



BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

SECCION CORTES GENERALES

IX LEGISLATURA

Serie A:
ACTIVIDADES PARLAMENTARIAS

31 de mayo de 2011

Núm. 432

Otros textos

COMISIONES MIXTAS, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

154/000007 (CD) Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia.
573/000003 (S) Claves para el Futuro. *Informe de la Ponencia.*

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto al asunto de referencia.

Ponencias y Subcomisiones de estudio constituidas en el seno de las Comisiones Mixtas.

Autor: Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas.

Remisión del Informe aprobado por la Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro, constituida en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas.

Acuerdo:

Trasladar al Congreso de los Diputados y publicar en el Boletín Oficial de las Cortes Generales (Sección Cortes Generales).

En consecuencia, se ordena la publicación en la Sección Cortes Generales del BOCG, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo de las Mesas del Congreso de los Diputados y del Senado de 19 de diciembre de 1996.

Palacio del Senado, 24 de mayo de 2011.—P. D. El Letrado Mayor del Senado, **Manuel Caveró Gómez.**

La Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro, constituida en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Pro-

blema de las Drogas, e integrada por los Excmos. Sres. y Sras: Jesús Ramón Aguirre Muñoz (GPP), Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (GPCIU), Ramón Alturo Lloan (GPCIU), Maite Arqué i Ferrer (GPECP), Nuria Buenaventura Puig (GER-IU-ICV), María Burgués Bargués (GPECP), María Mar Caballero Martínez (GPMx), José Alberto Cabañes Andrés (GS), Francesc Canet Coma (GER-IU-ICV), María Teresa Cobaleda Hernández (GPP), Alberto Fidalgo Francisco (GS), María Isabel Flores Fernández (GPS), María Gloria Gómez Santamaría (GS), Miren Lore Leanizbarrutia de Bizkarralegorra (GPSN), Cristina Mastre Martín de Almagro (GPS), Coloma Francisca Mendiola Olarte (GPP), Dolors Montserrat Montserrat (GP), Ángel Pintado Barbanoj (GP), Vicenta Tortosa Urrea (GS) y Elvira Velasco Morillo (GPP), ha acordado aprobar el siguiente Informe y elevarlo a la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas.

Palacio del Senado, 10 de mayo de 2011.—**Jesús Ramón Aguirre Muñoz, Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols, Ramón Alturo Lloan, Maite Arqué i Ferrer, Nuria Buenaventura Puig, María Burgués Bargués, María Mar Caballero Martínez, José Alberto Cabañes Andrés, Francesc Canet Coma, María Teresa Cobaleda Hernández, Alberto Fidalgo Francisco, María Isabel Flores Fernández, María Gloria Gómez Santamaría, Miren Lore Leanizbarrutia de Bizkarralegorra, Cristina Maestre Martín de Almagro, Coloma Francisca Mendiola Olarte, Dolors Montserrat Montserrat, Ángel Pintado Barbanoj, Vicenta Tortosa Urrea y Elvira Velasco Morillo.**

INFORME DE LA PONENCIA DE ESTUDIO SOBRE SISTEMAS DE TRATAMIENTO Y ATENCIÓN EN DROGODEPENDENCIA. CLAVES PARA EL FUTURO

I. INTRODUCCIÓN

La Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro, fue creada en el seno de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, en su sesión celebrada el día 18 de diciembre de 2008, a propuesta del Grupo Parlamentario Socialista.

La Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas designó como miembros de la Ponencia a los siguientes Diputados y Senadores:

Excmos. Sres./Sras.:

- D. JESÚS RAMÓN AGUIRRE MUÑOZ (Senador) (GPP)
- D.^a ROSA NURIA ALEIXANDRE I CERAROLS (Senadora) (GPCIU)
- D. RAMÓN ALTURO LLOAN (Senador) (GPCIU)
- D.^a MAITE ARQUÉ I FERRER (Senadora) (GPECP)
- D.^a MARÍA BURGÚES BARGUÉS (Senadora) (GPECP)
- D.^a MARÍA MAR CABALLERO MARTÍNEZ (Senadora) (GPMx)
- D. JOSÉ ALBERTO CABAÑES ANDRÉS (Diputado) (GS)
- D. HERICK MANUEL CAMPOS ARTESEROS ¹ (Diputado) (GS)
- D. FRANCESC CANET COMA (Diputado) (GER-IU-ICV)
- D.^a MARÍA TERESA COBALEDA HERNÁNDEZ (Senadora) (GPP)
- D. ALBERTO FIDALGO FRANCISCO (Diputado) (GS)
- D.^a MARÍA ISABEL FLORES FERNÁNDEZ (Senadora) (GPS)
- D.^a MARÍA GLORIA GÓMEZ SANTAMARÍA (Diputada) (GS)
- D. JOAN HERRERA TORRES ² (Diputado) (GER-IU-ICV)
- D.^a MIREN LORE LEANIZBARRUTIA DE BIZKARRALEGORRA (Senadora) (GPSNV) ³
- D.^a CRISTINA MAESTRE MARTÍN DE ALMAGRO (Senadora) (GPS)
- D.^a COLOMA FRANCISCA MENDIOLA OLARTE (Senadora) (GPP)
- D.^a DOLORS MONTSERRAT MONTSERRAT (Diputada) (GP)
- D. ÁNGEL PINTADO BARBANOJ (Diputado) (GP)
- D.^a ELVIRA VELASCO MORILLO (Senadora) (GPP)

Sus reuniones fueron presididas por la Presidenta de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, Excm. Sra. D.^a MARÍA DEL CARMEN GRANADO PANIAGUA.

Estuvo asistida por el Letrado de las Cortes Generales D. Pablo García Mexía y por el Secretario de la Comisión D. Juan Carlos Carrasco Abad.

La Ponencia celebró un total de 13 reuniones, en las que tomaron la palabra los siguientes Diputados y Senadores:

- Reunión del día 29 de abril de 2009

Sres./Sras.:

- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D. José Alberto Cabañes Andrés (Diputado GS)
- D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
- D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)

¹ D. HERICK MANUEL CAMPOS ARTESEROS (Diputado) (GS) causó baja el día 13 de mayo de 2010, siendo sustituido por D.^a VICENTA TORTOSA URREA (Diputada) (GS).

² D. JOAN HERRERA TORRES (Diputado) (GER-IU-ICV) causó baja el día 28 de octubre de 2010, siendo sustituido por D.^a NURIA BUENAVENTURA PUIG (Diputada) (GER-IU-ICV).

³ Con fecha 9 de junio de 2009, el Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas Vascos (GPSNV) pasó a denominarse Grupo Parlamentario de Senadores Nacionalistas (GPSN).

- Reunión del día 25 de mayo de 2009

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D. José Alberto Cabañes Andrés (Diputado GS)
- D. Alberto Fidalgo Francisco (Diputado GS)
- D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
- D. Ángel Pintado Barbanoj (Diputado GP)

- Reunión del día 22 de junio de 2009

Sres./Sras.:

- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
- D. Ferrán Bono Ara (Diputado GS)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
- D.^a María Mercedes Colello Fernández-Trujillo (Diputada GS)
- D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
- D.^a Dolors Montserrat Montserrat (Diputada GP)

- Reunión del día 24 de septiembre de 2009

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D. Alberto Fidalgo Francisco (Diputado GS)
- D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)

- Reunión del día 19 de noviembre de 2009

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D. Juan Bautista Cardona Prades (Senador GPS)
- D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
- D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)
- D.^a Pilar Grande Pesquero (Diputada GS)

- Reunión del día 8 de marzo de 2010

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
- D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
- D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)

- Reunión del día 22 de marzo de 2010

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)

D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
D.^a Vicenta Tortosa Urrea (Diputada GS)

- Reunión del día 17 de marzo de 2010

Sres./Sras.:

D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
D.^a Josefa Mena Martín (Senadora GPS)
D. Ángel Pintado Barbanoj (Diputado GP)
D.^a Vicenta Tortosa Urrea (Diputada GS)

- Reunión del día 12 de abril de 2010

Sres./Sras.:

D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)

- Reunión del día 14 de junio de 2010

Sres./Sras.:

D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
D.^a Ana María Fuentes Pacheco (Diputada GS)
D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)
D.^a Fátima Ramírez Cerrato (Senadora GPS)

- Reunión del día 16 de febrero de 2011

Sres./Sras.:

D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
D. José Alberto Cabañes Andrés (Diputado GS)
D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)
D. Ángel Pintado Barbanoj (Diputado GP)
D.^a Vicenta Tortosa Urrea (Diputada GS)

- Reunión del día 24 de febrero de 2011

Sres./Sras.:

D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
D.^a Maite Arqué i Ferrer (Senadora GPECP)
D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx)
D. José Alberto Cabañes Andrés (Diputado GS)
D.^a María Teresa Cobaleda Hernández (Senadora GPP)
D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)
D. Ángel Pintado Barbanoj (Diputado GP)
D.^a Vicenta Tortosa Urrea (Diputada GS)

- Reunión del día 10 de mayo de 2011

Sres./Sras.:

- D. Jesús Ramón Aguirre Muñoz (Senador GPP)
- D.^a Rosa Nuria Aleixandre i Cerarols (Senadora GPCIU)
- D. José Alberto Cabañes Andrés (Diputado GS)
- D.^a María Isabel Flores Fernández (Senadora GPS)
- D.^a María Gloria Gómez Santamaría (Diputada GS)
- D. Ángel Pintado Barbanoj (Diputado GP)
- D.^a Vicenta Tortosa Urrea (Diputada GS)
- D.^a María del Mar Caballero Martínez (Senadora GPMx) (excusa su asistencia)

Los comparecientes propuestos por los distintos grupos parlamentarios fueron los siguientes, listados por orden de su correspondiente intervención ante la Ponencia:

D. Exuperio Díez Tejedor, médico especialista en neurología, Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM).

D. Manuel Molina Muñoz, Director General de Ordenación e Inspección de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

D. Jordi Royo Isach, psicólogo de la Diputación Provincial de Barcelona y Coordinador del Plan de Drogas del Ayuntamiento de Badalona (Barcelona)⁴.

D. Manuel Sanchís Fortea, médico especialista en psiquiatría, Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria de Alcoholismo y Drogodependencias del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera (Valencia).

D.^a Almudena Pérez Hernando, Directora Gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

D. Francesc Hernández Torres, Jefe del Servicio de Acción Social del Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona y Director del Servicio de Drogas SPOTT.

D. Bartolomé Cañuelo Higuera, médico, Director Provincial y Jefe del Servicio de Drogodependencias de Cruz Roja Española, en Córdoba.

D. Juan Coullaut-Varela Jáuregui, Vicepresidente de la Fundación Horizontes Abiertos.

D. Gabriel Rubio Valladolid, Jefe Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Doce de Octubre de Madrid.

D. Fermín Castiella Lafuente, Director del Plan Foral de Drogodependencias de la Diputación Foral de Navarra.

D. Francisco Ferré Navarrete, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

D.^a Marta Torrens Melich, médico psiquiatra, Jefa de la Sección de Toxicomanías del Hospital del Mar de Barcelona y miembro de la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).

D. Jesús Domínguez Iglesias, educador social y técnico del Plan Foral de Drogodependencias de la Diputación Foral de Navarra.

D.^a Carmen Palau Muñoz, psicóloga clínica, especialista en drogodependencias de la Unidad de Conductas Adictivas de Paterna (Valencia), de la Agencia Valenciana de Salud.

D. Santiago Rodríguez Gil, Director General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria.

D. Antoni Arteman Jané, médico Gerente de la Fundación Galatea, participante en el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME).

D. José Ignacio Calderón Balanzategui, Director General de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD).

D. Sebastián Mora Rosado, Secretario General de Cáritas Española.

D. Antoni Gual Solé, médico psiquiatra, Jefe de la Unidad de Alcoholismo del Instituto de Neumociencias del Hospital Clínic de Barcelona.

D. Víctor Pedreira Crespo, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra.

D. Íñigo Calonge Unceta, Presidente de la Asociación de Narcóticos Anónimos (NA) en España.

D. Néstor Szerman Bolotner, médico especialista en psiquiatría del Hospital Virgen de la Torre, de Madrid, y Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

D. Miquel Casas i Brugué, Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona.

D.^a Helena Insúa Oliveira, trabajadora social de la Asociación Ferrolana de Drogodependencias (ASFEDRO).

D. Julio Bobes García, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo (Asturias) y Presidente de SOCIDROGALCOHOL.

⁴ Este compareciente vino acompañado de D.^a Montserrat Magrané, Directora de Amalgama 7, quien asimismo formuló opiniones ante la Ponencia, y que en consecuencia se reflejan en lo que procede en este Informe.

D. Rafael Maldonado López, Catedrático de Farmacología del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) de Barcelona.

D. Bartolomé de la Fuente Darder, médico de la Unidad de Drogodependencias y Adicciones del Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba y Vocal de la Asociación de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones (APRODA).

Este Informe recoge las reflexiones de la Ponencia a la luz de las completas e interesantes aportaciones de los expertos citados, conforme a la siguiente sistemática: el Capítulo (II) expondrá una serie de consideraciones generales a propósito del problema de la droga; el Capítulo III se dedica a la evolución histórica del consumo de drogas y de las medidas destinadas a combatirlo en España; el Capítulo IV, a la situación de las más importantes sustancias estupefacientes en nuestro país; el Capítulo V expone algunos modelos de prevención y lucha contra las drogas en España; en el Capítulo VI se sintetiza, en forma de decálogo, las propuestas de los comparecientes en materia de prevención y lucha contra la droga; mientras que el Capítulo VII comprende las conclusiones que la Ponencia extrae de los trabajos realizados, así como las concretas recomendaciones de acción política al respecto.

II. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA DROGA

*«No es drogodependiente el que quiere,
sino aquél al que le toca serlo.»
(Miquel Casas i Brugué)*

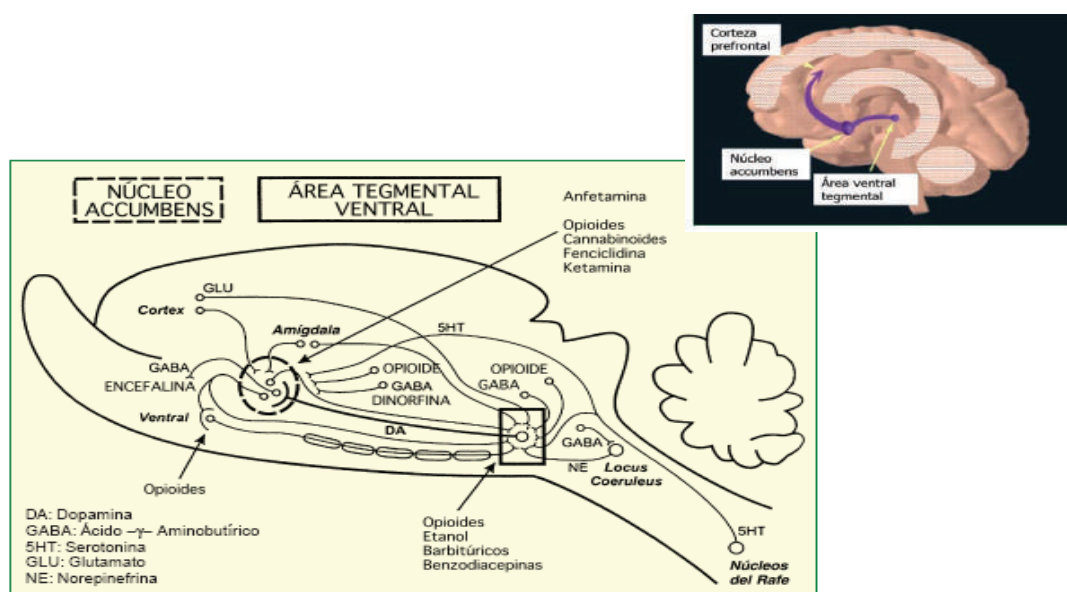
Las consideraciones de carácter general que los comparecientes formularon ante los miembros de la Ponencia estuvieron marcadas por la clara incidencia en cuatro aspectos fundamentales, a los que se añade un quinto (la recuperación de los pacientes), que por otro lado se reveló de particular importancia para los miembros de la Ponencia: todos ellos son los que precisamente rotulan los distintos apartados de este Capítulo.

II.1 La drogadicción como enfermedad

Tanto por su generalización en la práctica totalidad de los comparecientes, como por la gran relevancia que éstos le concedían, esta idea fue probablemente la de mayor calado expuesta a lo largo de las reuniones de trabajo.

Baste al respecto citar las palabras de Calderón Balanzategui, quien subrayó que «a pesar del estigma de la heroína, que pervive en la percepción social, la drogadicción es una enfermedad» (en similar sentido opinó Bobes García). «Una enfermedad como cualquier otra», anotaron con contundencia Casas i Brugué y Maldonado López. Y en la misma línea se manifestaron comparecientes como Gual i Solé, Coullaut-Varela Jáuregui, Cañuelo Higuera, Castiella Lafuente y Pedreira Crespo⁵; o como Díez Tejedor, que respaldó esta tesis con una clara explicación de los mecanismos cerebrales implicados en la adicción, que ilustró con la figura siguiente:

Mecanismos cerebrales implicados en la adicción

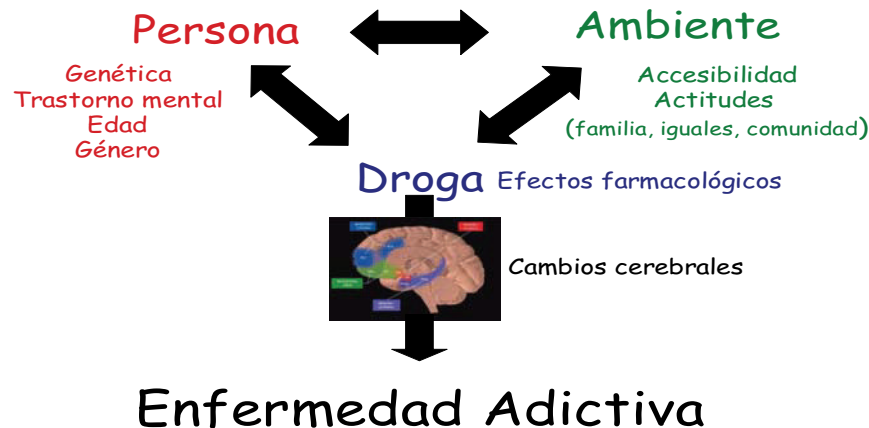


Fuente: Exuperio Díez Tejedor.

⁵ «La neurociencia muestra daños cerebrales inmensos» (Coullaut-Varela Jáuregui).

Rodríguez Gil recalcó sin embargo que, a la vez que enfermos, estas personas son pacientes, a fin de dar un mayor relieve a sus necesidades de tratamiento. No en vano, según afirmó Bobes García, la adicción a las drogas genera asimismo un alto nivel discapacitante, concretamente el segundo en los rankings estadísticos, solo por detrás de la depresión, siendo igualmente muy alto el porcentaje de pacientes que no reciben tratamiento.

Torrens Melich, por su parte, contribuyó al rigor científico al definir la drogadicción como «una enfermedad en circuitos muy determinantes del sistema nervioso central, con tendencia a la cronicidad y a la recaída» (semejantemente se manifestó Palau Muñoz); en tanto que Maldonado López o de la Fuente Darder resaltaron su naturaleza de enfermedad mental. Todo ello queda gráficamente expuesto en la siguiente figura:



La adicción es una enfermedad del SNC con tendencia a la cronicidad y recidiva

Fuente: Marta Torrens Melich

II.2 En especial, el factor de predisposición somática

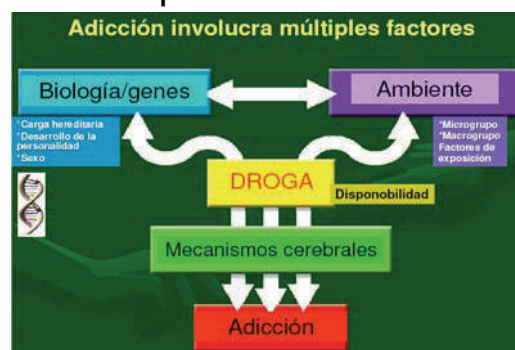
La predisposición somática, como factor especialmente desencadenante de esta enfermedad, constituyó la base de la aportación a la Ponencia de Casas i Brugué. También De la Fuente Darder consideró esencial dicho factor, explicándolo con la siguiente figura:

- **La vulnerabilidad para el desarrollo de una adicción** está influenciada por diversos factores

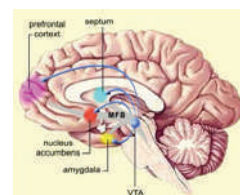
✓ **genéticos**

y

✓ **ambientales**



- Ambos factores se entrelazan entre sí y se suman a los efectos propios de las **drogas de abuso**, potenciándose mutuamente.



Fuente: Bartolomé de la Fuente Darder.

Casas i Brugué indicó a este respecto que «el individuo organiza su vida alrededor de esta enfermedad, aunque sabe que puede quedar destruido». Lo cual, siempre para este experto, «resulta incomprensible», afirmación que respaldó con referencias médicas clásicas, como las de pacientes que antaño lamían paredes encaladas o rejas oxidadas, debido a carencias somáticas de determinadas sustancias, así como los famosos «antojos» del embarazo⁶. En línea semejante se manifestó Palau Muñoz.

Insistió Casas i Brugué en que existe un componente esencial de vulnerabilidad individual: «No es drogodependiente el que quiere, sino aquél al que le toca serlo»; de ahí que «a las drogas haya que buscarles algo detrás, pues la sustancia no es la mala», existiendo toda una serie de factores que predisponen a la drogodependencia, entre los que descuellan los trastornos psíquicos previos (ver tabla inferior).

DROGODEPENDENCIAS

	Predis- ponentes	Causales	Mante- nedores	Recaída
F. Sociales	+++	—	++++	+++
F. Familiares	++	—	++	++
F. Personales	+++++	+++++	+++++	+++++

Fuente: Miquel Casas i Brugué

Dichos trastornos psíquicos están motivados por la desregulación de uno o varios mecanismos de transmisión del sistema nervioso central, en concreto del sistema opioide. Todo ello explica el 90% de las toxicomanías (ver figura inferior).

S. DOPAMINÉRGICO

Cuerpo estriado:

- *N. accumbens*
- *N. caudado*
- *Putamen*

Mesencéfalo:

- *Area tegmental anteroventral*
- *Sustancia negra*

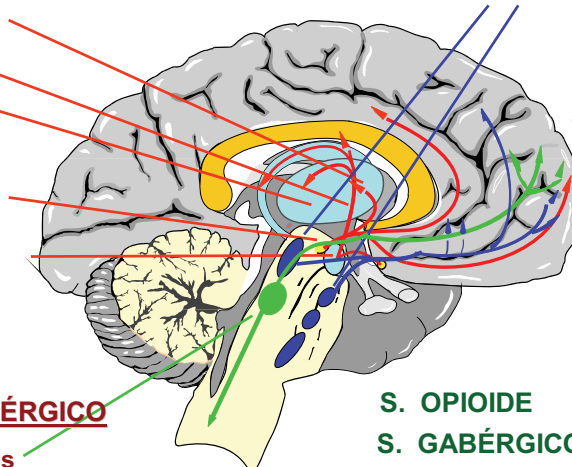
S. NORADRENÉRGICO

Locus coeruleus

S. SEROTONÉRGICO

Nucleos del rafe

Córtex frontal



S. OPIOIDE

S. GABÉRGICO

S. GLUTAMATÉRGICO

S. ENDOCANNÁBICO

Fuente: Miquel Casas i Brugué

⁶ Casas i Brugué reforzó su argumentación con cita de la obra del Dr. Edward J. Khantzian, et al., *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*, The Guilford Press, Nueva York, 1990.

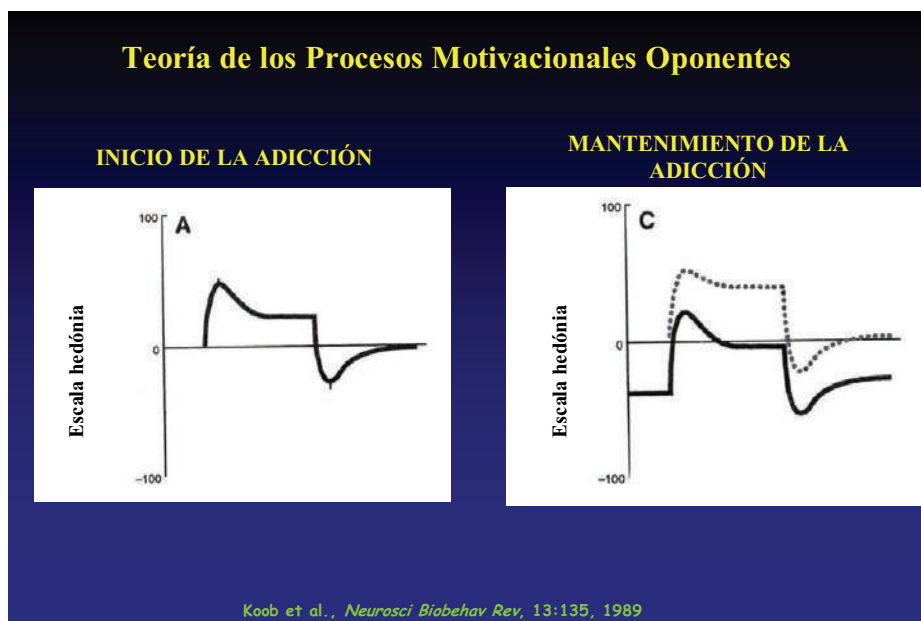
Sobre esta base, por cierto, Casas i Brugué construyó las que denomina hipótesis de automedicación o hipótesis etiopatogénicas: conforme a las mismas, el drogodependiente recurre a la sustancia estupefaciente a la que es adicto porque ésta es justamente la que le permite recuperar el equilibrio cerebral perdido a raíz de los citados trastornos cerebrales. Al hacerlo, el drogodependiente estaría en cierto modo «automedicándose», es decir, administrándose a sí mismo la sustancia que alivia su malestar (ver figura inferior). Esta hipótesis constituye el fundamento científico que llevó a este experto a proponer a la Ponencia la legalización controlada de ciertas sustancias, como más adelante se comprobará.

HIPOTESIS ETIOPATOGENICAS



Fuente: Miquel Casas i Brugué

Maldonado López abundó en esta información, relacionándola con datos relativos a los sistemas cerebrales mesolímbico y límbico (este último en íntima conexión bidireccional con el cortex frontal); y con la necesidad de que exista un equilibrio entre la actividad cerebral de recompensa y la de castigo, articulada a través de tales sistemas. La drogadicción altera este equilibrio, alteración que el propio Maldonado López explicó a través de la denominada «teoría de los procesos motivacionales oponentes», conforme a la cual las escalas hedónicas o de placer del sujeto adicto experimentan variaciones muy notables entre las etapas iniciales de la adicción y las posteriores o de mantenimiento: dicho placer es mucho más intenso al comienzo que en fases posteriores de la adicción, en tanto que la consiguiente reacción depresiva es por el contrario mucho más intensa en fases posteriores que al iniciarse la adicción (ver el gráfico siguiente).



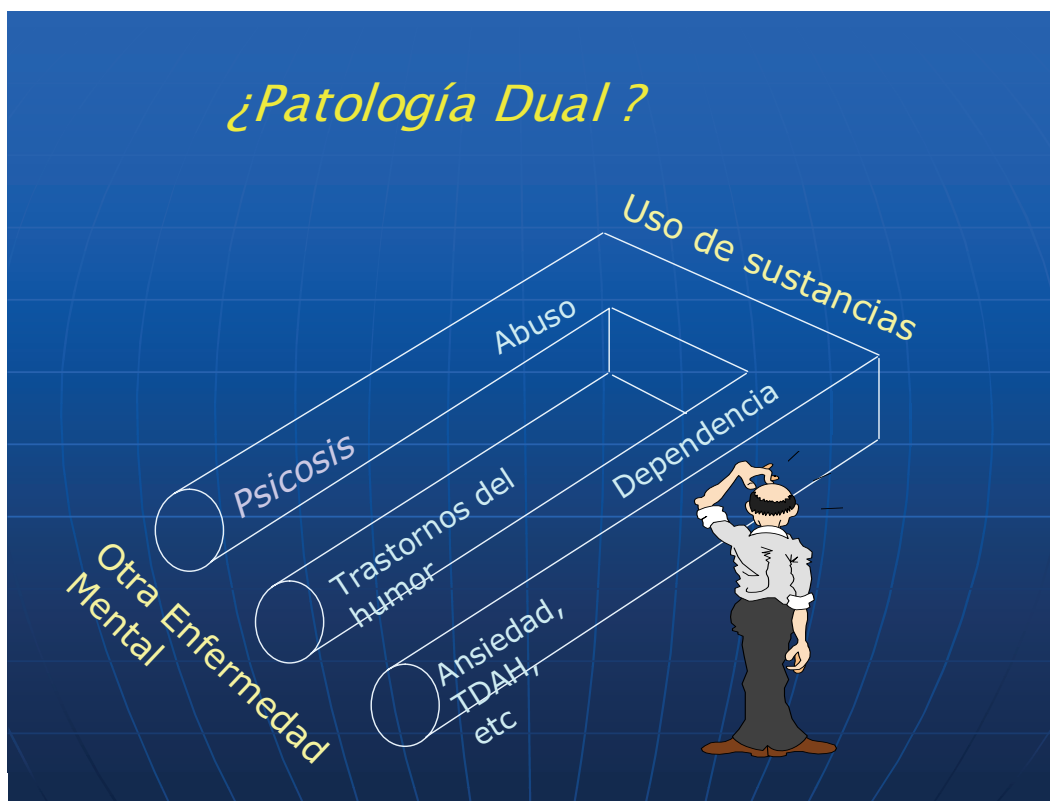
Koob et al., *Neurosci Biobehav Rev*, 13:135, 1989

Fuente: Rafael Maldonado López

Todo ello, como recalcó Maldonado López, demuestra «cambios morfológicos elementales en los cerebros adictos».

II.3 El problema de la llamada «patología dual»

La tercera cuestión introductoria de calado, asimismo resaltada por diversos ponentes, es la creciente incidencia de la llamada patología dual: como resaltó Ferré Navarrete, «la patología dual aquejará al 75% de los pacientes mentales en el año 2025». Mientras que Szerman Bolotner, muy centrado en este problema, apuntó que entre el 60 y el 70% de los adictos a las drogas sufren ya hoy de patología dual (ver figura inferior).



Fuente: Néstor Szerman Bolotner

La causa principal parece residir en la creciente y fundamental incidencia de la cocaína en el consumo español (Torrens Melich)⁷. No obstante, y en general, como señaló Díez Tejedor, «las drogas generan múltiples complicaciones patológicas, tanto infecciosas como no infecciosas: de hecho, las drogadicciones son verdaderos tratados de patología médica».

II.4 Consumo y adicción. La adicción «sin sustancias»

Finalmente, como indicaron Calderón Balanzategui y Cañuelo Higuera, es crucial diferenciar entre los conceptos de «consumo» de drogas y de «adicción» a las drogas. En palabras de Molina Muñoz, «la adicción dura toda la vida» y, como precisó Torrens Melich, implica una «pérdida de control de la conducta»: el consumo, por el contrario, es más o menos habitual, pero en todo caso circunstancial, pudiendo o no acompañar al sujeto que lo practica a lo largo de su vida⁸.

Calderón Balanzategui recalcó la importancia de la distinción, pues recordó que equiparar consumo y adicción «puede llevar a un mayor consumo», al trasladar al consumidor mensajes de riesgo que sólo rigen respecto del ya adicto, y constarle al consumidor que el riesgo no siempre se materializa en daño⁹.

⁷ Cuando la prevalencia era de la heroína, las principales complicaciones, en lugar de psíquicas, eran físicas, en forma de enfermedades infecciosas (Torrens Melich).

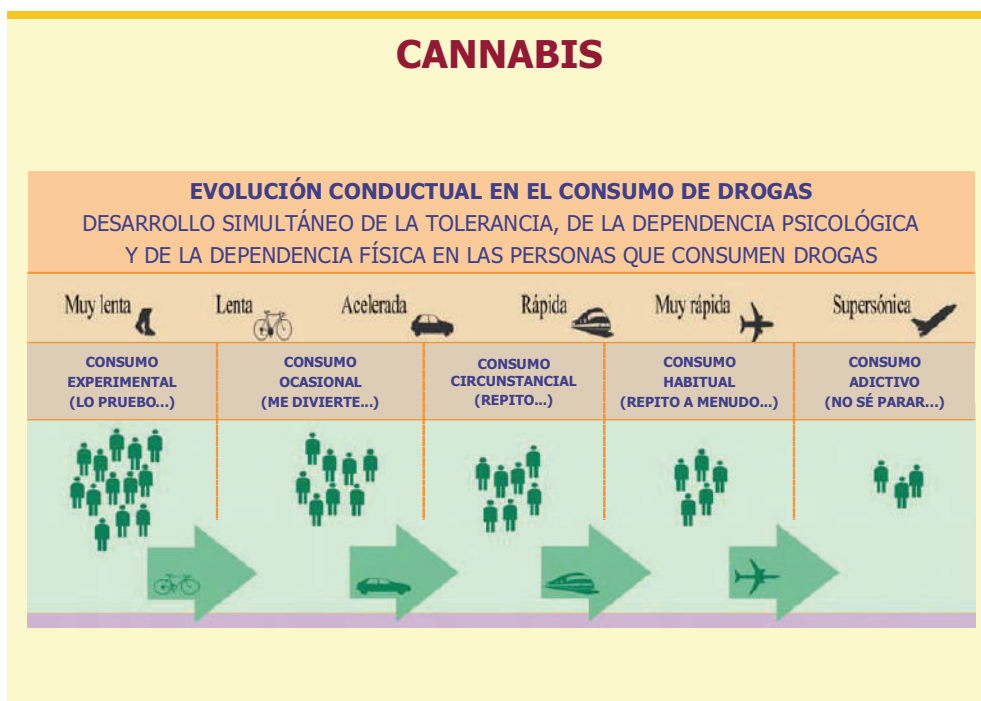
⁸ Por eso Szerman Bolotner aludió al carácter de «enfermedad cerebral» de la adicción, y reseñó asimismo que, a mayor adicción, mayor riesgo de patología dual.

⁹ Así, para Calderón Balanzategui, es fundamental conocer riesgos y beneficios, así como su equilibrio recíproco; pues el riesgo del consumo no se produce siempre, mientras que el beneficio de no consumir, sí. Un frecuente error consiste en este contexto en olvidar que el riesgo no se controla si se materializa.

Especialmente útiles se revelaron en este sentido las pautas de consumo expuestas por Royo Isach, en la siguiente figura ¹⁰:

Sistemas de tratamiento y atención en drogodependencias • Jordi Royo Isach

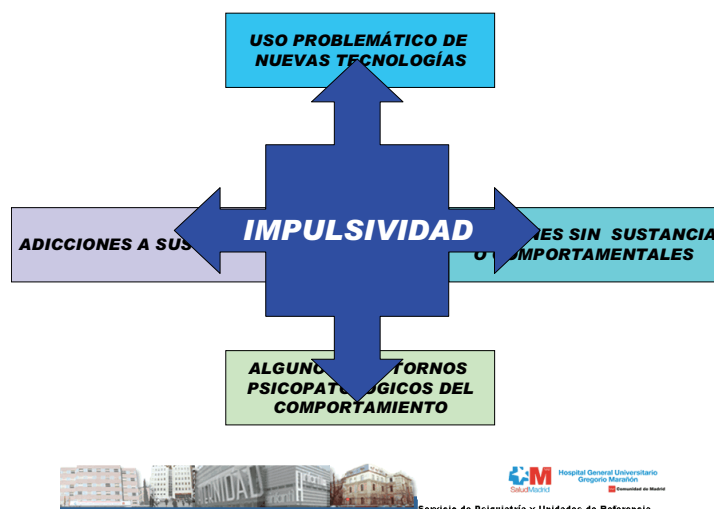
Senado, 29 abril 2009



Fuente: Jordi Royo Isach

El consumidor adictivo podría para el propio Royo Isach cuantificarse en torno al 30% del consumidor experimental. Calderón Balanzategui, por su parte, cifró el número de consumidores adictivos entre el 12 y 15% del total de consumidores ¹¹.

Existen por otra parte adicciones sin sustancia, como al juego, al sexo o a Internet (Ferré Navarrete). Conforme a lo expuesto por este mismo experto, y lo sean con sustancia o sin ella, la impulsividad es el rasgo común a todas las adicciones (véase al respecto la figura siguiente):



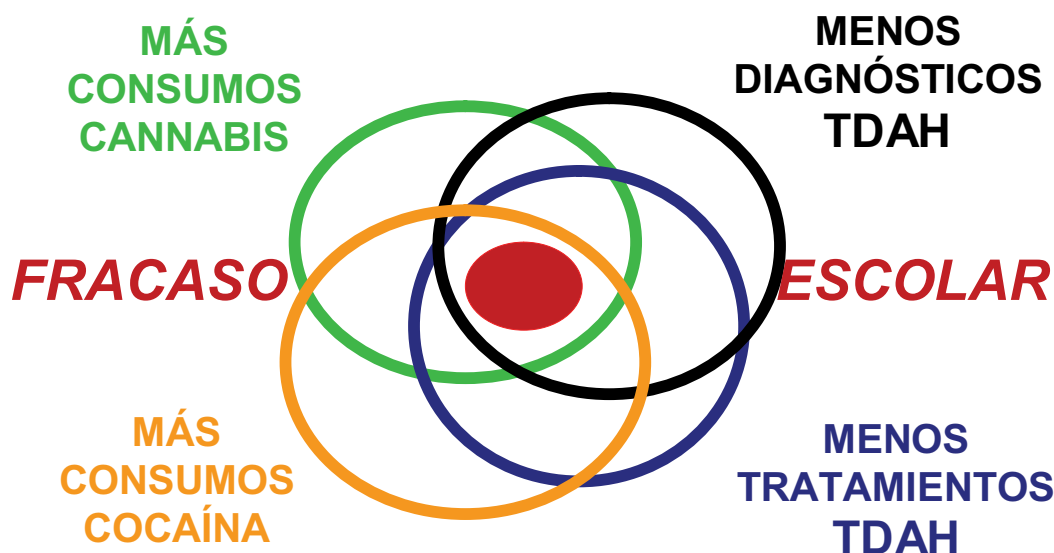
Fuente: Francisco Ferré Navarrete

¹⁰ La referencia al cannabis se explica por el mero contexto de la exposición ante la Ponencia: como la propia diapositiva refleja, la escala es aplicable a cualquier droga.

¹¹ No debe apreciarse contradicción entre ambos pareceres, pues el universo de partida de este último experto es lógicamente más amplio que el de Royo Isach, quien únicamente partía del consumidor experimental.

En esta misma línea, hay pautas de policonsumo que se detectan entre los adictos a sustancias y quienes sufren otras adicciones u otros problemas psíquicos, y que se entrecruzan, como en los casos de: la interacción bulimia-drogas; la multi-impulsividad; las adicciones de cualquier tipo y las conductas antisociales (incluso cuasi-delictivas o conductas límite); las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (Ferré Navarrete); y los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (Ferré Navarrete; y Casas i Brugué, que ilustró la idea con figuras como la que a continuación se reproduce).

“ CLASIFICACIÓN EUROPEA ”



Fuente: Miquel Casas i Brugué

II.5 La difícil recuperación del paciente

Una evidente consecuencia de las anteriores consideraciones acerca de la adicción es la de que los porcentajes de recuperación de los pacientes sean relativamente bajos, pues por ejemplo en heroína y cocaína sólo se recuperan por completo entre el 15 y el 20% del total, con cifras algo mayores en el cannabis: la recompensa del circuito es tan enorme que la recaída es altamente probable, hasta el punto de que al individuo «le da igual» salir o no de su adicción (Díez Tejedor)¹².

III. LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSUMO Y DE LAS MEDIDAS ANTIDROGA EN ESPAÑA

*«Todas las culturas producen y consumen drogas, debido al ansia de obtener estimulación, así como al éxito de algunas sustancias, lo que motiva la repetición en el consumo.»
(Exuperio Díez Tejedor)*

Los distintos ponentes que se refirieron al tema de este tercer Capítulo coincidieron en deslindar tres grandes etapas históricas, tanto en el consumo como en las medidas adoptadas frente al mismo en nuestro país.

III.1 Los años ochenta

Molina Muñoz, Rodríguez Gil, Pedreira Crespo y Calderón Balanzategui identificaron los siguientes rasgos definitorios de esta primera etapa:

- Un consumo casi exclusivamente de heroína.
- Un consumo casi únicamente masculino.

¹² No obstante, estas cifras contrastan muy fuertemente con las expuestas por otros comparecientes a propósito de los porcentajes de recuperación en sus correspondientes sistemas o unidades de tratamiento: así, para Molina Muñoz, esa proporción se eleva al 64% de quien sigue toda «la escalera de tratamiento de la Comunidad de Madrid»; en tanto que, según Sanchís Fortea, el grado de curación completa en su unidad es del 94% en caso de alcohol y algo más del 70 % en drogas ilegales.

En cualquier caso, Royo Isach (y Montserrat Magrané) señalaron, a propósito de la cocaína, que se precisan al menos dos años de tratamiento para poder evaluar con fiabilidad la recuperación.

- Un consumo altamente rechazado socialmente, debido a la frecuente conexión con la delincuencia.
- Una alta percepción social del riesgo de la drogadicción.
- La gran soledad que aquejaba a las familias afectadas.
- La consideración de la droga como un problema social, con respuestas aisladas y desde los servicios de atención social; si bien aparece entonces la primera gran respuesta institucional, el Plan Nacional sobre Drogas (1985).

III.2 Los años 1990-2000

En tanto que los citados Molina Muñoz, Rodríguez Gil y Calderón Balanzategui perfilaron las siguientes notas en esta fase:

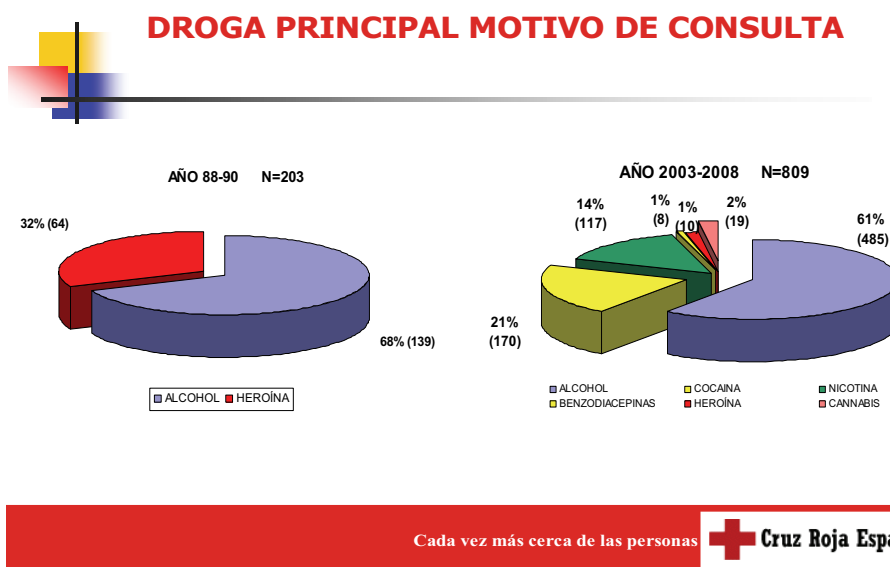
- Consumo creciente (que ya venía detectándose en especial desde 1985).
- Cambio de sustancias, con la cocaína en ascenso, pero la heroína siempre latente.
- Cambio del perfil del consumidor:
 - Comienza a calar la idea de que las drogas son un producto de consumo, sobre todo en el tiempo del ocio, que puede usarse con normalidad¹³.
 - Aumenta el consumo juvenil.
- Surgen las primeras terapias médicas, si bien el tratamiento social es aún hegemónico.

III.3 Desde 2000 a nuestros días

Nuevamente Molina Muñoz, Rodríguez Gil y Calderón Balanzategui sintetizaron del siguiente modo la última fase de evolución:

- Se consolida el predominio de la cocaína, combinada con una amplia variedad de sustancias (ver figura inferior), por regla general aceptadas socialmente como producto de consumo normal y con usuarios de ambos sexos¹⁴.

XXI Jornadas Nacionales de Drogodependencias



Fuente: Bartolomé Cañuelo Higuera. Cruz Roja Española

¹³ «Los consumidores y adictos no son ya por regla general marginales ni marginados, sino que se trata de personas integradas y acomodadas, cada vez más jóvenes, que buscan diversión» (Royo Isach).

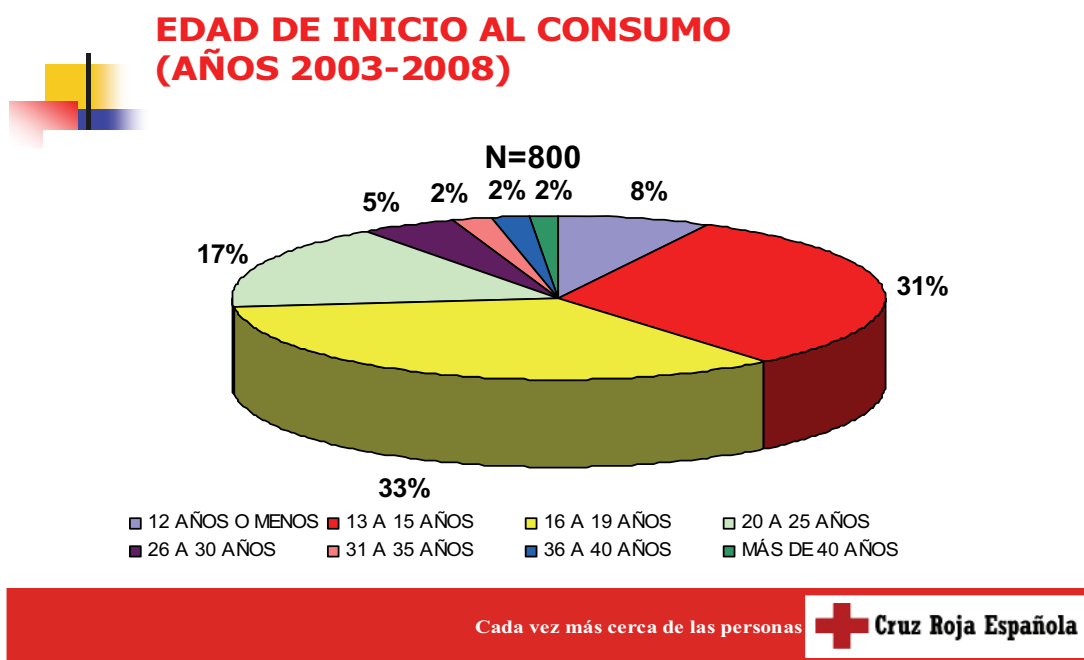
Por otro lado, como señaló Hernández Torres, los consumos de las zonas rurales son hoy en día muy homogéneos a los de las zonas urbanas.

¹⁴ «Las drogas han dejado de marginar para llegar a integrar», en términos de Calderón Balanzategui. Al hilo de ello, manifestó Mora Rosado que la nuestra es «una sociedad enferma, uno de cuyos síntomas es la droga», al no ser ésta ya solamente «una cuestión de excluidos»; una sociedad en la que «es difícil evitar el consumo, dada su naturaleza consumista», en la que «somos lo que consumimos».

Para Gual i Solé, la paradójica perspectiva a un plazo vista de 20 años es que la droga volverá a convertirse en un problema de exclusión social, que generará en quienes la padezcan niveles bajos de empleo y, en general, fracasos personales.

— Se confirma el cada vez más temprano comienzo en el consumo (ver figura inferior).

XXI Jornadas Nacionales de Drogodependencias



Fuente: Bartolomé Cañuelo Higuera. Cruz Roja Española

— Continúan aumentando el consumo y la incidencia de las drogas entre jóvenes y adolescentes, con arreglo a las siguientes pautas, expuestas por Royo Isach:

- Un intenso policonsumo, de multitud de sustancias (más de 200) ¹⁵.
- La proporción 7 a 3 en la relación chico-chica que demandan tratamiento.
- Un intenso, creciente e incluso socialmente tolerado consumo de cannabis (paradójicamente simultáneo al castigo del consumo de tabaco) ¹⁶.
- La concentración del consumo en los fines de semana y fiestas, durante los que se aprende en el grupo de iguales.

— A results del despegue del consumo de cocaína, y como antes se indicaba, irrumpe la patología dual.

— Baja percepción de riesgo, acompañada de mala información por parte del público en general (Díez Tejedor, Molina Muñoz) ¹⁷.

— Avanza y termina por consolidarse el tratamiento médico, a pesar de las disfunciones en las relaciones con las áreas psiquiátricas ¹⁸.

— Las Administraciones Públicas se implican ya de lleno, básicamente a través de:

- La elaboración de planes antidroga por parte de la Administración General del Estado.
- La confección de estrategias de atención integrada por parte de las Comunidades Autónomas.
- Iniciativas de atención de las Administraciones locales.

IV. LAS MÁS IMPORTANTES SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES EN LA ESPAÑA DE HOY

*«El hombre es “animal de sustancias”.»
(Sebastián Mora Rosado)*

Un gran número de comparecientes estimó conveniente desgranar diversos datos, informaciones y opiniones acerca de las sustancias psicotrópicas más comúnmente consumidas en nuestro país. Lo que sigue es una síntesis de dichos contenidos.

¹⁵ El tabaco y el alcohol son las puertas habituales de entrada (Díez Tejedor), si bien comienza a serlo también el cannabis (Royo Isach).

Como apuntó Calderón Balanzategui, la edad media de inicio está en torno a los 13 años, en tanto que un 60% de los jóvenes consume habitualmente.

¹⁶ También Torrens Melich denunció esta incoherencia.

¹⁷ Como afirmó Calderón Balanzategui, «las drogas ya no son noticia, aunque siguen siendo un problema»; y a falta de esta presión social, las drogas ya no están en la agenda política, con el consiguiente peligro de falta de respuesta institucional.

¹⁸ O de la concentración de la atención en drogas como la heroína (Royo Isach).

IV.1 La marihuana o cannabis

Como indicó Díez Tejedor, es la más ubicua y la más prevalente de entre todas las sustancias, aparte del tabaco y del alcohol. Cada vez se produce antes el inicio en su consumo. Además, existe una especialmente baja percepción del riesgo en este tipo de sustancia, a pesar de que es una droga psico-activa (Royo Isach), que puede incluso ocasionar la muerte, junto a los graves efectos que a continuación se expone.

Sus efectos.

Es importante recordar con Díez Tejedor que el consumo de esta sustancia puede llegar a generar una psicosis inducida, así como esquizofrenia. O con Maldonado López que, como se ha publicado en medios científicos, hay un 40% de incremento de posibilidades de que surjan signos psicóticos en sujetos que lo hayan consumido ¹⁹.

Su uso como paliativo.

Según Díez Tejedor, algunas indicaciones son adecuadas (así lo piensa también Royo Isach) pero siempre y cuando se trate de marihuana no fumada.

El cannabis entre los jóvenes y adolescentes.

Como expresivamente señaló Royo Isach, «hoy tener 15 años y no haber fumado un porro te sitúa en la marginalidad».

En cuanto a los efectos del consumo en este grupo de edad, es preciso para este mismo experto prestar especial atención al «síndrome desmotivacional», así como a la conexión del consumo de cannabis con el fracaso escolar, a su juicio obvia y naturalmente crucial (hasta el 20% de los chicos tiene trastornos conductuales y de aprendizaje) ²⁰.

Por otro lado, es muy frecuente que los jóvenes utilicen el cannabis más barato, de ahí el riesgo de que lo consuman adulterado.

IV.2 Alcohol

Conforme recordó Díez Tejedor, es «el gran azote de occidente»; mientras que a juicio de Cañuelo Higuera, «el alcohol es la base del consumo de drogas». Gual i Solé destacó que el alcohol afecta a unos 5 millones de niños en sus familias.

Para el propio Gual i Solé, alcohol y tabaco son los mayores factores de riesgo para la salud de la población: aquél cuesta más del 1% del PIB, en términos de mortalidad, enfermedad, criminalidad y problemas laborales. A su juicio, además, existe una gran desproporción entre los recursos y el interés mediático dedicado a las drogas ilegales, frente a alcohol y tabaco, y las consecuencias que generan.

Para Calderón Balanzategui, por otra parte, su problemática es sin duda alguna mucho más compleja que el estéril debate acerca de si es una droga o no (siendo evidente que sí lo es).

Su consumo.

Según Díez Tejedor, baja en los hombres, mientras que sube en las mujeres. Más concretamente, las bebidas combinadas son lo que más sube, especialmente en el tramo de edad entre los 14 y los 18 años ²¹.

Se ha europeizado asimismo el patrón de consumo, pues se ha pasado al modelo anglosajón, que produce problemas sociales, patologías orgánicas clásicas, como cirrosis, así como problemas conductuales (Gual i Solé). Como anotó Bobes García, los adolescentes consumen en ocasiones hasta 120 miligramos de alcohol en dos horas, frente a los universitarios, cuyo consumo medio es de unos 60 miligramos en ese mismo período de tiempo: ello produce una «poda neuronal impresionante en la sustancia blanca cerebral».

Nocturnidad y borrachera están en este sentido en proporción directa: de ahí que para Díez Tejedor sea fundamental bajar las horas de cierre de los locales de ocio. Cañuelo Higuera llega indirectamente al mismo resultado (siquiera cronológicamente), al resaltar la necesidad de «limitar la oferta de drogas».

Comienza también a difundirse la consumición simultánea de alcohol y cocaína (cocaetileno), de efectos altamente gratificantes, porque ralentiza la euforia y disminuye la «subida» (Cañuelo Higuera).

¹⁹ Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., et al. (2007). «Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: a Systematic Review». *Lancet* 370(9584), 319-328.

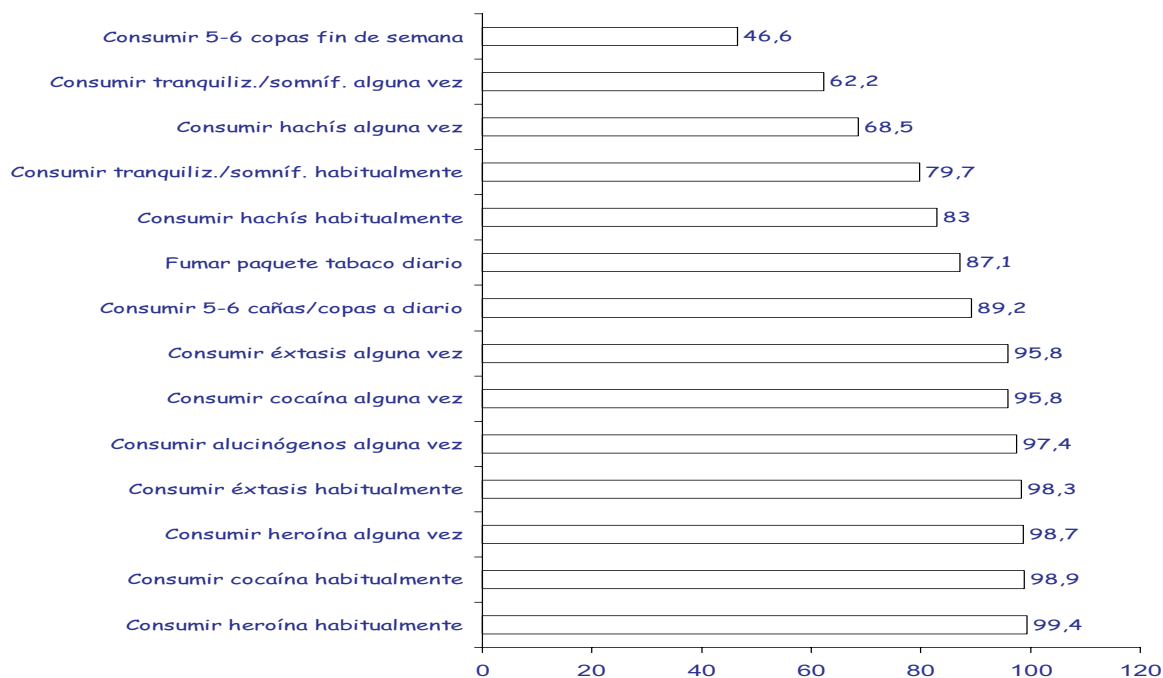
²⁰ Calderón Balanzategui se refirió también a la ligazón droga-fracaso escolar, que no ciñó solamente al cannabis.

²¹ Por cierto que, como resaltó Gual i Solé, «un hijo de alcohólico tiene un riesgo multiplicado por tres» de llegar a serlo en el futuro.

Problemas derivados del consumo de alcohol.

Como afirmó Díez Tejedor, esta droga genera gravísimas complicaciones patológicas, en especial en el ámbito neurológico, con enfermedades que pueden llegar a ser crónicas, tanto nutricionales como psíquicas; así como agudas, presentándose problemas en materia de intoxicaciones o delirium tremens, entre otras. Las manifestaciones clínicas están en función del grado, pudiendo llegar a causar la muerte en ingestas muy elevadas. Con todo, es muy bajo el riesgo percibido y además va disminuyendo, lo cual resulta, a juicio del indicado especialista, «sorprendente» (ver figura inferior).

Riesgo percibido (%) ante diversas conductas de consumo de drogas. España, 2006.



Fuente: Exuperio Díez Tejedor

Más en detalle, Cañuelo Higuera resaltó problemas en los siguientes ámbitos:

- El usuario: en particular, el rechazo a la estigmatización y el miedo al vacío de no consumir. Debe igualmente resaltarse el frecuentemente alto poder social del consumidor de alcohol.
- Las familias, siendo muy destacable el caso de co-dependencias severas: ambos en la pareja consumen. Otro dato muy relevante es el de que la mujer alcohólica es doblemente objeto de violencia familiar.
- Los profesionales, debido a los escasos emolumentos que la atención a estos enfermos reporta.
- La Administración, pues la atención está normalmente ubicada en los servicios sociales, en lugar del área sanitaria.

Algunos recursos de prevención.

Cañuelo Higuera destacó la importancia en este sentido de las asociaciones de drogodependientes, por más que también puedan llegar a presentar grandes desventajas, derivadas por ejemplo del «orgullo de ser alcohólico». En cuanto a las comunidades terapéuticas, en opinión de este mismo experto «no deben usarse de forma indiscriminada».

Por otra parte, Gual i Solé dejó claro que «existen muchos tipos de alcoholes», producidos por industrias distintas, que son compartimentos estancos entre sí, de ahí la necesidad de tener en cuenta sus diferencias a la hora de regular.

Para el propio Gual i Solé, es en este sentido imprescindible señalar los conflictos de intereses, pues se publican por ejemplo revistas que hablan de los efectos beneficiosos del alcohol, en tanto que, lamentablemente para

este experto, la Ley 24/2003, de 10 de julio, de la viña y del vino califica esta sustancia como «alimento natural», todo ello debido a la presión de las industrias farmacéuticas y alcoholeras ²².

IV.3 Cocaína

Esta sustancia, la droga ilegal de consumo más generalizado entre adultos en nuestros días, presenta los siguientes aspectos dignos de mención.

Tipos de preparados.

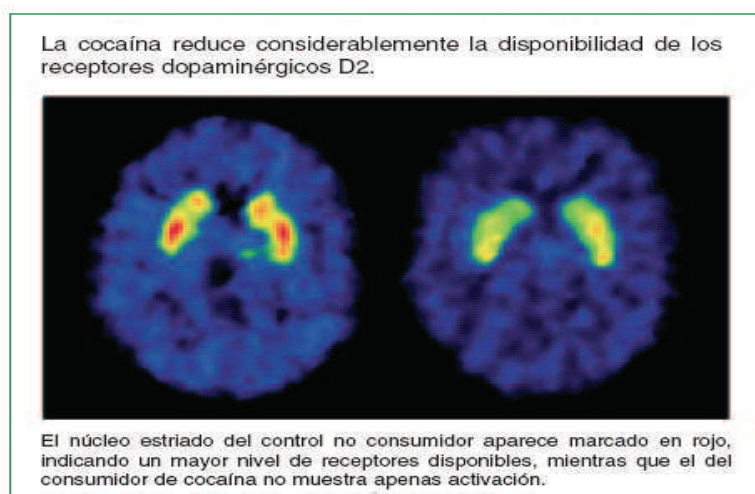
Todos ellos (coca-pasta-nasal) tienen un efecto fugaz, si bien su intensidad varía en función de que se trate de uno u otro (Díez Tejedor).

Mecanismo de acción.

En la sinapsis, esta droga disminuye la disponibilidad de dopaminérgicos, lo que hace que el individuo vea en mayor o menor medida bloqueadas sus capacidades para generar satisfacción física frente a estímulos externos (Díez Tejedor), como ilustra la siguiente figura:

Mecanismo de acción de la cocaína en la sinapsis

Disminución de la disponibilidad de los receptores D2 en consumidores de cocaína*.



Fuente: Exuperio Díez Tejedor

Además, como indicó Royo Isach, esta droga genera un intenso síndrome de abstinencia; mientras que en casos de recuperación llega a producir recaídas terribles, pues existe una posible expectativa de placer superior al mismo orgasmo sexual.

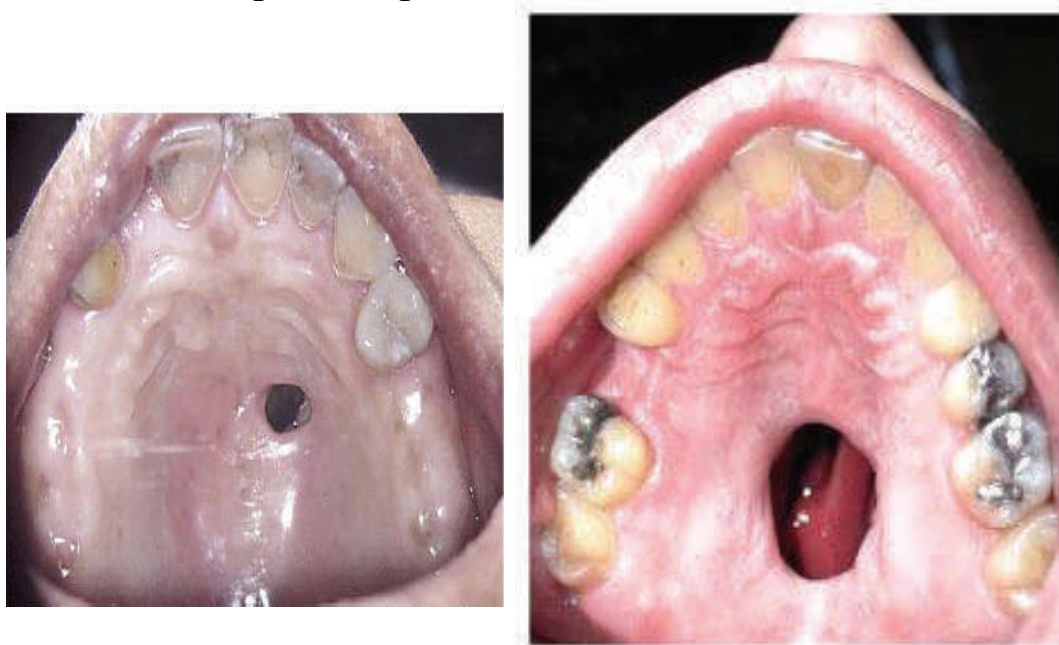
Pautas de consumo.

Están en ascenso (esta droga «se ha democratizado», en palabras de Royo Isach), sobre todo en hombres (salvo entre los jóvenes); aunque aumenta el tratamiento, así como, por otro lado, el resultado de muerte tras su consumo y el decomiso. El crack, por el contrario, no parece haber cuajado en España (Díez Tejedor), si bien a juicio de Royo Isach es cada vez más frecuente que la cocaína se fume.

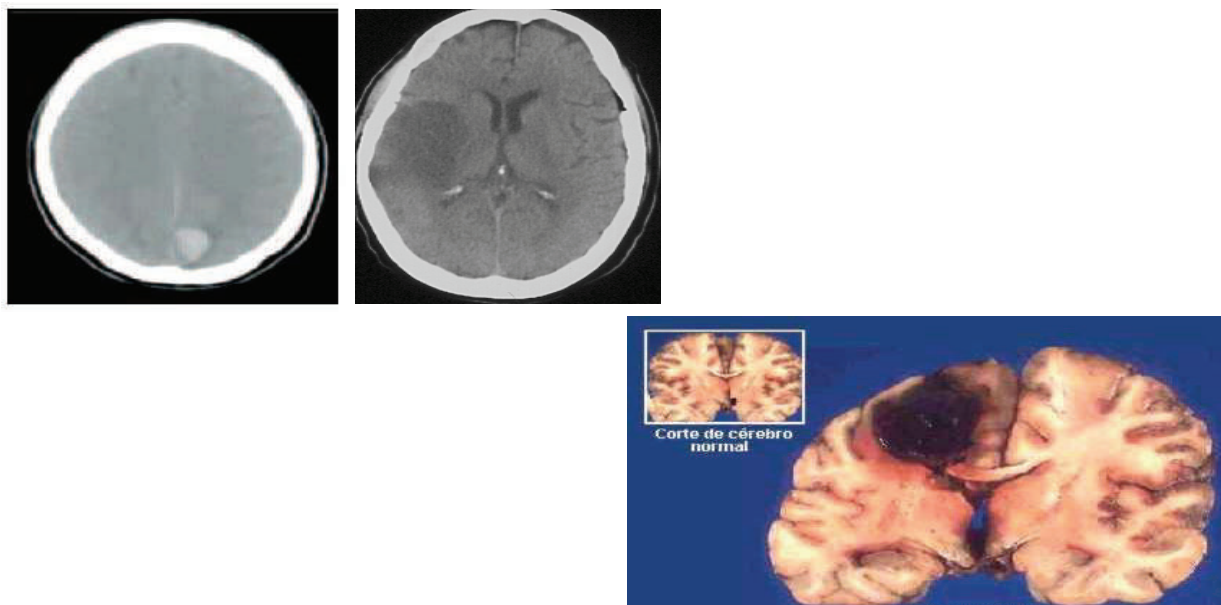
²² Ley 24/2003, de 10 de julio, de la viña y del vino, artículo 2.2.e): «Vino»: es el alimento natural obtenido exclusivamente por fermentación alcohólica, total o parcial, de uva fresca, estrujada o no, o de mosto de uva».

Efectos.

La cocaína produce complicaciones de todo orden, tanto somático como psíquico, pudiendo singularmente llegar a ocasionar suicidios, hemorragias cerebrales, etc., a veces al primer consumo (Díez Tejedor). Pueden verse algunos de ellos en las dos figuras siguientes:

Perforación palatina provocada por el consumo de cocaína

Fuente: Exuperio Díez Tejedor

Enf. CerebroVascular asociada al consumo de cocaína.

Fuente: Exuperio Díez Tejedor

Vacuna anti-cocaína.

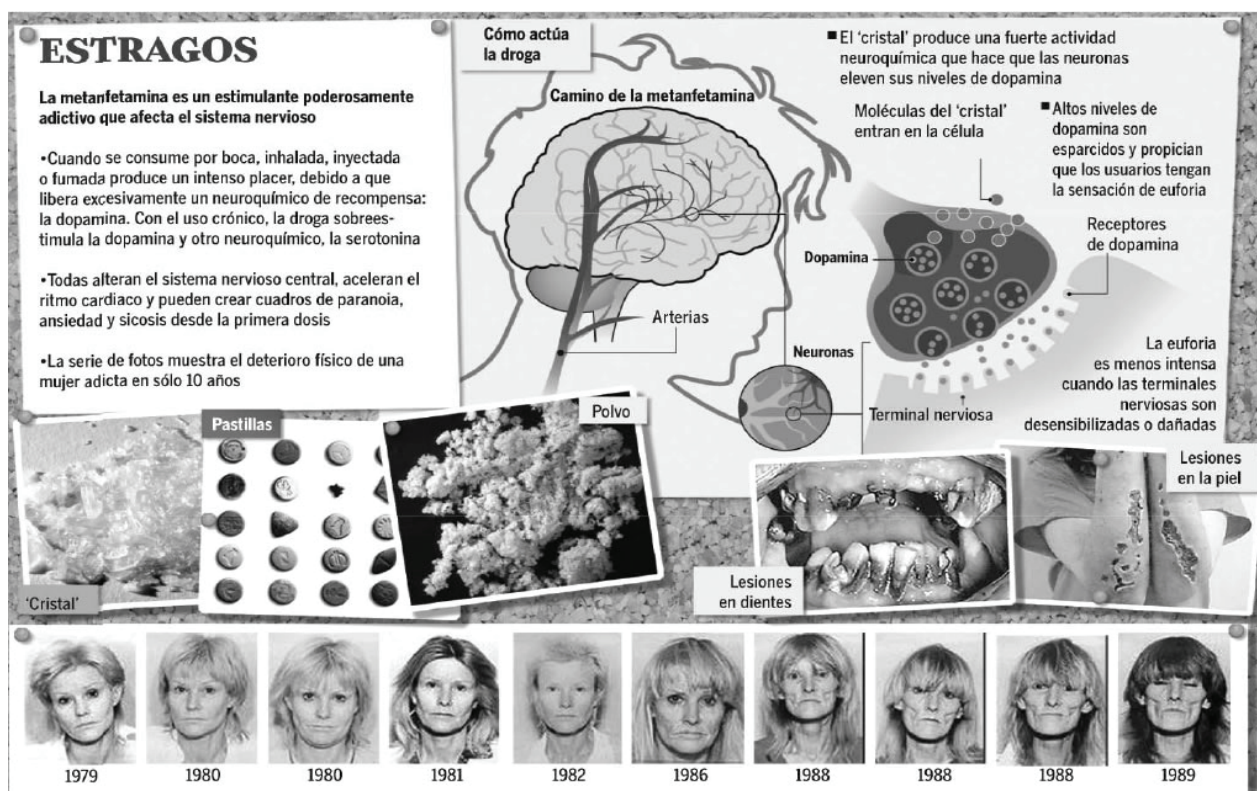
Se está empezando a ensayar en laboratorio, por lo que aún no se aplica regularmente a pacientes; el problema radica en que el mecanismo acción-reacción la inutilice (Díez Tejedor): de hecho, como indicó Maldonado López,

en un ensayo efectuado en 2009, solamente el 38% de los pacientes pudo generar anticuerpos²³. Díez Tejedor es por ello, y en general, poco favorable a su uso (en la misma línea se situó Royo Isach), y prefiere la educación y la prevención como remedios, mientras que para Royo Isach lo ideal es en este sentido la terapia cognitivo-conductual²⁴.

Maldonado López explicó al respecto que no se trata de una vacuna preventiva, sino que «solamente resulta útil para que el paciente pueda llevar una vida normal y sin complicaciones»; a pesar de ello, el citado ensayo demostró que el consumo de cocaína bajaba al generarse los anticuerpos, de ahí que deba mantenerse como posible terapia.

IV.4 Metanfetamina y drogas de diseño

Vienen causando estragos en los últimos diez años (Díez Tejedor). Son drogas ilegales, pero también fáciles de conseguir y baratas, como el cannabis, de ahí su particular incidencia entre los jóvenes y adolescentes (Royo Isach). La siguiente figura muestra algunos de sus enormes daños:



Fuente: Exuperio Díez Tejedor

Contenido y presentación.

Se componen de un excipiente, al que se añade el principio activo, así como sustancias adulterantes (Royo Isach).

Con frecuencia en forma de pastillas con siluetas caprichosas y altamente atractivas para los jóvenes, pueden compartir principios activos y ser distintas pastillas y al revés. En cualquier caso, «nunca se sabe lo que se toma, dado que su calidad es nula» (Royo Isach).

²³ Bridget A. Martell, MD, MA; Frank M. Orson, MD; James Poling, PhD; Ellen Mitchell, RN; Roger D. Rossen, MD; Tracie Gardner, PhD; Thomas R. Kosten, MD. «Cocaine Vaccine for the Treatment of Cocaine Dependence in Methadone-Maintained Patients. A Randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Efficacy Trial». Archives of General Psychiatry. 2009; 66(10), p. 1116-1123.

²⁴ En semejante línea, y respecto de la medicación antidroga en general, sobre todo de los efectos de estos tratamientos a largo plazo, se manifestó Sanchís Fortea. Palau Muñoz, sin ceñir su opinión a la cocaína, se mostró igualmente partidaria de combinar el tratamiento farmacológico con el psicológico y psiquiátrico.

Efectos.

Como apuntó Royo Isach, son necesarios entre 15 y 30 minutos para «el subidón»; posteriormente, su acción perdura de unas 3 a 6 horas. Producen efectos psico-dislépticos (alteración de la presencia), en común con las demás drogas.

Son poco adictivas, aunque plantean problemas que pueden ser tan complicados como la dependencia física, entre ellos los trastornos mentales (Royo Isach).

IV.5 Opiáceos y sus derivados (heroína, cloruro mórfico, metadona, codeínas, etc.)

Actúan como inhibidores de actividad de un modo semejante a la morfina, por ejemplo; es decir, sedan al individuo (Díez Tejedor).

Pautas de consumo.

La heroína se cruza en sus niveles de consumo con la cocaína a partir del año 1999, pasando ésta desde entonces a ser más consumida (Díez Tejedor).

No obstante, Torrens Melich indicó que se está detectando un repunte en el consumo de heroína (también resaltado por Mora Rosado), desgraciadamente debido a la apertura de nuevas rutas de transporte a través de Turquía y Afganistán. Además, según esta misma compareciente y Ferré Navarrete, se está consumiendo ya cocaína «manchada» con heroína, con el consiguiente aumento en la demanda de esta última.

En lo que se refiere a las vías de uso, son todas las posibles, si bien es más potente la intravenosa (Díez Tejedor), aunque crece su consumo fumada (Royo Isach).

Efectos.

Trastornos físicos y psíquicos de todo tipo y gravísimos (Díez Tejedor).

Usos terapéuticos.

La heroína se está comenzando a utilizar para tratar la adicción a la morfina, así como abusos con la cocaína (Díez Tejedor).

V. MODELOS DE PREVENCIÓN Y LUCHA ANTIDROGA EN ESPAÑA

*«Las drogas no van a desaparecer, de ahí que tengamos que aprender a vivir con ellas.»
(José Ignacio Calderón Balanzategui)*

Algunos de los comparecientes, especialmente debido a su vinculación con alguno de ellos en particular, estimaron oportuno analizar ante la Ponencia las líneas básicas de determinados modelos de prevención y lucha contra la droga en nuestro país. A ese motivo obedece la inclusión de tales modelos en este Informe.

V.1 Recursos y modalidades terapéuticas en Galicia

Como comentó Insúa Oliveira, el modelo gallego está fundamentalmente basado en programas flexibles, que respetan el ámbito de desenvolvimiento habitual del paciente, así como en diversas modalidades de tratamiento: ambulatoria (en unidades de atención a drogodependientes o de tipo dispensario, en que los equipos se desplazan a diversas localidades cuando sea preciso prestar allí atención), residenciales y semi-residenciales.

V.2 La Administración antidroga de la Comunidad de Madrid

Como hicieron ver Molina Muñoz y Pérez Hernando, esta Comunidad presenta la particularidad de haber introducido la primera sala de venopunción de España. Asimismo, la normativa autonómica introdujo la consideración

del drogadicto como enfermo (Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid)²⁵.

La Comunidad de Madrid presenta una estrategia antidroga fundada además en los siguientes elementos básicos, todos ellos puestos de relieve por Molina Muñoz:

Reinserción socio-laboral.

La razón por la que este elemento cobra mucha importancia está en el hecho de que si el sujeto retorna a su círculo habitual, se produciría una recaída segura.

A efectos de facilitar la vuelta al trabajo, es a su vez fundamental:

- La coordinación con servicios sociales y ayuntamientos.
- Asegurar prestaciones sociales básicas.
- La descentralización del tratamiento con apoyo en las farmacias.
- Una atención especial a las patologías duales y a los colectivos expuestos (como los internos en prisiones).

Recursos de reinserción.

Para Molina Muñoz, la estrategia de la Comunidad de Madrid pretende con este objetivo generar una especie de «escalera», con los siguientes «peldaños»:

- Internamiento en centros de desintoxicación, especialmente para personas sin apoyo familiar, por un periodo de doce a quince días de media. Los residentes se encuentran así en un ámbito seguro, que a la vez les presta atenciones psiquiátricas y psicológicas.
- Servicios residenciales de apoyo a la estabilización, con internamientos de entre un mes y seis meses.
- Centros-residencia de acogida y apoyo, orientados a la normalización. Tanto para transeúntes como para personas sin hogar. La estancia es en ellos de entre una semana y seis meses.
- Estancias breves, en pisos (hasta un mes), de mera provisionalidad.
- Existen cinco pisos para el tratamiento de la patología dual, con una estructura más completa. La duración de la estancia oscila entre los seis y los dieciocho meses.
- Seis pisos de autogestión. Los residentes están en estos casos tutelados, pero con tiempo de ocio y salidas, lo cual implica llevar una vida propia e incluso manejar dinero personal.

Programa horizontal.

Se articula en torno a los siguientes componentes:

- El centro de orientación socio-laboral, que permite la inserción en el empleo y la formación en habilidades básicas.
- El servicio de promoción de alternativas laborales. Se trata de ayudar a la creación de proto-empresas y al auto-empleo.
- Talleres de capacitación profesional, para personas con baja formación.
- Talleres educacionales, para el ocio y el tiempo libre.
- El centro socio-educativo, que implica una respuesta más integrada a través de modelos educativos, especialmente para personas de bajo nivel académico.
- Aulas educativas.

V.3 La Comunidad Autónoma de Cantabria

Rodríguez Gil dedicó gran parte de su intervención a exponer los principales rasgos de este modelo antidroga, basado en los principios de previsión universal, anclaje en los servicios de salud, información al usuario, coordinación y formación. Más específicamente, en Cantabria:

²⁵ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Preámbulo, Capítulo XI, párrafo 1.º: «El Título XI está dedicado a la “Actuación en materia de Drogodependencias”. Indudablemente este es un aspecto sustantivo de la política sanitaria de la Comunidad de Madrid, referida a un aspecto muy concreto, el de la reducción de la demanda o tratamiento del drogodependiente como un enfermo, más allá de otros aspectos que corresponden a la competencia del Estado». Asimismo, ver arts. 133-136.

— La estructura y organización está totalmente basada en el Sistema de Salud Pública, tanto de atención primaria como de salud mental.

— Se ha ensayado un innovador programa de reducción de daños, basado en:

- El suministro de metadona a los pacientes que la necesitan.
- La integración en los servicios de atención primaria.
- La atención en centros de salud, que no en unidades móviles.

Este programa generó a la hora de introducirse un intenso debate social, al ser vivamente rechazado inicialmente, tanto por los profesionales del sector médico como por los ciudadanos. A pesar de ello, la controversia terminó siendo superada, por lo que hoy se aplica con total normalidad.

V.4 La Diputación de Barcelona

Como describió el experto Hernández Torres, los servicios de prevención y lucha antidroga en esta institución pivotan en torno a dos líneas de acción: tratamiento y prevención.

La primera, el tratamiento, se concreta principalmente en las actuaciones expuestas en la figura adjunta:



Fuente: Francesc Hernández Torres

La línea de prevención se sustancia básicamente en:

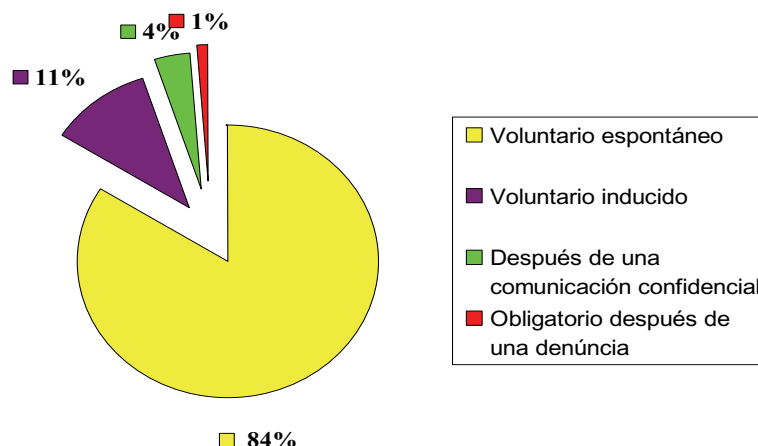
- El Programa «Libre de drogas».
- Y la atención especial para evitar el consumo y adicción de adolescentes.

V.5 Programas antidroga para profesionales de la salud

Como expuso Artaman Jané, también los profesionales de la salud pueden terminar siendo enfermos de drogadicción.

Se trata de pacientes muy peculiares, que generalizadamente rechazan solicitar ayuda, «como si ellos no pudieran ponerse enfermos». Pese a ello, el porcentaje de acceso voluntario al programa PAIME'98, que poco más adelante se describe, es claramente predominante, como demuestra la figura inferior:

Vías de acceso al PAIME



Fuente: Antoni Arteman Jané

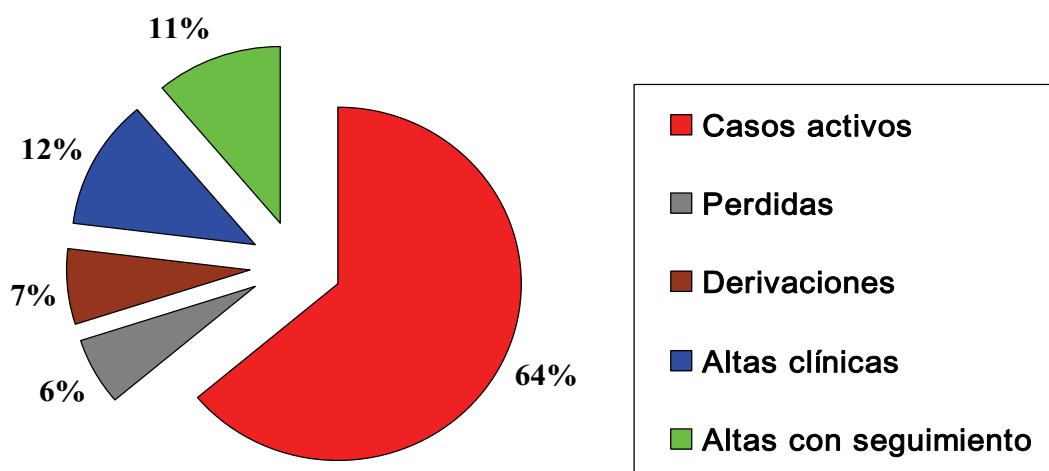
Lo paradójico de esta problemática es que uno de cada 10-12 médicos (a lo largo de 40 años de ejercicio profesional) cae en la drogadicción, lo que supone «el doble o triple de incidencia que la población general».

Dentro de la colectividad médica, la distribución del riesgo obedece a las siguientes pautas:

- La incidencia es mayor en varones que en mujeres.
- Es también superior entre profesionales mayores que entre jóvenes.
- Así como en los grandes hospitales, más que en los de menor tamaño (de tipo comarcal), puesto que en estos últimos resulta más natural pedir referencias entre los iguales acerca de una posible ayuda.

Arteman Jané desgranó las características del programa PAIME'98, primero de Europa y único en el mundo con subvención pública e integral, destinado a prevenir y combatir la drogadicción en esta singular colectividad de pacientes (acerca de la situación de éstos, véase la figura inferior).

Situación de los pacientes en el programa

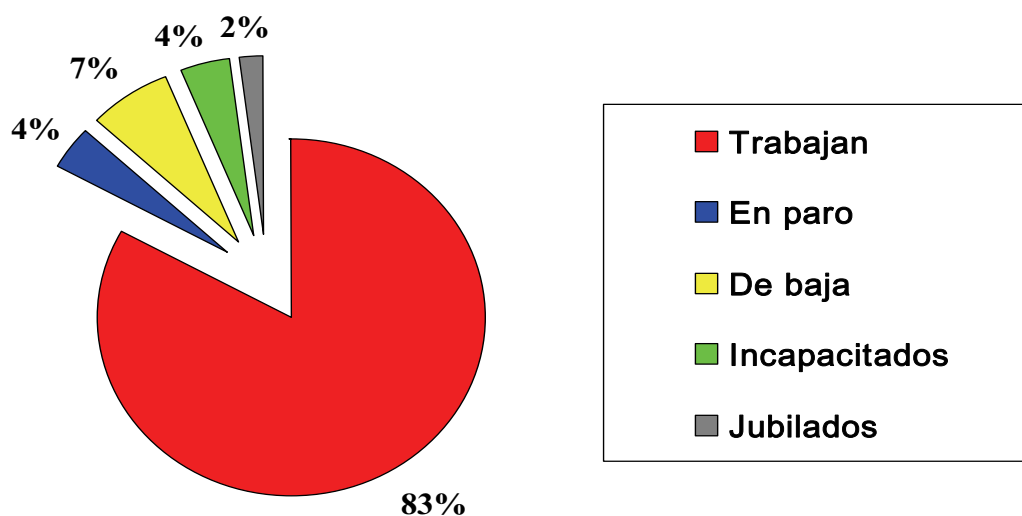


Fuente: Antoni Arteman Jané

Este programa, primordialmente basado en los principios de confidencialidad, especialización y personalización del tratamiento, responde a las siguientes características:

- Mantiene la coherencia con el código deontológico médico.
- Se centra en la práctica profesional.
- Asegura la capacitación médica para atender al paciente.
- Defiende un espíritu:
 - No persecutorio, siendo sólo punitivo si ello resulta absolutamente imprescindible.
 - De adscripción voluntaria al tratamiento.
 - Preventivo.
 - Y orientado a la rehabilitación.
- Proporciona tratamiento médico (principalmente psiquiátrico) y psicológico.
- Suministra atención ambulatoria en todo el territorio de cobertura.
- Facilita tratamiento gratuito para los profesionales médicos en ejercicio.
- Se gestiona por las organizaciones colegiales y se financia conjuntamente entre éstas y la Comunidad Autónoma correspondiente.
- Incorpora como figura de gran interés el llamado «contrato terapéutico», que regula el tratamiento y que firman el enfermo, el profesional que coordina su tratamiento, la organización médica colegial y un tutor del paciente. Su duración oscila entre los seis meses y un año, y es renovable. En ocasiones, dicho contrato conlleva la restricción parcial o total del ejercicio por parte del paciente (véase la figura inferior).

Situación laboral de los pacientes



Fuente: Antoni Arteman Jané

En línea parecida a la expuesta respecto de PAIME '98 se sitúa el programa Retorno 2000, puesto en marcha en la Comunidad Autónoma de Cataluña para tratar a enfermeras con problemas de drogadicción.

Conforme indicó Arteman Jané, un instrumento clave en la atención a estas colectividades de pacientes está constituido por la clínica de la Fundación Galatea, en tanto que unidad específica. Está ubicada en Barcelona y cuenta con los tres tipos habituales de servicios en este campo: ambulatorio, internamiento y hospital de día. Dispone de siete psiquiatras, cinco psicólogos y un médico internista.

Finalmente, y según el propio Arteman Jané, la metodología de este tipo de programas resulta especialmente idónea para otras colectividades profesionales, sujetas a altos grados de exposición pública y a la consiguiente necesidad de confidencialidad (cargos públicos, jueces y magistrados, religiosos, etc.).

V.6 La Fundación de ayuda contra la drogadicción

Su presidente, el Sr. Calderón Balanzategui, expuso las principales notas que definen a esta conocida y reputada organización no gubernamental, especializada en la prevención y lucha anti-droga, subrayando con particular énfasis sus facetas educativas, así como de ayuda al desarrollo.

Los objetivos de esta Fundación radican en:

- Perfeccionar la percepción social y acercar a la población la realidad del fenómeno, siendo a su vez esta última meta una necesidad para la primera.
- Comprender, prevenir y combatir un fenómeno de tan alta volatilidad como la drogadicción.

V.7 APRODA y SOMAPA

De la Fuente Darder sintetizó brevemente los rasgos de una y otra asociación. APRODA (Asociación de Profesionales en Drogodependencias y Adicciones) está integrada por médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, diplomados en enfermería y auxiliares del ámbito de las drogodependencias, siendo su principal objeto el de prestar asesoramiento a estos profesionales en la defensa y promoción de sus intereses.

En cuanto a la otra asociación, SOMAPA (la Sociedad Médica Andaluza de Adicciones y Patología Asociada), destaca la presencia en sus estatutos de la propuesta de fomentar y crear una nueva especialidad en adicciones y patología asociada, dotada de la correspondiente titulación.

V.8 La experiencia de Narcóticos Anónimos

Una asociación de gran interés en el ámbito privado es Narcóticos Anónimos (NN.AA.), que como señaló su presidente, Sr. Calonge Unceta, abrió su primer centro en España en 1984, en Barcelona.

Esta asociación agrupa a «hombres y mujeres para quienes las drogas son un problema y del que se quieren librar» (Calonge Unceta), partiendo de la concepción individual de cada sujeto, así como de principios espirituales y de una absoluta apertura en todas las líneas, incluso las relativas a las propias drogas. Al decir de su presidente, «NN.AA. tiene simplemente una misión, que es crear un ambiente de ayuda mutua y una forma de vida». La asociación cuenta con una organización a escala local, regional y mundial.

Su modo de actuación se basa en las siguientes acciones:

- Aportación voluntaria de un euro en cada reunión.
- Abstinencia completa continua como un bien.
- Celebración de reuniones en grupo en determinados locales, bajo la moderación de miembros experimentados.
- Autofinanciación total, con absoluta independencia respecto de otras asociaciones y organizaciones, aunque sí existe colaboración con cualesquiera asociaciones de toda índole.
- Las reuniones se celebran de por vida, y en cualquier lugar del mundo, lo que facilita el seguimiento por sus miembros, siendo ésta a juicio de Calonge Unceta «la principal singularidad asociativa de la organización».
- Mantenimiento de un completo anonimato, a fin de evitar daños de imagen.
- Fuerte componente de relaciones interpersonales, basadas en una vida íntegra y en el compromiso de ayudar.

VI. DECÁLOGO DE PROPUESTAS DE LOS COMPARECIENTES EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y ACCIÓN ANTI-DROGA

*«El tratamiento de la drogadicción en España está muy por encima de la media europea, si bien España es el país de mayor exposición y de mayor riesgo procedente de cualquier tipo de sustancias.»
(Julio Bobes García)*

Los expertos sugirieron a la Ponencia toda una serie de líneas de acción, agrupadas en los siguientes diez bloques²⁶, gráficamente expuestos en la figura inserta a continuación:

²⁶ Sanchís Fortea recordó, no obstante, que muchas de las líneas de actuación que a su juicio se debe tener en cuenta estaban ya presentes en las conclusiones de la Comisión Mixta para el estudio del problema de la droga en su Informe de 19 de febrero de 1992.



Fuente: Elaboración propia

1. Elaborar estrategias de prevención (Díez Tejedor, Castiella Lafuente, Torrens Melich), que sean coherentes y moduladas en su ámbito temporal (corto, medio y largo plazo, Cañuelo Higuera), tanto sobre base universal como individualizada y familiar (Pérez Hernando, Cañuelo Higuera), incluso con incidencia en la etapa infantil (Calderón Balanzategui), y con iniciativas de actuación como las siguientes:

A. Motivar e ilusionar, tanto a los trabajadores como a los padres de familia (Molina Muñoz, Insúa Oliveira). Para Hernández Torres, es crucial en esta línea que la familia, tanto la madre como el padre, asuman una mayor involucración para evitar que sus hijos consuman (y para conseguir su curación, si hubieran caído en la drogadicción).

B. En este sentido, Mora Rosado o Domínguez Iglesias subrayaron la necesidad de garantizar la autoridad, para este último, en especial de los padres y de los educadores, pues «el menor nunca debe salirse con la suya», en otras palabras, no se puede capitular de educar al menor (Domínguez Iglesias)²⁷. En orden parecido de consideraciones se pronunció Insúa Oliveira, mientras Mora Rosado propuso fomentar los valores en la sociedad, valores que Calderón Balanzategui concretó entre otros en la responsabilidad, la autoridad y el esfuerzo²⁸.

C. Fomentar la detección precoz (Pérez Hernando, Sanchís Fortea, Hernández Torres, Torrens Melich, Castiella Lafuente, Gual i Solé, De la Fuente Darder, Pedreira Crespo). De este modo, según el último de los expertos citados, se sortea el importante problema planteado por aquellos pacientes que no se creen drogodependientes y que por tanto no acuden al sistema.

D. Concienciar y formar a los profesionales, a las familias, a los propios niños y jóvenes, a los medios de comunicación y a la sociedad en general acerca de la gravedad del problema y de la necesidad de aunar esfuerzos

²⁷ El propio Domínguez Iglesias ilustró su intervención añadiendo que existen tres tipos de familias: a) Permisiva; b) autoritaria; y c) comprensivo-democrática, que es la ideal y la más eficaz, pues no rehúye la corrección, es decir, la decisión, si bien la ejecuta con respeto al menor.

En esta misma línea, remachó Domínguez Iglesias que el adulto sigue una mecánica de atracción (me gusta)—repulsión (no me conviene), frente al menor, que sigue la atracción-atracción (todo son ventajas): en consecuencia, es necesario proteger y garantizar pautas educativas correctas, pues, según afirmó, y una vez han surgido en una familia problemas de drogas, «jamás he visto a hijos que reprochen la autoridad de los padres, pero sí he visto lo contrario; es más, todos los hijos que conozco me han dicho que serían en esta materia más duros que sus propios padres».

²⁸ Para Gual i Solé hay también «una responsabilidad del enfermo, que en ocasiones no asume su enfermedad, y tarda en querer curarse».

para prevenirlo y luchar contra él (Royo Isach, Montserrat Magrané, Sanchís Fortea, Díez Tejedor, Pérez Hernando, Cañuelo Higuera, Hernández Torres, Castiella Lafuente, Palau Muñoz, Gual i Solé, Insúa Olveira, Calderón Balanzategui)²⁹.

E. Ofrecer alternativas de ocio distintas al consumo (Castiella Lafuente, Insúa Olveira)³⁰, por ejemplo, como Calderón Balanzategui sugirió, en forma de nuevas políticas juveniles, con implicación en lo común y en el trabajo juvenil (que tomen, a modo de muestra, a la empresa como fuente de valores).

En esta misma línea, tanto Cañuelo Higuera como Díez Tejedor, Gual i Solé o Domínguez Iglesias aconsejaban adelantar la hora de cierre de los locales de ocio nocturno: para este último experto, «esto no es inevitable», siendo igualmente preciso restringir los consumos, tanto en locales cerrados como en lugares públicos, e incluso en horas lectivas y en ubicaciones próximas a las escuelas³¹.

F. Modular la publicidad preventiva, evitando campañas universales con mensajes del tipo «la droga mata», que como indicó Domínguez Iglesias, tienen escasa incidencia en el menor. Es pues necesario perfilar muy bien las sustancias a las que se refieren, junto a muchas otras variables (Montserrat Magrané)³².

G. Reducir la publicidad de drogas legales (Gual i Solé).

H. Evitar propaganda de drogas (cifrada o no) por parte de locales de ocio (Royo Isach).

I. Potenciar la investigación, tanto evaluativa como clínica (Pérez Hernando, Bobes García), acercándola a la práctica clínica (Palau Muñoz)³³.

J. Confeccionar una legislación uniforme y clara (Cañuelo Higuera), así como más eficaz, en la medida en que promueva con mayor facilidad su acatamiento (Calderón Balanzategui).

2. Tender a la integración en las redes generales de salud (Sanchís Fortea, Gual i Solé, Pedreira Crespo, Szerman Bolotner, De la Fuente Darder, Bobes García), en particular con la red de salud mental (Ferré Navarrete, Torrens Melich, Palau Muñoz, Maldonado López, Rubio Valladolid)³⁴. Más específicamente, según Pérez Hernando, la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud habría de establecer con claridad las prestaciones que se ofrece, así como los recursos encomendados a cada unidad (en semejante sentido se pronunció Pedreira Crespo). Igualmente, para esta propia compareciente, el Sistema Nacional de Salud debiera ofertar acciones en materia de:

A. Detección precoz³⁵, promoviendo en especial una intervención psicosocial y farmacológica en las fases tempranas de los trastornos adictivos (Bobes García).

B. Policonsumo (también destacado por Bobes García).

C. Patología dual y enfermedades infecciosas. Rubio Valladolid insistió en este aspecto con particular relieve (también De la Fuente). Para Szerman Bolotner, «debería existir una red integrada, interdisciplinar y flexible de tratamiento de la patología dual».

D. Comunicación con la red de pacientes no drogadictos y de salud mental³⁶. Pedreira Crespo e Insúa Olveira subrayaron igualmente esta necesidad, que esta última compareciente extendió a la de perfeccionar el tratamiento de las adicciones «sin sustancia».

E. Refuerzo de los dispositivos móviles y flexibles, que se aproximen al territorio para el apoyo a pacientes y familias a través de planes de prevención local (Hernández Torres)³⁷.

²⁹ Muy frecuentemente, por ejemplo, «los medios de comunicación elevan a la categoría de héroes a personas adictas» (Gual i Solé).

³⁰ Al decir de Cañuelo Higuera, nuestros jóvenes «ahora se colocan para salir». En términos, muy parejos, de Mora Rosado: «Yo bebo para ir de fiesta» (ya no se trata de que, como antes, «mis padres bebían cuando iban de fiesta»); o de Gual i Solé: «Es normal emborracharse los fines de semana».

³¹ Calderón Balanzategui fue muy contundente respecto de esta idea: «No sólo y todo es diversión, el ocio es capital para el consumo, y cuando se sale una noche nueve horas, no se puede no consumir»; de hecho, «el ocio supone el 80% del consumo y esta pauta es única de España».

³² Como indicó la propia Montserrat Magrané, «La droga no existe, sólo existen las drogas».

En tanto que Gual i Solé, al hilo de la campaña «Bebe con moderación, es tu responsabilidad», indicó que no sólo el consumidor debe asumir tal responsabilidad, sino también la industria alcoholera, las empresas publicitarias, la industria del ocio, los gobiernos, los parlamentarios, etc.

³³ Ferré Navarrete añadió dos acciones más concretas: promover una adecuada categorización para los nuevos trastornos y trasladar los avances en materia de investigación de las adicciones con sustancias al resto de las adicciones y viceversa. Mientras que Calderón Balanzategui propuso además evaluar la labor de investigación.

³⁴ Rubio Valladolid subrayó además la necesidad de adecuar la práctica médica a los conocimientos científicos.

Como muy expresivamente señaló Castiella Lafuente, «no existe el drogólogo», siendo muy conveniente la especialización e incluso la sub-especialización (Palau Muñoz, Pedreira Crespo, Szerman Bolotner). Esta integración en la red general, para Ferré Navarrete, debiera hacerse por etapas, a fin de evitar posibles conflictos socio-laborales, al tiempo que también abarcar a las adicciones sin sustancia (también para De la Fuente Darder o Maldonado López). Pedreira Crespo indicó asimismo que en su opinión la integración habría de responder en una primera etapa a criterios funcionales, y sólo después a pautas orgánicas, con tres grandes objetivos: la consideración de la drogadicción como enfermedad, el rigor científico en la prevención y tratamiento, y la coordinación de actuaciones.

³⁵ Para Cañuelo Higuera, es específicamente preciso con este fin, el disponer de herramientas de fácil manejo en la atención primaria.

³⁶ Como apuntó Pérez Hernando, la Comunidad de Madrid ha propuesto oficialmente la inclusión de dichos elementos en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

³⁷ Ferré Navarrete propuso la creación de tres tipos de unidades: psiquiatría de la adicción, deshabituación para alcohólicos y deterioro cognitivo causado por las adicciones. Torrens Melich también sugirió crear la primera de esas unidades.

Debe en relación con ello destacarse la existencia de un Registro colegial de medicina de adicciones, desarrollado en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que recordó De la Fuente Darder.

3. Promover la participación y el consenso institucional, así como la coordinación y la complementariedad (Molina Muñoz, Calderón Balanzategui, Hernández Torres, De la Fuente Darder, Palau Muñoz)³⁸, también con la sociedad civil (Castiella Lafuente, Pérez Hernando, Ferré Navarrete, Calderón Balanzategui, Mora Rosado). En concreto, para Pérez Hernando, y a tal efecto, es necesario un sistema de información homogéneo y completo³⁹; igualmente lo cree Insúa Olveira⁴⁰.

4. Reforzar los equipos de atención primaria (en especial, por ejemplo para Gual i Solé, Pedreira Crespo o Insúa Olveira, su accesibilidad), que para Sanchís Fortea debieran ser multidisciplinarios.

5. Potenciar los programas de reducción de riesgos (Cañuelo Higuera, Rubio Valladolid), con los siguientes objetivos inmediatos:

- A. Incrementar el contacto con los pacientes.
- B. Prevenir enfermedades infecciosas.
- C. Aumentar la frecuencia de contactos con la red asistencial (Sanchís Fortea)⁴¹.

6. Diversificar los modelos de tratamiento, en función de los perfiles de los pacientes y de sus necesidades (Molina Muñoz, Sanchís Fortea, Hernández Torres, Mora Rosado, Pedreira Crespo, De la Fuente Darder)⁴², así como de las sustancias de que se trate (Calderón Balanzategui)⁴³; Mora Rosado fue muy claro al afirmar, respecto de una de tales sustancias, que «es preciso matar el paradigma de la heroína»⁴⁴.

En este contexto, algunos expertos propusieron favorecer tratamientos a largo plazo, siguiendo la pauta de las enfermedades de tipo crónico, como la diabetes (Torrens Melich, Maldonado López)⁴⁵.

Así como simplificar los criterios de diagnóstico (Ferré Navarrete), introduciendo técnicas de vanguardia, como la neuro-imagen (Palau Muñoz, De la Fuente Darder).

Otros expertos proponían explorar la posible obligatoriedad de ciertos tratamientos (Castiella Lafuente); si bien, para Sanchís Fortea, sobre la base de recomendaciones previas⁴⁶.

7. Promover la interdisciplinariedad en los tratamientos, pues para Mora Rosado, «son necesarios servicios plurales, no una pluralidad de servicios (VIH, penitenciarías, psiquiatría, etc.)»⁴⁷.

Igualmente, es necesario cultivar la dimensión social del tratamiento, e integrarla en el mismo (Pedreira Crespo, Insúa Olveira, Bobes García), dado que la droga es un problema sanitario, pero también social (Mora Rosado)⁴⁸.

³⁸ Para Pérez Hernando, respecto de por ejemplo las estrategias de prevención, «faltan mecanismos de información homogéneos a escala nacional para este tipo de programas, por lo que no se puede evaluar su correspondiente eficacia».

³⁹ La Comunidad de Madrid ha propuesto también oficialmente la creación de un sistema de información homogéneo (Pérez Hernando).

⁴⁰ Otros expertos mencionaron la conveniencia de recuperar para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas el rango de Secretaría de Estado, pues de este modo volvería a tener una mayor capacidad de maniobra en todos los ámbitos (Molina Muñoz y aunque con menor concreción, Calderón Balanzategui)

⁴¹ El propio Sanchís Fortea aportó dos ejemplos de posibles programas de reducción de riesgos:

— El tratamiento con metadona, que genera disminución de consumos ilegales, decremento de la criminalidad y una mayor retención de pacientes en otros programas colaterales.

— Y el intercambio de jeringuillas, en el que también insistió Insúa Olveira (junto al «sexo seguro»).

⁴² En particular, los sistemas de atención no sólo deben ocuparse del drogadicto, sino también del consumidor no adictivo. Asimismo, debe prestarse especial atención médica y psicológica al consumidor o adicto menor de edad, pues hasta el 50% del consumo experimental (durante 2008) está situado en el tramo entre los 14 y los 19 años (Royo Isach, Rodríguez Gil).

⁴³ «La droga que no es ni tabaco ni alcohol no debe tratarse como alcohol o tabaco»; en este sentido, y por ejemplo, los controles de alcoholemia que hasta ahora se efectúan en exclusividad sobre el alcohol deben ampliarse a otras sustancias (Royo Isach). Calderón Balanzategui sugirió trabajar en general en semejante línea respecto de los accidentes de tráfico.

⁴⁴ Palau Muñoz propuso también fomentar tratamientos psicológicos con evidencia empírica, sobre las siguientes bases:

— Terapias cognitivo-conductuales, a fin de conseguir un mayor autocontrol en el drogodependiente.

— Prevención de recaídas (cognitivo-conductuales para mantener la abstinencia).

Gual i Solé sugirió por su parte potenciar las terapias en materia de abstinencia.

⁴⁵ Como aseveró Maldonado López, «el fin del tratamiento de la diabetes hoy en día es que el paciente pueda llevar una vida normal sin complicaciones, mientras que en el futuro habrá de ser la curación»; en relación con las drogas, «debería aplicarse el mismo esquema».

Casas i Brugué está de acuerdo con este enfoque, pues en su opinión es necesario suministrar heroína al heroínmano, que de esta manera se autorregulará, del mismo modo que lo hace un diabético a quien se suministra insulina: por eso debe para este experto procederse así con los programas de mantenimiento relativos a cualesquiera tipos de drogas (en la línea de la metadona o de la heroína recién mencionada).

Mientras que Palau Muñoz propuso, en este mismo orden de tratamientos crónicos, las siguientes vías principales de actuación:

— El que denominó «modelo matrix de tratamiento intensivo», con una articulada combinación de métodos para la relación positiva terapeuta-paciente.

— Un enfoque multi-componente de reforzamiento comunitario (de elevado coste, pero mayor rendimiento que el anterior), basado en incentivos.

— Psicoterapia de apoyo y expresiva.

— Consejo o asesoramiento en materia drogas.

— Incremento motivacional, al ritmo del paciente.

— Terapia grupal, de bajo coste y alta eficacia, con grupos de auto-ayuda, especialmente en los períodos iniciales (90-100 días desde el último consumo).

⁴⁶ Otros sugirieron facilitar la disponibilidad de los mejores medicamentos posibles (De la Fuente Darder).

⁴⁷ De ahí que deba combatirse el hecho de que el paciente «pase todo el día de cita en cita» (Mora Rosado), en un «peloteo» de dependencia a dependencia, pues tan pronto aparece una drogadicción, se eclipsan las demás patologías colaterales (Molina Muñoz, Palau Muñoz o Szerman Bolotner, quien se refirió al problema como «el síndrome de la puerta equivocada»). Torrens Melich incidió también en este problema y subrayó que tales patologías colaterales se dan con mucha frecuencia y son de toda índole (psíquicas, físicas, sociales, etc.).

⁴⁸ También lo piensa así Calderón Balanzategui, por tres razones: Los deterioros físicos no resultan inmediatos con algunas sustancias; la droga genera a menudo violencia (incluso familiar); asimismo, la droga produce con frecuencia accidentes de toda índole.

Este compareciente (e Insúa Oliveira) apuntaron por ello la conveniencia de adoptar soluciones integrales y multidireccionales, que cubran el área sanitaria, pero también las de la educación o el trabajo.

8. Casas i Brugué propuso tender hacia una legalización sanitaria controlada de ciertas sustancias, como remedio terapéutico para el enfermo: se trataría de una estrategia intermedia entre la liberalización absoluta (que obviamente no resulta recomendable, dado el riesgo de acceso incontrolado, en especial por parte de los jóvenes y adolescentes) y la prohibición (también desaconsejable, por someter a los pacientes a un sufrimiento innecesario)⁴⁹.

9. Propiciar la dignificación, tanto de los pacientes, como de los profesionales⁵⁰, como de los espacios asistenciales (Gual i Solé)⁵¹.

Más singularmente, promover la atención de dignidad a las colectividades más débiles, como en ocasiones mujeres⁵², largos consumidores, niños y jóvenes⁵³, excluidos sociales, inmigrantes o reclusos (Sanchís Fortea, Hernández Torres, Mora Rosado, Castiella Lafuente, Insúa Oliveira, De La Fuente Darder)⁵⁴.

Por último, facilitar la reinserción del drogodependiente, en la línea de incrementar su capacidad y capacitación profesionales, entre otras facultades (Pérez Hernando).

10. Ensayar otras fórmulas efectivas, en cuanto que científicamente demostradas, como la subida de precios de drogas legales, la elevación de la edad mínima de consumo, o el control del número y densidad de los distribuidores de sustancias (Gual i Solé); siempre y en cualquier caso, asegurando la evaluación, tanto externa como interna, de cuantas actuaciones se emprendan (Bobes García).

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA PONENCIA

A. INTRODUCCIÓN

La Comisión agradece la colaboración que al trabajo de la Ponencia han prestado todos los comparecientes. Las intervenciones de los expertos y representantes de distintas entidades que han comparecido han sido ilustrativas y han aportado elementos de juicio para el debate en la Ponencia, planteando cuestiones importantes.

Antes de entrar a reseñar las conclusiones y recomendaciones a las que ha llegado la Ponencia, ésta considera necesario hacer una reflexión sobre las claves que tienen que marcar una nueva forma de abordar los sistemas de tratamiento y atención en drogodependencias y adicciones en el futuro más próximo.

Cada vez son más los profesionales que plantean un escenario distinto, en el que se salta del tradicional concepto de dependencia a otro más general y actual que engloba mucho mejor lo que está pasando. Este nuevo planteamiento conlleva inevitablemente tratar el tema de las adicciones de forma más global, incluyéndose en sus premisas tanto las adicciones clásicas —a una sustancia— como las adicciones sin sustancia, especialmente el juego patológico y la adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En estos meses de trabajo, la Ponencia no se ha quedado solamente en la dilucidación de si eran correctos y/o suficientes los sistemas de tratamiento actuales, ni solamente si las políticas que se están llevando a cabo son realmente efectivas. Se ha intentado indagar más allá, para intentar entre todos marcar el rumbo a seguir y las líneas maestras que deberían trazarse tanto por las diferentes Administraciones Públicas como por parte del resto de actores.

Una de esas líneas maestras en las que hemos coincidido es la necesidad de dignificación desde una perspectiva ética tanto de los pacientes, como de los profesionales y de los espacios asistenciales.

En el transcurso de las diferentes comparecencias ante la Ponencia, se ha puesto de relieve en reiteradas ocasiones la necesidad de abordar el tema de las adicciones desde un doble aspecto de dignificación. Por una parte, los

⁴⁹ Casas i Brugué insistió en que «las drogas mejoran la calidad de vida del paciente psiquiátrico drogodependiente»; en esta línea se sitúan los experimentos de tratamiento ensayados por Suiza, basados en la hipótesis de que «quizá los heroínómanos necesitan de la heroína». Estados como el citado, así como Alemania, los Países Bajos, Dinamarca o el Reino Unido autorizan por ejemplo la heroína en el tratamiento de los pacientes heroínómanos. Maldonado López se sumó a esta tesis, sin desdeñar por ello la importancia del tratamiento psico-social, esquema que entiende por ejemplo aplicable tanto a la heroína como a la cocaína.

⁵⁰ De la Fuente Darder reclamó a propósito de ello una actualización de los conocimientos y de la especialidad profesionales, que debiera culminar en un nuevo régimen para los médicos especialistas sin titulación oficial (MESTOS), concretado en un diploma de capacitación específica en adicciones (dentro de una determinada especialidad). Según este mismo experto, el régimen actualmente vigente para esta colectividad no permite computar como ejercicio en Psiquiatría el servicio en tratamiento de drogas.

⁵¹ Pedreira Crespo abundó por su parte en la conveniencia de solventar los desajustes en el encaje del personal de atención al drogodependiente, así como problemas colaterales como el temor entre dicho personal a perder protagonismo o el desinterés de los gestores de redes públicas.

Castiella Lafuente resaltó la conveniencia de retribuir más adecuadamente a los profesionales en esta materia.

⁵² Pese a todo, según Gual i Solé, las mujeres responden mejor que los hombres al tratamiento, pues aunque éste puede ser el mismo, las mujeres lo cumplen con mayor fidelidad.

⁵³ Según Castiella Lafuente, una colectividad especialmente sensible es en este sentido la de los preadolescentes, sobre todo los más vulnerables.

Por su parte, Calderón Balanzategui recalco la conveniencia de corresponsabilizar a los jóvenes de su futuro y opciones.

⁵⁴ Para Mora Rosado, «el consumo se ha democratizado, pero no sus efectos, pues siempre son mucho peores para las personas más desfavorecidas, en forma de centros de segundo nivel o de falta de intimidad (como sucede con los autobuses de metadona), entre otras cosas».

nuevos retos del futuro deben superar situaciones de marginalidad y exclusión social, esto es, cambiar la imagen de la gente a la que se atiende, siendo imprescindible para modificar el patrón del paciente atendido por drogodependencia u otra adicción que, definitivamente, se considere la adicción como una enfermedad, una enfermedad crónica y, por tanto, al adicto como un enfermo crónico. Esta apreciación nos tiene que llevar a una atención integral, y no podremos hablar de integralidad en la atención si ésta no conlleva la dignidad y el respeto a la intimidad del paciente.

El propio perfil del paciente, en ocasiones policonsumidor y/o afectado por patología dual, la necesidad de la atención a la personalidad adictiva, en general, incluyendo las nuevas adicciones, nos indican que hay que ensanchar más los criterios para adaptarse a las nuevas realidades que estamos viviendo, además de que se hace imprescindible mejorar tanto la formación de los profesionales como la coordinación de las redes de tratamiento.

A.1 Las adicciones, personalidad adictiva y patología dual

La terminología de drogas es una terminología obsoleta, anclada en el pasado y sin perspectiva de futuro.

La palabra «drogas» está estigmatizada y nos transporta a una época de finales del siglo pasado con unos conceptos simplistas de las adicciones; «drogas», nos hace pensar únicamente en las adicciones ilegales con sustancias, concepto que actualmente está muy superado.

La palabra adicciones como «pérdida del poder de control de la conducta» es la palabra a utilizar ya que nos traslada a la realidad actual y al futuro que viene, siendo esta la única palabra con capacidad de aglutinar las adicciones con o sin sustancias tanto legales como ilegales (alcohol, tabaco, medicamentos hipnótico-sedantes, heroína, cocaína, anfetaminas, cannabis, ludopatía, ciber-póquer, móviles y otras nuevas tecnologías de la información y la comunicación, compras y sexo compulsivo, etc.) dando una visión más amplia y menos sesgada de la situación actual y de las estrategias a abordar en el futuro, siendo necesario generalizar oficialmente el término «adicciones» como palabra que construye la realidad del mundo anteriormente llamado de las «drogodependencias» y que incluiría las adicciones clásicas a las drogas, más las adicciones sin sustancias.

Es crucial diferenciar entre los conceptos de consumo de drogas y adicción a las drogas. El consumo suele ser circunstancial, pudiendo o no acompañar al sujeto que lo practica a lo largo de su vida. Por el contrario, las conductas adictivas son enfermedades crónicas recidivantes y evitables que constituyen un problema de salud pública. Los adictos experimentan una verdadera compulsión con efectos placenteros, que les impide alejarse del consumo. Son los factores individuales genéticos, de personalidad y trastornos psíquicos, los determinantes de la vulnerabilidad para la adicción, esta personalidad adictiva nos lleva a un individuo que organiza su vida en función de la búsqueda y consumo de productos con o sin sustancia con gran capacidad adictiva, siendo incapaz de controlar su dependencia a pesar de los severos daños físicos, psíquicos y sociales a que se ve abocado, manteniendo su adicción para no sufrir un síndrome de dependencia o abstinencia; esta evolución, puede llevarlo a múltiples enfermedades y complicaciones psicosociales.

Los trastornos adictivos se pueden asociar a trastornos psiquiátricos; esta doble patología es lo que se denomina patología dual, cuyo conocimiento es importante para el abordaje unificado de la patología psiquiátrica y de la conducta adictiva de estos enfermos.

A.2 Dignificación y abordaje sociológico de las adicciones

La sociedad debe ser informada de lo que significan las adicciones, para que pueda comprender el problema que suponen para los que lo sufren, sus familiares y toda la sociedad en general. No estamos hablando solo de los adictos a sustancias (drogas) sino también a los adictos sin sustancias: al juego, a la comida compulsiva, al sexo, a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación u otras.

El conocimiento del substrato neurobiológico de las diferentes drogas, de las adicciones, o de la predisposición genética de algunos individuos, si es claro y comprensible, ayudaría a comprender esta enfermedad, tanto para los afectados y sus familias como para toda la sociedad.

Solo cuando sean considerados por todos como enfermos crónicos serán aceptados y tratados como tales. El primer factor a tener en cuenta como en toda enfermedad es el diagnóstico, que variará en función del individuo, puesto que en ocasiones, deficiencias bioquímicas en algunas áreas cerebrales (tal como ha quedado claro a lo largo de las intervenciones de los diversos comparecientes) pueden inducir al consumo de ciertas sustancias.

Así pues, la sociedad debería actuar en los dos campos: el de la prevención y por tanto el conocimiento de la enfermedad por parte de la mayoría, tanto en la predisposición genética de algunos individuos, como en su cronicidad una vez que el individuo haya entrado en el consumo adictivo; y por otra parte en el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, el cuidado y la recuperación de los enfermos.

La integración del tratamiento de las adicciones dentro del sistema público de salud sería una parte importante en la dignificación de los pacientes afectados: Igualdad, justicia, imparcialidad, equidad y solidaridad para evitar el estigma, la discriminación y la exclusión social.

B. CONCLUSIONES

B.1 Integración de las adicciones dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Como se ha venido afirmando, la adicción es una enfermedad crónica, recidivante y, lo que es más importante, evitable.

En su etiología intervienen factores sociales, psicológicos, biológicos y genéticos; son enfermedades que cuando se desarrollan se encuentran dentro del ámbito de la salud mental, reconocido en el CIE10 y DSM IV, y en gran proporción de casos asociadas a otros trastornos psiquiátricos, lo que se denomina patología dual, siendo lo lógico su integración como servicio especializado con abordaje multidisciplinar en el área de la salud mental. La integración, tanto funcional como administrativa, de la red específica de adicciones en el sistema sanitario general, no solo es un proceso deseable, sino, además, viable. Con esta medida conseguiríamos algo tan necesario como es aglutinar en una única red el abordaje y tratamiento del paciente con adicciones, huyendo de la temible dicotomía de abordaje de las drogas y de la salud mental de forma independiente, y de sus déficits de coordinación, que tanta desazón, incomprensión y falta de adherencia al tratamiento ha supuesto para los pacientes con adicciones.

La realidad actual muestra que un problema fundamental que tiene el abordaje de las adicciones en España, es que disponemos de dos redes asistenciales, una red para enfermos mentales y otra red para personas con problemas de adicción a drogas, que funcionan en paralelo y casi sin nexos de unión y colaboración. Esta circunstancia se agrava cuando se padece patología dual. Por mucha coordinación que se intenta hacer, los enfermos que tienen esos dos problemas, cuyo número va en aumento, son los que peor tratamiento tienen.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la cartera de servicios del SNS y el procedimiento para su actualización, incluye la prevención, atención y tratamiento a las adicciones, a las conductas adictivas en general, al consumidor de alcohol, trastornos del comportamiento, diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías, tanto en atención primaria y especializada, como en atención a la salud mental. En este sentido, sería preciso ver cómo se refleja la necesidad de su desarrollo y su tratamiento coordinado y generalizado en las Comunidades Autónomas.

Por tanto, se insiste, la integración, tanto funcional como administrativa, de la red específica de adicciones en el sistema sanitario general, no sólo es un proceso deseable sino, además, viable.

Es recomendable que la integración se realice de manera secuencial, comenzando por la integración funcional para llegar, posteriormente, a la integración orgánica. La integración en el sistema sanitario se sustenta en un diagnóstico y tratamiento en igualdad de condiciones con cualquier otra patología, en la mejora en la accesibilidad al tratamiento, pruebas diagnósticas y capacidad de resolución, mejorando los indicadores de calidad y gestión clínica, todo bajo el paraguas del efecto positivo que genera la normalización sobre la conciencia social del problema y la mayor facilidad para el desarrollo de estrategias de detección precoz en el propio sistema sanitario, y en donde las tecnologías de la información y la comunicación deben ser el medio que permita el acceso al sistema y que garantice la atención.

B.2 Integración de los profesionales de ambas redes

Los intentos de integrar ambas redes en ocasiones chocan con los intereses de los propios profesionales. Sin embargo, hay que buscar fórmulas para superar estas resistencias, pues es evidente que esta integración en la red sanitaria general, combinando el tratamiento en salud mental y en las unidades de tratamiento de drogas, conseguirá que el curso y la evolución del trastorno adictivo sean mejores, gracias a la normalización de la atención sanitaria al adicto.

Por motivos históricos, las drogodependencias son tratadas en redes paralelas al sistema de salud, por médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajadores sociales, que han ido formándose a lo largo de los años para atender la complejidad de estas enfermedades, que en gran número de ocasiones se asocian con otros trastornos mentales, por lo que se hace necesaria su atención de forma integral, abordando ambos, a la vez, dentro de la red de salud mental.

Esta red asistencial única, de cobertura universal, incidiría en que la atención integrada fuese normalizada, profesional, intensiva y de corta duración. Un recurso socio-sanitario para otro perfil, que posiblemente requiera otro tipo de demanda, que tendrá que ser flexible. Y esto será más factible si se impulsa que el Sistema Nacional

de Salud, dentro de su cartera de servicios, incluya a estos pacientes como pacientes que la atención primaria asista dentro de la detección precoz.

La integración de las adicciones dentro del sistema sanitario llevara al unísono aparejada la inclusión de los recursos humanos que actualmente abordan las adicciones dentro de las plantillas asistenciales de los sistemas sanitarios de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, las que a través de la Conferencia Interterritorial de Salud definirán un modelo.

La futura Ley de Troncalidad será la que aborde las posibles titulaciones y la incorporación del personal en las unidades asistenciales de dichas especialidades.

B.3 Profesionalización y especialización de la atención de las adicciones dentro de la cartera de servicios de atención primaria y salud mental

Un salto cualitativo importante fue el paso del voluntariado en el tratamiento de las drogadicciones de los finales del siglo pasado a la profesionalización, siendo el paso cuantitativo la integración de las adicciones dentro de la red del sistema sanitario y por consiguiente la profesionalización, especialización y normalización de su asistencia, como cualquier otra enfermedad.

El SNS es el entramado que debe garantizar la asistencia de estas personas; cualquiera otra red de utilización pública que exista se debe de integrar en el SNS. Los profesionales deberían estar en las mismas condiciones laborales y con las mismas responsabilidades.

Gran parte de la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamientos simples, derivación y seguimiento de las personas más vulnerables en las adicciones debe pivotar sobre la puerta de entrada al sistema sanitario, que es la atención primaria.

Es evidente que la cualificación de los médicos de atención primaria debería ser completada con cursos específicos sobre adicciones, que además de serles válidos, fueran gratuitos y valorados para su carrera profesional, pues esto les incentivaría para realizarlos. Además habría que modificar el programa de formación de los MIR de atención primaria, añadiéndole teoría y práctica en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las adicciones. Deberíamos prestar especial atención a la formación de los pediatras, ya que asisten a los niños hasta los 14 años, y por tanto serían un punto importante dentro de la prevención y/o detección precoz.

Por tanto, al hablar de atención primaria, se debe considerar también a los servicios de empresa, los centros de salud e incluso los servicios de urgencias, que en ocasiones pueden ser el dispositivo que detecte problemas en los primeros momentos.

Las adicciones conforman un grave problema de salud pública, que irá aumentando con el tiempo. Se calcula que el 75% de las consultas de psiquiatría en el año 2025 serán por problemas de adicciones y, de entre estos adictos, el 65% sufrirán trastornos psiquiátricos (patología dual).

Al ser Psiquiatría la especialidad médica que abordaría las derivaciones de las adicciones desde urgencias y atención primaria, sería conveniente abordar en esta especialidad la integración de todos los médicos que actualmente atienden a estos pacientes.

La atención de segundo y tercer nivel debe ser realizada por unidades de Psiquiatría, tanto ambulatoria como hospitalaria, y desde luego dentro de todos los programas de salud mental; esto obligaría, nuevamente, a completar la formación de estos profesionales.

Serán los equipos de salud mental los encargados de las hospitalizaciones, unidades de día y unidades de estancia en todo lo referente a adicciones.

El flujo de pacientes sería el habitual de cualquier patología y la derivación a otros recursos como comunidades terapéuticas, viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción, etc. dependerá de forma protocolizada del especialista responsable de cada caso, con un itinerario personalizado y con los controles precisos y que dicho especialista juzgue necesarios.

En cuanto a la asistencia a aquellos adictos que cumplen pena de privación de libertad, la asistencia será la misma que la prevista para cualquier otra enfermedad, no penalizando más a estas personas.

Si se quiere ser realmente útil, se debería contar con un coordinador de toda la asistencia a nivel autonómico, para que no se produzcan distorsiones en las pautas asistenciales y para poder realizar evaluaciones periódicas que puedan indicar la eficacia de la asistencia.

En un proceso de atención a personas dependientes hay que tener en cuenta aspectos que van más allá de lo sanitario y que en ocasiones requieren un acompañamiento hacia un proceso de inserción que habitualmente es responsabilidad de otras áreas de la Administración. Aunque no siempre. El hecho de ser dependiente no es sinónimo de encontrarse en situación de exclusión o que se necesite integrarse en medidas de formación, de formación laboral o de búsqueda de empleo. La dependencia puede agravar una situación de exclusión.

B.4 Tratamientos personalizados e individualizados, adaptación de los recursos a necesidades y perfiles. Perspectiva biopsicosocial

La atención de las adicciones no puede estar encaminada solo a lo clínico, ya que el abordaje del entorno es básico para unos óptimos resultados en el tratamiento del paciente, máxime cuando el consumo actual tiene mucho que ver con fenómenos culturales y grupales ligados al ocio y al tiempo libre. A la vez que se promoverán iniciativas, programas y planes de un ocio alternativo que busquen una verdadera integración.

Tenemos que partir de las premisas de que no podemos utilizar fórmulas antiguas para problemas nuevos, ya que no es lo mismo consumir que ser adicto, ni todos los consumos ni todas las sustancias son iguales. No se heredan las adicciones, pero sí existe una predisposición familiar genética, que junto a factores individuales de personalidad y trastornos psíquicos, son determinantes en la vulnerabilidad del sujeto y en el mayor efecto de las sustancias adictivas.

Hay que incidir en el aspecto social del adicto, en su reinserción familiar, laboral y social. La propia evolución desde la consideración de un drogodependiente a un enfermo conlleva el requerimiento de un tratamiento de forma complementaria y multiprofesional, tanto del aspecto biológico, como psicológico y social, considerándose este modelo uno de los más coherentes, al reafirmar el origen multicausal de la conducta adictiva, contemplando estos tres elementos en una patogenia y valorando la necesidad de diseñar programas de actuación amplios, que incidan sobre la multiplicidad de factores que se asocian a esta enfermedad.

El abordaje al paciente será de forma individualizada y multidisciplinar, como un enfermo crónico que tiene que aprender a convivir con las adicciones, con tratamientos específicos desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista social, buscando la máxima accesibilidad a recursos que se adapten a los distintos perfiles de los pacientes, optimizando la coordinación entre los múltiples recursos asistenciales necesarios.

B.5 Potenciación de nuevas técnicas de diagnóstico

El solo hecho de la aceptación en la medicina pública de las adicciones como una enfermedad crónica y recidivante más, ha hecho que se inicie la búsqueda, como es habitual en las demás enfermedades, de su origen, su diagnóstico y por último su tratamiento.

La evolución en el diagnóstico clínico en general, por imagen, «in vitro», tanto los tradicionales como los genéticos, afectará al diagnóstico de estas patologías.

La integración en las redes, tanto de salud como de salud mental, conseguirá que a las adicciones se apliquen todas las nuevas tecnologías que se van introduciendo en las demás enfermedades, ya en sus diagnósticos, ya en sus tratamientos.

Es pues vital que se produzca la potenciación de estas técnicas y su aplicación a las adicciones por parte de los poderes públicos y las autoridades sanitarias, recomendación que hicieron más de uno de los comparecientes.

B.6 Programas de reducción de daños

Los programas de reducción de daños tienen como objetivo la disminución de los efectos negativos del uso de drogas, para disminuir la morbi-mortalidad y las consecuencias psicosociales asociadas al consumo y mejorar así la calidad de vida de los drogodependientes, propiciando el contacto de los consumidores con los servicios de salud y sociales, motivando y facilitando la incorporación a centros de tratamiento.

Las estrategias que se puedan utilizar en el futuro serían muy variadas: programas de mantenimiento con sustancias agonistas y/o similares de eficacia, seguridad y trazabilidad contrastadas (metadona, heroína, anfetaminas, cocaína, nicotina, cannabis, etc.), propiciar cambios en las vías de administración, educación sanitaria en la calle, lugares de acogida, sexo seguro, intercambio y distribución de jeringuillas, narcosalas, etc.

La implementación de programas de reducción de daños representa una alternativa eficaz y posible, que no es antagónica, sino que complementa los programas de rehabilitación, donde la abstinencia total es la meta, contribuyendo a dar una respuesta más plural y realista a la problemática de la droga, con el fin de que el adicto pueda llevar una vida lo más normalizada posible.

Que existan programas de reducción de daños va a permitir que se puedan individualizar las intervenciones y adecuarlas a los objetivos que se persigan.

B.7 Potenciar la investigación en farmacología y en neurociencias

La investigación en el presente y en el futuro más inmediato debe ir dirigida, como mínimo, por los institutos o departamentos de Neurociencias, hacia las cuatro líneas básicas siguientes:

a) El desarrollo de nuevos fármacos que traten a los ya adictos, como los agonistas dopaminérgicos u otros. Nuevas pautas de tratamiento (asociación de fármacos o estandarización de los existentes) para aquellos más resis-

tentes a las adicciones más graves. Programas selectivos de tratamiento con heroína u otras, según la adicción, si se demostrase que esta ha sido producida por déficit congénito del opioide endógeno.

b) El desarrollo de vacunas que no solo hagan sentirse bien al adicto, sino que le curen, o impidan su adicción: vacunas generadoras de inmunógenos, anticuerpos realmente activos y eficaces, como las producidas por las vacunas para agentes infecciosos. Tratar de buscar vacunas útiles para diversas sustancias: cocaína, metanfetamina u otras.

c) El estudio de los marcadores genéticos.

d) Profundizar en el diagnóstico precoz de los colectivos de riesgo, mediante la determinación de las características que hacen de ellos personas más vulnerables: personas con gran tendencia a la búsqueda de sensaciones nuevas, con más impulsividad, etc.

La investigación es la base del conocimiento, y cuanto más amplio sea este, en mejores condiciones nos encontraremos para actuar.

B.8 Valorar e implementar las nuevas terapias

En el abordaje de las drogodependencias se ha ido avanzando en las últimas décadas en el conocimiento de la enfermedad adictiva, tanto en su etiología como en el desarrollo del proceso, lo que ha permitido ir implementando nuevas técnicas diagnósticas y nuevas terapias psicológicas y farmacológicas, aunque en múltiples casos los medicamentos no vienen con la indicación para las adicciones, por más que exista evidencia científica de ello.

Habrà que implementar estas técnicas diagnósticas y los tratamientos de una forma protocolizada, a efectos de que se tenga un acceso a ellas de forma igualitaria para todos los pacientes.

Las propias adicciones y los trastornos psiquiátricos añadidos pueden provocar graves deterioros neurológicos, siendo de gran importancia poner en valor la Neuropsiquiatría y técnicas de neuroimagen para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes adictos.

Tenemos que abordar de forma decidida la investigación de las llamadas vacunaciones y desarrollo de anticuerpos con inmunógenos específicos, con gran expectativa de futuro sobre todo en los casos de monoconsumo de sustancias. Sirva de ejemplo el caso específico de la nicotina y cocaína, sustancias adictivas sobre las que actualmente se está investigando con resultados no concluyentes, pero sí esperanzadores.

De cualquier modo, el proceso investigador va siempre a remolque de los nuevos consumos y de los policonsumos, y por tanto es un asunto complicado.

El SNS tiene que incorporar a su vademecum, dentro de lo posible, cualquier terapia (farmacológica o no) que haya demostrado su efectividad.

B.9 Prevención, detección precoz y seguimiento de las adicciones

Las dependencias son consecuencias del modelo de sociedad. Los valores que se transmiten determinan las conductas. Si «todo vale» para conseguir lo que se quiere, las sustancias también valen para divertirse. Por lo tanto las estrategias de prevención deben ir dirigidas hacia el conjunto de la sociedad y no solamente hacia los más jóvenes. Es necesario hacer especial hincapié en la población adulta, que es quien tiene capacidad de modificar los valores en la sociedad.

Pero también hay que tener en cuenta que los cambios que sufren los valores en la sociedad se escapan de las posibilidades de intervención desde las Administraciones encargadas de la prevención.

A la hora de planificar estrategias de prevención no podemos olvidar que este tipo de fenómenos sociales son muy complejos y que se alimentan de múltiples fuentes, algunas que todavía se nos escapan, y otras sobre las que, aun estando identificadas, no tenemos capacidad de incidir. Trabajar el espíritu crítico del modelo de sociedad puede ser una estrategia útil.

La atención primaria en salud tiene que jugar un papel primordial, por la disponibilidad de profesionales suficientemente formados y por ser una red muy cercana al ciudadano, aunque pueda tener también sus limitaciones.

Por ello, una mejora de la coordinación, implicando a la atención primaria para la detección precoz, adaptando los recursos a los pacientes, puede contribuir a conseguir una atención integral desde la perspectiva biopsicosocial.

B.10 Prestar especial atención a los colectivos más vulnerables y a las nuevas adicciones

Como ya se ha mencionado anteriormente, nuevas realidades requieren nuevos planteamientos.

Un nuevo modelo de atención socio-sanitaria en el consumo de drogas y adicciones debe hacer hincapié en la atención a los colectivos más vulnerables, los menores, las mujeres con problemas adictivos, las personas con exclusión social y también los programas de atención a las adicciones en prisión.

Entre otros aspectos, hay que seguir trabajando para adaptar los protocolos de intervención y la oferta terapéutica a los jóvenes adolescentes y a sus familias, así como para crear también programas diferenciados de los otros colectivos de usuarios. Para ello, los avances serán más rápidos si se refuerza la coordinación, desde protocolos de detección, de derivación y de intervención que sean comunes y totalmente transversales, servicios sociales, salud mental, centros especializados, educación, o justicia.

La oportunidad desde lo público de trabajar de una forma integral, al posibilitar actuar coordinada y transversalmente con las diferentes áreas que intervienen en una problemática como la que estamos tratando, puede mejorar los resultados en la atención a los más jóvenes.

En línea con lo expuesto al principio de estas conclusiones, una nueva concepción del tema de las adicciones de forma más general, nos debe llevar a la atención normalizada de las adicciones sin sustancia, como el juego patológico y la adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, tal como ya se realiza en parte de las Comunidades Autónomas a través de su inclusión en los respectivos planes de trastornos de conductas adictivas.

B.11 Reinserción familiar, laboral y social

Al hilo de lo también antes manifestado respecto de estos asuntos, la participación y el consenso institucional, promoviendo la coordinación entre todas las instituciones que trabajen en el ámbito de los trastornos de conductas adictivas, deben marcar las líneas de futuro.

Varios son los ámbitos de acción: familiar, educativo, laboral y socio-sanitario. La familia es un factor esencial de la reinserción y su papel se hace prácticamente imprescindible si deseamos obtener un resultado adecuado y duradero. Una familia de forma individualizada tiene pocas expectativas de introducirse en un programa determinado. La promoción y apoyo de asociaciones familiares de lucha contra las drogas debe ser una constante de la acción pública. Se generan entornos de confianza, de apoyo y afectividad, que hacen que las familias no pierdan la esperanza, especialmente en casos graves.

Asimismo, la familia puede jugar un papel determinante en el diagnóstico precoz de cualquier proceso, tanto de forma aislada como en colaboración con otras estructuras, cuales son los centros educativos.

Pero cuando aparecen los problemas, la familia también tiene que participar. De una parte como sujeto que también sufre y padece el problema, y de otra, como colaborador necesario para ayudar al miembro protagonista del proceso. Hay que ofrecer recursos educativos y formativos para que las familias puedan cumplir con el objetivo de ayudar a la persona que padece la adicción.

El trabajo es un antídoto para el mundo de las drogas. Una persona con una tarea determinada, obligaciones concretas, parte de un equipo, ve aumentada su autoestima, lo que le hace más fuerte en su lucha personal contra la adicción a la droga. Proponemos una mayor implicación de la Administración en la promoción de programas específicos con empresas que estén dispuestas a acoger y dar empleo a estas personas. Para ello proponemos crear un marco específico donde se valoren los aspectos de responsabilidad social corporativa que motiven al sector empresarial. Se pueden analizar y estudiar temas relacionados con la fiscalidad o prestaciones sociales.

Respecto a la inserción laboral tenemos un camino largo por recorrer. Si incorporamos la forma de actuar en red y consideramos la consecución de una independencia económica a través del trabajo como parte del proceso, las carencias personales, si la hubiera, tendrían que afrontarse desde el primer momento de la intervención.

Una consideración que puede requerir reflexión es el artículo 54.f) del Estatuto de los Trabajadores, en cuanto considera como causa de despido la embriaguez habitual o la toxicomanía si repercuten negativamente en el trabajo. Es la única enfermedad que es causa de despido, pero no es la única enfermedad que puede repercutir negativamente en el trabajo. Esas otras no son causa de despido. Si es enfermedad, se le debe ofrecer y facilitar el tratamiento a quien la sufre. Puede ser necesario apartarlo del puesto de trabajo si existe riesgo para su salud, para terceros o para bienes, pero de ahí al despido media un gran trecho.

Con los dos pasos anteriores estaremos en condiciones de pedir a la sociedad la aceptación y acogimiento que estos enfermos necesitan para una verdadera vida plenamente integrada.

B.12 Coordinar y optimizar los recursos entre las Administraciones Públicas y su interrelación con la iniciativa privada

Es necesario optimizar la coordinación y la cooperación entre todas las Administraciones implicadas en el desarrollo de políticas de drogas, siendo este aspecto considerado como prioritario en el Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas tiene que ser quien vertebre e impulse estos aspectos entre la Administración del Estado, las Comunidades Autónomas y las Administraciones locales, en función de sus respectivas competencias, y no solo entre estas, sino también con la iniciativa privada, todo ello en el marco del desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

No pueden quedarse fuera de este impulso las organizaciones sociales, los agentes sociales y los profesionales, fundamentales todos ellos junto con las Administraciones para elaborar criterios comunes, establecer prioridades y formular objetivos en los programas de prevención, protección y control.

Promover el trabajo en red entre los recursos públicos y privados garantiza la coordinación y optimización de los mismos. Esto requiere una tarea previa, que es la de determinar la responsabilidad indelegable de las Administraciones frente a los administrados.

Por otra parte, es necesario también aumentar la coordinación y la cooperación en el ámbito internacional, tanto en lo que se refiere a la reducción de la demanda como de la oferta, potenciando los acuerdos bilaterales entre Estados, manteniendo la presencia en el seno de los organismos internacionales y favoreciendo el intercambio de experiencias con la iniciativa privada.

B.13 Ámbito penitenciario de las adicciones. Propuestas de mejora

Un porcentaje muy alto de las personas que cumplen condena de privación de libertad en nuestro país tiene relación con las drogas, tanto en consumo como en tráfico de las mismas, relación que lógicamente no termina con su ingreso en el sistema penitenciario.

Considerando al consumidor como un enfermo, el sistema penitenciario deberá poner el máximo esfuerzo posible en la atención de estos pacientes y convertir esta situación en una oportunidad, para que respetando la libertad de las personas, se cree un verdadero «espacio de salud pública», que ayude a superar su dependencia de las drogas.

Desde el ámbito penitenciario se deben poner todos los medios posibles para ayudar a estas personas a abandonar una práctica dañina para su salud y que dificulta su reinserción social al finalizar la condena.

Hay que dar la máxima prioridad al objetivo de evitar la entrada de drogas en los centros penitenciarios, poniendo todos los medios materiales y personales necesarios para la consecución de tal fin y estableciendo estrategias globales de intervención.

En el ámbito de las intervenciones sobre la demanda, para el diseño de los programas de prevención, asistenciales y de reincorporación social es necesario tener en cuenta los importantes cambios producidos en los últimos años, y muy en concreto, el policonsumo como patrón de consumo más generalizado.

Otros aspectos a tener en cuenta son la necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas, atendiendo prioritariamente a poblaciones en riesgo, introducir la perspectiva de género en los objetivos y dar un impulso a las medidas de cumplimiento alternativo a la prisión, mejorando la oferta de centros públicos que reúnan las condiciones terapéuticas y de seguridad necesarias.

Asimismo hay que reforzar los programas de educación para la salud, mejorar la información sobre las drogas, evitar el inicio del consumo, reducir conductas de riesgo y dotar a los internos de recursos y habilidades sociales suficientes para poder afrontar con éxito su normalización e integración en la sociedad.

En estos momentos hay cientos de personas que cumplen condena en centros terapéuticos de la red asistencial pública. Esto ha supuesto un gran avance respecto a lo que sucedía hace 20 años. Incluso en las prisiones existen comunidades terapéuticas, grupos de atención a drogodependientes y espacios libres de drogas.

B.14 Adicciones y seguridad vial

La relación entre el consumo de drogas legales e ilegales y la disminución de las facultades psicomotrices y cognitivas de los conductores está demostrada científicamente.

El consumo de drogas y el ocio se encuentran en estrecha relación. Los desplazamientos por y para el ocio también están estrechamente relacionados, sobre todo los fines de semana a determinadas horas.

La tolerancia social a que se conduzca bajo los efectos de drogas cada vez es menor. Existe una sensibilidad clara a que estas conductas asociadas, consumo de drogas y conducción, no se permitan.

La Estrategia de Seguridad Vial debe tener entre sus prioridades continuar con la reducción del consumo de bebidas alcohólicas y drogas de los conductores.

Debe en este sentido perseguirse dos objetivos operativos:

- 1) Desarrollar acciones preventivas para tratar el consumo de bebidas alcohólicas y drogas en la conducción.
- 2) Consolidar las acciones de control de la norma.

Esta prioridad se debe tratar, básicamente, desde cuatro áreas de actuación:

- Desde la comunicación: Poniendo en marcha campañas de información y concienciación sobre los riesgos de las bebidas alcohólicas y drogas tóxicas en la conducción y promoviendo la implicación de la sociedad civil en iniciativas de prevención.

- Desde la norma y su cumplimiento: Realizando el seguimiento del reincidente a partir del permiso por puntos, la realización de campañas de vigilancia y control para evitar el consumo en la conducción, y el estudio de la implantación del alcolock para determinados colectivos que puedan presentar este problema.
- Desde la salud y la seguridad vial: con la creación de un programa de rehabilitación de los conductores reincidentes en sanciones penales por bebidas alcohólicas y drogas tóxicas, y que tengan que ingresar en prisión.
- Desde la sensibilización de los profesionales sanitarios en los distintos niveles (médicos de familia, servicios de urgencias...), para que tengan una mayor implicación en la prevención de los efectos que provocan las bebidas alcohólicas y drogas tóxicas durante la conducción e integren en sus consultas, cuando el paciente así lo requiera, consejo sanitario sobre los riesgos asociados al alcohol y la conducción.

En resumen, es necesario aumentar la percepción de riesgo de la relación de drogas y accidentes de circulación, e implementar la combinación de las campañas informativas actuales que incidan en la relación accidentes y alcohol, con otras específicas sobre los riesgos derivados de la conducción bajo los efectos de las drogas.

Supone un paso adelante muy importante la generalización y aplicación en su totalidad de la moción 662/000107, aprobada por unanimidad de todos los grupos parlamentarios en el Pleno del Senado (Abril 2010), orientada a cambios legislativos y dotación de material que permita tener acceso a los fluidos corporales para la medición de las tasas de drogas legales e ilegales prohibidas en la conducción, como forma de hacer cumplir la legislación vigente, que tipifica como infracción muy grave la conducción de vehículos habiendo ingerido bebidas alcohólicas y/o bajo los efectos de estupefacientes y psicotrópicos.

B.15 Evaluación

La evaluación de las políticas públicas se presenta como una exigencia de una sociedad democrática, que se basa en la participación y transparencia en las actuaciones. Si queremos avanzar en la consecución de resultados concretos, si deseamos aplicar aquellas medidas que realmente ofrecen avances, necesitamos de la evaluación continua y de la comparabilidad de los planes autonómicos. Los cambios vertiginosos que se producen en todos los ámbitos de la vida afectan, lógicamente, al mundo de las drogas y adicciones. Nuevas sustancias, nuevos patrones de consumo, percepción de las personas, costes sanitarios, costes económicos directos, programas desarrollados en otros ámbitos... constituyen factores que deben ser analizados para acertar en las políticas que debemos impulsar.

La evaluación de los programas en el ámbito de las drogas y adicciones, a través de instituciones externas de evaluación, tanto en el ámbito de la salud como en el ámbito económico, debe estar orientada al mejor conocimiento objetivo de los resultados de los mismos, a la adopción de posibles medidas correctoras, y a la integración de forma coordinada de todas las políticas que las distintas Administraciones llevan a término.

C. RECOMENDACIONES

1. La Comisión considera que las adicciones son un problema que afecta a toda la sociedad, en nuestro país y en todo el mundo. Las estrategias preventivas deben reforzarse, diseñando programas que se acerquen a la realidad actual, atendiendo a las problemáticas específicas.

Se deben implantar programas de promoción de la salud desde edades muy tempranas, junto con información científica y veraz de las consecuencias que tiene el consumo de drogas, así como las adicciones en general, aunque no sean dependientes de una sustancia.

2. La Comisión considera que se debe extender la terminología y concepto de adicciones, en el sentido de ampliar su perspectiva, pues utilizar un concepto más amplio nos permite incluir las adicciones que no comportan el consumo de sustancias, especialmente el juego patológico y las adicciones a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, que representan un problema muy importante en nuestra sociedad.

3. La Comisión considera la posibilidad de que en un futuro se plantee que el Plan Nacional sobre Drogas se convierta en un Plan Nacional sobre Adicciones.

4. La Comisión cree necesaria la integración orgánica y funcional de las adicciones, como enfermedad crónica y recidivante, dentro del Sistema Nacional de Salud y por ende en los sistemas sanitarios públicos de todas las Comunidades Autónomas. Esta inclusión llevará aparejada la integración de los recursos humanos que actualmente abordan las adicciones. El Sistema Nacional de Salud debe asumir la asistencia a las personas que padezcan adicciones en términos de igualdad y equidad con el resto de pacientes.

5. La Comisión entiende que se debe reforzar la formación específica de los profesionales que intervienen en el proceso global de atención a las drogodependencias y otras adicciones, como son, entre otros, los equipos de atención primaria, especialmente en los servicios de pediatría, psiquiatría y también en la atención de urgencias.

La detección e intervención precoz es fundamental para conseguir buenos resultados en los tratamientos, considerando siempre la adicción como una enfermedad que genera daños sobrevenidos.

6. La Comisión apuesta por los tratamientos personalizados e individualizados de los pacientes adictos, siempre desde un abordaje multidisciplinar y con perspectiva biopsicosocial, optimizando para ello todos los recursos disponibles. Es necesario también profundizar en el abordaje de programas dedicados específicamente a los colectivos más vulnerables, como pueden ser jóvenes o mujeres.

7. La Comisión considera imprescindible potenciar la investigación en nuevas técnicas de prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las adicciones. En este sentido consideramos que los programas de reducción de daños han jugado un importante papel y por lo tanto no solo deben ser mantenidos, sino implementados en el sentido de que los pacientes puedan llevar una vida lo más normalizada posible.

8. La Comisión valora la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación para entrelazar los recursos públicos y privados a nivel nacional e internacional. La Comisión apoya y reconoce la labor de las ONGs y asociaciones nacionales e internacionales, pero considera imprescindible que se refuerce la colaboración de estas con las Administraciones responsables.

9. La Comisión apuesta por la reinserción como objetivo fundamental: reinserción familiar, educativa, laboral y social, que tiene que contar con los actores fundamentales, la familia, la escuela, la empresa y la sociedad. Será por tanto necesario dotar a estos actores de la formación adecuada y de los recursos necesarios para que puedan cumplir su papel, pues ninguno de ellos puede sentirse desamparado cuando tiene en su entorno un problema de adicción. La creación de foros sociales puede ser una buena herramienta, junto a la promoción de asociaciones en el ámbito de la reinserción y la prevención.

10. La Comisión considera que los cambios introducidos en la legislación, así como la dotación de nuevos materiales para el control de la conducción bajo los efectos de las drogas, va a contribuir, junto con las campañas informativas, a elevar la percepción del riesgo y a sensibilizar a la población en general del peligro de conducir bajo los efectos de las drogas. Hay que continuar por tanto con esta prioridad, adoptando todas las medidas necesarias.

11. La Comisión cree necesario hacer un esfuerzo para incrementar los cumplimientos alternativos de penas, sobre todo para las personas que estén cumpliendo condena por delitos relacionados con su consumo. Para ello es necesaria una mayor colaboración entre Administraciones, a fin de poder disponer de más centros públicos donde se pueda realizar el cumplimiento. Al mismo tiempo, se tienen que reforzar todos los programas de educación para la salud en el interior de los centros penitenciarios, con el objetivo de evitar el inicio en el consumo y hacer en los centros penitenciarios verdaderas escuelas de salud pública.

12. La Comisión considera que todas las actuaciones deben realizarse teniendo en cuenta la perspectiva de género, toda vez que la problemática de la mujer es específica, y más cuando hablamos de adicciones: su impacto es mayor a todos los niveles y su reinserción más complicada. Tienen que tener por tanto un tratamiento específico y orientado claramente a solucionar esas complicaciones añadidas.

13. La Comisión valora la evaluación como la herramienta más adecuada para poder comprobar el grado de cumplimiento de los objetivos marcados.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>



Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**