantarse a previsibles cambios en el fenómeno de las drogodependencias. Por ello se ha planteado la necesidad de redefinir el Plan Nacional sobre Drogas adaptándolo a un nuevo modelo de intervención coherente con la realidad de los consumos de drogas y sus consecuencias. Parece claro que, en el momento actual, nos encontramos en una situación que requiere una revisión de las actuaciones que han de llevarse a cabo, adecuada tanto a las necesidades actuales como a las que se presentarán en un futuro próximo.

Además, estamos en un momento ideal para definir el actual fenómeno de las drogas ya que las necesidades sentidas por la población no son las mismas que hace 15 años. Tenemos más conocimiento del mismo y unas experiencias que nos permiten tomar decisiones más acertadas y ajustadas a nuestro entorno.

Más aún, en nuestro país ha existido un consenso político en la intervención en drogodependencias ejemplar que indudablemente ha representado y representa uno de los pilares básicos de la efectividad de las actuaciones llevadas a cabo. Este consenso entre las fuerzas políticas, que ha evitado tentaciones partidistas y oportunistas, ha contribuido eficazmente a soslayar confrontaciones estériles y ha impedido trasladar a los ciudadanos un agravamiento artificial del fenómeno que habría contribuido a fomentar una sensación de alarma social y un desasosiego que habría dificultado la aportación de soluciones serenas y eficaces.

A lo largo de todo este tiempo, los Gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, como verdaderas Instituciones

responsables directas de la ejecución de la mayoría de las intervenciones en materia de drogodependencias, han venido definiendo y poniendo en práctica los Planes Autonómicos sobre Drogas que han permitido disponer en el Estado de unas estructuras de intervención y desarrollar redes asistenciales y programas preventivos.

Sin duda ha sido el compromiso de las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, unido al esfuerzo de la Administración General del Estado, lo que ha permitido a nuestro país desarrollar un modelo de intervención que ha llegado a convertirse en referente reconocido internacionalmente. Puede afirmarse que, gracias a este empeño de todas las Administraciones, no partimos de cero, sino que parece evidente que partimos de una situación consolidada de intervención en drogodependencias, lo que no significa en modo alguno obviar la necesidad de seguir avanzando sin dejarnos caer en la tentación inmovilista de limitarnos a gestionar el pasado.

A esos logros han contribuido de forma importante las Administraciones Locales que, desde su posición privilegiada de proximidad a la realidad, han articulado respuestas concretas y eficaces ante el problema de las drogodependencias.

Por otra parte, hemos de destacar el papel que las Organizaciones no Gubernamentales han jugado como elementos de intervención directa e inmediata con programas asistenciales y de prevención, así como dinamizadores de la acción de la Administración.

A su vez, la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de las Drogas estableció, en su informe de diciembre de 1995, la necesidad de articular y desarrollar actuaciones en torno a diferentes áreas que permitieran aportar soluciones a los problemas relacionados con los consumos de drogas. Dicho informe, fruto del debate, pero sobre todo, de un profundo análisis de la realidad del fenómeno de las drogas, y aprobado por unanimidad por todos los grupos políticos, incluía una serie de medidas que han sido llevadas a cabo prácticamente en su totalidad.

Por su parte, el Gobierno aprobó un Plan de Medidas en 1997 dirigidas a proporcionar soluciones a los diferentes problemas que en relación con las drogas se planteaban en nuestro país. Dicho Plan ha sido también desarrollado en su totalidad.

Por otra parte, la vigésima Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio del pasado año en Nueva York con masiva presencia de Jefes de Estado y de Gobierno (reflejo de la importancia que el fenómeno de las drogas sigue significando a nivel mundial), aprobó una declaración de principios rectores, metas y objetivos plurianuales, especialmente para el 2003 y 2008. En dicha declaración se mandataba a todos los Estados la elaboración de respectivas estrategias sobre drogas que constituyeran los elementos operativos para la consecución de los objetivos propuestos. En concreto, el objetivo primero de dicha declaración recoge la necesidad de desarrollar y aplicar para el 2003 estrategias nacionales que incorporen plenamente los principios rectores en la declaración referidos a la reducción de la demanda y, en su objetivo segundo, lograr al más alto nivel político en cada país, un compromiso a largo plazo para la aplicación de una estrategia nacional de reducción de la demanda y establecer un mecanismo para asegurar la más absoluta coordinación y participación de las autoridades y sectores pertinentes de la sociedad.

Asimismo, se tienen en cuenta los trabajos que la Unión Europea ha venido desarrollando durante estos últimos meses al objeto de aprobar en el Consejo Europeo de Helsinki los días 10 y 11 de diciembre la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas (2000-2004), continuación del Plan de Acción de Drogas (1995-1999) aprobado en Cannes en junio de 1995.

El Gobierno, consciente de esta necesidad, entiende conveniente la elaboración de una Estrategia Nacional sobre Drogas que determine los elementos para la intervención en este campo en España durante los próximos años.

Con tal objeto, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha propuesto la elaboración de un documento que reúna los requisitos de ser participativo, clarificador, globalizador, evaluable, actualizado y respetuoso con las funciones y competencias de las Administraciones Públicas, definidas en la Constitución, los Estatutos de Autonomía y las leyes que los desarrollan.

Este documento debe, pues, constituirse en el instrumento coordinado para la intervención en los distintos aspectos que configuran el fenómeno de las drogas que se vertebra en los apartados que a continuación se exponen.

La Estrategia está estructurada en los apartados siguientes: 1. Análisis de la situación; 2. Evolución y principales logros del Plan Nacional sobre Drogas;

3. Metas y objetivos de la Estrategia Nacional; 4. Áreas específicas de intervención; 5. Ámbito normativo; 6. Investigación y formación; 7. Funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas; 8. Evaluación y sistemas de información; y, 9. Financiación.

En el primero de los apartados se analiza la transformación, con respecto a la década precedente, experimentada en nuestro país en relación al fenómeno de la droga durante la década de los años 90. En ella destaca el estancamiento, o incluso descenso del consumo de heroína, junto a la aparición del uso de nuevas drogas y la adopción de nuevos patrones de consumo.

Particular interés presenta también el análisis sobre las tendencias de consumo de alcohol y tabaco.

En el apartado 2 se realiza un examen de la evolución y principales logros del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) desde sus orígenes, en 1985, hasta la actualidad. Entre los últimos cabe destacar la existencia de un Plan global de intervención frente al fenómeno de las drogodependencias, articulado desde un consenso institucional, social y político, donde confluyen todas las Administraciones Públicas; la potenciación de un entramado social donde se articula la actividad que desarrolla la sociedad civil; la consolidación de una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada; la puesta en marcha de experiencias de inserción social y laboral; y la creación de unas bases sólidas capaces de posibilitar el proceso de generalización de una política preventiva.

A partir de todo ello, el apartado 3 se refiere a las metas y objetivos de la estrategia para el período 2000-2008.

Entre esas metas y objetivos destacan el de la prioridad que tendrá la prevención, como la estrategia más importante para enfrentarse al problema; el de la adecuación de la red asistencial existente con el fin de adaptarla a las nuevas necesidades que plantea el fenómeno; el de impulso de programas que faciliten la incorporación de las personas drogodependientes a la sociedad; y el de potenciación de la reducción de la oferta de drogas, mediante la promoción de una actuación integral contra el tráfico de drogas, el blanqueo de capitales y otros delitos conexos.

En el apartado 4 de la Estrategia se contemplan las diferentes áreas para la intervención, en las cuales se explicita su nivel de priorización, agrupadas en función de la demanda; reducción de la oferta y cooperación internacional.

En el nivel de la reducción de la demanda, la prevención se configura como el eje fundamental sobre el que se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. En consecuencia, las medidas y objetivos tendentes a conseguir una mayor implicación de la sociedad civil a través de la sensibilización y concienciación, así como la modificación de estereotipos sociales sobre los consumos, constituyen uno de los principales elementos de intervención.

Los ámbitos escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social son los ámbitos prioritarios de la intervención preventiva en la Estrategia.

A tal efecto se establecen para cada ámbito, y a lo largo del período comprendido entre los años 2003 y 2008 un conjunto de objetivos generales y específicos a cumplir.

En el mismo nivel de reducción de la demanda, la Estrategia Nacional contempla también la realización de intervenciones dirigidas a minorar los daños ocasionados por los consumos de drogas.

En materia de asistencia e integración social de las personas afectadas por el consumo de drogas, la Estrategia Nacional propugna un sistema que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimite las funciones de cada uno de ellos, garantizando la equidad en las prestaciones en todo el Estado.

La principal apuesta en estas materias radica en que la asistencia a los enfermos drogodependientes deberá realizarse a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, complementados con recursos debidamente autorizados y/o acreditados, a lo que se denomina Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes.

También en estas materias se definen los objetivos con la perspectiva temporal del período 2003-2008.

En el nivel de la reducción de la oferta se establecen, entre otros, como objetivos principales a alcanzar el reforzamiento de la Oficina Central Nacional de Estupefacientes como órgano centralizado y coordinador de la información; y el incremento de la formación en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en técnicas de lucha contra el tráfico de drogas.

Como novedades que se prevén en la Estrategia dentro de este ámbito de la reducción de la oferta destaca también el establecimiento de un Observatorio de Seguimiento del uso de las nuevas tecnologías por las organizaciones de traficantes, y el diseño de un Plan de Modernización Tecnológica para los

Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en materia de comunicaciones, tratamiento de datos y recursos materiales.

En el ámbito operativo, finalmente, la Estrategia contempla el reforzamiento del control de las fronteras, mediante una acción conjunta en puertos y aeropuertos, fronteras terrestres y costas y mar territorial. Particular atención se da a este respecto a la zona del Estrecho de Gibraltar, potenciando la actuación coordinada de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y de la Dirección Adjunta de Vigilancia Aduanera en la zona sur de España.

La cooperación internacional se constituye en la Estrategia como un área de especial importancia al posibilitar la participación activa de España en todos los foros multilaterales en los que se trata el fenómeno de las drogas (UE; ONU; Consejo de Europa; Organización de Estados Americanos; GAFI). Todo ello sin perjuicio de las relaciones de colaboración bilateral con países con los que España comparte este problema común, preferentemente los países vecinos como Francia, Portugal, Italia y Marruecos, y también los países iberoamericanos.

Finalmente, los apartados 5, 6, 7, 8 y 9 de la Estrategia abordan la intervención normativa, los aspectos relacionados con la formación e investigación, los órganos y funciones para el desarrollo de aquélla, el sistema de evaluación de la misma y los sistemas de información, y las previsiones sobre financiación.

Con respecto al primero de los citados apartados, se prevé prestar atención no sólo a la elaboración de normas legales directamente relacionadas con el tráfico y consumo de drogas ilegales, sino también sobre actividades comerciales y económicas que son aprovechadas por las organizaciones criminales. Tal es el caso de las nuevas tecnologías de la comunicación (telefonía digital, internet, por ej.).

En el segundo de los aspectos señalados, y ante la ausencia durante muchos años de un adecuado desarrollo de las actuaciones formativas y de investigación específicas en materia de drogodependencias, la Estrategia contempla como un objetivo prioritario la formación dirigida a profesionales y el apoyo a la investigación aplicada a las drogodependencias.

A este respecto, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas velará, por un lado, por la idoneidad y adecuación de los contenidos en el ámbito formativo a las necesidades prioritarias de nuestro país, y, de

otro, orientará su actuación a la consolidación de la investigación sobre drogodependencias a nivel estatal.

En el apartado organizativo y funcional, la Estrategia recoge las funciones en su desarrollo a desempeñar por las distintas Administraciones Públicas (Estatal, Autónoma y Local), teniendo en cuenta las competencias que tienen reconocidas en la Constitución, los Estatutos de Autonomía y las leyes de desarrollo de tales normas. Junto a ellas se incluyen, también, dado su papel fundamental, las funciones de las organizaciones no gubernamentales y de otras entidades sociales.

Para la coordinación, seguimiento, y evaluación del Plan Nacional sobre Drogas, se mantienen básicamente los mismos órganos existentes en la actualidad.

En el apartado relativo a evaluación y sistemas de información, la Estrategia prevé el diseño de un sistema de evaluación que permita la detección precoz de las desviaciones que puedan producirse, y genere las acciones correctoras que garanticen la eficacia final de la propia Estrategia, permitiendo la adecuación de ésta a las nuevas necesidades o escenarios de intervención que puedan emerger.

En cuanto a los sistemas de información está previsto perfeccionar la estructura organizativa del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Además, se consolidará el Sistema Nacional de Encuestas, mejorando sus aspectos metodológicos, y se completará el sistema de fuentes de información con la implantación y consolidación del subsistema de Sondas de Información Rápida.

Finalmente, en el último capítulo se abordan las previsiones sobre financiación de la nueva Estrategia.

La Estrategia que se aprueba con esta disposición ha sido sometida, con carácter previo a la aprobación de este Real Decreto, a la consideración de las Organizaciones no Gubernamentales de ámbito estatal dedicadas a las drogodependencias y a otras entidades sociales como los sindicatos, habiendo tenido una acogida favorable por parte de unas y otros.

Del mismo modo, y teniendo en cuenta las actividades a desarrollar, el documento ha sido examinado y aprobado por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y la Conferencia Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, por el Grupo Interministerial para la Ejecución del Plan

Nacional sobre Drogas y el Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales.

En su virtud, a propuesta del Vicepresidente Primero del Gobierno y Ministro de la Presidencia, del Vicepresidente Segundo del gobierno y Ministro de Economía y Hacienda y de los Ministros de Justicia, del Interior, de Educación y Cultura, de Trabajo y Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo, previa aprobación del Ministro de Administraciones Públicas, y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 17 de diciembre de 1999

Dispongo

Artículo 1.- Aprobación

Se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008, contenida en el Anexo del presente Real Decreto.

Artículo 2.- Finalidad

La Estrategia Nacional sobre Drogas tendrá como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas que se desarrollen en España en el período de tiempo establecido en el artículo anterior, y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria cooperación y coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas y las Organizaciones no Gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Disposición final única

El presente Real Decreto tendrá efectos entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2008.

1

Análisis de la situación

Los datos disponibles del Observatorio Español sobre Drogas, los sistemas de información de las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla y bancos de datos de otras entidades públicas y privadas permiten realizar una radiografía de la situación del fenómeno en nuestro país, elemento básico para el diseño de proyectos y pro-gramas de intervención.

Los 90: una década de cambios

Durante la presente década el fenómeno de las drogas ha sufrido grandes transformaciones en España con una serie de cambios que han perfilado un escenario diferente y, sin duda, más complejo que el existente en los pasados 80.

En efecto, si hasta hace algún tiempo la droga emblemática y a la que más esfuerzos se ha dedicado, era la heroína, hoy tenemos claras evidencias sobre la estabilización (e incluso cabría hablar del descenso) de su consumo. Esto no significa que no suframos aún durante años las graves consecuencias derivadas de su consumo. De hecho, la antigüedad en el consumo de muchos drogodependientes y la presencia del sida y otras enfermedades asociadas generan un gran número de problemas individuales y familiares tanto en la esfera sanitaria como en la social.

Sin embargo, las encuestas más recientes reflejan que, a pesar de que los consumos de drogas ilícitas continúan siendo un problema muy importante para casi la mitad de los españoles, se está reduciendo progresivamente la sensación de alarma social asociada a este fenómeno.

Nuevas drogas y nuevos patrones de consumo

Pero, frente a esta realidad, desde los inicios de los 90 aparece un nuevo fenómeno emergente definido por el uso de nuevas drogas y la adopción de nuevos patrones de consumo. Entre las primeras han adquirido relevancia social

las denominadas drogas de síntesis que han tenido una gran expansión en un corto espacio de tiempo.

Pero lo más peculiar de estas sustancias - junto a otras más conocidas como la cocaína o tan tradicionales como el alcohol- es la forma en que son consumidas por determinados sectores juveniles. Son consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la casi única motivación de divertirse. En el caso del alcohol existe con frecuencia una búsqueda intencionada de la embriaguez, con cambios en los horarios de salida de los jóvenes, y consumos en la vía pública, características que amplifican el fenómeno.

Sin embargo, el número de consumidores problemáticos o excesivos de alcohol sigue situándose en edades adultas con el consiguiente daño tanto individual como familiar, sin olvidar los derivados de los accidentes laborales o de tráfico.

Un aspecto que conviene resaltar es que estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucede con frecuencia en el modelo anterior. Nos enfrentamos a nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes relativamente normalizados en otras esferas de su vida.

Las principales tendencias de consumo de drogas

Las principales tendencias en lo que se refiere a la situación del consumo de drogas en nuestro país podrían sintetizarse del siguiente modo.

■ Heroína

Como se afirmaba anteriormente, todos los datos disponibles apuntan a una estabilización (o incluso descenso) del consumo de heroína en todas sus modalidades (tanto en el consumo experimental, como en el ocasional y habitual).

A esto hay que añadir otro dato de sumo interés desde una perspectiva de salud pública: entre los consumidores de heroína continúa disminuyendo la vía de la inyección y aumentando la práctica de fumar o inhalar esta droga.

■ Drogas de síntesis (éxtasis y similares)

Estas drogas son psicofármacos sintéticos, en general variantes de la anfetamina, un estimulante del sistema nervioso central. La más conocida, el éxtasis o MDMA que alcanzó mayor fama en los medios de comunicación hace unos años, está incluida desde 1985 en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, que es donde se agrupan las sustancias consideradas más peligrosas y, por ello, más sujetas a control internacional.

Estas sustancias aparecieron en España en lugares de fuerte predominio turístico (Ibiza y el Levante), y, en un primer momento, entre extranjeros. Su consumo se extendió con una gran rapidez a partir de comienzos de los años 90 y en un breve espacio de tiempo.

Las drogas de síntesis forman y lideran una asociación de consumo con otras drogas -en especial los alucinógenos y las anfetaminas- que les confiere un riesgo notable.

■ Cocaína

No parecen apreciarse grandes cambios en el consumo de cocaína de la población general. Sin embargo, sí se ha detectado un ligero incremento durante los últimos años entre la población juvenil.

El hecho más relevante con relación a la cocaína es el significativo aumento del número de personas con problemas por esta sustancia que piden ser atendidos en servicios sanitarios y sociales durante los últimos dos años. Todo ello aconseja un mayor nivel de vigilancia epidemiológica, prevención y tratamiento especializado de los problemas asociados a su uso.

Respecto al "crack", su consumo está, afortunadamente, muy poco extendido entre la población. No obstante, parece que existe un cierto consumo entre los usuarios de heroína, especialmente en algunas Comunidades Autónomas del sur de España y de las Islas Canarias, donde la heroína se consume principalmente por vía pulmonar (fumada o inhalada).

■ Cánnabis

Sus derivados, fundamentalmente el hachís, siguen siendo las drogas ilegales de consumo más extendido en España. Aproximadamente, uno de cada cinco españoles ha probado alguna vez esta sustancia.

Aunque hay que ser cautelosos a la hora de concluir que el consumo de cánnabis está aumentando en la población general, sí puede confirmarse una expansión de este consumo en la población juvenil y adolescente durante los últimos años.

■ Alcohol

El alcohol es sin lugar a dudas la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Aunque según los datos más recientes disponibles no parece estar aumentando, las cifras actuales son suficientemente importantes para que merezcan nuestra atención.

La mayor proporción de sujetos que refirieron consumo en el último mes se produjo entre los 19 y los 28 años. Como se exponía anteriormente, entre los jóvenes el consumo de alcohol posee unas características peculiares: se localiza principalmente en ámbitos públicos o lugares de diversión, se produce mayoritariamente durante el fin de semana y se centra en la cerveza y los combinados como bebidas preferentes. Un elevado porcentaje de la población de 15 a 28 años mantiene un patrón de consumo de fin de semana. El consumo diario y, por tanto más problemático, se centra sobre todo en los mayores de 49 años. A pesar de lo elevado de las prevalencias, persiste una gran tolerancia social respecto al consumo de alcohol y su uso conlleva una muy escasa percepción de riesgo. Esto dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a la prevención del alcoholismo.

■ Tabaco

El tabaco es, junto con el alcohol, la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Según las últimas encuestas a la población, una gran mayoría de los españoles de 15 a 65 años la ha probado en alguna ocasión, situándose la edad media de contacto con esta sustancia en los 16.6 años para el conjunto de la población. Los mayores consumidores diarios de tabaco se registran entre los hombres, las personas de 29 a 38 años y aquellas con estudios de BUP/FP y EGB.

Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar, con un porcentaje apreciable que ha probado esta sustancia antes de los 14 años. Igualmente, hay que señalar que las mujeres de 15 a 18 años de edad empiezan a fumar antes que los varones de la misma edad, al contrario de lo que sucedía en generaciones anteriores.

Por otro lado, en el sector de jóvenes de 15 a 18 años que fuma todos los días, es superior el porcentaje de mujeres que tienen este hábito que el de hombres.

■ Tranquilizantes y somníferos

El consumo de estas sustancias sin prescripción médica no es muy elevado. Un modelo bastante habitual en el uso de las mismas consiste en el inicio por prescripción facultativa, continuándose mediante automedicación por los usuarios. La proporción de mujeres sobre el total de consumidores es más elevada en estas sustancias que en el caso de las drogas de comercio ilegal. Por otro lado, entre los jóvenes de 14 a 18 años, se aprecia en los últimos años una cierta tendencia al aumento de este consumo.

■ Percepción social del fenómeno

De acuerdo con lo que nos dicen las últimas encuestas, y tal como se ha señalado anteriormente, si bien aproximadamente la mitad de los ciudadanos españoles consideran que el consumo de drogas ilícitas es un problema importante, ha descendido la sensación de alarma que se asociaba a esta conducta.

Esto se traduce en una mayor dificultad percibida para conseguir las distintas drogas, especialmente aquellas consideradas por los encuestados como más peligrosas para la salud. También se observa una disminución de la visibilidad de ciertos hechos relacionados con esta cuestión: jeringuillas tiradas en el suelo, personas ofreciendo drogas, consumidores tomando sustancias en lugares públicos, etc.

Por otro lado, existe un importante grado de coincidencia entre las propuestas que los ciudadanos consideran que son más positivas para resolver esta cuestión y las actuaciones llevadas a cabo por las Administraciones Públicas. Así, entre estas propuestas destacan: la educación sobre este tema en las escuelas, el tratamiento voluntario a los consumidores, el control policial, y las campañas de información y sensibilización a la población. Sólo un porcentaje muy escaso se muestra partidario de la legalización de las drogas como una medida apropiada para solucionar este tema.

Evolución y principales logros del Plan Nacional Sobre Drogas

En primer lugar, puede afirmarse con rotundidad que el Plan Nacional sobre Drogas representó un salto cualitativo y cuantitativo para la intervención en el ámbito de las drogas. Realizaremos a continuación un breve repaso sobre su creación, evolución y situación actual.

- Las primeras referencias sobre la necesidad de realizar actuaciones estructuradas y coordinadas en materia de drogodependencias, aparecen en el Decreto 3032/1978 de 15 de diciembre sobre la creación de una Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas.
- Como consecuencia de lo anterior, en el debate sobre el Estado de la Nación de 1983 el Gobierno informó de su intención de institucionalizar y centralizar en un sólo órgano la acción de coordinación política y administrativa de prevención de drogodependencias, para lo que elaboraría un "Plan Nacional". En estos momentos ya era una realidad el Estado de las Autonomías.

Para poder elaborar los primeros documentos que sirvieron para la elaboración del Plan Nacional, se constituyó un Grupo de Trabajo Interministerial, encomendándose la coordinación al Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Las líneas directrices del Plan Nacional elaboradas por el Grupo fueron aprobadas por el Consejo de Ministros deliberante del 20 de marzo de 1985, siendo con fecha 11 de abril de 1985 y bajo la presidencia del Ministro de Sanidad y Consumo cuando se celebró la I Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.
- En esta I Conferencia se acordó la constitución de una Comisión Técnica Interautonómica encargada de estudiar el Plan y de aportar sugerencias, así como de abordar los temas que pudieran serle encomendados por la Conferencia Sectorial.

Las medidas incluidas en el Plan se dirigieron prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- Reducción de la oferta y la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.

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

Con la publicación del Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre (ya derogado por el Real Decreto 79/1997) fue ya una realidad la creación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como órgano unipersonal, con las competencias de desarrollo de los Acuerdos del Grupo Interministerial; elaboración de las propuestas de programas y actuaciones relativas a la lucha contra el tráfico y consumo de drogas y evaluación de las realizadas por los diversos Ministerios; ejercicio de la coordinación y dirección funcional de los distintos Departamentos Ministeriales, Organismos y Administraciones Públicas, y coordinación de la asignación de recursos presupuestarios.

Transcurridos los primeros años desde su puesta en marcha, la estructura orgánica del Plan Nacional sobre Drogas va a sufrir diversas modificaciones que obedecen a tres motivaciones fundamentales:

- La ampliación o incorporación de nuevos Departamentos Ministeriales.
- La ampliación de facultades.
- La necesidad de distinguir entre las funciones políticas de la persona encargada como Delegado del Plan Nacional y la actividad administrativa de la Organización a su cargo.

Por Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, la Delegación del Gobierno amplía su campo de acción. Desde entonces se le atribuyen la función de llevar el Registro General de Operadores de Sustancias Químicas Catalogadas y las demás que se atribuyen al Ministerio del Interior por la Ley 3/1996, de 10 de enero; y la competencia para recibir, analizar y estudiar la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con el mismo. Hay que añadir, además, las que se le atribuyen como consecuencia de la aprobación de la Ley 36/1995 de 11 de diciembre, de creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas; y las que, tras la aprobación del Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, se le reconocen como

Órgano Estatal de Comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías.

Pero, junto a esta ampliación competencial desarrollada, como se ha visto, en los ámbitos de los recursos, del control de la oferta y de la información, se ha operado también una paralela redistribución en los aspectos organizativos de la Delegación.

Entre los principales logros alcanzados durante los casi quince años de existencia del Plan Nacional sobre Drogas, pueden destacarse los siguientes:

- 1. Existencia de un Plan global de intervención frente al fenómeno de las drogodependencias articulado desde un consenso institucional, social y político, y donde confluyen todas las Administraciones Públicas del Estado.** Este Plan encuentra su plasmación territorial a través de los Planes Autonómicos vigentes en las 17 Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla que conforman el Estado Español.
- 2. Potenciación de un entramado social donde se articula la actividad que desarrolla la sociedad civil** con un indiscutible protagonismo de las Organizaciones no Gubernamentales que intervienen en drogodependencias, una destacada presencia de diversas instituciones (Universidades, empresas, fundaciones de diverso tipo, etc.), así como la implicación de un elevado número de profesionales y otros sectores privados interesados en este tema.
- 3. Consolidación de una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada** que permite ofrecer una respuesta asistencial adecuada a las exigencias de la población drogodependiente.

Dentro de esta red, perteneciente principalmente a las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, se cuenta con recursos de muy diverso tipo que abarca una oferta terapéutica múltiple donde se contemplan, entre otros, programas y centros de atención ambulatoria, comunidades terapéuticas, unidades especializadas en centros hospitalarios, centros de emergencia social, programas de reducción de los riesgos y los daños, talleres formativos y laborales y programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos. Esta red cuenta con casi setecientos

centros públicos o con financiación pública y es capaz de atender a más de cien mil drogodependientes al año.

- 4. Puesta en marcha de diferentes experiencias de inserción social y laboral**, que se han ido consolidando y desarrollando a lo largo del tiempo. En el ámbito de la inserción laboral hay que destacar, además de las múltiples actuaciones realizadas por las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, la puesta en marcha en 1997, en base a un Acuerdo de Colaboración entre el Ministerio del Interior y en Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, del Protocolo entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el Instituto Nacional de Empleo. En virtud del mismo, el INEM ha ofertado 5.000 plazas a drogodependientes en proceso de rehabilitación, a través del Plan Nacional de Formación e Inserción Profesional y de la subvención de proyectos de Escuelas Taller y Casas de Oficios. Hay que destacar que este protocolo ha tenido importancia sobre todo para los drogodependientes menores de 25 años y que ha permitido ampliar e institucionalizar la incorporación de los mismos a través de las Escuelas Taller.
- 5. Creación de unas bases sólidas capaces de posibilitar el proceso de generalización de una política preventiva.** Entre las actuaciones puestas en marcha para la consecución de este objetivo hay que destacar: a) la aprobación por la Comisión Interautonómica en diciembre de 1996 del documento "Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias", b) la publicación de diferentes textos sobre prevención entre los que cabe citar el libro "Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación" y c) la introducción de la "Educación para la Salud", como asignatura transversal en la Educación primaria y secundaria, tras la aprobación de la LOGSE.
- 6. Consolidación de unos sistemas de información** que permiten un conocimiento cada vez más completo y detallado de la realidad del consumo de drogas en España y sus consecuencias.
En relación con esto, es preciso señalar la puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas (diciembre de 1997), cuyo sistema de indicadores recoge con mejoras sustanciales diversos sistemas de informa-

ción previamente existentes (SEIT, Encuestas domiciliaria y escolar sobre drogas), y crea otros nuevos (Sondas de Información Rápida, Teléfonos de Alerta Inmediata, etc.).

7. Modernización de la legislación para adaptarse paulatinamente a la situación cambiante de las drogas y las drogodependencias. Esta adecuación se ha producido en distintos ámbitos:

- a En la organización políticoadministrativa del PNSD y la asunción de funciones por la Delegación del Gobierno para el mismo (R.D. 1885/1996 de estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, y R.D. 783/1998, por el que se establece en la Delegación del Gobierno para el PNSD el Observatorio Español sobre Drogas).
- b En la organización, coordinación y mejora de las medidas de carácter preventivo y asistencial (en este momento, diez CC.AA disponen de Leyes para regular los aspectos preventivos, asistenciales y de reinserción en sus respectivos ámbitos territoriales).
- c En la regulación de normas de carácter estatal orientadas a favorecer la prevención y aumentar los medios para ello (Ley 36/1995, sobre creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y su Reglamento de Desarrollo).
- d En las medidas de represión del tráfico de drogas y delitos relacionados con el mismo (Ley 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal, Ley 3/1996, sobre medidas de control de sustancias químicas catalogadas susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas, Ley Orgánica 5/1999, de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que amplía el concepto de "entrega vigilada" a los precursores y a las ganancias obtenidas con el tráfico de drogas, y regula asimismo la figura del "agente encubierto").
- e En lo referente al control de blanqueo de capitales, el Real Decreto 925/1995 de 9 de enero, que desarrolló la ley 19/1993, sobre deter-

minadas medidas de prevención del blanqueo de capitales, estableciendo que el servicio ejecutivo de la Comisión de Prevención de Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias (SEPLAC) estuviese adscrito al Banco de España.

Igualmente, hay que señalar que España forma parte de los principales Tratados y Convenciones de Naciones Unidas sobre esta materia: Convención Única de 1961 sobre Estupeficientes, Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y Convención de Naciones Unidas de 1988.

8. Disponibilidad de medios e instrumentos policiales altamente especializados: Oficina Central Nacional de Estupeficientes, Unidades de Droga y Crimen Organizado (UDYCO), Policía de Proximidad, Planes de Especialización en la Lucha contra el Blanqueo de Capitales, etc.

Asimismo, hay que destacar la existencia de los Consejos Superior y Asesor de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, adscritos al Ministerio del Interior, a través de la Delegación del Gobierno para el PNSD, y donde se integran autoridades y funcionarios de diferentes órganos con competencias en estas materias.

9. España cuenta con una presencia destacada en los principales organismos y foros internacionales donde desarrolla una intensa actividad: Naciones Unidas, como miembro de pleno derecho en la Comisión de Estupeficientes; Unión Europea; Grupo Dublín, en el que ostenta la presidencia del Grupo Regional "América Central y Méjico"; Grupo de Acción Financiera Internacional.

Por otra parte, España ha firmado Acuerdos de cooperación bilaterales con numerosos países, y desarrolla una amplia actividad en un área especialmente sensible como es Iberoamérica. En este sentido, hay que destacar la constitución de una Red Iberoamericana de ONGs especializadas en drogodependencias en abril de 1998, impulsada por la Delegación del Gobierno para el PNSD, cuyos objetivos son potenciar la cooperación en ese ámbito entre las ONGs iberoamericanas y españolas.

- 10. Implementación de unas dotaciones presupuestarias**, en el ámbito de la Administración General del Estado y Autonómica que han permitido un amplio desarrollo de programas y actividades en todas las áreas de intervención del Plan Nacional sobre Drogas y que, para el ejercicio 1998, ha superado los 30.000 millones de pesetas.

Metas y objetivos de la estrategia nacional

La Estrategia define claramente las metas perseguidas por nuestro país en todos sus territorios, así como los objetivos que cuantifican y temporalizan su consecución.

Las principales metas de la Estrategia Nacional son:

1. Mantener y potenciar el debate político constructivo que ha sido una constante desde los inicios del PNSD, y que ha permitido una colaboración entre las distintas formaciones políticas, con la vista puesta en la consecución del objetivo común de reducir la extensión de las drogodependencias y mejorar la situación de los afectados.
2. Impulsar la sensibilización de la sociedad y promover la participación de todas aquellas instituciones privadas, colectivos, asociaciones y particulares que deseen trabajar en este tema, siendo conscientes de que se trata de una tarea que sólo entre todos es posible llevar a cabo.
3. Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo, el alcohol y el tabaco. Pero se trata, fundamentalmente, de una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria.
La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. Por ello resulta necesario incluir actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo.
4. El Plan Nacional sobre Drogas aborda el problema del abuso de drogas desde una perspectiva global, lo que supone incorporar plenamente todas las sustancias que pueden ser objeto de uso y abuso, con una especial atención al alcohol y tabaco.

5. Adecuar la red asistencial existente en las Comunidades Autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla, con el fin de adaptarla a las nuevas necesidades que plantee o pueda plantear el fenómeno. Asimismo, incorporar aquellas alternativas terapéuticas de reconocida solvencia, prestando especial atención a las variaciones que va sufriendo el fenómeno. Esta adecuación debe mantener el impulso de integración y normalización de las redes asistenciales en los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales, con el fin de aprovechar todos los recursos existentes y ofrecer una amplia variedad de posibilidades terapéuticas en función de las necesidades demandadas en cada caso concreto.

En este aspecto de la rehabilitación, el Plan recomienda estar abiertos a todas las innovaciones que se hayan demostrado útiles y estén científicamente avaladas.

6. Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por el uso de drogas (en proceso terapéutico o no) su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.

En este sentido, aunque la abstinencia a las drogas constituye únicamente una de las metas posibles del proceso asistencial, continúa siendo un objetivo deseable y, por lo tanto, a potenciar.

7. Potenciar la reducción de la oferta de drogas promoviendo una actuación integral contra el tráfico de drogas, el blanqueo de capitales y otros delitos conexos. Con este fin, será necesario fortalecer y mejorar la coordinación de las diferentes instancias que trabajan en el control y represión de la oferta de drogas y de los delitos relacionados con ella (Poder Judicial, Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad), incidiendo asimismo en una mayor especialización de las mismas.

8. Proceder a una constante actualización y adaptación del marco normativo a la situación producida en los diferentes ámbitos de actuación del Plan: reducción de la demanda, control de la oferta, organización político administrativa, cooperación internacional, etc.

9. Potenciar la cooperación internacional, tanto en lo que se refiere a la participación en los organismos internacionales competentes en la materia como en los acuerdos bilaterales o multilaterales con países o áreas geopolíticas determinadas.
10. Incentivar una serie de áreas complementarias que tienen una importancia vital para la consecución de los objetivos genéricos de la reducción de la demanda y el control de la oferta. Entre estas áreas cabe señalar la formación de técnicos y especialistas en los diversos ámbitos de actuación; la evaluación de los programas llevados a cabo y el desarrollo de líneas de investigación que contribuyan a un mejor conocimiento del estado de situación del problema y de las medidas para atajarlo.

4

Áreas específicas de intervención

La Estrategia Nacional sobre Drogas plantea un análisis del fenómeno de las drogas desde una perspectiva global e integrada por lo que contempla diferentes áreas para la intervención en las cuáles se explicita el nivel de priorización de las mismas. Estas áreas se han agrupado en tres niveles básicos estratégicos: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional. Siempre desde la concepción de que, para evitar situaciones de conflictividad que distorsionen la realidad del fenómeno, deberán establecerse permanentes mecanismos de coordinación entre las estructuras y medidas de los tres niveles de intervención.

4.1. Reducción de la demanda

■ 4.1.1. Prevención del consumo de drogas

El Plan Nacional sobre Drogas se fundamenta prioritariamente en la prevención de los consumos y sus consecuencias, con especial atención al alcohol, el tabaco y los consumos emergentes de carácter recreativo. De hecho, la prevención se configura como el eje fundamental sobre el cual se articula la Estrategia Nacional sobre Drogas. Por lo que las medidas y objetivos tendentes a conseguir una mayor implicación de la sociedad civil a través de la sensibilización y concienciación, así como la modificación de los estereotipos sociales acerca de los distintos consumos que permitan mejorar la efectividad de las intervenciones, habrán de constituir uno de los principales elementos de intervención. Asimismo, habrán de acompañarse prioritariamente de otra serie de acciones encaminadas a la generalización de los programas preventivos con sustento científico y evaluación de su eficacia.

En este sentido, el Plan Nacional sobre Drogas atribuye especial atención a las medidas de prevención, sobre la base del documento acerca de los Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias, realizado por la comisión nombrada al efecto y aprobado por la Comisión Interautonómica y la Conferencia Sectorial.

La prevención deberá estructurarse en torno a los siguientes principios, prioridades y objetivos de actuación:

Principios de actuación

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

Ámbitos prioritarios de intervención

Se destacan como ámbitos prioritarios de intervención los ámbitos escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

1. Ámbito escolar

Las actuaciones en este ámbito deben implicar a la comunidad escolar en su conjunto, esto es, a los profesores, los alumnos y los padres. Se considera que la estrategia básica de actuación debe desarrollarse a través de la educación para la salud, como materia transversal, según la LOGSE. Esto

deberá ser complementado con intervenciones intensivas sobre grupos especialmente vulnerables entre los que cabe mencionar aquellos afectados por el fracaso escolar.

Las actividades que se desarrollen con los alumnos estarán dirigidas por su profesorado e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro educativo. Es aconsejable que todas ellas formen parte del proyecto educativo del centro, sean continuadas en el tiempo y no esporádicas, de forma que un alumno pueda comenzar dichas actividades y seguir con las que correspondan a los cursos superiores por los que habrá de pasar.

Se considera importante y conveniente que los profesores cuenten con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias, con el fin de solventar los problemas y dificultades que puedan surgir en el desarrollo de estos programas.

Es necesario también que la actuación del profesor se vea ayudada por la existencia de unos materiales preventivos que, adaptados a la etapa evolutiva del alumno, incidan especialmente en los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos.

Además deberían abordar otros aspectos como los hábitos de higiene, autocuidados de salud, la autoestima, la resistencia a la presión del grupo, el desarrollo de la capacidad crítica frente la influencia de la publicidad y otros factores que se consideran protectores frente al consumo de drogas. Dichos materiales deberán estar suficientemente contrastados y experimentados.

2. Ámbito familiar

Las actuaciones sobre las familias deberán tener el objetivo de prevenir la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas, así como del propio consumo.

Las intervenciones con las familias tenderán a fomentar las habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas, así como concienciarlos de la importancia sobre su papel como agentes de salud. También deben perseguir la implicación de los padres en otras iniciativas escolares o comunitarias desarrolladas en su entorno.

Es necesario mejorar el acceso a las familias y lograr incrementar su participación en los programas que se desarrollan. Para ello los programas

deben estar orientados a dar respuesta a las necesidades e inquietudes de los padres, más que centrarse exclusivamente en la formación sobre drogas, y deben estar adaptados a sus circunstancias.

Asimismo, es prioritario el trabajo preventivo con las familias multiproblemáticas, desarrollando intervenciones destinadas a prevenir el consumo de drogas y otras conductas problemáticas por parte de sus hijos. Es también preciso implicar a los padres de los niños de alto riesgo para que participen en programas de prevención, complementando las actuaciones coordinadas desde los servicios sociales y continuando los objetivos propuestos desde el ámbito educativo.

Se impone la necesidad de disponer de un abanico de programas de prevención familiar adaptados a las diferentes necesidades y características de los participantes, que además estén suficientemente evaluados y coordinados con los servicios sociales, departamentos de menores, ONGs y otros.

3. Ámbito laboral

Teniendo en cuenta que los estudios epidemiológicos sitúan el nivel de consumo de alcohol y tabaco entre los trabajadores por encima de la media de consumo de la población general, se estructurarán intervenciones y programas preventivos en el medio laboral que se dirijan prioritariamente a la prevención de las sustancias institucionalizadas, sin olvidar otras sustancias, en el contexto y metodología del Plan Nacional.

Las actividades de prevención deberán priorizar sectores de producción y colectivos de trabajadores en situación de alto riesgo y también a aquellos cuyo desempeño laboral pueda suponer un riesgo para terceros, como por ejemplo conductores de vehículos de servicios públicos, sanitarios, profesionales de la seguridad, etc.

Se considera necesario que estos programas cuenten con la participación de patronales, representantes sindicales y servicios de prevención. De igual modo, dichos programas deben estar incluidos en los programas de seguridad e higiene de las empresas.

Entre las actividades que deberán contener dichos programas se encuentran las siguientes: información, sensibilización y orientación, facilitar tratamiento a los trabajadores con problemas derivados del consumo de drogas traba-

jando desde un contexto de prevención de riesgos laborales y no desde una perspectiva sancionadora, formación y capacitación de mandos y cuadros con asesoramiento especializado.

4. Ámbito comunitario

La prevención en el ámbito comunitario debe perseguir reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y a favor de la salud.

Las intervenciones comunitarias estarán destinadas a propiciar la movilización, la implicación y la participación de instituciones y organizaciones de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la elaboración de las respuestas. Para ello es necesaria la capacitación de mediadores sociales.

Estos programas comunitarios han de ser comprensivos, apoyados en otros programas desarrollados en su entorno - como los programas escolares, familiares, laborales..., - multifacéticos y adaptados a las características de los propios grupos. En las comunidades donde se apliquen programas escolares, la intervención comunitaria debe potenciar la apertura y la conexión de los centros educativos con otros recursos del entorno, mediante el fomento, entre otras, de las actividades extraescolares. De igual modo, se potenciarán las intervenciones alternativas de ocio y tiempo libre y la educación de calle.

Asimismo, las políticas sobre drogas desarrolladas en una determinada comunidad, deben garantizar su adecuación a sus peculiaridades y la aceptación de las mismas por parte de la población.

Es necesario que las iniciativas de la comunidad se vean apoyadas en el plano técnico por expertos que orienten las actuaciones y ayuden a evaluarlas.

5. Ámbito de la comunicación social

En primer lugar, es preciso resaltar que, aunque se contempla como un ámbito más, posee también un valor estratégico de accesibilidad a los restantes ámbitos de intervención por lo que debe concebirse en su dimensión de transversalidad. Así, se incluyen tanto las campañas de información y sensibilización a la sociedad como las relaciones y acciones con los medios de comunicación social.

Con relación a las campañas, parece claramente aceptado que éstas no deben constituir la base de la acción preventiva, aunque pueden ser un refuerzo o un apoyo para el resto de las acciones. Pueden considerarse útiles cuando delimitan su mensaje a un grupo poblacional específico y su mensaje tiene unas determinadas características: positivo, no moralista ni dramatizador, ofrece información clara y objetiva, aporta alternativas, etc.

Con relación a los medios de comunicación social, parece conveniente estimular acciones que supongan un reforzamiento de las diferentes acciones y programas preventivos. Reconociendo su impacto en la transmisión de mensajes a la sociedad y su papel en la conformación de la opinión social, se les debe ofrecer una información ágil, clara y veraz de los diferentes aspectos relacionados con el consumo de drogas y la drogodependencia, de forma que puedan transmitirla en las mismas condiciones. Igualmente se debería recabar su apoyo para lograr una opinión social sobre la drogodependencia más acorde con la realidad del fenómeno y sin los prejuicios actualmente existentes.

6. Ámbito de la salud

La prevención en el ámbito sanitario estará enfocada a la educación para la salud, a través del personal sanitario y a la detección precoz de problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Estas actuaciones deben llevarse a cabo fundamentalmente desde los equipos de atención primaria mediante la realización de programas y protocolos específicos.

7. Otros ámbitos

Hay una serie de instituciones que, por sus características, conforman comunidades convivenciales con diferentes grupos de población, por lo que requieren de intervenciones específicas preventivas. Entre ellas:

- Centros que reúnan población joven durante un tiempo más o menos prolongado (residencias juveniles, servicio militar, etc.)
- Centros penitenciarios en donde poder realizar intervenciones integrales de prevención a través de una óptica de promoción de la salud.
- Centros de protección y reforma de menores.

Objetivos generales

- 1. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y las otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume.**
 - 1.1. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos, así como las intervenciones propias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional, habrán incluido medidas informativas sobre el tabaco y el alcohol, adaptándose asimismo a los nuevos consumo emergentes. Estas medidas informativas deberán tener el complemento necesario con otras estrategias de prevención.
 - 1.2. En el año 2003, la percepción del riesgo para la salud del consumo de drogas, habrá aumentado en una media del 10%.

- 2. Potenciar la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas.**
 - 2.1. En el año 2008, todas las escuelas de formación del profesorado habrán incluido la educación para la salud (EPS) en su curriculum formativo.
 - 2.2. En el año 2003 se habrá ofertado formación al 60% del profesorado en prevención de las drogodependencias, incorporándose en los programas de la educación para la salud. Esta formación habrá llegado al 100% de los profesores en el 2008.
 - 2.3. En el año 2003, al menos el 80% del profesorado de Educación Secundaria formado en EPS habrá abordado el tema del consumo de drogas en sus clases. A su vez el 50% lo abordarán de forma sistemática.

3. Lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente su relación con las mismas.

- 3.1. En el año 2003, el 60% de los jóvenes escolarizados habrán recibido información objetiva suficiente, en el marco de la EPS, en relación con el consumo de drogas, por parte de la comunidad educativa. Este porcentaje habrá alcanzado el 100% en el 2008.
- 3.2. En el año 2003, el 20% de los escolares de centros integrados en zonas de actuación preferente habrán participado en programas de prevención escolar que incluyan actividades formativas y alternativas sobre el uso adecuado del ocio y el tiempo libre.
- 3.3. En el año 2003, el 15% de los centros educativos integrados en zonas de actuación preferente dispondrán de sistemas de diagnóstico precoz sobre el consumo de drogas.
- 3.4. En el año 2003, las edades medias de inicio del consumo de alcohol y tabaco en la población juvenil se habrá retrasado al menos en 6 meses. Este retraso llegará a ser de un año en el 2008.
- 3.5. En el año 2003, el porcentaje de consumidores jóvenes diarios de tabaco se habrá reducido en un 5%, porcentaje que llegará al 10% en el 2008. Se incidirá de modo muy especial para frenar la tendencia expansiva entre las adolescentes.
- 3.6. En el año 2003, se habrá reducido en un 20% el porcentaje de los jóvenes bebedores excesivos y de alto riesgo.
- 3.7. En el año 2003, el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes durante los fines de semana habrá disminuido en un 10%. Se incidirá de modo muy especial para frenar la tendencia expansiva entre las adolescentes.

4. Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad.

4.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos dispondrán de medidas normativas que limiten la publicidad de tabaco y alcohol. En este contexto deberá incluirse, entre otras medidas, el control de la esponsorización de eventos de carácter deportivo y culturales, la exposición pública de la normativa legal de prohibición del consumo o venta de estas sustancias, el control de horarios o el uso de los modelos juveniles para la exhibición de la publicidad.

5. Elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas.

5.1. En el año 2003, se habrán autorizado o acreditado por parte de las instituciones educativas competentes, en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, los contenidos básicos y la duración mínima de los cursos de EPS, dirigidos a los docentes, siendo ésta de al menos 20 horas.

5.2. En el año 2003, las instituciones educativas competentes en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán establecido sistemas de autorización y acreditación de programas de prevención y homologación de materiales de apoyo a éstos. Los sistemas de homologación, autorización y acreditación deberán ajustarse a los criterios establecidos por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.

5.3. En el año 2003, se habrá elaborado, por las mismas Instituciones del apartado anterior, un catálogo de programas autorizados y materiales de prevención homologados que posibilite a los educadores tener una oferta en función de sus características y necesidades.

5.4. En el año 2003, el 50% de los programas de prevención aplicados en el aula, estarán autorizados. Este porcentaje alcanzará el 100% en el 2008.

5.5. En el año 2003, las Instituciones Educativas competentes en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán creado comisiones técnicas para la homologación, autorización y acreditación de programas y materiales de prevención. Estas estructuras tendrán su referente en el Plan Nacional sobre Drogas.

6. Desarrollar proyectos de investigación sobre prevención de las drogodependencias en el medio escolar, familiar y comunitario.

6.1. En el año 2003, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se habrán diseñado, aplicado y evaluado al menos un modelo de prevención familiar general y otro dirigido a familias de alto riesgo, ambos de carácter supracomunitario.

6.2. En el año 2003, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se habrán diseñado, aplicado y evaluado al menos un modelo de programa de prevención escolar para cada ciclo educativo así como otro específico para los alumnos de alto riesgo.

6.3. En el año 2003, al menos el 30% de los programas de intervención escolar incluirán actuaciones de carácter comunitario estructuradas y evaluadas.

7. Promover acciones de formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales, preferentemente juveniles, como agentes preventivos en drogodependencias.

7.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas, en colaboración con las instituciones responsables de la política de juventud, habrán incluido acciones de formación y capacitación

dirigidas a animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales.

- 7.2. En el año 2003, se habrán incluido contenidos de educación para la salud en aquellas actividades realizadas con jóvenes por parte de los mediadores sociales y escuelas de animación.

8. Desarrollar instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

- 8.1. En el año 2003, se habrán definido criterios y elaborado instrumentos de evaluación de niveles de riesgo y protección de los ámbitos comunitarios. A partir de ellos, todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla dispondrán de un mapa de áreas o zonas prioritarias de intervención.

- 8.2. En el año 2003, el 50% de las Diputaciones y de los Municipios o Mancomunidades de más de 20.000 habitantes deberán tener aprobados Planes Locales sobre Drogas que incluyan programas de prevención de drogodependencias. Este porcentaje deberá alcanzar al 100% en el año 2008.

- 8.3. Por parte de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, en colaboración con las Administraciones Central y Local, se apoyarán acciones encaminadas a la promoción de actuaciones preventivas en los municipios menores de 20.000 habitantes de forma individual o mancomunada, siendo esta segunda opción la prioritaria en el caso de municipios menores de 5.000 habitantes.

9. Potenciar, en colaboración con los Servicios Sociales, las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos (AMPAS) y otras Entidades Sociales, el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias en general y a las de alto riesgo en particular.

- 9.1. En el año 2003, el 50% de los programas de prevención escolar deberán incluir estrategias dirigidas específicamente a la familia. Estas estrategias se generalizarán al 100% de los programas en el año 2008.
- 9.2. En el año 2003, el 40% de los programas de intervención comunitaria contemplarán acciones dirigidas a familias de alto riesgo.
- 9.3. En el año 2003, el 50% de los Planes Locales sobre Drogas deberán desarrollar acciones de prevención familiar dentro de sus programas de prevención comunitaria. Este porcentaje deberá alcanzar el 100% en el año 2008.

10. Impulsar el desarrollo de programas basados en la evidencia científica, difundiendo para ello las mejores prácticas.

- 10.1. En el año 2003, todas las acciones de prevención financiadas por las Administraciones Públicas implicadas en el Plan Nacional sobre Drogas se adecuarán a los requisitos recogidos en el documento sobre "Criterios Básicos de Intervención de los Programas de Prevención de Drogodependencias", aprobado en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas de 1997.

11. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, incorporarán estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario.

- 11.1. En el año 2003, en el 50% de los Centros Penitenciarios se llevarán a cabo programas y actividades preventivas en relación con el consumo de drogas y sus consecuencias. Este porcentaje llegará al 100% en el año 2008.

11.2. En el año 2003, se habrán formado al 20% de los funcionarios de los centros penitenciarios en materia de prevención de las drogodependencias. Este porcentaje llegará al 50% en el año 2008.

12. Establecer, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con los Planes Autonómicos, un plan de acercamiento hacia los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización y formación en el ámbito de las drogodependencias y la comunicación social.

12.1. En el año 2003, el 100% de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional habrán recibido información básica sobre prevención de las drogodependencias.

12.2. En el año 2003, se habrán desarrollado acciones de formación de drogodependencias para el 50% de los profesionales de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional que cubren la información sobre drogodependencias. Cuando la formación afecte a medios de comunicación de ámbito autonómico, se realizará conjuntamente con las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla.

13. Estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo en la población laboral.

13.1. En el año 2003, el 100% de los Planes Autonómicos sobre Drogas habrán establecido acuerdos de colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales a fin de promover la prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.

13.2. En el año 2003, se habrán identificado los sectores de población más vulnerables en el ámbito laboral y se habrán diseñado instrumentos de prevención adecuados a estos grupos destinatarios.

14. Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los Equipos de Atención Primaria de salud.

- 14.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos, en coordinación con el Sistema Público de Salud, habrán desarrollado protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas.
- 14.2. En el año 2003, al menos el 25% de los Equipos de Atención Primaria ofertarán, entre sus servicios, programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

■ 4.1.2. Reducción de los daños

Aquellos usos problemáticos de drogas que no sean evitables, van a generar daños a la población consumidora, a terceros y a la propia sociedad. La Estrategia Nacional contempla la implementación de intervenciones dirigidas a minorar los daños ocasionados por estos consumos, fundamentalmente en aspectos sociales y de salud. Este tipo de medidas, que han mostrado ser efectivas, deberán tener una aplicabilidad generalizada en todo el territorio del Estado, prestándose especial atención en aquellas zonas donde los efectos negativos de los consumos de drogas presenten una mayor manifestación.

Objetivos

- 1. Procurar que la mayor parte de la población drogodependiente pueda acceder a programas de reducción de daños.**
 - 1.1. En el año 2003, deberá facilitarse el acceso a este tipo de programas al 100% de los drogodependientes que o bien no deseen

acudir a tratamiento libre de drogas o bien estén a la espera de iniciarlo.

- 1.2. En el año 2003, al menos el 50% de los servicios de atención a los drogodependientes deberán incluir entre sus prestaciones las modalidades de actuación que permitan la reducción de daños asociados al consumo de drogas. Este porcentaje alcanzará al 100% en el año 2008.
 - 1.3. En el año 2003, el 25% de las zonas de salud deberán incluir en sus carteras de servicios el desarrollo de programas coordinados de reducción de daños. Este porcentaje habrá llegado al 50% de las zonas de salud en el año 2008. Se priorizará su puesta en marcha en las ciudades de más de 50.000 habitantes.
 - 1.4. En el año 2003, deberá posibilitarse que el 100% de los drogodependientes que abandonen el tratamiento o que sufran una recaída reciban, al menos, la oferta de realizar un programa de reducción de daños.
 - 1.5. En el año 2003, todas las capitales de provincia deberán contar al menos con un servicio de emergencia que dé respuesta a las necesidades básicas de los drogodependientes que no acuden habitualmente a la red asistencial normalizada. Para la puesta en marcha de estos centros deberá contarse con la coordinación de las tres administraciones implicadas.
- 2. Poner en marcha de forma generalizada programas de reducción del daño asociado al consumo de drogas, especialmente los programas de intercambio de jeringuillas, sexo más seguro y consumo de menor riesgo, kits antisida, etc.**
- 2.1. En el año 2003, se habrá reducido en un 25% la población drogodependiente que utiliza la vía parenteral para su consumo.
 - 2.2. En el año 2003, deberán haberse reducido los niveles de reutilización y utilización de jeringuillas por varias personas en al menos un 20%.

- 2.3. En el año 2003, estarán formados adecuadamente en estrategias de prevención de sexo más seguro y consumo de menor riesgo el 100% de los profesionales de los centros de atención a drogodependientes.
 - 2.4. En el año 2003, al menos un profesional de cada centro especializado de atención a drogodependientes, estará debidamente formado para llevar a cabo talleres sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo (vías de consumo, consumo y conducción, violencia y consumo, mezcla de sustancias, infecciones,..).
- 3. Establecer, desde los Planes Autonómicos sobre Drogas y Sida y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, estrategias para la puesta en marcha en las oficinas de farmacia de programas de reducción de los daños.**
- 3.1. En el año 2003, el 100% de las oficinas de farmacia proporcionará información sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo.
 - 3.2. En el año 2003, se logrará al menos un incremento del 50% de las oficinas de farmacia que dispensan e intercambian jeringuillas.
- 4. Realizar programas de implantación de la vacunación sistemática a la población drogodependiente en relación al tétanos, hepatitis B, así como quimioprofilaxis antituberculosa. En lo posible, se fomentará la extensión de estos programas a familias y allegados.**
- 4.1. En el año 2003, el 100% de los drogodependientes que contacten con el Sistema Nacional de Salud (de atención primaria o de atención a las drogodependencias), recibirán sistemáticamente la oferta de vacunación de tétanos y hepatitis B.
 - 4.2. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud facilitará la quimioprofilaxis antituberculosa al 100% de los drogodependientes que la precisen, incluyendo en su caso a familiares y allegados.

- 4.3. En el año 2003, el 100% de los profesionales que trabajen en el ámbito de las drogodependencias podrán revisarse periódicamente su situación inmunológica frente a la tuberculosis, de tal modo que pueda establecerse la quimioprofilaxis antituberculosa cuando ello sea pertinente.

5. Implantar programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre población general. Especialmente, se llevarán a cabo programas de reducción de daños asociados al consumo de alcohol en relación con los accidentes de tráfico y la violencia.

- 5.1. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional, llevarán a cabo acciones de educación sanitaria tendente a la reducción del daño ocasionado por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigidas a la población general.
- 5.2. En el año 2003, deberán haberse reducido al menos en un 15% los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- 5.3. En el año 2003, se habrán ampliado y desarrollado, en los materiales y curriculum educativo obligatorio de las autoescuelas, contenidos que incluyan las estrategias de consejo necesarias para que los futuros conductores conozcan y asuman los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y la conducción de vehículos.
- 5.4. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos habrán ofertado a las autoescuelas formación del profesorado para el desarrollo del objetivo 5.3.
- 5.5. En el año 2003, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Administración de Justicia, en coordinación con los responsables de las políticas de mujer y familia y los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán implantado en el 50% de las

comisarías y juzgados unos programas de atención a los problemas relacionados con la violencia y el consumo de alcohol y otras drogas, muy especialmente de aquellos que se producen en los entornos domésticos y familiares.

- 5.6. En el año 2003, todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla deberán dotarse de al menos un programa específico de atención al menor, elaborado y desarrollado en estrecha colaboración con los servicios sociales, que garantice la atención integral a los menores que sufran problemas relacionados con la violencia doméstica generada por el abuso de alcohol y otras drogas.

6. Impulsar la calidad de los programas de tratamiento con agonistas implementados en el conjunto de la red asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

- 6.1. En el año 2003, el 100% de los programas públicos de tratamiento con agonistas deberán estar coordinados funcionalmente en la red asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Salud, posibilitando un continuo ~~feedback~~ con otros dispositivos y permitiendo el intercambio de pacientes cuando así sea necesario.
- 6.2. En el año 2003, el 50% de los programas de tratamiento con agonistas ofertarán una variedad de servicios fundamentales entre los que se incluyen los de salud general, de salud mental, las actividades preventivas, la asistencia sociolaboral y el apoyo familiar. Este porcentaje alcanzará al 100% en el año 2008.

7. Diversificar la oferta de los programas de reducción de daños en los centros penitenciarios mediante diferentes iniciativas tales como la extensión de los programas de intercambio de jeringuillas.

- 7.1. En el año 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrá

implantado en al menos un 30% de los centros penitenciarios programas de intercambio de jeringuillas.

- 7.2. En el año 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá implantado en el 50% de los centros penitenciarios iniciativas de carácter psicosocial que desarrollen los programas de reducción del daño que se aplican en la actualidad. Este porcentaje alcanzará el 100% en el año 2008.

■ 4.1.3. Asistencia e integración social

La Estrategia Nacional sobre Drogas propugna un sistema de asistencia e integración social del drogodependiente y terceros afectados que incorpore todos los dispositivos terapéuticos y delimite las funciones de cada uno de ellos, garantizando la equidad en las prestaciones en todo el Estado.

Dicho sistema deberá fundamentarse en la coordinación de las Administraciones con responsabilidad competencial sobre la salud y los servicios sociales constituyéndose en el marco de referencia.

El sistema de asistencia e integración social del drogodependiente deberá contemplar la estructuración de circuitos terapéuticos que contemplen la participación de la red de Salud Mental, los Equipos de Atención Primaria de Salud y de los Servicios Sociales en los programas asistenciales para drogodependientes. A su vez, deberá incluir los programas destinados al tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol o la dependencia del tabaco.

Es inexcusable que el sistema defina claramente y establezca programas de calidad que garanticen la atención a las necesidades y demandas de los usuarios, con sustratos científicos y de relación interpersonal necesarios.

Cumplidas las necesidades de cobertura universal de la red, es necesario prestar especial dedicación a la atención a las desigualdades y muy especialmente a aquellos colectivos de usuarios que no contactan con la red asistencial, no están en condiciones de abandonar los consumos problemáticos o no lo desean en ese momento.

Los circuitos terapéuticos del Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes

La asistencia a los enfermos drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, complementados con recursos privados debidamente autorizados y/o acreditados, a lo que denominaremos Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes.

Este sistema se configura como una red asistencial de utilización pública, y en él se deberán integrar de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos, que presten asistencia ambulatoria y en régimen residencial y que oferten una asistencia diversificada que se ajuste a las características, necesidades y demandas de cada paciente.

Los programas asistenciales deben ser flexibles en las condiciones de acceso y de permanencia, y deben realizarse preferentemente en su ámbito de residencia.

Con el fin de conseguir establecer contacto con el mayor número de drogodependientes, se deberán diseñar estrategias de captación activa de drogodependientes así como mejorar y facilitar la accesibilidad a los diferentes recursos del Sistema de Asistencia e Integración Social del Drogodependiente.

En la mayoría de los casos, el abordaje terapéutico de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales, unas veces secuencialmente y otras veces simultáneamente. Es decir, cada recurso es un elemento necesario, pero no suficiente, de un proceso terapéutico complejo del que forma parte y que obliga a trabajar en red, así como que los centros, servicios y programas que forman parte de la misma, acepten unos objetivos asistenciales individualizados en los que primen evitar el deterioro biológico, psicológico y social.

Los diferentes recursos del Sistema de Asistencia e Integración Social tienen que estar debidamente autorizados y/o acreditados, y se deben caracterizar por su profesionalización, interdisciplinariedad y fácil accesibilidad.

Es necesario que el Sistema se estructure en niveles de intervención, correspondiendo a los Planes Autonómicos sobre Drogas determinar el circuito terapéutico, las condiciones de acceso y derivación en el mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención.

La Estrategia Nacional sobre Drogas recomienda que en todas las Áreas de Salud exista un circuito terapéutico que estructurado, al menos en tres niveles básicos de intervención, dé respuesta adecuada y suficiente a las necesidades terapéuticas de los drogodependientes.

El primer nivel del circuito terapéutico debe ser la principal puerta de entrada al Sistema, y debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros recursos que desarrollen la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de los drogodependientes pertenecientes a los citados Sistemas Públicos.

Los recursos que forman parte del primer nivel tienen como principales funciones la detección, captación, motivación y derivación de los drogodependientes a los servicios especializados, la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente, y la necesaria coordinación con los recursos de segundo y tercer nivel que faciliten la incorporación social de los drogodependientes.

El segundo nivel del circuito estará compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinares que se responsabilizarán de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados.

Los recursos que forman parte del segundo nivel se pueden clasificar en recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o salud mental) y recursos específicos. En cualquier caso, encuadrados en el Sistema Público de Salud, estos recursos deben garantizar la atención especializada, el seguimiento y la derivación al tercer nivel, así como la necesaria coordinación con los otros niveles de intervención.

El tercer nivel estará constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Los diferentes dispositivos de este nivel pueden ser de ámbito *supra* Área de Salud, y su acceso debe ser por derivación desde los recursos de segundo nivel. En este tercer nivel de intervención se incluyen recursos tales como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, centros residenciales, etc.

Asimismo el circuito terapéutico, en sus diferentes niveles, deberá contar con recursos y programas que tengan como objetivo principal la integración social y laboral de los drogodependientes.

Objetivos

1. Definir el circuito terapéutico del Sistema Asistencial y de Integración Social del Drogodependiente, adaptándolo al definido por la Estrategia Nacional sobre Drogas.

1.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas dispondrán de un sistema actualizado de recursos asistenciales que describan el circuito terapéutico recogido en la Estrategia Nacional y todos aquellos aspectos funcionales que puedan ser de interés para los profesionales, los propios usuarios y sus familias.

1.2. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas ofrecerán una red de recursos diversificada que garantice un abordaje integral de las drogodependencias. Dicha red, incluida en el Sistema Nacional de Salud, contará básicamente con programas libres de drogas, programas de reducción del daño, concretamente de tratamiento con agonistas, y programas específicos de atención a poblaciones especiales (reclusos, menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con patología dual, etc.).

2. Incorporar estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol y del tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

2.1. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud deberá haber incorporado estrategias terapéuticas para abordar los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

2.2. En el año 2003, el período de tiempo transcurrido entre el inicio del abuso de bebidas alcohólicas y el inicio del tratamiento se habrá reducido, al menos, en un 20%.

3. Ofertar a los drogodependientes atención ambulatoria en centros específicos ubicados dentro del Área de Salud donde residen.

- 3.1. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud debe garantizar la plena asistencia ambulatoria especializada a los afectados por el problema de las drogodependencias en el ámbito de la Comunidad o Ciudad Autónoma y dentro del Área de Salud donde residen.

4. Mejorar la calidad asistencial objetiva y los resultados de los programas de tratamiento estableciendo mecanismos de evaluación.

- 4.1. En el año 2003, todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla contarán con un sistema de evaluación de proceso que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento, posibilitándose de este modo la mejora de la calidad asistencial.
- 4.2. En el año 2008, todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla contarán con un sistema de evaluación que permita medir los resultados de dichos programas.
- 4.3. En el año 2003, se habrá aprobado por la Conferencia Sectorial un sistema de indicadores de calidad que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento.

5. Impulsar los programas de detección precoz e intervención temprana dirigidos a menores con problemas de consumo de drogas y a los hijos de adictos.

- 5.1. En el año 2003, existirá al menos un programa en cada provincia destinado a la detección precoz e intervención temprana de menores con problemas de drogodependencias.
- 5.2. En el año 2003, se habrán puesto en marcha programas específicos de prevención dirigidos a los hijos de drogodependientes.

6. La Administración del Estado, junto con las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, garantizará la atención a las personas detenidas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

- 6.1. En el año 2003, los Planes Autonómicos sobre Drogas dispondrán de, al menos, un programa de atención a drogodependientes en Juzgados y en Comisarías.
- 6.2. En el año 2008, los programas de atención a drogodependientes en Comisarías y Juzgados deberán abarcar a todas las ciudades españolas con más alta tasa de inseguridad.

7. Extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias.

- 7.1. En el año 2003, la Administración del Estado, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá creado módulos terapéuticos dirigidos a población reclusa drogodependiente en el 100% de los centros polivalentes.
- 7.2. En el año 2003, la Administración del Estado, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá puesto en marcha al menos en 5 establecimientos penitenciarios programas de rehabilitación en régimen de comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

8. Priorizar el ingreso de reclusos drogodependientes en programas formativo-laborales.

- 8.1. En el año 2003, se habrá incrementado en un 30% el ingreso de reclusos drogodependientes en programas formativos laborales.
- 8.2. Por parte de las Comunidades Autónomas se garantizará la oferta de recursos para la integración sociolaboral de los drogodependientes que, tras haber realizado un programa de rehabilitación en prisión, hayan visto suspendida la ejecución de su pena.

9. Garantizar la existencia y el desarrollo de los Grupos de Atención a Drogodependientes (GAD) en los centros penitenciarios.

- 9.1. En el año 2003, el 100% de los centros penitenciarios deberán contar con GAD suficientemente dotados.
- 9.2. En el año 2003, la totalidad de los centros penitenciarios contarán con el apoyo y la participación de profesionales no penitenciarios en los GAD.
- 9.3. En el año 2003, al menos el 30% de los profesionales de los GAD habrá recibido oferta formativa especializada en materia de drogodependencias.

10. Desarrollar los programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres.

- 10.1. En el año 2003 existirá en cada Comunidad y Ciudad Autónoma con módulos penitenciarios de mujeres, al menos un programa penitenciario específicamente dirigido y adaptado a las mujeres drogodependientes.

11. Promover, por parte de los Ayuntamientos de los municipios de más de 20.000 habitantes o agrupaciones de municipios legalmente establecidos, programas para la integración social de los drogodependientes en función de sus necesidades y recursos.

- 11.1. En el año 2003, al menos el 25% de estos Ayuntamientos deberán poner en funcionamiento iniciativas de integración social adecuada a las necesidades de su población de afectados.

12. Fomentar la coordinación y el trabajo conjunto con las redes de salud y servicios sociales con objeto de establecer programas individualizados que utilicen todos los recursos disponibles en el ámbito autonómico y local.

12.1. En el año 2003, el sistema de asistencia e integración social del drogodependiente de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla contará con mecanismos de coordinación que permitan articular la relación funcional entre las redes de servicios sociales y los recursos disponibles en el ámbito autonómico y local.

13. Disponer, por parte de los Planes Autonómicos y Locales sobre Drogas, de programas de formación y empleo tanto normalizados como específicos.

13.1. En el año 2003, el 100% de los Planes Autonómicos y el 25% de los Planes Municipales sobre Drogas de los municipios de más de 20.000 habitantes dispondrán de programas de formación y empleo normalizados o específicos para drogodependientes incluidos en programas de tratamiento.

13.2. En el año 2003, los Planes Autonómicos y Locales que dispongan de programas de formación profesional y empleo normalizados o específicos para drogodependientes en programas de tratamiento, incrementarán en un 20% el número de beneficiarios.

14. Mantener e intensificar la colaboración con las Agencias Públicas de Empleo, en orden a facilitar la incorporación de drogodependientes en tratamiento a los programas de formación ocupacional.

14.1. En el año 2003, habrá aumentado, dentro de los acuerdos de colaboración con las Agencias Públicas de Empleo, al menos en un 50%, la incorporación de drogodependientes en tratamiento a los programas de formación profesional.

14.2. En el año 2003, se habrán incrementado en un 50% los programas de talleres de formación laboral para drogodependientes en tratamiento.

4.2 Reducción de la oferta

En las dos últimas décadas, las organizaciones delictivas han aprovechado la globalización económica, la mejora de las vías de comunicación y transporte, y las nuevas tecnologías de la información para desarrollar sus actividades criminales a escala internacional con un éxito notable.

La estrategia habitual de las organizaciones se establece habitualmente en ubicar las funciones de gestión y producción en zonas de menor riesgo, donde poseen un relativo control del entorno institucional, mientras que la búsqueda de mercados se centra en las zonas donde la demanda es más estable y, en consecuencia, está garantizada gracias al poder adquisitivo de sus habitantes. La internacionalización de las actividades criminales hace que aparezcan nuevas alianzas de los grupos organizados, que unen sus capacidades en lugar de combatir por un determinado territorio siguiendo un modelo muy similar al de la asociación de las empresas que operan dentro de la economía legal.

Aunque la mayor parte de las organizaciones criminales tienen como base fundamental de su actividad el tráfico ilegal de drogas, se ha venido observando que la economía criminal ha sufrido una marcada tendencia a extender los ámbitos de su actuación hacia diversas áreas, creando una industrial global cada vez más interconectada y diversificada, donde destacan las siguientes actividades ilícitas:

- Tráfico de armas.
- Tráfico de material nuclear.
- Tráfico de inmigrantes clandestinos, que suele ir aparejado a una subsiguiente explotación laboral.
- Tráfico de mujeres y niños para explotación sexual, explotación laboral y redes de venta de niños para adopción.
- Tráfico de órganos.
- Blanqueo de capitales.

La clave del éxito en la expansión de la delincuencia globalizada es la flexibilidad y la versatilidad con que se organizan los grupos. La interconexión es la forma cómo operan tanto en su régimen interno como en el ámbito de la colaboración intergrupal. Las organizaciones criminales, en suma, están sien-

do capaces de encontrar un punto de conexión que les permite colaborar en lugar de luchar.

Como se deduce de la exposición anterior, la complejidad e intensidad del fenómeno se concreta en una amenaza real que sufre toda la sociedad, y que obliga a modificar el enfoque con que las Administraciones abordan el problema. En particular, es necesario que la estrategia de reducción de la oferta tenga en cuenta todos los aspectos de la delincuencia organizada, y no sólo los que tienen que ver con la represión del tráfico ilegal de drogas, creando las estructuras necesarias para coordinar con eficacia la respuesta de los Servicios competentes en la materia.

Para acometer este reto, la Secretaría de Estado de Seguridad realizará, mediante los órganos adecuados, el seguimiento de la evolución de la criminalidad organizada y la dirección de las actuaciones de los Cuerpos de Seguridad del Estado. Igualmente conocerá las actuaciones realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a la que corresponde la coordinación entre los Servicios y Unidades de los distintos Departamentos Ministeriales, y en los casos necesarios, entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes en la materia por delegación del Secretario de Estado de Seguridad, y de éstas con otros Servicios cuya competencia específica pueda repercutir en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas y el blanqueo de capitales.

Dada la complejidad del problema es imprescindible que aporten su esfuerzo a la resolución del mismo distintos Departamentos Ministeriales que disponen de otros medios necesarios para conseguir dicho objetivo, entre ellos los Ministerios de Economía y Hacienda y de Defensa.

La estrategia en los próximos años se organiza en tres grandes áreas de actuación:

- La lucha contra las organizaciones internacionales, lo que requiere la creación de un espacio de libertad, seguridad y justicia en el ámbito de la Unión Europea, donde se promueva la cooperación entre los Cuerpos Policiales, los Servicios de Aduanas y otros órganos competentes, bien directamente, bien a través de EUROPOL, organismo que está llamado a desempeñar un papel fundamental en esta materia.

En el ámbito internacional, las regiones del Norte de África e Iberoamérica constituyen objetivos prioritarios de la cooperación policial en la lucha

contra las drogas, por lo que resulta imprescindible promover mecanismos de apoyo e intercambio de información con las instituciones responsables de la erradicación del tráfico de drogas en dichas zonas.

- La lucha contra la distribución interior de drogas ilegales, en manos de grupos organizados compuestos por extranjeros y nacionales españoles, que requiere la actuación de unidades especializadas de investigación como las Unidades de Droga y Crimen Organizado (UDYCO), del Cuerpo Nacional de Policía, y los Equipos de Delincuencia Organizada y Antidroga (EDOA) del Cuerpo de la Guardia Civil.
- La lucha contra la venta de drogas al por menor, donde encuentran su ámbito de actuación las unidades de Policía de Investigación de Proximidad, del Cuerpo Nacional de Policía, actualmente en fase de despliegue por toda la geografía nacional.

Como complemento de lo anterior, se pretende que el Plan Nacional sobre Drogas participe activamente en el ámbito normativo, disponiendo de capacidad para participar en las iniciativas legislativas relacionadas con la lucha contra las organizaciones criminales que tengan relación directa con el consumo de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas o con el tráfico ilegal de las mismas, así como con las nuevas tecnologías de la comunicación que están siendo utilizadas para garantizar el éxito de sus actividades.

Finalmente, se pretende aportar una serie de recomendaciones estratégicas con incidencia directa en el desarrollo y mejora de las actuaciones policiales relacionadas con el tráfico y consumo de drogas.

Objetivos

1. **Desarrollar actuaciones encaminadas a reducir la presencia de la oferta de sustancias de tráfico ilícito.**

2. Incrementar el control de los puntos de venta de droga al por menor, por representar el último escalón a través del cual las bandas criminales de traficantes pueden desarrollar su actividad.
3. Diseñar y llevar a cabo programas de formación en prevención de drogas para las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En este contexto se podrá contar con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y con los Planes Autonómicos sobre Drogas.
4. Actuar en el ámbito de la reorganización y optimización de las unidades de investigación de los Cuerpos de Seguridad del Estado, potenciando las unidades especializadas de nueva creación (UDYCO y Policía de Investigación de Proximidad del Cuerpo Nacional de Policía, EDOA y Servicio Marítimo de la Guardia Civil, etc.).
5. Reforzar la Oficina Central Nacional de Estupefacientes (OCNE) como órgano centralizador y coordinador de la información relacionada con la represión del tráfico de drogas.
6. Potenciar las actuaciones concretas de tipo preventivo represivo para hacer frente a los incrementos puntuales del consumo de drogas en determinados lugares y épocas del año.
7. Incrementar la Política Formativa en técnicas de lucha contra el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales dentro de los Cuerpos de Seguridad del Estado, con las iniciativas previstas por el Plan Nacional sobre Drogas y el desarrollo de un Plan de Formación de Expertos sobre Drogodependencias.
7. Dentro de esta Política se incluirán las iniciativas formativas del Plan Nacional sobre Drogas sobre blanqueo de capitales, las figuras del agente encubierto y la entrega vigilada, la Ley del Fondo, y otras herramientas legales y de investigación contra el tráfico ilegal de drogas.
8. Establecer un Observatorio de Seguimiento del uso de las nuevas tecnologías por las organizaciones de traficantes; especialmente en lo que se refiere a tres cuestiones:

- El uso de tecnología y nuevas formas de fabricación de las drogas ilegales a partir de precursores.
- El uso de medios sofisticados de ocultación y transporte de las drogas ilegales.
- El uso de las tecnologías digitales de comunicación (telefonía móvil, correo electrónico, internet etc.) por las organizaciones de traficantes para sus fines ilegales.

Este Observatorio propondrá iniciativas de control administrativo y comercial sobre determinadas actividades relacionadas con las comunicaciones para que impedimentos de carácter técnico no hagan inviable el control judicial de las telecomunicaciones.

9. **Crear y desarrollar un Grupo de Trabajo que examine la influencia de los Paraísos Fiscales en el Blanqueo de Capitales y su influencia en los procesos económicos legítimos.**
10. **Reforzar el control de las fronteras exteriores mediante una acción conjunta sobre:**

- Puertos y aeropuertos (viajeros y equipajes; transporte de mercancías, con especial atención a los contenedores, embarcaciones deportivas y puertos deportivos).
- Fronteras terrestres (transporte particular, transporte público y camiones).
- Costas y mar territorial (transporte marítimo de personas y mercancías, con una atención especial a los contenedores).

Igualmente se reforzarán las medidas de control esporádico y selectivo de las fronteras nacionales sobre personas y actividades catalogadas como sospechosas, de acuerdo con los perfiles y *modus operandi* conocidos de tráfico ilegal de drogas.

Se prestará una especial atención a la zona del Estrecho de Gibraltar, potenciando la actuación coordinada entre los Cuerpos de Seguridad del Estado, Dirección Adjunta de Vigilancia Aduanera y cualesquiera

otros organismos e instituciones afectados por la incidencia del tráfico ilegal de drogas y el blanqueo de capitales en la zona sur de España.

11. Diseñar un Plan de Modernización Tecnológica para los Cuerpos de Seguridad en materia de comunicaciones, tratamiento de datos y recursos materiales, al objeto de que los mismos puedan desarrollar con la máxima eficacia sus funciones de control de la oferta.
12. Dada la dimensión global del tráfico ilegal de drogas, que implica la participación de nacionales de diferentes países y culturas, se potenciará el desarrollo de habilidades en la interpretación y traducción de las lenguas más utilizadas por las bandas de traficantes.
13. Incrementar la cooperación técnica internacional en los ámbitos de EUROPOL, Red de Enlaces Policiales y Cooperación Bilateral y Regional.
14. Potenciar la actuación contra el consumo de drogas ilegales en lugares públicos y contra el consumo de alcohol por menores y en espacios abiertos, estableciéndose, en su caso, los mecanismos de coordinación correspondientes con los Cuerpos de Policía Local y Autonómicos en sus respectivos ámbitos territoriales.

4.3. Cooperación internacional

En la Estrategia Nacional sobre Drogas, la cooperación internacional se constituye como un área de especial importancia debido a la configuración del problema de las drogas como un fenómeno transnacional. La cooperación internacional posibilita la participación activa de España en todos los foros multilaterales en los que se trata el fenómeno de las drogas (Unión Europea, Naciones Unidas, Consejo de Europa, Organización de Estados Americanos, GAFI y OIT) así como el desarrollo de las relaciones de cola-

boración bilateral con países con los que compartimos este problema común, preferentemente países vecinos como Marruecos, Francia, Italia y Portugal y los países iberoamericanos.

Los principios en los que se basa esta participación son los siguientes:

- 1 Compromiso activo de España en el debate internacional de drogas, con una presencia permanente en todos los foros multilaterales especializados en el problema de las drogas y las drogodependencias.
- 2 Enfoque global del problema de las drogas, nivelando las políticas de demanda y oferta en la definición de estrategias en el contexto internacional.
- 3 Asunción del principio de responsabilidad compartida de los Estados en el problema de las drogas y rechazo de cualquier actuación de carácter unilateral.
- 4 Reforzamiento de los sistemas de prevención frente a nuevos patrones de consumo y nuevos fenómenos como las drogas de síntesis.
- 5 Defensa de una política común en materia de drogas en el seno de la Unión Europea.
- 6 Desarrollo de los mecanismos regionales de colaboración y cooperación con Iberoamérica y la cuenca mediterránea, áreas prioritarias en la acción exterior de España en materia de drogas.
- 7 Incremento de los sistemas de formación, información y colaboración en materia de lucha contra el tráfico de drogas y el crimen organizado relacionado con dicho tráfico, y otros delitos conexos.
- 8 Reforzamiento de la cooperación internacional en la lucha contra el blanqueo de capitales.
- 9 Mejora del intercambio de información contra el comercio ilícito de precursores.

Objetivos

Los objetivos están agrupados en cinco grandes apartados: Coordinación, Financiación, Relaciones Multilaterales, Relaciones Bilaterales y Evaluación.

■ 4.3.1. Coordinación

1. Liderar la definición de los criterios políticos y toma de decisiones en materia de drogas en el ámbito exterior a través de mecanismos de coordinación y en estrecha relación con el Ministerio de Asuntos Exteriores.

- 1.1. En el año 2003 se habrá establecido en el Plan Nacional sobre Drogas una estructura de coordinación internacional en materia de drogas que diseñe, planifique y coordine los criterios políticos y decisiones sobre drogas en el ámbito internacional.
- 1.2. En el año 2003 se habrá desarrollado en el seno del Plan Nacional sobre Drogas un mecanismo permanente de comunicación entre los distintos centros directivos para el establecimiento de criterios políticos de actuación en materia de drogas en el exterior.
- 1.3. En el año 2003 el Plan Nacional sobre Drogas estará coordinando la participación de las delegaciones españolas en los foros multilaterales relacionados con la lucha contra las drogas, sin perjuicio de las atribuciones del Ministerio de Asuntos Exteriores.
- 1.4. En el año 2003 se habrá establecido un sistema de recogida permanente de información de los diferentes centros directivos sobre sus actividades relacionadas directa o indirectamente con la lucha contra las drogas en el exterior.

2. Fomentar una mayor implicación de los servicios en el exterior en el seguimiento de los temas relacionados con las drogas tanto en la esfera multilateral como bilateral.

- 2.1. En el año 2003 se habrá establecido una unidad en el Ministerio de Asuntos Exteriores para el seguimiento de los trabajos en materia de drogas en el ámbito internacional.
- 2.2. En el año 2003 se habrá establecido en el Plan Nacional sobre Drogas una red permanente de comunicaciones en materia de drogas a través del personal acreditado en las Embajadas de España.

■ 4.3.2. Financiación

3. Desarrollar las capacidades financieras de la cooperación internacional en materia de drogas.

- 3.1. En el año 2003 existirá en el Plan Nacional sobre Drogas un concepto presupuestario de al menos el 1% del presupuesto total de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas dedicado a la cooperación internacional en materia de drogas.

4. Coordinar las actividades financieras dedicadas a la cooperación internacional en materia de drogas realizadas por los centros directivos de las distintas Administraciones Públicas.

- 4.1. En el año 2003 se habrá creado una base de datos con todas las informaciones relativas a los proyectos de cooperación internacional en materia de drogas que desarrollen las Administraciones (General, Autonómicas y Locales), Organizaciones no Gubernamentales y otras entidades públicas y privadas.
- 4.2. En el año 2003 se habrá establecido un mecanismo de seguimiento de las líneas de financiación a proyectos de cooperación internacional en materia de drogas que desarrollen tanto los organismos multilaterales (Unión Europea, Naciones Unidas,...) como los distintos centros directivos de las Administraciones Públicas españolas.

- 4.3. En el año 2003 se habrá creado una Comisión formada por representantes de los Ministerios de Economía y Hacienda, Asuntos Exteriores y el Plan Nacional sobre Drogas que coordine y planifique los proyectos de cooperación internacional sobre drogas en Iberoamérica relativos a desarrollo alternativo.

■ 4.3.3. Relaciones multilaterales

5. Fomentar la configuración de una política común en materia de drogas en la Unión Europea.

- 5.1. En el año 2003 España habrá propuesto en el contexto de la Unión Europea un Plan de Acción en materia de drogas para Marruecos.
- 5.2. En el año 2003 España habrá incentivado la ejecución del Plan de Acción Global sobre Drogas del Mecanismo de Coordinación y Cooperación entre la Unión Europea e Iberoamérica y Caribe.
- 5.3. En el año 2003, España promoverá un nuevo sistema europeo de prevención de las nuevas drogas sintéticas basado en la identificación de familias genéricas.
- 5.4. Se contribuirá activamente en la ejecución del Plan de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas (1999-2004).
- 5.5. En el año 2003 se evaluarán los resultados en materia de drogas de la Presidencia española del Consejo de la Unión Europea prevista para el año 2002.

6. Desarrollar la presencia activa de España en el contexto de Naciones Unidas.

- 6.1. En el año 2003, y posteriormente en el año 2008, España superará positivamente las evaluaciones previstas en la Declaración Política

de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en Nueva York los días 8 a 10 de junio de 1998.

7. Fortalecer las relaciones con el Consejo de Europa.

- 7.1. En el año 2003, se habrá incrementado la participación de España en los proyectos de investigación epidemiológica y formación de expertos en prevención auspiciados por el Grupo Pompidou del Consejo de Europa.

8. Fomentar las relaciones con Iberoamérica a través de la Comisión Iberoamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD).

- 8.1. En el año 2003 se habrán consolidado las Comisiones Nacionales de Drogas en Centroamérica tras el proyecto conjunto España-CICAD de fortalecimiento institucional de estos órganos.
- 8.2. En el año 2003, España estará colaborando con la CICAD en asistencia material y técnica al desarrollo del Mecanismo de Evaluación Multilateral.

9. Reforzar la participación de España en el Grupo de Acción Financiera Internacional en materia de blanqueo de capitales (GAFI).

- 9.1. Como miembro del Comité Director del GAFI, España incidirá en incorporar a los debates a los países iberoamericanos y propondrá incrementar los mecanismos de control de los paraísos fiscales.
- 9.2. España apostará por el establecimiento del Grupo de Acción Financiera Internacional de América Latina (GAFIAL).
- 9.3. En el año 2003, España será miembro cooperador del Grupo de Acción Financiera Internacional del Caribe (GAFIC).

■ 4.3.4. Relaciones bilaterales

En la Estrategia Nacional sobre Drogas se identifican cinco áreas territoriales con un carácter prioritario para el desarrollo de las relaciones bilaterales en materia de drogas.

10. Consolidar las relaciones de colaboración bilateral con Portugal, Francia, Italia, Reino Unido y Alemania.

- 10.1. En el año 2003 se celebrarán reuniones anuales de carácter bilateral en materia de drogas con Portugal, Francia, Italia, Reino Unido y Alemania en cumplimiento de los Acuerdos bilaterales de cooperación existentes.

11. Reforzar las relaciones de colaboración y cooperación con los países iberoamericanos y caribeños.

- 11.1. En el año 2003 se habrán constituido todas las Comisiones Mixtas derivadas de los Acuerdos bilaterales de Cooperación en materia de drogas firmados por España.
- 11.2. En el año 2003 se habrán establecido canales permanentes de colaboración, investigación y asistencia con los países del Grupo Andino.
- 11.4. En el año 2003 se habrán firmado Acuerdos bilaterales de Cooperación sobre Drogas con República Dominicana, Honduras, Guatemala, Costa Rica, Nicaragua y Paraguay.
- 11.5. En el año 2003, España habrá consolidado las relaciones de cooperación en materia de drogas con los países del Caribe.

12. Potenciar las relaciones bilaterales en materia de drogas con el Reino de Marruecos.

- 12.1. En el año 2003 se habrá estructurado un Plan Director de Colaboración Hispano-Marroquí para el combate contra las drogas.
- 12.2. En el año 2003 se habrá establecido un canal permanente de carácter bilateral para la asistencia técnica, la dotación de material, la transferencia de tecnología y la formación de profesionales tanto en el ámbito de la reducción de la demanda como en el del control de la oferta de drogas.
- 12.3. En el año 2003 se habrán constituido dos puntos permanentes de intercambio operativo de información sobre drogas en España y Marruecos.

13. Desarrollar las relaciones bilaterales con Estados Unidos.

- 13.1. En el año 2003 se habrán desarrollado las relaciones con Estados Unidos en el ámbito de reducción de la demanda y específicamente en las áreas de prevención, evaluación e investigación, especialmente con el NIDA.
- 13.2. En el año 2003, se habrán potenciado los mecanismos de comunicación bilateral en materia de drogas para el intercambio de información y transferencia de tecnología en relación con la lucha antidroga y el blanqueo de capitales (uso de redes digitales, empleo de Internet e información satelital).
- 13.3. En el año 2003, se habrá firmado un nuevo Acuerdo bilateral de cooperación en materia de drogas que englobe los campos de la reducción de la demanda y control de la oferta de drogas.

14. Potenciar las relaciones de cooperación con los países del Centro y Este de Europa (PECOS) y Turquía.

- 14.1. En el año 2003, España estará participando activamente en la puesta en marcha de los proyectos PHARE sobre drogas de la Unión Europea.

- 14.2. En el año 2003, se habrán desarrollado las relaciones de cooperación en materia de drogas con Polonia, Hungría y República Checa así como con Bulgaria y Rumanía.
- 14.3. En el año 2003, se habrá desarrollado el mecanismo de colaboración y comunicación operativa permanente entre Turquía y España en materia de tráfico de drogas y blanqueo de capitales.

■ 4.3.5. Evaluación

15. Evaluar todas las actividades previstas en el ámbito de la cooperación internacional del Plan Nacional sobre Drogas.

- 15.1. En el año 2003 se elaborará un informe de resultados alcanzados en el periodo 1999 - 2003 en el ámbito de la cooperación internacional del Plan Nacional sobre Drogas.
- 15.2. En el año 2003 se elaborará un informe de evaluación comparativo sobre el grado de cumplimiento de los objetivos expuestos en la Estrategia Nacional sobre Drogas.
- 15.3. Cada año se realizará un informe de evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos expuestos en la Estrategia Nacional sobre Drogas.

5

Ámbito normativo

Dentro del ámbito normativo se prestará atención no sólo a la elaboración de normas legales directamente relacionadas con el tráfico y consumo de drogas ilegales, sino también a aquellas actividades comerciales y económicas que son aprovechadas por las organizaciones delictivas. Tal es el caso de las nuevas tecnologías de la comunicación (telefonía digital, internet, etc.), que están siendo utilizadas por las organizaciones para garantizar el éxito de sus actividades ilegales. De igual modo se prestará atención normativa al control de la promoción y oferta de drogas de comercio legal, como el alcohol y el tabaco, y a las medidas de carácter preventivo y asistencial.

Objetivos

1. Impulsar la redacción y promulgación de normas estatales y autonómicas sobre drogas y drogodependencias destinadas a la organización, coordinación y mejora de las medidas de carácter preventivo y asistencial.

- 1.1. En el año 2003 todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla deberán contar con una norma donde se ordene el conjunto de actuaciones dirigidas a la prevención de las drogodependencias, así como a la asistencia e integración social de los drogodependientes. En dicha norma se contemplarán, entre otros, los siguientes objetivos operativos:
 - 1.1.1. Ordenación de las limitaciones a la publicidad y promoción de las bebidas alcohólicas y tabaco. Esta normativa autonómica deberá partir de una norma básica de carácter estatal.
 - 1.1.2. Ordenación de las limitaciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
 - 1.1.3. Establecimiento de los criterios para la coordinación de las entidades e instituciones públicas y privadas que actúan en el campo de las drogodependencias.

1.1.4. Unificación de criterios en cuanto a edad y graduación para el consumo de bebidas alcohólicas y su publicidad.

2. Regular y fomentar la participación de los Ayuntamientos y demás Entes Locales en la respuesta institucional ante las drogodependencias.

2.1. En el año 2003, el 50% de todos los Municipios españoles de más de 20.000 habitantes contarán con un Plan Municipal sobre Drogas, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios y directrices del Plan Autonómico de Drogas en cuyo territorio respectivo se ubiquen dichos Municipios.

2.2. En el año 2008, el porcentaje de Municipios al que se refiere el objetivo anterior, será del 100%.

En el año 2003 el 100% de los municipios de más de 20.000 habitantes contarán con Ordenanzas Municipales sobre venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, en el contexto de la legislación autonómica y estatal.

3. Mantener una producción legislativa que garantice la respuesta institucional adecuada a las nuevas modalidades de tráfico ilegal de drogas.

4. Establecer los cauces y medios adecuados para que la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas asesore al Poder Legislativo en la producción de normas que afecten directa o indirectamente a la lucha contra el consumo y el tráfico ilegal de drogas.

5. Potenciar y facilitar las investigaciones de las Unidades de Policía Judicial mediante el desarrollo de un marco normativo que faculte a dichas unidades para acceder a la información existente en las instituciones y organismos del Estado, estableciéndose un mecanismo administrativo para el control de los datos facilitados a los cuerpos policiales.

6. Desarrollar un marco legislativo que permita controlar las aeronaves, los vehículos particulares y las embarcaciones deportivas y de alta velocidad,

así como cualquier otro medio de transporte que pueda ser utilizado para el tráfico ilegal de drogas; estableciendo los mecanismos administrativos y penales de control y sanción correspondientes.

7. Establecer un Plan de Seguimiento de la Jurisprudencia y la Doctrina sobre tráfico de drogas, blanqueo de capitales y delincuencia organizada.

Este Plan estará animado por dos objetivos:

- Mejorar la capacidad de adaptación de los Cuerpos Policiales a las exigencias legales.
- Proponer las reformas legislativas necesarias para adaptar la normativa aplicable a los nuevos requerimientos producidos por una realidad social cambiante.

Se prestará una especial atención a las actuaciones policiales que afecten a los derechos fundamentales de los sospechosos, al objeto de garantizar que aquéllas se ponen en práctica respetando las razones legales que las justifican y los procedimientos que garantizan su eficacia procesal.

8. Profundizar en la legislación sobre control de precursores reforzando las medidas administrativas de control, y la implantación de una red de enlaces policiales que controlen la fabricación de tales sustancias y su destino.

9. Promover actuaciones legislativas que conduzcan a un perfeccionamiento de la actual regulación de algunos conceptos procesales y penales, en particular en lo que se refiere a:

- 9.1. Desarrollo de la prueba indiciaria.
- 9.2. Revisión de la pena por tráfico de drogas ilegales que no causan grave daño a la salud, en relación con el volumen de sustancia con la que se trafica.

- 9.3. Entradas y registros.
 - 9.4. Secreto de las comunicaciones, al objeto de extenderlo a aquellos medios que la técnica está renovando, y adaptarlo a la Jurisprudencia del Tribunal Constitucional y del Tribunal Supremo.
 - 9.5. Ampliar las figuras del arrepentido y del testigo protegido a las que en los países de nuestro entorno se conoce como colaboradores de justicia.
 - 9.6. Subasta de bienes a los que se refiere el art. 374 del Código Penal, en el caso de que los mismos puedan sufrir deterioro notable o cuando su almacenamiento, mantenimiento y custodia genere un gasto superior al valor económico que pudiera obtenerse si se aplicara el procedimiento establecido actualmente.
- 10. De conformidad con la Recomendación 17 del Plan de Acción para la Lucha contra la Delincuencia Organizada de la Unión Europea, estudiar la posibilidad de incorporar a nuestra legislación penal la incriminación por la mera participación en una organización delictiva, con independencia del lugar de la Unión en que esté concentrada la organización o donde ésta ejerza su actividad delictiva.**

Criterios básicos de actuación

El Estado Español ha carecido, durante muchos años, de un adecuado desarrollo de las actuaciones formativas y de investigación específicas en materia de drogodependencias.

La indiferenciación entre la formación de los profesionales y del personal no cualificado, la ausencia de criterios de homogeneidad entre las distintas Administraciones y la priorización de los contenidos teóricos y básicos sobre los prácticos y más especializados, han caracterizado la acción formativa en este campo.

La formación debe entenderse como un proceso continuo, en el que se distinguen tres niveles básicos:

1. Formación de pregrado.
2. Formación de postgrado universitario, incluyendo los estudios de doctorado.
3. Formación continuada para profesionales de las drogodependencias y de los servicios generales, considerándose prioritarios los de servicios sociales, educación, salud, justicia e interior, ...

En todo caso, debe ser prioritaria la formación dirigida a los profesionales, obteniéndose un beneficio directo sobre los sistemas de atención y prevención de las drogodependencias.

Por otra parte, el acceso a la información científica y a la documentación especializada, a pesar de la existencia de algunos centros autonómicos y del propio Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, sigue estando limitado para muchos profesionales. En este sentido, la incorporación de las nuevas tecnologías de la información exigen una exhaustiva actualización de los sistemas actualmente existentes.

Del mismo modo, la investigación aplicada a las drogodependencias precisa un mayor apoyo, en el sentido de consolidar equipos y centros estables de investigación, priorizándose sus actuaciones dentro de los distintos sistemas de financiación existentes.

Como órgano coordinador, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas debe velar por la idoneidad y adecuación de los contenidos en el ámbito formativo a las necesidades prioritarias del Estado Español, favoreciendo el mayor grado de aplicabilidad directa de los conocimientos adquiridos a las demandas asistenciales y de prevención que precisen los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país.

En cuanto a la investigación, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas actuará en dos vertientes, consolidando la investigación sobre drogodependencias a nivel estatal, por un lado, e impulsando e incentivando la investigación aplicada sobre drogodependencias en las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla.

Finalmente, la amplitud de las actuaciones a desarrollar aconseja la creación de un mecanismo coordinador de su ejecución, que permita alcanzar el más elevado nivel de homogeneidad entre las distintas Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla que constituyen el Estado Español.

Áreas de actuación preferente

Con regularidad, cuando menos, bienal, el Plan Nacional sobre Drogas, a propuesta de sus miembros, deberá definir las áreas de actuación preferente en materia de formación e investigación en drogodependencias.

Este acuerdo servirá como base para la posterior financiación de las actuaciones que se planifiquen y desarrollen dentro de este área.

Objetivos

Garantizar la formación básica, especializada y continuada de los universitarios y profesionales, así como el acceso a la documentación y creación y desarrollo de centros y equipos de investigación aplicada en materia de drogodependencias.

- 1 En el año 2003, se habrá creado el Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas, órgano colegiado dependiente de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con funciones de impulso y mejora de la calidad de los programas en esta materia.
- 2 En el año 2003, las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla, habrán elaborado un programa de formación continuada dirigido a profesionales de los recursos de atención y/o prevención de las drogodependencias, que incluya contenidos considerados prioritarios.
- 3 En el año 2003, se habrá ofertado a las universidades con estudios en los ámbitos social, legal, educativo y sanitario módulos formativos sobre atención y prevención de las drogodependencias, incorporando como objetivos la formación de pregrado en esta materia.
- 4 En el año 2003, se habrá creado una red autonómica de puntos focales de documentación, con la utilización de nuevas tecnologías de acceso a la información.
- 5 Proponer la incorporación de la investigación en drogodependencias como área específica dentro de la convocatoria de becas del FIS y como área prioritaria de la publicación anual de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología.

7

Funciones y órganos de la Estrategia Nacional sobre Drogas

En este apartado, es preciso matizar que la Estrategia Nacional sobre Drogas se limita a la definición de los objetivos prioritarios en el marco de la distribución de funciones y competencias de las diferentes instancias que intervienen en el ámbito de las drogodependencias.

Así, señalará los objetivos de las distintas Administraciones y sus niveles de intervención en razón de las competencias de cada una de ellas. Como se ha indicado más arriba, las funciones y competencias de las Administraciones Públicas están definidas en la Constitución, los Estatutos de Autonomía y las leyes que los desarrollan.

Por otra parte, incluye las funciones de las ONGs y otras entidades sociales que intervienen en drogodependencias, definidas a su vez desde un marco de consenso basado en la colaboración, la coordinación y la eficacia.

Funciones de las diferentes instancias implicadas

La realidad competencial no puede separarse de la vertebración del Estado de las Autonomías, donde todas las administraciones, instituciones y entidades mantienen competencias diferentes, en muchos casos exclusivas, en otros delegadas y, en otros, asumidas subsidiariamente.

En nuestro país, todos los niveles de la Administración, de una u otra forma, poseen competencias en el ámbito de las drogodependencias. Articular de forma eficiente el óptimo desarrollo de las mismas constituye uno de los objetivos fundamentales de esta nueva Estrategia Nacional.

■ A. Administración Central

Sin perjuicio de las competencias que le corresponden en exclusividad, la Administración General del Estado, en el ámbito de la Estrategia Nacional sobre Drogas, detentará, entre otras, las funciones siguientes:

1. En relación con la reducción de la demanda, la Administración General del Estado, a través de sus órganos ejecutivos, dirigirá sus actuaciones en torno

a la prevención, especialmente en los campos de la investigación, coordinación de la formación y de la evaluación.

- 2 Con relación a la reducción de la oferta, la Administración General del Estado desarrollará las actuaciones dirigidas a la represión del tráfico ilícito de drogas y sus vinculaciones con el blanqueo de capitales y crimen organizado, así como la regulación normativa y control de precursores.
- 3 Será función de la Administración Central, en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas, la cooperación internacional estructurada en torno a las:
 - 3.1 Relaciones internacionales y participación activa en organismos internacionales, con especial atención a la participación activa en las estructuras de coordinación europeas.
 - 3.2 Actuaciones de reducción de la oferta y cooperación policial y judicial.
 - 3.3 Cooperación para el desarrollo, con especial atención a la intervención en Iberoamérica. Se mantendrá la necesaria coordinación con aquellas Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla que cuentan entre sus estructuras administrativas con órganos de coordinación en materia de cooperación al desarrollo.
- 4 La Administración General del Estado tendrá la función de coordinar las políticas de intervención y armonización de legislaciones de las distintas Administraciones implicadas, fundamentalmente la Autonómica.

■ B. Administración Autonómica

Los órganos de gobierno y legislativos de las Comunidades Autónomas, sin perjuicio de otras competencias que el ordenamiento jurídico les atribuya, en materia de drogodependencia y dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas, tendrán la responsabilidad de:

1. Diseño y elaboración de Planes Autonómicos en materia de drogodependencias con el soporte legal correspondiente.
2. Planificación, coordinación y desarrollo, en base a sus competencias, de un sistema público de asistencia a los drogodependientes, en el marco del Sistema Nacional de Salud.
3. Coordinación y, en su caso, diseño, ejecución y evaluación de los programas de prevención en el ámbito de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla.
4. Puesta en marcha de mecanismos favorecedores de la integración social del drogodependiente, fundamentalmente en las áreas de formación profesional y ayudas al empleo.
5. Regulación normativa de autorización y acreditación de centros, servicios y programas de formación y prevención y asistencia en el campo de las drogodependencias.
6. Desarrollo y ejecución de la función inspectora y el ejercicio de la potestad sancionadora, así como la cooperación policial allí donde exista, con el resto de Fuerzas de Seguridad del Estado.
7. Coordinación, en el ámbito de las Comunidades Autónomas y las Ciudades de Ceuta y Melilla de las actuaciones en materia de drogodependencias con otras Administraciones y entidades sociales, fomentando la participación social.

■ C. Administración Local

En el marco del Plan Nacional sobre Drogas corresponde a la Administración Local, además de aquellas otras competencias que el ordenamiento jurídico les confiere, el desarrollo de las siguientes funciones:

1. El desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario.

- 2 Procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo.
- 3 Elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales.
- 4 Ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local.
- 5 Coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local.

■ D. Organizaciones no Gubernamentales

En el marco del Plan Nacional sobre Drogas, las ONGs han de seguir jugando un papel decisivo que podría articularse del siguiente modo:

- 1 Constituirse en elemento de cooperación con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos de la intervención: preventivo, asistencial y de incorporación, evitando en todo caso constituirse en sustitutos de aquella ni propiciar el mantenimiento artificial de redes o sistemas paralelos.
- 2 Para su intervención, las ONGs implicadas en el ámbito de las drogodependencias habrán de lograr previamente la necesaria autorización o acreditación de la Administración.
- 3 Las ONGs formarán parte de los órganos de participación ciudadana en la Estrategia Nacional sobre Drogas, especialmente en su desarrollo y evaluación. Asimismo, tendrán una presencia en los órganos consultivos de la Administración en el ámbito de las drogodependencias.
- 4 Por último, las ONGs podrán tomar la iniciativa de proponer, promover y desarrollar actuaciones específicas cercanas a la comunidad.

■ E. Otras entidades sociales

Aquellas otras entidades sociales (universidades, fundaciones, ...) que, en el ámbito de sus objetivos y funciones, poseen elementos que, si bien no prioritarios, sí poseen relevancia para la intervención en drogodependencias, articularán dichas intervenciones específicas sobre drogas en el marco de los Planes Autonómicos y el Plan Nacional sobre Drogas.

Por su parte, a los agentes sociales (empresarios y sindicatos) les corresponde promover y desarrollar actuaciones específicamente diseñadas para reducir las consecuencias de los usos de drogas de los trabajadores esencialmente en los lugares de trabajo.

Órganos de dirección y coordinación

El Plan Nacional sobre Drogas debe disponer de mecanismos de cooperación y coordinación específicos que garanticen la efectividad y eficiencia de las actuaciones previstas. Todo ello, independientemente de aquellos mecanismos que, en razón de la propia articulación del Estado de las Autonomías, existen o se determinen.

Para la coordinación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional sobre Drogas se propone el mantenimiento y/o creación de los siguientes órganos:

- 1. Grupo Interministerial:** Con la misma configuración que el vigente.
- 2. Órgano Unipersonal:** Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, encargado de la dirección y de la coordinación de las políticas sobre Drogas.
- 3. Conferencia Sectorial:** Con las mismas funciones y composición que la actual.
- 4. Comisión Interautonómica:** Con las mismas funciones y composición que la actual.

5. Comisionados Autonómicos: Los responsables de los respectivos Gobiernos Autonómicos en relación con la intervención en el ámbito de las drogodependencias deberán disponer del estatus que les permita la coordinación política y administrativa de intervenciones de los diferentes departamentos de la Administración, así como de otras distintas instituciones implicadas, por lo que se propone el rango de Director General.

6. Órgano de Seguimiento: Comité Permanente de Seguimiento del Plan Nacional sobre Drogas. Se trata de un órgano permanente dependiente de la Conferencia Sectorial que se reúne con mayor frecuencia y agilidad que ésta. Se elegirá por cooptación entre los miembros de la misma.

7. Órgano de control legislativo: Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de la Droga o comisión correspondiente que la sustituyera.

8. Órgano Consultivo:

- Observatorio Español sobre Drogas.

9. Otros:

- Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales.
- Consejo Asesor de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales.

8

Evaluación y sistemas de información

La Estrategia deberá definir y recoger los mecanismos e instrumentos que permitan conocer y estudiar los progresos y avances en la consecución de los objetivos marcados.

Se diseñará un sistema de evaluación que permita la detección precoz de las desviaciones y genere las acciones correctoras que garanticen la eficacia final de la propia estrategia y permitan su adecuación a nuevas necesidades o diferentes escenarios de intervención que puedan emerger.

Sistemas de Información

La constitución del Observatorio Español sobre Drogas supone la existencia de un organismo, entre cuyas funciones principales se cuenta la recogida, de una forma sistemática y continuada, de toda la información relevante que sobre la situación de las drogas y las drogodependencias en España se genere, tanto procedente de fuentes internas como externas del país.

A fin de poder cumplir esa función, el Observatorio se ha dotado de una serie de sistemas de información entre los que se halla la realización de Encuestas periódicas dirigidas a distintos sectores de población, análisis de los datos aportados por varios indicadores epidemiológicos, información procedente de Organismos públicos y privados sobre diversos aspectos concernientes al consumo y tráfico de drogas, así como estudios e investigaciones impulsados desde los propios órganos rectores del Observatorio.

Asimismo, se ha creado dentro del Observatorio una serie de órganos entre los que hay que destacar el Consejo Asesor y el Comité Científico.

Objetivos

- 1. Perfeccionar la estructura organizativa del propio Observatorio Español, desarrollando sus órganos rectores y consultivos e incorporando a los mismos a aquellas personas e instituciones con relevancia en esta materia.**

- 1.1. Consolidar el Sistema Nacional de Encuestas (dirigidas a la Población General y a la Población Escolar), mejorando permanentemente sus aspectos metodológicos y su comparabilidad y ampliando, en su caso, los temas tratados en los cuestionarios respectivos.

Completar el sistema de fuentes de información disponible, que es básicamente de carácter cuantitativo, con la total implantación y consolidación del subsistema de Sondas de Información Rápida, cuya finalidad es la aportación de información de carácter cualitativo de forma ágil, de modo que sea posible reaccionar en tiempo y forma ante los cambios que se puedan producir en el terreno de los consumos de drogas.

- 1.2. Profundizar en la coordinación con los Observatorios existentes en los distintos Planes Autonómicos de Drogas y con aquellos que se puedan constituir en el futuro, así como con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, con sede en Lisboa.

2. **En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos habrán puesto en marcha Observatorios Autonómicos sobre Drogas.**

El desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas implicará el aseguramiento de los mecanismos de financiación que garanticen el mantenimiento de los programas y actividades desarrollados en la actualidad.

Independientemente de lo anteriormente mencionado, se creará un nuevo marco presupuestario para la financiación de los nuevos objetivos y actividades propuestos en este documento. Tanto la financiación de la Administración General del Estado como de las Autonómicas estará vinculada al cumplimiento de los objetivos diseñados.

La financiación de la estrategia podrá requerir una posible reasignación presupuestaria al objeto de adecuarse a los objetivos y nuevos planteamientos que finalmente se determinen. Asimismo, es necesaria la singularización presupuestaria de los diferentes créditos que se destinan por las Administraciones a la intervención en drogodependencias.

Anexo

Indicadores de consecución de objetivos en el ámbito de la reducción de la demanda

El presente documento aporta el necesario complemento al conjunto de objetivos de carácter educativo, sanitario y social que se recogen en los apartados correspondientes a las políticas de reducción de la demanda de drogas.

Tiene como objeto la descripción de la situación de partida en la que se inscriben los diversos objetivos que, en los ámbitos de prevención, reducción de daños, asistencia e inserción social, quedan establecidos en la Estrategia Nacional sobre Drogas, así como la de los “indicadores” que se han considerado más idóneos para la comprobación de la consecución de estos objetivos en los momentos establecidos para su evaluación: los años 2003 y 2008.

Por razones de muy diversa índole (novedad de los objetivos propuestos, diversidad y/o debilidad de algunas fuentes de información, escaso desarrollo de las políticas preventivas, etc.) en la actualidad no se cuenta, en muchas ocasiones, con el tipo de información adecuada que posibilite la elaboración de indicadores válidos tanto para describir la situación actual como para comprobar en un futuro el logro de los objetivos planteados. En estos casos se pretende fortalecer o simplemente iniciar el establecimiento de los canales de información necesarios que permitan la elaboración de los indicadores que han de dar cuenta de la consecución de los objetivos. Estos nuevos indicadores, identificados a lo largo del presente documento con el enunciado “de nueva aplicación”, deberán estar completamente consolidados en el menor plazo posible para posibilitar su utilización en la primera fecha de referencia que se sitúa en el año 2003.

Para ello será preciso realizar un esfuerzo de trabajo técnico y coordinación entre los Planes Autonómicos sobre Drogas, los Planes Municipales, los Centros Directivos concernidos de la Administración General del Estado, las ONGs y cualesquiera otras instituciones implicadas en las acciones tendentes al logro de estos objetivos y que constituyen, en la mayoría de los casos, las “fuentes” por excelencia de la información necesaria para la elaboración de estos indicadores. Estos trabajos deberán ser impulsados y coordinados desde el “Observatorio Español sobre Drogas”.

Prevención

Objetivo 1 Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y las otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume.

- 1.1. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos, así como las intervenciones propias de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional, habrán incluido medidas informativas sobre el tabaco y el alcohol, adaptándose asimismo a los nuevos consumo emergentes. Estas medidas informativas deberán tener el complemento necesario con otras estrategias de prevención.
- 1.2. En el año 2003, la percepción del riesgo para la salud del consumo de drogas habrá aumentado una media del 10%.

Situación actual

- 1.1. En 1998, desde el 90% de los Planes Autonómicos de Drogas se ponen en marcha medidas informativas dirigidas a sensibilizar a la población sobre los riesgos y consecuencias negativas del consumo de drogas. El 75% de los Planes Autonómicos de Drogas realizan campañas de sensibilización sobre el alcohol, más de la mitad (52,5%) lo hace sobre el tabaco y el 42% sobre el consumo de nuevas sustancias.
- 1.2. Proporción de la población española de 15-65 años que considera que cada una de las siguientes conductas de consumo de drogas puede causar muchos problemas (de salud o de cualquier otro tipo). España, 1997 (%).

| | |
|--|------|
| Fumar un paquete de tabaco diario | 36,6 |
| Tomarse cinco o seis cañas/copas en fin de semana | 19,4 |
| Tomarse cinco o seis cañas/copas cada día | 54,3 |
| Fumar hachís/marihuana una vez o menos al mes | 46,1 |
| Fumar hachís/marihuana una vez por semana o más | 59,5 |
| Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir una vez o menos al mes | 37,2 |
| Tomar tranquilizantes/pastillas para dormir una vez por semana o más | 50,5 |

| | |
|--|------|
| Consumir éxtasis una vez o menos al mes | 67,4 |
| Consumir éxtasis una vez por semana o más | 80,7 |
| Consumir cocaína una vez o menos al mes | 74,4 |
| Consumir cocaína una vez por semana o más | 85,0 |
| Consumir heroína una vez o menos al mes | 82,1 |
| Consumir heroína una vez por semana o más | 89,4 |
| Consumir alucinógenos (ácidos, tripis, LSD) una vez o menos al mes | 78,3 |
| Consumir alucinógenos una vez por semana o más | 86,6 |

Indicadores

- 1.1. Número de Comunidades Autónomas que incluyen en sus campañas de sensibilización información dirigida a sensibilizar a la población sobre el consumo de drogas, incluidos el alcohol, el tabaco y las nuevas sustancias.

Número de campañas que forman parte de estrategias preventivas más amplias. (Nueva aplicación).

Fuente: Planes Autonómicos de Drogas (ficha de recogida de información para la Memoria anual del PNSD).

- 1.2. Proporción de españoles que perciben muchos problemas (de salud o de otro tipo) asociados a diversas conductas de consumo de drogas.

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas (EDD).

Objetivo 2 Potenciar la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas.

- 2.1. En el año 2008, todas las escuelas de formación del profesorado habrán incluido la EPS en su curriculum formativo.

- 2.2. En el año 2003 se habrá ofertado formación al 60% del profesorado en prevención de las drogodependencias, incorporándose en los programas de la educación para la salud. Esta formación habrá llegado al 100% de los profesores en el año 2008.

- 2.3. En el año 2003, al menos el 80% del profesorado de Educación Secundaria formado en EPS habrá abordado el tema del consumo de drogas en sus clases. A su vez el 50% lo abordarán de forma sistemática.

Situación actual

- 2.1. En 1998, en todas las Direcciones provinciales dependientes del MEC se ofertan cursos de Educación para la Salud, dentro del programa de formación permanente del profesorado. No ocurre lo mismo en el caso de la formación básica, debiendo incluirse esta misma oferta en las Escuelas de Magisterio y en los Cursos de Capacitación del Profesorado.
- 2.2. Se desconoce en el momento actual la oferta real que recibe el profesorado sobre Educación para la Salud o Prevención de las Drogodependencias, aunque un 33% de los docentes españoles de enseñanza primaria, secundaria y formación profesional han sido formados en prevención de las drogodependencias y un 45% lo han hecho en Educación para la Salud, pero sólo un 11% han recibido formación suficiente en prevención (entre 20-50 horas), según el estudio “Los docentes españoles y la prevención”. FAD, 1998.
- 2.3. Un 72% del profesorado aborda el tema del alcohol y las drogas en el aula. Un 53,8% del total lo hace de forma puntual, y un 18,2% lo hace de forma sistemática, siendo más frecuente que los que lo hacen de esta forma tengan una formación previa en el tema. Es importante destacar que tan sólo un 25,9% del profesorado cumple las dos condiciones de haber sido formado y tratar el tema en el aula, ya sea de forma puntual o sistemática. (Estudio “Los docentes españoles y la prevención: FAD, 1998).

Indicadores (Nueva aplicación)

- 2.1. a) Número de Centros de Profesores y Recursos que ofertan cursos homologados de educación para la salud y de prevención de las drogodependencias.

Fuente: Programa de Actuación de Formación Permanente del Profesorado (1998-1999) Subdirección General de Formación del Profesorado y Consejerías de Educación de las Comunidades Autónomas.

b) Número de Escuelas de Magisterio y de Cursos de Adaptación Pedagógica (CAP) que incluyen contenidos de educación para la salud y prevención de las drogodependencias en su currículum formativo.

Fuente: Consejo de Universidades.

2.2. Porcentaje de profesores de Educación Secundaria que han recibido oferta de formación en prevención de las drogodependencias o en EPS.

Fuente: Encuesta de Drogas a la Población Escolar (EDPE).

2.3. a) Porcentaje de profesores de Educación Secundaria formados en prevención de drogodependencias que abordan el tema del consumo de drogas en sus clases.

b) Porcentaje de los que lo hacen de forma sistemática.

Fuente: Encuesta de Drogas a la Población Escolar.

Objetivo 3 Lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente su relación con las mismas.

3.1. En el año 2003, el 60% de los jóvenes escolarizados habrán recibido información objetiva suficiente, en el marco de la EPS, en relación con el consumo de drogas, por parte de la comunidad educativa. Este porcentaje habrá alcanzado el 100% en el año 2008.

3.2. En el año 2003, el 20% de los escolares de centros integrados en zonas de actuación preferente habrán participado en programas de prevención escolar que incluyan actividades formativas y alternativas sobre el uso adecuado del ocio y el tiempo libre.

3.3. En el año 2003, el 15% de los centros educativos integrados en zonas de actuación preferente dispondrán de sistemas de diagnóstico precoz sobre el consumo de drogas.

- 3.4. En el año 2003, las edades medias de inicio del consumo de alcohol y tabaco en la población juvenil se habrá retrasado al menos en 6 meses. Este retraso llegará a ser de un año en el año 2008.
- 3.5. En el año 2003, el porcentaje de consumidores jóvenes diarios de tabaco se habrá reducido en un 5%, porcentaje que llegará al 10% en el año 2008. Se incidirá de modo muy especial para frenar la tendencia expansiva entre las adolescentes.
- 3.6. En el año 2003, se habrá reducido en un 20% el porcentaje de los jóvenes bebedores excesivos y de alto riesgo.
- 3.7. En el año 2003, el consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes durante los fines de semana habrá disminuido en un 10%. Se incidirá de modo muy especial para frenar la tendencia expansiva entre las adolescentes.

Situación actual

- 3.1. En 1998, un 59% de los estudiantes españoles de 14-18 años ha recibido información en clase sobre el consumo de drogas y los problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo.
- 3.2. En la actualidad, no se dispone de instrumentos que permitan identificar zonas de actuación preferente, por lo que no es posible dirigir las actuaciones a estas zonas. La consecución de este objetivo, por lo tanto, depende del desarrollo de instrumentos que permitan evaluar los niveles de riesgo y protección de los ámbitos comunitarios (objetivo 8.1). De forma orientativa, y teniendo en cuenta que el fracaso escolar es un claro factor de riesgo en relación con el consumo de drogas, puede considerarse que existen en nuestro país aproximadamente 24.500 alumnos en programas de Garantía Social que podrían ser considerados como población objetivo prioritaria.
- 3.3. Existen actualmente en nuestro país 524 programas de Garantía Social que podrían, según lo señalado en el apartado anterior, ser considerados como puntos de actuación preferente.

- 3.4. Según la EDD, en 1997, la edad media de inicio en el consumo de alcohol de la población española de 15-65 años era de 16,8 años (15,9 años entre los hombres y 17,8 años entre las mujeres) y la de tabaco de 16,6 años.

Según la EDPE, en 1998 la edad media de inicio en el consumo de alcohol de los estudiantes españoles de 14-18 años era de 13,6 años (considerando todos los que beben o han bebido alguna vez) y la de tabaco de 13,1 años (considerando todos los que fuman o han fumado alguna vez).

- 3.5. Según la EDPE, en 1998 la proporción de estudiantes españoles de 14-18 años que fumaba tabaco diariamente era de un 21,6% (25,6% entre las mujeres y 17,4% entre los hombres).

- 3.6. Según la EDD, en 1997 de los españoles de 15-65 años:

Un 18,7% se había emborrachado al menos en una ocasión el último año y un 2,8% todas las semanas.

Entre los consumidores de alcohol durante los días laborables la proporción de bebedores excesivos fue del 2,6% y la proporción de bebedores de gran riesgo del 4,6%. Por su parte, entre los consumidores de alcohol durante los fines de semana, las proporciones fueron del 3,4% y del 2,9%, respectivamente. (Ver definiciones de bebedor excesivo y bebedor de gran riesgo en Informe nº 2 del Observatorio Español sobre Drogas).

- 3.7. En 1998, el 66,3% de los estudiantes españoles de 14-18 años había consumido bebidas alcohólicas durante algún fin de semana (viernes, o sábado o domingo) en los 30 días previos a la entrevista.

En 1997, un 70,4% de los jóvenes españoles de 15-28 años habían consumido alcohol durante algún fin de semana (viernes-domingo) en los 30 días previos a la entrevista.

Indicadores

- 3.1. Proporción de estudiantes españoles de 14-18 años que ha recibido información en clase sobre el consumo de drogas y los problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo.

Fuente: Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.

- 3.2. Porcentaje de alumnos de centros educativos en zonas identificadas como de actuación preferente que han participado en programas de prevención que incluyen actividades de ocio y tiempo libre. (Nueva aplicación).
Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.
- 3.3. Porcentaje de centros educativos de zonas identificadas como de actuación preferente que han recibido instrumento específicos para detectar situaciones de alto riesgo relacionadas con el consumo de drogas en el propio centro. (Nueva aplicación).
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 3.4. Edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco en la población de 15-65 años
Edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco entre los estudiantes de 14-18 años.
Fuentes: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.
- 3.5. Proporción de estudiantes españoles de 14-18 años que fumaba tabaco diariamente.
Fuente: Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar.
- 3.6. Proporción de españoles de 15-65 que se ha emborrachado alguna vez el último año y semanalmente.
Proporción de españoles de 15-65 años consumidores de alcohol durante los días laborables que son consumidores excesivos y de gran riesgo.
Proporción de españoles de 15-65 años consumidores de alcohol durante los fines de semana que son consumidores excesivos y de gran riesgo”
Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas.
Proporción de estudiantes españoles de 14-18 años que ha consumido bebidas alcohólicas durante algún fin de semana (viernes, o sábado o domingo) en los 30 días previos a la entrevista.
Fuente: Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar
Proporción de jóvenes españoles de 15-28 años que ha consumido bebidas alcohólicas durante algún fin de semana (viernes, o sábado o domingo) en los 30 días previos a la entrevista.
Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas

Objetivo 4 Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad.

- 4.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos dispondrán de medidas normativas que limiten la publicidad de tabaco y alcohol. En este contexto deberá incluirse, entre otras medidas, el control de la esponsorización de eventos de carácter deportivo y culturales, la exposición pública de la normativa legal de prohibición del consumo o venta de estas sustancias, el control de horarios o el uso de los modelos juveniles para la exhibición de la publicidad.

Situación actual

- 4.1. Según el análisis de la legislación sobre drogas en España, realizado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (1998), existen actualmente 10 Comunidades Autónomas con leyes sobre drogas; nueve de ellas hacen referencia en sus textos al tema de la publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco y una aborda el tema mediante otras leyes específicas; tres Comunidades más no disponen de leyes sobre drogas, pero si que tiene leyes referidas al control de la venta y la publicidad sobre tabaco y alcohol. En el resto existen medidas dirigidas al control de la venta pero no hay constancia de medidas para el control de la publicidad de estas sustancias.

Indicador

- 4.1. Número de Comunidades Autónomas con legislación sobre publicidad y venta de tabaco y bebidas alcohólicas.

Objetivo 5 Elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas.

- 5.1. En el año 2003, se habrán autorizado o acreditado por parte de las institucio-

nes educativas competentes, en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, los contenidos básicos y la duración mínima de los cursos de EPS, dirigidos a los docentes, siendo ésta de al menos 20 horas.

- 5.2. En el año 2003, las instituciones educativas competentes, en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán establecido sistemas de autorización y acreditación de programas de prevención y homologación de materiales de apoyo a éstos. Los sistemas de homologación, autorización y acreditación deberán ajustarse a los criterios establecidos por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.
- 5.3. En el año 2003, se habrá elaborado, por las mismas instituciones del apartado anterior, un catálogo de programas autorizados y materiales de prevención homologados que posibilite a los educadores tener una oferta en función de sus características y necesidades.
- 5.4. En el año 2003, el 50% de los programas de prevención aplicados en el aula, estarán autorizados. Este porcentaje alcanzará el 100% en el año 2008.
- 5.5. En el año 2003, las instituciones educativas competentes, en coordinación con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán creado comisiones técnicas para la homologación, autorización y acreditación de programas y materiales de prevención. Estas estructuras tendrán su referente en el Plan Nacional sobre Drogas.

Situación actual

- 5.1. Actualmente tan sólo un 51,7% de las acciones formativas en EPS o prevención de las drogodependencias son acreditadas por instituciones educativas. Además el 56% de las acciones de prevención dirigidas al profesorado son de una duración de menos de 20 horas.
- 5.2. Tan sólo tres Planes Autonómicos de Drogas (Andalucía, Valencia y Galicia) han informado de que disponen de sistemas acreditados ajustados a la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, aunque ninguno de ellos ha informado haberlo realizado en coordinación con las

instituciones educativas.

- 5.3. La consecución de este objetivo depende de la consecución del objetivo anterior.
- 5.4. Aunque desde el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con el MEC, se establecieron unos criterios de homologación de programas preventivos, no existe en la actualidad ningún sistema que garantice que estos sean seguidos por los programas que se aplican en el aula.
- 5.5. Según las Memorias de los Planes Autonómicos de Drogas, más de la mitad de los mismos realizan acciones en coordinación con la instituciones educativas; se desconoce el nivel al que se realizan dichas coordinaciones.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 5.1. Número de Planes Autonómicos de Drogas que, en colaboración con las instituciones educativas, han elaborado o aplicado criterios de homologación de los programas de formación del profesorado en educación para la salud.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 5.2. Número de Comunidades Autónomas que, en colaboración con las instituciones educativas, disponen de sistemas de control para autorizar los programas de prevención de drogodependencias y los materiales de apoyo a los mismos, según los criterios establecidos en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.
Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.
- 5.3. Número de Comunidades Autónomas que cuentan con un catálogo de programas y materiales homologados clasificados en función del nivel educativo y del nivel de riesgo en el consumo de drogas.
Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.
- 5.4. Porcentaje de programas de prevención aplicados en el aula que estén acreditados.
Fuente: Planes Autonómicos de drogas. Encuesta sobre Drogas a la

Población Escolar.

- 5.5. Número de Comunidades Autónomas con Comisiones Técnicas integradas por los Planes Autonómicos sobre Drogas e instituciones educativas para la homologación, autorización y acreditación de programas y materiales preventivos.

Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.

Objetivo 6 Desarrollar proyectos de investigación sobre prevención de las drogodependencias en el medio escolar, familiar y comunitario.

- 6.1. En el año 2003, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se habrán diseñado, aplicado y evaluado al menos un modelo de prevención familiar general y otro dirigido a familias de alto riesgo, ambos de carácter supracomunitario.
- 6.2. En el año 2003, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas se habrán diseñado, aplicado y evaluado al menos un modelo de programa de prevención escolar para cada ciclo educativo, así como otro específico para los alumnos de alto riesgo.
- 6.3. En el año 2003, al menos el 30% de los programas de intervención escolar incluirán actuaciones de carácter comunitario estructuradas y evaluadas.

Situación actual

- 6.1. Aunque existen diferentes programas de prevención en el ámbito familiar desarrollados en España, no se dispone en el momento presente de información sobre modelos de programas evaluados en nuestro país.
- 6.2. En la actualidad, en España se dispone de modelos de programas de Prevención Escolar diseñados y evaluados a partir del nivel de Educación Secundaria Obligatoria. Aunque existen diversos programas desarrollados para 1º y 2º ciclo de primaria, no tenemos evidencia de que dispongan de una evaluación rigurosa que permita su homo-

logación.

- 6.3. No se dispone en la actualidad de información sistemática sobre las actividades de carácter comunitario incluidas en los programas de prevención escolar.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 6.1. Número de programas de prevención familiar evaluados en España.
Fuentes: Base de datos EDDRA, Planes Autonómicos sobre Drogas, Base de datos de Idea-Prevención.
- 6.2. Programas de prevención en el ámbito escolar evaluados en España.
Fuentes: Base de datos EDDRA, Idea-Prevención, Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 6.3. Número de programas de prevención escolar que conllevan programas comunitarios.
Fuente: Memorias de Comunidades Autónomas y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Base de datos de Idea-Prevención.

Objetivo 7 Promover acciones de formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales, preferentemente juveniles, como agentes preventivos en drogodependencias.

- 7.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas, en colaboración con las instituciones responsables de la política de juventud, habrán incluido acciones de formación y capacitación dirigidas a animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales.
- 7.2. En el año 2003, se habrán incluido contenidos de educación para la salud en aquellas actividades realizadas con jóvenes por parte de los mediadores sociales y escuelas de animación.

Situación actual

- 7.1. Aunque la formación de mediadores y animadores socioculturales es una

actividad desarrollada en la actualidad en todas las Comunidades Autónomas, y en muchas ocasiones se desarrolla en colaboración con departamentos de juventud, no se dispone de información sistemática sobre los acuerdos de colaboración entre los Planes Autonómicos de Drogas y las instituciones responsables de políticas de juventud de las Comunidades Autónomas.

- 7.2. No se dispone de información sistemática sobre las actividades formativas de las escuelas de animación sociocultural.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 7.1. Número de Comunidades Autónomas y Ayuntamientos con Planes Municipales sobre Drogas que disponen de Convenios de Colaboración con las Instituciones responsables de las Políticas de Juventud.

- 7.2. a) Número de escuelas de animación sociocultural que contemplan en su currículum formativo contenidos de prevención de las drogodependencias.
b) Número de mediadores juveniles que han recibido formación en prevención de las drogodependencias.

Fuente: a) Escuelas de animación sociocultural; b) Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 8 Desarrollar instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

- 8.1. En el año 2003, se habrán definido criterios y elaborado instrumentos de evaluación de niveles de riesgo y protección de los ámbitos comunitarios. A partir de ellos, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas dispondrán de un mapa de áreas o zonas prioritarias de intervención.
- 8.2. En el año 2003, el 50% de las Diputaciones y de los Ayuntamientos o Mancomunidades de más de 20.000 habitantes deberán tener aprobados Planes Municipales sobre Drogas que incluyan programas de prevención de

drogodependencias. Este porcentaje deberá alcanzar al 100% en el año 2008.

- 8.3. Por parte de las Comunidades y Ciudades Autónomas, en colaboración con la Administraciones Central y Local, se apoyarán acciones encaminadas a la promoción de actuaciones preventivas en los municipios menores de 20.000 habitantes de forma individual o mancomunada, siendo esta segunda opción la prioritaria en el caso de municipios menores de 5.000 habitantes.

Situación actual

- 8.1. No se dispone actualmente de instrumentos de evaluación de los niveles de riesgo y protección en los ámbitos comunitarios adaptados a la población española.
- 8.2. Según la información facilitada por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) tan sólo existe constancia de que 53 de los 163 municipios españoles de más de 50.000 habitantes disponen de Plan Municipal de Drogas.
- 8.3. No se dispone en la actualidad de información sistemática sobre las actividades preventivas de los municipios de menos de 20.000 habitantes.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 8.1. a) Número de instrumentos existentes en España para la evaluación de niveles de riesgo y protección en el ámbito comunitario.
b) Número de Comunidades Autónomas que disponen de mapas de zonas de alto riesgo elaborados a partir de los citados instrumentos.
Fuente: a) y b) Banco de Instrumentos de Evaluación (OEDT) y Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 8.2. Número de Municipios que informan de la aprobación de Planes Municipales sobre Drogas.
Fuente: FEMP y Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 8.3. Número de Municipios de menos de 20.000 habitantes que participan en programas de prevención.

Fuente: FEMP y Planes Autonómicos sobre Drogas

Objetivo 9 Potenciar, en colaboración con los Servicios Sociales, las AMPAS y otras Entidades Sociales, el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias en general y a las de alto riesgo en particular.

- 9.1. En el año 2003, el 50% de los programas de prevención escolar deberán incluir estrategias dirigidas específicamente a la familia. Estas estrategias se generalizarán al 100% de los programas en el año 2008.
- 9.2. En el año 2003, el 40% de los programas de intervención comunitaria contemplarán acciones dirigidas a familias de alto riesgo.
- 9.3. En el año 2003, el 50% de los Planes Locales sobre Drogas deberán desarrollar acciones de prevención familiar dentro de sus programas de prevención comunitaria. Este porcentaje deberá alcanzar el 100% en el año 2008.

Situación actual

No se dispone en la actualidad de información sistemática sobre la situación actual en relación a estos objetivos.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 9.1. Porcentajes de programas de prevención escolar que incluyan estrategias dirigidas específicamente a la familia.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 9.2. Porcentaje de programas de intervención comunitaria que desarrollan acciones de prevención dirigidas a familias de alto riesgo.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 9.3. Porcentaje de Planes Municipales sobre Drogas que desarrollan acciones de prevención familiar dentro de programas de prevención comunitaria.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas y FEMP.

Objetivo 10 Impulsar el desarrollo de programas basados en la evidencia cien-

tífica, difundiendo para ello las mejores prácticas.

- 10.1. En el año 2003, todas las acciones de prevención financiadas por las Administraciones Públicas implicadas en el Plan Nacional sobre Drogas se adecuarán a los requisitos recogidos en el documento sobre “Criterios Básicos de Intervención de los Programas de Prevención de Drogodependencias”, aprobado en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas de 1997.

Situación actual

- 10.1. En la actualidad tan sólo la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y tres Comunidades Autónomas (Galicia, Andalucía y Valencia), disponen de sistemas de acreditación de programas preventivos adecuados a los “Criterios Básicos de Intervención de los Programas de Prevención de Drogodependencias”.

Indicadores

- 10.1. Número de Planes Autonómicos sobre Drogas que disponen de sistemas de acreditación de programas preventivos adecuados a los “Criterios Básicos de Intervención de Programas Preventivos” aprobados en la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 11 La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, incorporarán estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias llevados a cabo en el medio penitenciario.

- 11.1. En el año 2003, en el 50% de los centros penitenciarios (CP) se llevarán a cabo programas y actividades preventivas en relación con el consumo de drogas y sus consecuencias. Este porcentaje llegará al 100% en el año 2008.
- 11.2. En el 2003, se habrá formado al 20% de los funcionarios de los centros penitenciarios en materia de prevención de las drogodependencias. Este

porcentaje llegará al 50% en el año 2008.

Situación actual*

- 11.1. Aunque actualmente en el 100% de los CP existen actuaciones preventivas, resulta necesario enmarcar éstas en unos programas continuos y coordinados.
- 11.2. No se dispone de datos. No obstante, se puede reseñar que durante 1998 se formaron 84 profesionales de 14 centros sobre “Metodologías de Intervención con internos drogodependientes”. Es decir, en el 19,7% de los CP se han formado profesionales.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 11.1. Número de CP con programas y actuaciones preventivas/ número de CP. Número de materiales elaborados anualmente, sobre esta materia, adaptados a la realidad penitenciaria.
- 11.2. Número de profesores y educadores formados, anualmente, sobre problemas relacionados con el consumo de drogas / número de profesores y educadores que trabajan en centros penitenciarios.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (D.G.II.PP.) / Planes Autonómicos sobre Drogas (PAD).

Objetivo 12 Establecer, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con los Planes Autonómicos, un plan de acercamiento hacia los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización y formación en el ámbito de las drogodependencias y la comunicación social.

- 12.1. En el año 2003, el 100% de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional habrán recibido información básica sobre prevención de las drogodependencias.
- 12.2. En el año 2003, se habrán desarrollado acciones de formación de dro-

* En los datos reseñados no están incluidos los CP de Cataluña.

godependencias para el 50% de los profesionales de los principales medios de comunicación social de ámbito nacional que cubren la información sobre drogodependencias. Cuando la formación afecte a medios de comunicación de ámbito autonómico, se realizará conjuntamente con las Comunidades y Ciudades Autónomas.

Situación actual

Aunque en la actualidad algunas instituciones y ONGs desarrollan acciones formativas dirigidas a profesionales de los medios de comunicación, se desconoce en la actualidad el número de profesionales al que han llegado.

Indicadores (Nueva aplicación)

12.1. Número de profesionales de medios de comunicación a los que se ha enviado información básica sobre drogodependencias.

Fuente: Memorias de las Comunidades Autónomas y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

12.2. Número de profesionales de medios de comunicación que han participado en acciones formativas homologadas.

Fuente: Memorias de las Comunidades Autónomas y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Objetivo 13 Estimular e implementar estrategias preventivas que incluyan actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo en la población laboral.

13.1. En el año 2003, el 100% de los Planes Autonómicos sobre Drogas habrán establecido acuerdos de colaboración con las organizaciones sindicales y empresariales a fin de promover la prevención de las drogodependencias en el ámbito laboral.

13.2. En el año 2003, se habrán identificado los sectores de población más vulnerables en el ámbito laboral y se habrán diseñado instrumentos de

prevención adecuados a estos grupos destinatarios.

Situación actual

- 13.1. En 1998, 12 de los 19 Planes Autonómicos sobre Drogas desarrollan programas de prevención en el ámbito laboral y 11 de ellos lo hacen en colaboración con organizaciones sindicales y empresariales.
- 13.2. La consecución del objetivo depende del desarrollo de instrumentos a tal efecto y, por lo tanto, de la consecución del objetivo 8.1 de este apartado.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 13.1. Número de Comunidades Autónomas que han firmado acuerdos de colaboración con Organizaciones Sindicales y Empresariales para promocionar la prevención en el ámbito laboral.

Fuente: Planes Autonómicos de Drogas.

- 13.2. Número de Comunidades Autónomas que disponen de mapas de alto riesgo del consumo de drogas en la población laboral de su territorio autonómicos.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 14 Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los Equipos de Atención Primaria de salud.

- 14.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos, en coordinación con el Sistema Público de Salud, habrán desarrollado protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas.
- 14.2. En el año 2003, al menos el 25% de los Equipos de Atención Primaria ofertarán, entre sus servicios, programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas.

Situación actual

- 14.1. En la actualidad, se desconoce la situación de los niveles de desarrollo de

la coordinación entre los distintos Planes Autonómicos de Drogas y el Sistema Público de Salud (equipos de atención primaria de salud), para la aplicación de protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas.

- 14.2. En la actualidad, en la cartera de servicios del Insalud se contemplan actuaciones encaminadas a la prevención de los riesgos asociados al consumo de tabaco y alcohol. Además, las diferentes Comunidades Autónomas mantienen diversos niveles de colaboración con los equipos de atención primaria para el desarrollo de programas de detección precoz de los problemas asociados al consumo de drogas; sin embargo, no se dispone de información sistematizada al efecto.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 14.1. Número de Planes Autonómicos que, en coordinación con el Sistema Público de Salud (equipos de atención primaria de salud), desarrollan protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas / 19 Planes Autonómicos.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas

- 14.2. Número de equipos de atención primaria que ofrecen, entre sus servicios, programas de detección precoz y actuación coordinada frente a los problemas relacionados con el consumo de drogas. / Número total de equipos de atención primaria.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reducción de los daños

Objetivo 1 Procurar que la mayor parte de la población drogodependiente pueda acceder a programas de reducción de daños.

- 1.1. En el año 2003, deberá facilitarse el acceso a este tipo de programas al 100% de los drogodependientes que o bien no deseen acudir a tratamien-

to libre de drogas, o bien estén a la espera de iniciarlo.

- 1.2. Al menos el 50% de los servicios de atención a los drogodependientes deberán incluir entre sus prestaciones las modalidades de actuación que permitan la reducción de daños asociados al consumo de drogas. Este porcentaje alcanzará al 100% en el año 2008.
- 1.3. En el año 2003, el 25% de las zonas de salud deberán incluir en sus carteras de servicios el desarrollo de programas coordinados de reducción de daños. Este porcentaje habrá llegado al 50% de las zonas de salud en el año 2008. Se priorizará su puesta en marcha en las ciudades de más de 50.000 habitantes.
- 1.4. En el año 2003, deberá posibilitarse que el 100% de los drogodependientes que abandonen el tratamiento o que sufran una recaída reciban, al menos, la oferta de realizar un programa de reducción de daños.
- 1.5. En el año 2003, todas las capitales de provincia deberán contar al menos con un servicio de emergencia que dé respuesta a las necesidades básicas de los drogodependientes que no acuden habitualmente a la red asistencial normalizada. Para la puesta en marcha de estos centros deberá contarse con la coordinación de las tres administraciones implicadas.

Situación actual

- 1.1. En la actualidad, y según los datos de los que se dispone a partir de la información suministrada por las Comunidades Autónomas, en 1998 un total de 63.030 pacientes han recibido tratamiento en los programas de mantenimiento con metadona.
También, aunque es difícil estimar el número de beneficiarios de este tipo de programas, en el conjunto de las CC.AA se han entregado una cantidad que ronda los 6.472.000 jeringuillas, preservativos y/o kits sanitarios.
- 1.2. Existen 511 centros ambulatorios, que han atendido a un total de 82.361 personas. No se conoce en la actualidad el porcentaje de dichos centros que incluyen entre sus prestaciones las mencionadas actuaciones, pero sí

puede constatarse un incremento progresivo de las mismas.

- 1.3. En la actualidad, el desarrollo de los programas de reducción del daño realizado por los equipos de atención primaria no es ponderable debido a que dicho desarrollo es desigual en las diferentes CC.AA. Además, no se notifica por parte de dichos equipos el volumen y desarrollo de este tipo de programas.
- 1.4. Teniendo en cuenta que el número de pacientes atendidos en unidades hospitalarias y comunidades terapéuticas se ha estabilizado (6.111 pacientes en las primeras y 6.136 en las segundas en el año 1998), y que el número de pacientes atendidos en centros ambulatorios ha pasado de 87.180 en 1997 a 82.361 en 1998, y siendo así que además el número de pacientes atendidos en programas de metadona se ha incrementado pasando de 55.813 en el 97 a 63.030 en 1998, todo ello indica que se está incrementando la oferta realizada en programas de reducción de daños para aquellos pacientes que o bien abandonan el tratamiento, o sufren una recaída.
- 1.5. En la actualidad, hay en funcionamiento 22 servicios de emergencia en seis provincias (Badajoz, Cáceres, Las Palmas, Madrid, Oviedo y Santander), que dan respuesta a las necesidades básicas de los drogodependientes que no acuden habitualmente a la red asistencial normalizada.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 1.1. Número de personas drogodependientes que tiene acceso a programas de reducción de daños/Número de personas drogodependientes que no deseen acudir a tratamiento libre de drogas o bien estén a la espera de iniciarlo.
Fuente: Planes Autónomos sobre Drogas.
- 1.2. Número de centros de atención al drogodependiente (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, dispositivos de prescripción y/o dispensación de metadona y unidades de desintoxicación hospitalarias) que incluyen, entre sus prestaciones, las modalidades de actuación que permitan la reducción de daños asociados al consumo de drogas / número total de centros de atención al drogodependiente (2.057 en 1.998).

Fuente: Planos Autonómicos sobre Drogas.

- 1.3. Número de zonas de salud que incluyen en sus carteras de servicios el desarrollo de programas coordinados de reducción de daños/Número total de zonas de salud (tanto del territorio INSALUD, como aquellas que pertenecen a CC.AA que tienen transferidas las competencias en esta materia).

Fuente: M° de Sanidad y Consumo. Subdirección Gral. de Relaciones Institucionales y Alta Inspección.

- 1.4. Número de pacientes que abandonan el tratamiento y/o que sufren una recaída que reciben la oferta de realizar un programa de reducción de daños/Número total de pacientes que abandonan el tratamiento y/o que sufren una recaída.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 1.5. Número de capitales de provincia que cuentan al menos con un servicio de emergencia/Número total de provincias.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 2 Poner en marcha de forma generalizada programas de reducción del daño asociado al consumo de drogas, especialmente los programas de intercambio de jeringuillas, sexo más seguro y consumo de menor riesgo, kits antisida, etc.

- 2.1. En el año 2003, se habrá reducido en un 25% la población drogodependiente que utiliza la vía parenteral para su consumo.
- 2.2. En el año 2003, deberán haberse reducido los niveles de reutilización y utilización de jeringuillas por varias personas en al menos un 20%.
- 2.3. En el año 2003, estarán formados adecuadamente en estrategias de prevención de sexo más seguro y consumo de menor riesgo el 100% de los profesionales de los centros de atención a drogodependientes.
- 2.4. En el año 2003, al menos un profesional de cada centro especializado de atención a drogodependientes, estará debidamente formado para llevar a

cabo talleres sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo (vías de consumo, consumo y conducción, violencia y consumo, mezcla de sustancias, infecciones, etc.).

Situación actual

2.1. Según el Indicador Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas, en 1998 un 23,9% de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluido el alcohol) había usado principalmente la vía parenteral para administrarse la droga principal durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento. La proporción fue de un 28,8% cuando la droga principal fue la heroína y de un 5,6% cuando fue la cocaína.

Por otra parte, y según el Indicador Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas, en 1998 un 34,8% de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluido el alcohol) había consumido alguna vez sustancias psicoactivas por vía inyectada durante los 12 meses previos a la admisión a tratamiento. Esta proporción fue de un 40,5% entre los admitidos a tratamiento por heroína y de un 12,1% entre los admitidos a tratamiento por cocaína.

2.2. Según la Encuesta de Consumidores de Heroína en Tratamiento de 1996, un 34% de los admitidos a tratamiento por heroína en España habían usado alguna vez jeringuillas usadas antes por otros en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento.

2.3. En la actualidad, 634 profesionales de 16 Comunidades Autónomas han sido formados en estrategias de prevención de sexo más seguro y consumo de menor riesgo.

Se desconocen datos básicos tales como el número de profesionales de atención a drogodependientes que trabajan en centros ambulatorios, unidades hospitalarias, comunidades terapéuticas o dispositivos de prescripción y/o dispensación de metadona.

2.4. En la actualidad, 634 profesionales de 16 Comunidades Autónomas han sido formados en estrategias de prevención de sexo más seguro y consu-

mo de menor riesgo.

Se desconoce el número de centros especializados de atención a drogodependientes que ya cuentan con un profesional debidamente formado para llevar a cabo talleres sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo.

Indicadores

- 2.1. Proporción de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva (excluidos alcohol y tabaco), heroína y cocaína, que ha utilizado la vía parenteral como vía principal de consumo durante los 30 días previos a la admisión a tratamiento.

Proporción de admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva (excluidos alcohol y tabaco), heroína y cocaína, que se ha inyectado alguna vez sustancias psicoactivas durante los 12 meses previos a la admisión a tratamiento.

Fuente: Indicador Admisiones a Tratamiento del Observatorio Español sobre Drogas.

- 2.2. Proporción de admitidos a tratamiento por heroína en España que habían usado alguna vez jeringuillas usadas antes por otros en los 12 meses previos a la admisión a tratamiento.

Fuente: Encuesta de Consumidores de Heroína en Tratamiento

- 2.3. Número de profesionales de los centros de atención a drogodependientes formados en estrategias de prevención de sexo más seguro y consumo de menor riesgo/Número total de profesionales de los centros de atención a drogodependientes. (Nueva aplicación).

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 2.4. Número de centros especializados de atención a drogodependientes que tienen entre sus profesionales al menos uno formado para llevar a cabo talleres sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo./2057 centros especializados de atención a drogodependientes.(511 centros ambulatorios, 57 unidades hospitalarias, 88 comunidades terapéuticas y 1401 centros de dispensación y/o prescripción de metadona).

Objetivo 3 Establecer, desde los Planes Autonómicos sobre Drogas y Sida y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, estrategias para la puesta en marcha en las oficinas de farmacia de programas de reducción de los daños.

- 3.1. En el año 2003, el 100% de las oficinas de farmacia proporcionará información sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo.
- 3.2. En el año 2003, se logrará al menos un incremento del 50% de las oficinas de farmacia que dispensan e intercambian jeringuillas.

Situación actual

- 3.1. Se han editado 17.000 ejemplares de folletos de información sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo denominados respectivamente: “Sexo más seguro, consejos para mantener relaciones más seguras” y “Estrategias de reducción de riesgos asociados al uso inyectado de drogas, manual para farmacéuticos”.

Dichos ejemplares han sido distribuidos a través del Consejo General del Colegio Oficial de Farmacéuticos en las oficinas de farmacia del conjunto del Estado. Actualmente se están imprimiendo 278.000 nuevos ejemplares.

Se desconoce el número de farmacias participantes.

- 3.2. Según la información de la que se dispone a través de las Comunidades y Ciudades Autónomas, al menos un número que ronda los 850.000 kits sanitarios han sido distribuidos a través de un conjunto de farmacias que han participado en la dispensación e intercambio de jeringuillas. Según el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, doce Comunidades Autónomas (Asturias, Navarra, Aragón, Melilla, La Rioja, Galicia, Baleares, Cataluña, Extremadura, País Vasco, Cantabria y Ceuta) han establecido acuerdos de colaboración con los farmacéuticos para la dispensación de kits anti-sida. Estos kits están disponibles en el 39,9% (3.046) de las farmacias de estas Comunidades. Además siete Comunidades Autónomas (Navarra, Melilla, Galicia, Madrid, Cataluña, País Vasco y Ceuta) han establecido acuerdos de colaboración con los farmacéuticos para intercambiar jeringuillas en las farmacias. El 8,5%

(650) de las farmacias de estas Comunidades participa en un programa de intercambio de jeringuillas (PIJ).

Indicadores (Nueva aplicación)

3.1. Número de oficinas de farmacia que proporciona información sobre sexo más seguro y consumo de menor riesgo/19.222 oficinas de farmacia (número actual total a 31 de diciembre de 1998).

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Planes Autonómicos sobre Drogas

3.2. Número de oficinas de farmacia que dispensan y/o intercambian jeringuillas/19.222 oficinas de farmacia (número actual total a 31 de diciembre de 1998)

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Planes Autonómicos sobre Drogas

Objetivo 4 Realizar programas de implantación de la vacunación sistemática a la población drogodependiente en relación al tétanos, hepatitis B, así como quimioprofilaxis antituberculosa. En lo posible, se fomentará la extensión de estos programas a familias y allegados.

4.1. En el año 2003, el 100% de los drogodependientes que contacten con el Sistema Nacional de Salud (de atención primaria o de atención a las drogodependencias), recibirán sistemáticamente la oferta de vacunación de tétanos y hepatitis B.

4.2. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud facilitará la quimioprofilaxis antituberculosa al 100% de los drogodependientes que la precisen, incluyendo en su caso a familiares y allegados.

4.3. En el año 2003, el 100% de los profesionales que trabajen en el ámbito de las drogodependencias podrán revisarse periódicamente su situación inmunológica frente a la tuberculosis, de tal modo que pueda establecerse la quimioprofilaxis antituberculosa cuando ello sea pertinente.

Situación actual

4.1. Según los datos de los que se dispone en la Delegación del Gobierno para el PNSD, los drogodependientes reciben la oferta de vacunación de tétanos y hepatitis B, a través del Sistema Nacional de Salud en tanto en cuanto usuarios de los equipos de Atención Primaria o bien de Atención a las Drogodependencias.

No existen estimaciones a partir de las cuales se pueda conocer el porcentaje de usuarios de drogas que, en la actualidad y de un modo sistemático, recibe dicha oferta de vacunación.

4.2. Se desconoce el porcentaje de drogodependientes y, en su caso, de familiares y allegados que precisen y a los cuales se les facilite la quimioprofilaxis antituberculosa.

No obstante, según las últimas recomendaciones que diversos organismos e instituciones de indiscutible solvencia científica realizan, habría que plantear la quimioprofilaxis de la tuberculosis en al menos los siguientes supuestos:

- Aquellos grupos de pacientes que tienen una reacción tuberculínica positiva y aquellos que han tenido contacto con una persona bacilífera.
- En el momento actual parece prudente recomendar la profilaxis a aquellos pacientes anérgicos en los que el riesgo de estar infectados por M. Tuberculosis es mayor.
- En cuanto a la profilaxis de infección tuberculosa en las personas con infección por VIH hay que reseñar que debe realizarse sistemáticamente un test de Mantoux a todo paciente de VIH positivo y plantearse desde su evaluación inicial la indicación de la mencionada quimioprofilaxis. Concretamente la CDC recomienda profilaxis en las personas VIH positivo que hayan tenido contacto reciente con las personas con TB pulmonar con independencia incluso de los propios resultados del PPD.

4.3. En la actualidad, los profesionales de atención a las drogodependencias, reciben su asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud,

siendo así que tanto la quimioprofilaxis de la TB, como cualquier otra medida relacionada con la prevención de infecciones de alta prevalencia en el colectivo de pacientes atendidos, se realiza articulada a través del mencionado Sistema.

Además, algunas CC.AA. realizan screening específicos para pautar la indicación de la quimioprofilaxis de la TB.

Se desconoce el porcentaje de profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias que revisen periódicamente su situación inmunológica frente a la tuberculosis, de tal modo que pueda establecerse la quimioprofilaxis antituberculosa cuando ello sea pertinente.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 4.1. Número de drogodependientes que contacten con el Sistema Nacional de Salud y reciba la oferta de vacunación de tétanos y hepatitis B/Número total de drogodependientes que contacten con el Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Insalud y/o las CC.AA. que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad.

- 4.2. Número de drogodependientes y, en su caso, familiares y allegados a los que se facilite desde el Sistema Nacional de Salud la quimioprofilaxis antituberculosa en el caso de que la precisen/Número total de drogodependientes y, en su caso, familiares y allegados en los cuales esté indicada la quimioprofilaxis antituberculosa.

Fuente: Insalud y/o las CC.AA. que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad.

- 4.3. Número de profesionales que trabajen en el ámbito de las drogodependencias que revisen periódicamente su situación inmunológica frente a la tuberculosis/

Número total de profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 5 Implantar programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre población general. Especialmente, se llevarán a cabo programas de reducción de daños asociados al consumo de alcohol en relación con los accidentes de tráfico y la violencia.

- 5.1. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional, llevarán a cabo acciones de educación sanitaria tendente a la reducción del daño ocasionado por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigidas a la población general.
- 5.2. En el año 2003, deberán haberse reducido al menos en un 15% los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- 5.3. En el año 2003, se habrán ampliado y desarrollado, en los materiales y curriculum educativo obligatorio de las autoescuelas, contenidos que incluyan las estrategias de consejo necesarias para que los futuros conductores conozcan y asuman los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y la conducción de vehículos.
- 5.4. En el año 2003, la totalidad de los Planes Autonómicos habrán ofertado a las autoescuelas formación del profesorado para el desarrollo del objetivo 5.3.
- 5.5. En el año 2003, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y la Administración de Justicia, en coordinación con los responsables de las políticas de mujer y familia y los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrán implantado en el 50% de las comisarías y juzgados unos programas de atención a los problemas relacionados con la violencia y el consumo de alcohol y otras drogas, muy especialmente de aquellos que se producen en los entornos domésticos y familiares.
- 5.6. En el año 2003, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas deberán dotarse de al menos un programa específico de atención al menor, elaborado y desarrollado en estrecha colaboración con los servicios sociales,

que garantice la atención integral a los menores que sufran problemas relacionados con la violencia doméstica generada por el abuso de alcohol y otras drogas.

Situación actual

- 5.1. En 1998, desde el 90% de los Planes Autonómicos de Drogas se ponen en marcha medidas informativas dirigidas a sensibilizar a la población sobre los riesgos y consecuencias negativas del consumo de drogas. El 75% de los Planes Autonómicos de Drogas realizan campañas de sensibilización sobre el alcohol, más de la mitad (52,5%) lo hace sobre el tabaco y el 42% sobre el consumo de nuevas sustancias.
- 5.2. Según el programa de investigación de accidentes de la Dirección General de Tráfico (Departamento de Asesoría Médica), la cifra estimativa de accidentes mortales relacionados con el consumo de alcohol es actualmente del 50%.
- 5.3. En el curriculum educativo obligatorio de las autoescuelas para los futuros conductores se incluyen los contenidos relacionados con el consumo de alcohol y los riesgos que suponen para la conducción, pero, estos contenidos son susceptibles de ser ampliados y mejorados.
- 5.4. En la actualidad, a través de los fondos sociales de la Unión Europea vienen realizándose cursos de formación en drogodependencias para las autoescuelas.
- 5.5. No se dispone de datos en la actualidad. Existen programas de atención a la mujer tanto en Comisarías como en Juzgados y también de atención al drogodependiente en estos ámbitos. Por ello, la pretensión de este objetivo no es tanto crear espacios ad hoc sino integrar y coordinar las actuaciones de estos servicios.
- 5.6. En los últimos años han venido considerándose prioritarios por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas los objetivos relacionados con la atención al menor en situaciones sociales de

especial riesgo. A pesar de ello, el número de programas es muy limitado no existiendo información de la implantación de estos programas en las diferentes provincias.

Indicadores

- 5.1. Programas y actuaciones llevados a cabo por los Planes Autonómicos sobre Drogas y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño ocasionado por el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas dirigidas a la población general. Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas y Delegación del Gobierno para el PNSD.
- 5.2. Número de accidentes de tráfico mortales relacionados con el consumo de alcohol. Fuente: Dirección General de Tráfico. (Nueva aplicación).
- 5.3. Desarrollo, contenido y amplitud en el curriculum educativo y obligatorio de los contenidos relacionados con el consumo de alcohol. (Nueva aplicación). Fuente: Dirección General de Tráfico.
- 5.4. Número de Planes Autonómicos sobre Drogas que oferten al profesorado de las Autoescuelas sobre los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y la conducción de vehículos / 19 Planes Autonómicos. (Nueva aplicación). Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 5.5. Número programas de atención a la mujer en relación con la violencia y el consumo de drogas implementados en Comisarías y Juzgados / Número de Comisarías y Juzgados. (Nueva aplicación).
- 5.6. Número de Comunidades y Ciudades Autónomas que se han dotado al menos de un programa específico de atención al menor (que sufren problemas relacionados con la violencia doméstica generada por el abuso de alcohol y otras drogas)/19 CC.AA. (Nueva aplicación). Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 6 Impulsar la calidad de los programas de tratamiento con agonistas implementados en el conjunto de la red asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Salud.

- 6.1. En el año 2003, el 100% de los programas de tratamiento con agonistas públicos deberán estar coordinados funcionalmente en la red asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Salud, posibilitando un continuo ~~feedback~~ con otros dispositivos y permitiendo el intercambio de pacientes cuando así sea necesario.
- 6.2. En el año 2003, el 50% de los programas de tratamiento con agonistas ofertarán una variedad de servicios fundamentales entre los que se incluyen los de salud general, de salud mental, las actividades preventivas, la asistencia sociolaboral y el apoyo familiar. Este porcentaje alcanzará al 100% en el año 2008.

Situación actual

- 6.1. En la actualidad, la prescripción y dispensación de metadona se realiza desde la red de centros públicos o privados concertados del Plan Nacional sobre Drogas. Todos estos centros, 1.401 en 1998, han atendido a 63.030 pacientes. Los niveles de coordinación se establecen a través de los Comisionados de los Planes Autonómicos sobre Drogas de las diferentes CC.AA, para lo cual se cuenta con Comisiones de Acreditación.

El propio Plan Nacional sobre Drogas ha constituido además la “Comisión Nacional de Agonistas”, que permite acometer labores de metaevaluación, y la elaboración de criterios generales de coordinación. En la misma participan una muestra de las CC.AA.

Se desconoce con precisión los procedimientos de coordinación existentes en todas y cada una de las Comunidades y/o Ciudades Autónomas.

- 6.2. La mencionada Comisión de Agonistas, entre las labores que tiene encomendadas, incluye la de establecer los criterios fundamentales que deben regir la cartera de servicios que ofrezcan los programas de mantenimiento con agonistas.

La propia Delegación del Gobierno ha financiado, además, la realización de dos estudios de investigación sobre “Características de los centros con tratamiento de mantenimiento con metadona en España”, realizados por el Institut Municipal d’Investigació Mèdica de Barcelona.

Cabe resaltar en este sentido que, entre los principales resultados del estudio correspondiente a 1997 realizado sobre una muestra de 520 centros, se encuentran:

- Todos los centros donde se prescribía metadona eran centros donde también se realizaban otros programas de tratamiento de la adicción. El objetivo de los tratamientos incluía la reducción de daño (paliativo) en el 96% de los centros.
- Los centros cumplían una media de 11 indicadores de efectividad de los 18 considerados para el tratamiento de mantenimiento con metadona (TMM). Se destacan entre ellos la realización en el propio centro de la exploración física completa (70%), la evaluación psicopatológica (86%), la psicoterapia de grupo (44%), los programas específicos de educación sanitaria (51%) y la realización del Mantoux y del test del VIH (48% y 50% respectivamente).
- Aunque se ha producido una cierta mejoría respecto al año 1994, y las prácticas terapéuticas desarrolladas se acercan más a las descritas en la literatura como más efectivas en este tipo de tratamientos, estos aspectos no están generalizados para todos los centros.

Indicadores

- 6.1. Número de programas de tratamiento con agonistas públicos que estén coordinados funcionalmente en la red asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Salud/Número total de programas de tratamiento con agonistas -dispositivos de prescripción y/o dispensación de agonistas-. (Nueva aplicación).

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 6.2. Número de programas de tratamiento con agonistas que ofertan la variedad de servicios especificada en este punto/1.401 (Número total de pro-

gramas de tratamiento con agonistas -dispositivos de prescripción y/o dispensación de agonistas a 31 de diciembre de 1998-).

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas y Estudio de investigación sobre “Características de los centros con tratamiento de mantenimiento con metadona en España”.

Objetivo 7 Diversificar la oferta de los programas de reducción de daños en los centros penitenciarios mediante diferentes iniciativas tales como la extensión de los programas de intercambio de jeringuillas.

- 7.1. En el año 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en colaboración con los Planes Autonómicos sobre Drogas, habrá implantado en al menos un 30% de los centros penitenciarios programas de intercambio de jeringuillas.
- 7.2. En el año 2003, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá implantado en el 50% de los centros penitenciarios iniciativas de carácter psicosocial que desarrollen los programas de reducción del daño que se aplican en la actualidad. Este porcentaje alcanzará el 100% en el año 2008.

*Situación actual**

- 7.1. En 1999 de 71 centros penitenciarios, 3 disponían de PIJ. Es decir, el 4,2% de los centros penitenciarios disponían de esta modalidad terapéutica.
En 1998 fueron distribuidas 4.943 jeringuillas.
- 7.2. A finales de 1996, de 32 centros estudiados, en el 71% no existía ningún trabajador social; en el 62% ningún educador, y en el 47% ningún psicólogo estaba implicado directamente en estos tratamientos. Los equipos de tratamiento fueron los profesionales valorados con menor implicación. Estudio de la DGPNSD 1996.

* En estos datos reseñados no están incluidos los CP de Cataluña.

Indicadores (Nueva aplicación)

7.1. Número de CP con PIJ/número de CP. Número de unidades de jeringuillas distribuidas anualmente.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

7.2. Número de programas de mantenimiento con metadona (PMM) en los que participan psicólogos, trabajadores sociales y educadores.

Fuente: D.G. II.PP. y PAD

Asistencia e integración social

Objetivo 1 Definir el circuito terapéutico del Sistema Asistencial y de Integración Social del Drogodependiente, adaptándolo al definido por la Estrategia Nacional sobre Drogas.

1.1. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas dispondrán de un sistema actualizado de recursos asistenciales que describan el circuito terapéutico recogido en la Estrategia Nacional y todos aquellos aspectos funcionales que puedan ser de interés para los profesionales, los propios usuarios y sus familias.

1.2. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos sobre Drogas ofrecerán una red de recursos diversificada que garantice un abordaje integral de las drogodependencias. Dicha red, incluida en el Sistema Nacional de Salud, contará básicamente con programas libres de drogas, programas de reducción del daño, concretamente de tratamiento con agonistas, y programas específicos de atención a poblaciones especiales (reclusos, menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con patología dual, etc.).

Situación actual

1.1. En la actualidad, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, cuenta con un “Catálogo de centros de asistencia a drogodepen-

dientes”, que incluye la información recogida a través del conjunto de las CC.AA. y que es factible actualizar en función del cumplimiento del objetivo mencionado. No incluye, sin embargo, la descripción del circuito terapéutico.

- 1.2. Cabe destacar que, en la actualidad, existe una red de atención a las drogodependencias, plural y diversificada (511 centros ambulatorios, 57 unidades hospitalarias, 88 comunidades terapéuticas y 1401 dispositivos prescriptores y/o dispensadores de metadona) que, en cada Comunidad y Ciudad Autónoma, se ajusta a la estimación de necesidades y priorización de metas y objetivos en las planificaciones por ellas realizadas. El conjunto de las mismas cuenta, genéricamente, con los programas mencionados en este objetivo, pero con diferentes niveles de desarrollo y evaluación de los mismos.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 1.1. Número de centros y clasificación por niveles del circuito terapéutico del conjunto de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

- 1.2. Descripción de los programas asistenciales que se ofrecen desde los distintos Planes Autonómicos sobre Drogas.

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 2 Incorporar estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de las personas que tienen problemas relacionados con el consumo del alcohol y del tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

- 2.1. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud deberá haber incorporado estrategias terapéuticas para abordar los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo.

- 2.2. En el año 2003, el período de tiempo transcurrido entre el inicio del abuso de bebidas alcohólicas y el inicio del tratamiento se habrá reducido, al menos, en un 20%.

Situación actual

- 2.1. Tanto en el ámbito preventivo como en el asistencial, vienen acometiéndose programas y actuaciones en este sentido, siendo así que se está produciendo un aumento en el número de programas de tratamiento del tabaquismo, y que, según el indicador “Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas”, del Observatorio Español sobre Drogas, a lo largo de 1.998, se registraron, sobre 54.338 admisiones, un 0,3% de las mismas en las cuales la droga principal por la cual demandaban tratamiento eran derivados de la feniletilaminas (entre las cuales se encuentra el MDMA). Con referencia a los programas asistenciales para pacientes con dependencia del alcohol, en 1998 han sido atendidos un total de 28.348. Al igual que en años anteriores, los centros ambulatorios han sido los que han prestado asistencia a un mayor número de personas. No obstante, es necesario resaltar que, en ciertas Comunidades Autónomas, el modelo de atención a los problemas de alcoholismo parte del marco de la atención a la salud mental, no dependiendo en todos los casos de los Planes Autonómicos de Drogas y no estando incluidos dichos pacientes en la cifra mencionada.

- 2.2. En la actualidad, no existen en la Delegación del Gobierno para el PNSD estimaciones sobre el tiempo transcurrido entre el inicio de bebidas alcohólicas y el inicio del tratamiento. Ello es debido, entre otros motivos, a la gran diversidad de instituciones que participan en la realización de programas de tratamiento a las personas que padecen trastornos por dependencia del alcohol.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 2.1. Número de zonas de salud que integran, dentro del Sistema Nacional de Salud, en sus carteras de servicios, estrategias terapéuticas para abordar los problemas relacionados con el alcohol, el tabaco, las nuevas drogas y los nuevos patrones de consumo/Número total de zonas de salud (tanto del territorio INSALUD, como aquellas que pertenecen a CC.AA que tienen transferidas las competencias en esta materia).

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas y M° de Sanidad y Consumo. Subdirección Gral. de Relaciones Institucionales y Alta Inspección.

- 2.2. Tiempo transcurrido entre el inicio del abuso de bebidas alcohólicas y el inicio del tratamiento.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas. Sistema Nacional de Salud y dispositivos de atención a la salud mental.

Objetivo 3 Ofertar a los drogodependientes atención ambulatoria en centros específicos ubicados dentro del Área de Salud donde residen.

- 3.1. En el año 2003, el Sistema Nacional de Salud debe garantizar la plena asistencia ambulatoria especializada a los afectados por el problema de las drogodependencias en el ámbito de la Comunidad o Ciudad Autónoma y dentro del Área de Salud donde residen.

Situación actual

- 3.1. En la actualidad existen un total de 511 centros ambulatorios de atención especializada a los afectados por el problema de las drogodependencias. Estos centros presentes y distribuidos en el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas como a continuación se indica han atendido, en el 1998, a un total de 82.361 afectados.

| Comunidades Autónomas | C. Ambulatorios | |
|-----------------------|-----------------|----------|
| | N.º Centros | Usuarios |
| Andalucía | 100 | 14.932 |
| Aragón | 26 | 1665 |
| Asturias | 15 | 902 |
| Baleares | 16 | 2.125 |
| Canarias | 38 | 8.661 |
| Cantabria | 4 | 448 |
| Castilla-La Mancha | 9 | 1.160 |
| Castilla y León | 56 | 2.165 |
| Cataluña | 47 | 6.238 |
| Extremadura | 15 | 1.411 |
| Galicia | 37 | 12.286 |
| Madrid | 30 | 15.672 |

| Comunidades Autónomas | C. Ambulatorios | |
|-----------------------|-----------------|----------|
| | N.º Centros | Usuarios |
| Murcia | 11 | 2.528 |
| Navarra | 10 | 118 |
| País Vasco | 38 | 5.001 |
| La Rioja | 6 | 354 |
| Valencia | 50 | 6.121 |
| Ceuta | 1 | 352 |
| Melilla | 2 | 222 |
| Total | 511 | 82.361 |

Datos referidos a 31-12-1998

Indicador (Nueva aplicación)

3.1. Número de áreas de salud que atienden de modo ambulatorio y especializado a los drogodependientes que residen en ellas/Número total de áreas de salud.

Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas y M^o de Sanidad y Consumo. Subdirección Gral. de Relaciones Institucionales y Alta Inspección.

Objetivo 4 Mejorar la calidad asistencial objetiva y los resultados de los programas de tratamiento estableciendo mecanismos de evaluación.

4.1. En el año 2003, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas contarán con un sistema de evaluación de proceso que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento, posibilitándose de este modo la mejora de la calidad asistencial.

4.2. En el año 2008, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas contarán con un sistema de evaluación que permita medir los resultados de dichos programas.

4.3. En el año 2003, se habrá aprobado por la Conferencia Sectorial un sistema de indicadores de calidad que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento.

Situación actual

- 4.1. En la actualidad todas las Comunidades y Ciudades Autónomas disponen del sistema de evaluación que se realiza a través de los indicadores del Observatorio Español sobre Drogas. De estos indicadores, el más ampliamente implantado y desarrollado es: Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
- 4.2. En la actualidad no todas las Comunidades y Ciudades Autónomas cuentan con sistemas de evaluación de resultado, desconociéndose los indicadores indirectos y la metodología utilizada con dicho fin.
- 4.3. Al no existir en la actualidad un sistema de calidad que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento, se auspiciará en un futuro la aprobación por la Conferencia Sectorial de dicho sistema.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 4.1. Número de Comunidades y Ciudades Autónomas que cuentan con un sistema de evaluación de proceso/19 Comunidades y Ciudades Autónomas.
Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 4.2. Número de Comunidades y Ciudades Autónomas que cuentan con un sistema de evaluación de resultados de los programas que realizan/19 Comunidades y Ciudades Autónomas.
Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 4.3. Aprobación por la Conferencia Sectorial de un sistema de indicadores de calidad que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento.

Objetivo 5 Impulsar los programas de detección precoz e intervención temprana dirigidos a menores con problemas de consumo de drogas y a los hijos de adictos.

- 5.1. En el año 2003, existirá al menos un programa en cada provincia destinado a la detección precoz e intervención temprana de menores con problemas de drogodependencias.

- 5.2. En el año 2003, se habrán puesto en marcha programas específicos de prevención dirigidos a los hijos de drogodependientes.

Situación actual

- 5.1. En la actualidad, la Delegación del Gobierno para el PNSD no tiene la información necesaria como para conocer, con exactitud, el número de programas de estas características que se vienen realizando en el conjunto de las CC.AA.
- 5.2. Se desconocen los programas específicos de prevención dirigidos a los hijos de drogodependientes que se desarrollan en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas en la actualidad.

Indicadores

- 5.1. Número de provincias que cuentan con un programa de detección precoz e intervención temprana de menores con problemas de drogodependencias/ Número total de provincias.
Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 5.2. Número de programas específicos de prevención dirigidos a los hijos de drogodependientes.
Fuente: CC.AA. a través de los Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 6 La Administración del Estado, junto con las Comunidades y Ciudades Autónomas, garantizará la atención a las personas detenidas con problemas relacionados con el consumo de drogas.

- 6.1. En el año 2003, los Planes Autonómicos sobre Drogas dispondrán de, al menos, un programa de atención a drogodependientes en Juzgados y en Comisarías.
- 6.2. En el año 2008, los programas de atención a drogodependientes en Comisarías y Juzgados deberán abarcar a todas las ciudades españolas con más alta tasa de inseguridad.

Situación actual

- 6.1. Existen programas de atención al detenido drogodependiente en los Juzgados de las siguientes ciudades:
 Madrid: no cubre juzgados de la provincia.
 Barcelona: sólo cubre algunos juzgados de la provincia.
 Valencia, Málaga y Baleares: programa de atención al detenido en general.
 Existen programas en las Comisarías de las siguientes Comunidades Autónomas: Galicia, Extremadura y Murcia aunque con una metodología muy dispar.
- 6.2. Hay que tener en cuenta que las ciudades con los mayores porcentajes del delito sobre el total son: Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga y Las Palmas.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 6.1. Distribución anual territorial del delito.
 Número de programas de atención al detenido drogodependiente implementados en los Juzgados y Comisarías de estas ciudades.
 Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas

Objetivo 7 Extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias.

- 7.1. En el año 2003, la Administración del Estado, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá creado módulos terapéuticos dirigidos a población reclusa drogodependiente en el 100% de los centros polivalentes.
- 7.2. En el año 2003, la Administración del Estado, en colaboración con los Planes Autonómicos, habrá puesto en marcha al menos en 5 establecimientos penitenciarios programas de rehabilitación en régimen de comunidad terapéutica intrapenitenciaria.

Situación actual*

- 7.1. En 1998, de 71 CP, 13 disponían de módulos terapéuticos, es decir, el 18,3% de los CP disponían de módulos terapéuticos.
De 8 centros tipo, 4 disponían de módulos terapéuticos, es decir, el 50%.
De 11 centros penitenciarios polivalentes¹, 7 disponían de módulos terapéuticos, esto significa que el 63,6% de los centros polivalentes disponía de módulos terapéuticos.
- 7.2. En 1998, sólo un centro disponía de una comunidad terapéutica intrapenitenciaria². En 1998 la prevalencia día de usuarios en comunidad terapéutica fue de 30 reclusos.

Indicadores (Nueva aplicación)

- 7.1. Número de CP con módulos terapéuticos/número de CP.
Número de CP polivalentes con módulos terapéuticos/Número de CP polivalentes.
Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias / Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 7.2. Número de CP con comunidades terapéuticas implementadas/número de CP. Prevalencia día de usuarios en estos programas.
Fuente: D. G. de II.PP. / Planes Autonómicos sobre Drogas

Objetivo 8 Priorizar el ingreso de reclusos drogodependientes en programas formativo-laborales.

- 8.1. En el año 2003, se habrá incrementado en un 30% el ingreso de reclusos drogodependientes en programas formativo-laborales.

* No se incluyen los datos de los centros penitenciarios de Cataluña.

¹ Centros tipo son los construidos en la década de los 90 de acuerdo al Plan de Amortización y Creación de centros penitenciarios. No obstante, existen centros polivalentes cuya creación data de los años 80 y que cuentan con distintos departamentos o módulos a la vez que atienden a un volumen significativo de población. Hemos calculado que alrededor de 11 CP podrían reunir estas condiciones.

² Comunidad terapéutica en sentido estricto. En 1998 existían 13 módulos terapéuticos y 3 centros de día intrapenitenciarios.

- 8.2. Por parte de las Comunidades Autónomas se garantizará la oferta de recursos para la integración sociolaboral de los drogodependientes que, tras haber realizado un programa de rehabilitación en prisión, hayan visto suspendida la ejecución de su pena.

Situación actual*

- 8.1. Se estima que 4.240 reclusos accedieron a programas formativo-laborales durante 1998.
- 8.2. No se dispone de datos. (Indicador de nueva aplicación).

Indicadores (Nueva aplicación)

- 8.1. Número anual de reclusos drogodependientes que acceden a programas formativo laborales/ población reclusa drogodependiente.

Fuente: D. G. de II.PP.

- 8.2. Número de sujetos con suspensión de condena y rehabilitados que acceden a recursos sociolaborales por CC.AA.

Fuente: D. G. de II.PP. y Planes Autonómicos sobre Drogas.

Número y tipo de recursos ofertados por las CC.AA. para la integración sociolaboral de drogodependientes rehabilitados con suspensión de condena.

Fuente: D.G. II.PP./Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 9 Garantizar la existencia y el desarrollo de los Grupos de Atención a Drogodependientes (GAD) en los centros penitenciarios.

- 9.1. En el año 2003, el 100% de los centros penitenciarios deberán contar con GAD suficientemente dotados.
- 9.2. En el año 2003, la totalidad de los centros penitenciarios contarán con el apoyo y la participación de profesionales no penitenciarios en los GAD.

* En los datos apuntados no están incluidos los centros penitenciarios de Cataluña.

- 9.3. En el año 2003, al menos el 30% de los profesionales de los GAD habrá recibido oferta formativa especializada en materia de drogodependencias.

Situación actual*

- 9.1. En 1998 estaban constituidos los GAD en todos los CP, no obstante en un porcentaje significativo no están funcionando.
- 9.2. En 1998, en 44 CP participaban profesionales extrapenitenciarios en los GAD. Es decir, en el 62% de los CP participaban profesionales extrapenitenciarios en los GAD.
- 9.3. No se dispone de datos.

Indicadores

- 9.1. Número de CP en los que están funcionando los GAD/Número de CP.
Fuente: D.G. II.PP./Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 9.2. Número de GAD con personal extrapenitenciario/Número de CP con GAD.
Fuente: D.G. II.PP./Planes Autonómicos sobre Drogas.
- 9.3. Número de profesionales de los GAD que han recibido oferta formativa especializada en drogodependencias/ Número de profesionales que componen los GAD. (Se trata de un indicador de nueva aplicación).
Fuente: D.G. II.PP./Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 10 Desarrollar los programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres.

- 10.1. En el año 2003 existirá en cada Comunidad y Ciudad Autónoma con módulos penitenciarios de mujeres, al menos un programa penitenciario específicamente dirigido y adaptado a las mujeres drogodependientes.

* No están incluidos los datos de los centros penitenciarios de Cataluña.

Situación actual*

10.1. En ningún centro penitenciario de mujeres (en total existen 3 centros) existe un módulo terapéutico de drogodependencias. Asimismo, 11 módulos terapéuticos están ubicados en centros penitenciarios que albergan a un número mayor de 15 internas, es decir, en el 28,9% de los CP con un número mayor de 15 internas se dispone de módulos terapéuticos, lo cual no quiere decir que las internas tengan acceso a estos módulos.

Actualmente, distintos estudios e informes ponen en evidencia la necesidad de incrementar el tratamiento de las drogodependencias en las mujeres reclusas. Asimismo, en un estudio reciente se pone de manifiesto que: el 38,2% de la muestra de reclusas estudiada declaró haber sido golpeada y el 16,5% declaró haber sufrido abusos sexuales alguna vez en su vida; sin embargo no existe ningún programa dirigido a mujeres maltratas reclusas. Además, sólo el 39% de las mujeres reclusas había recibido información sobre anticonceptivos. Fuente: Análisis de la eficacia y adecuación de la política penitenciaria a las necesidades y demandas de las mujeres, 1997-1998. Instituto de la Mujer. N=356 reclusas de 18 CP.

Indicadores (De nueva aplicación)

10.1. Número de módulos terapéuticos en C.P. con un número mayor de 15 internas/Número de CP con un número mayor de 15 internas. Prevalencia día de reclusas admitidas a tratamiento/prevalencia día población penitenciaria femenina. Número de programas de drogodependencias implementados en CP que abarquen actuaciones dirigidas a la mujer sobre planificación familiar, sexo seguro, abusos sexuales y malos tratos. Fuente: D.G. II.PP./Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 11 Promover, por parte de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes o agrupaciones de Municipios legalmente establecidos, programas para la integración social de los drogodependientes en función de sus necesidades y recursos.

* No están incluidos los datos de los centros penitenciarios de Cataluña.

- 11.1. En el año 2003, al menos el 25% de estos Ayuntamientos deberán poner en funcionamiento iniciativas de integración social adecuada a las necesidades de su población de afectados.

Situación actual

- 11.1. No se dispone de datos.

Indicadores

- 11.1. Número de Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes con programas de integración social en el 2003/Número Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas/Federación Española de Municipios y Provincias.

Objetivo 12 Fomentar la coordinación y el trabajo conjunto con las redes de salud y servicios sociales con objeto de establecer programas individualizados que utilicen todos los recursos disponibles en el ámbito autonómico y local.

- 12.1. En el año 2003, el sistema de asistencia e integración social del drogo-dependiente de las Comunidades y Ciudades Autónomas contará con mecanismos de coordinación que permitan articular la relación funcional entre las redes de servicios sociales y los recursos disponibles en el ámbito autonómico y local.

Situación actual

- 12.1. No se dispone de datos.

Indicadores

- 12.1. Número de plataformas de coordinación en 19 Comunidades y Ciudades Autónomas.

Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas.

Objetivo 13 Disponer, por parte de los Planes Autonómicos y Locales sobre Drogas, de programas de formación y empleo tanto normalizados como específicos.

- 13.1. En el año 2003, el 100% de los Planes Autonómicos y el 25% de los Planes Municipales sobre Drogas de los municipios de más de 20.000 habitantes dispondrán de programas de formación y empleo normalizados o específicos para drogodependientes incluidos en programas de tratamiento.
- 13.2. En el año 2003, los Planes Autonómicos y Locales que dispongan de programas de formación profesional y empleo normalizados o específicos para drogodependientes en programas de tratamiento, incrementarán en un 20% el número de beneficiarios.

Situación actual

Según datos de la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1998, todas las Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla desarrollan programas de formación profesional y empleo para drogodependientes. En 1998 el número de usuarios de estos programas fue de 14.191. Sin embargo, no se dispone de datos correspondientes a los municipios.

Indicadores

- 13.1. Número de Planes Autonómicos y Planes Municipales de Municipios de más de 20.000 habitantes que dispongan de programas de formación y empleo para drogodependientes.
- 13.2. Número de Planes Autonómicos y Municipales de Municipios de más de 20.000 habitantes.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas/Federación Española de Municipios y Provincias.
- 13.3. Número de drogodependientes en programas de formación y empleo en el año 2003/Número de drogodependientes en programas de drogodependencias.
Número de drogodependientes en programas de formación y empleo/Número de drogodependientes en tratamiento.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas/Federación Española de Municipios y Provincias.

Objetivo 14 Mantener e intensificar la colaboración con las Agencias Públicas de Empleo, en orden a facilitar la incorporación de drogodependientes en tratamiento a los programas de formación ocupacional.

- 14.1. En el año 2003, habrá aumentado, dentro de los acuerdos de colaboración con las Agencias Públicas de Empleo, al menos en un 50%, la incorporación de drogodependientes en tratamiento a los programas de formación profesional.
- 14.2. En el año 2003, se habrán incrementado en un 50% los programas de talleres de formación laboral para drogodependientes en tratamiento.

Situación actual

- 14.1. De acuerdo con la información proporcionada por las Comunidades Autónomas para la Memoria de 1998, el número de alumnos de formación ocupacional y profesional fue de 7.891.
- 14.2. El número de Escuelas Taller y Casas de Oficio aprobadas en el marco del Acuerdo Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas-INEM hasta mayo 1999, fecha de finalización del acuerdo, ha sido de 20.

Indicadores

- 14.1. Número de drogodependientes en programas de formación profesional.
Número de drogodependientes en programas de tratamiento.
Número de drogodependientes en programas de formación/Número de drogodependientes en tratamiento.
Fuente: Planes Autonómicos sobre Drogas/INEM/Administraciones Autonómicas de Empleo.
- 14.2. Número de talleres de formación laboral para drogodependientes en tratamiento.