

Plan Nacional sobre Drogas (1985-2025)

Análisis y evaluación de las políticas públicas españolas sobre adicciones

Josep Bernabeu-Mestre (coordinador)
María Eugenia Galiana-Sánchez
Alba Martínez-García
Noelia Navarro-Aranda
Maria Tormo-Santamaria
Eva María Trescastro-Lopez
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

El contenido de esta publicación se ha desarrollado gracias a la colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

AGRADECIMIENTOS:

Francisco de Asís Babín Vich, Leonor Cano Pérez, Luís de La Fuente Hoz, Gabriel Fuentes González, Julia González Alonso, Andrés González Canelo, María Jesús Manovel Báez, María Marcos Salvador, Carmela Moya García, José Ángel Oñorbe de Torre, Luciano Poyato Roca, Elena Ramón Cercas, Francisco Pascual Pastor, Gonzalo Robles Orozco, Rosario Sendino Gómez, Santiago de Torres Sanahuja y Joan Ramón Villalbí Hereter.

COORDINACIÓN:

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

AUTORES:

Bernabeu-Mestre, Josep (coordinador); Galiana-Sánchez, María Eugenia; Martínez-García, Alba; Navarro-Aranda, Noelia; Tormo-Santamaria, María; Trescastro-Lopez, Eva María.

CITA RECOMENDADA:

Plan Nacional sobre Drogas 1985–2025. *Análisis y evaluación de las políticas públicas españolas sobre adicciones. Proyecto Historia del PNSD*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 114 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-25-071-6

Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)

1. Miguel Solans Soteras
(1985-1992)

Santiago de Torres
Subdelegado

**2. Jesús García-Villoslada
Quintanilla**
(1992-1993)

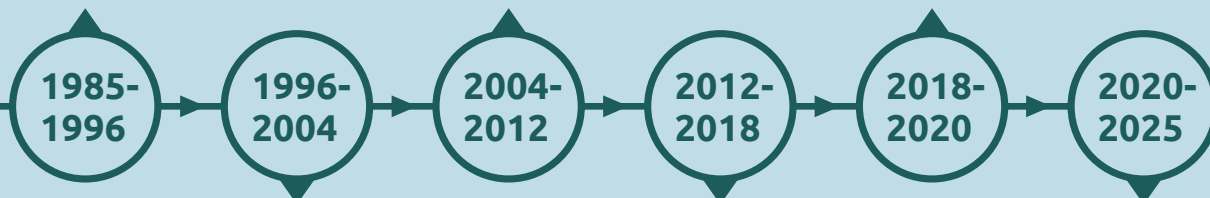
3. Baltasar Garzón Real
(1993-1994)

4. Carlos López Riaño
(1994-1996)

7. Carmen Moya García
(2004-2010)

8. Nuria Espí de Navas
(2010-2012)

**10. María Azucena
Martí Palacios**
(2018-2020)



5. Gonzalo Robles Orozco
(1996-2003)

6. César Pascual Fernández
(2003-2004)

**9. Francisco de Asís
Babín Vich**
(2012-2018)

**11. Joan Ramón Villalbí
Hereter**
(2020-2025)

ÍNDICE

Introducción	5
Capítulo 1. Los orígenes del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD): una política de Estado, basada en el consenso	9
Capítulo 2. Los inicios del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD): 1985-1996	26
Capítulo 3. La consolidación del PNSD y la integración de las actividades de reducción de la demanda y la oferta: 1996-2004	45
Capítulo 4. El regreso del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) al Ministerio de Sanidad: 2004-2012	63
Capítulo 5. El refuerzo de la perspectiva de salud pública en el abordaje de los nuevos retos: 2012-2018	76
Capítulo 6. El PNSD y la creciente complejidad del fenómeno de las adicciones: 2018-2024	87
Capítulo 7. La perspectiva de las administraciones locales: la contribución de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) al desarrollo del PNSD	96
Capítulo 8. El papel de las Organizaciones No Gubernamentales en el desarrollo del PNSD	102
Capítulo 9. El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) desde la perspectiva de las sociedades científicas de estudio de las adicciones	109
Epílogo	116

Introducción

Las adicciones se han convertido en las últimas décadas en uno de los principales retos epidemiológicos que ha tenido que afrontar la sociedad española. Representan un problema de salud pública que obedece a una etiología multifactorial, impacta tanto a nivel individual como familiar y comunitario, y tiene consecuencias muy variadas, de índole económica, política, jurídica, sanitaria y social.

Al abordar la evolución de la problemática de las adicciones en la España de las décadas finales del siglo XX y las primeras del siglo XXI, se deben considerar diferentes etapas y cambios de paradigma que han estado explicados por las características y la significación otorgada a las sustancias consumidas.¹

Antes de los años ochenta, aunque existían problemas con diversos consumos —como el alcohol o el tabaco—, las drogodependencias no estaban consideradas un problema social. Sería en los años finales de 1970 y en particular en la década de 1980, cuando tuvo lugar la eclosión de nuevos consumos —con la heroína a la cabeza— y la conceptualización de las adicciones como “un problema social”.²

Como recordaba Domingo Comas Arnau al ocuparse de la percepción social de los problemas asociados a las adicciones,³ antes de la eclosión de las mismas como problema social, las drogas se percibían sólo como el comportamiento desviado de ciertas personas, cuya naturaleza “viciosa” los llevaba a adquirir dichos hábitos y, por tanto, no representaban un riesgo muy importante ni para la sociedad ni para las familias, porque sólo afectaban a estas “personas viciosas”. Se trataba de una visión social que incluía el alcoholismo, pero entendido como tener “demasiado vicio” con dicha sustancia, algo que contrastaba con la conducta de consumo “normal” de alcohol y tabaco. Sin embargo, como también señalaba Comas, en la década de los años sesenta todo cambió. Además de iniciarse el consumo de heroína, comenzó a aumentar el consumo de alcohol, después el del tabaco, cuyo consumo se amplió a adolescentes y mujeres, y al final de la década el de cannabis. Para Domingo Comas, se trató de un proceso que surgió en paralelo al desarrollismo económico y al impacto cultural que supuso el turismo: “los españoles salimos de pobres, nos asomamos al mundo, comenzamos a consumir y las drogas aparecieron entre nosotros”.⁴

1 Navarro Botella, José. El consumo de drogas. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 14-29 (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf).

2 *Ibidem*, p. 26.

3 Comas Arnau, Domingo. La percepción social de los problemas. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 77-94 (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf).

4 *Ibidem*, p. 82.

Para autores como Emiliano Martín,⁵ fue entre 1975 y 1985, cuando con la irrupción masiva de drogas ilegales, el fenómeno de las adicciones “sorprendió a la sociedad española”. El problema se fue extendiendo y consolidando en un “contexto sociocultural como el de la transición democrática” a la par que tenía lugar una escasa respuesta institucional, hasta la puesta en marcha en 1985 del Plan Nacional sobre Drogas. En las motivaciones de muchos consumidores de opiáceos “subyacían actitudes de carácter contracultural e ideológico relacionadas con un fenómeno de la época denominado “pasotismo”, expresión que recogía muy gráficamente determinadas posiciones de desencanto, insatisfacción y un cierto nihilismo en determinados sectores juveniles”.⁶

A todo ello se sumó la dimensión de problema de salud pública que adquirió el consumo de “drogas no institucionalizadas”, como ocurría con la heroína, y su coincidencia con la aparición de la epidemia de infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral.⁷

Tras la disminución de los consumos que habían producido una mayor alarma social, emergió un nuevo paradigma, al instaurarse una cierta normalización de los consumos de drogas, a pesar de persistir el problema y adquirir nuevas dimensiones.⁸ Como han apuntado diversos autores, la percepción social mayoritaria consideraba que “el tema de las drogas” era algo del pasado, “un tema ya resuelto de lo que se encargaban los especialistas”.⁹

Se trata de una evolución que muestra el carácter cambiante del fenómeno de las adicciones y la necesidad de ir adaptando las respuestas institucionales y las políticas de salud a los nuevos retos.

Aunque se han publicado diversos trabajos que han aportado reflexiones y han analizado los logros alcanzados y algunos de los problemas y limitaciones que ha condicionado la lucha

5 Como recordaba Emiliano Martín, los únicos servicios existentes eran los dispensarios antialcohólicos que tuvieron un cierto valor como referentes de los posteriores centros de tratamiento ambulatorio sobre drogas. El hecho más relevante, por lo que representaba de novedoso, fue la aprobación del Decreto 3032/1978 de 15 de diciembre sobre la creación de una Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas (Martín González, Emiliano. *Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro*. *Papeles del psicólogo*, 2000; 77: 3-12).

6 *Ibidem*

7 Colom Farran, Joan. Las drogas como problema de salud pública. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 229-245. (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf). Para este autor, la irrupción de la epidemia VIH/sida hizo que su control se convirtiera, al inicio de los años noventa, en “un objetivo básico de las políticas de salud pública en España, condicionando de forma directa las prioridades de las políticas asistenciales en el ámbito de las drogodependencias”.

8 Navarro Botella, José. El consumo de drogas. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 14-29 (p. 27). (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf).

9 Domingo Comas Arnau (La percepción social de los problemas. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 77-94 (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf). Para este autor, la percepción social del problema de las adicciones sólo podía modificarse desde la propia sociedad civil pero, en su opinión, en España se contaba con una “sociedad civil débil que sólo se ocupaba de los casos extremos cuando eran muy sangrantes y estaban de moda”.

contra las adicciones,¹⁰ parecía oportuno dedicar una atención monográfica a la que sin duda ha sido la principal apuesta: el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), que se impulsó como una política de Estado en 1985 y que cumplirá cuatro décadas en 2025.¹¹

Además de contribuir a la recuperación y conservación de la memoria histórica del PNSD, el análisis de las estrategias que se han ido sucediendo para abordar el problema de las adicciones puede ayudar a entender los actuales retos y problemas, y aportar elementos de reflexión para abordar el futuro del PNSD.

La historia del presente —el marco conceptual en el que hay que situar la investigación que se ha llevado a cabo—, va unida a la memoria de los testigos vivos y sus recuerdos se convierten en una fuente esencial (lógicamente junto con otras que permiten contrastarlas) para la reconstrucción de una historia que estudia procesos en curso, que analiza fenómenos inacabados o limitados a un tiempo muy cercano al presente del historiador, como ocurre con el PNSD. Por esta razón, el interés de la investigación se ha visto reforzado por la oportunidad de aprovechar el recurso de la historia oral, al poder entrevistar, junto a otros informantes clave, a la mayoría de los protagonistas que participaron en la puesta en marcha y desarrollo del PNSD y en particular a quienes han ostentado el cargo de titulares de la Delegación del Gobierno para el PNSD.¹²

-
- 10 Véase, por ejemplo, los trabajos: Alonso Sanz, Carlos. La prevención del consumo de drogas en España: evolución y propuestas para la reflexión. *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3-4): 367-381; Anchuela Galán, Ignacio. El acceso a la Información sobre Drogodependencias. El Centro de Documentación del Plan Nacional sobre Drogas. *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3-4): 353-366; Del Río Gracia, María del Carmen. Recursos de Internet sobre drogodependencias: la hoja web del Plan Nacional sobre Drogas. *Trastornos adictivos* 1999;1(1): 3-6; Del Val Carrasco, José. Fuentes de información sobre drogodependencias en España: una visión histórica. *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 26 (3-4): 353-366; Riesgo Moreno, C. El Plan Nacional sobre Drogas 1985-2005: ¿qué hay de nuevo? *Rev. Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 (Supl. 3): 15-33; Rodríguez de Fonseca, F. et al. La investigación en drogodependencias. *Trastornos adictivos* 2006;8(2): 15-32; De la Fuente, Luis. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 505-520; Gómez Gómez, Olga; Martín Nieto, Javier. *Estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género*. Madrid: UNAD, 2012; Martín, Emiliano. El Observatorio Español sobre Drogas. *Trastornos adictivos* 1999;1(2): 81-90; Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009; Rivera Álvarez, Joaquín María. El Plan Nacional sobre Drogas: un modelo de coordinación estatal de las actividades prestacionales de nuestra Administración. *Cuadernos de Trabajo Social*, 1995; 8: 259-270; Sánchez Avilés, Costanza. *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales. El caso de la política de drogas en España*. Tesis doctoral, Universitat Pompeu Fabra, 2014; Fernández Rodríguez, María Aránzazu; Dema Moreno, Sandra; Fontanil Gómez, Yolanda. Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones. *Revista Española de Drogodependencias* 2020; 45 (1): 10-25.
- 11 Como antecedente más destacado de los que pueden ofrecer una panorámica de cómo se gestó el PNSD y el contexto en el que tuvo lugar, hay que mencionar el apartado “Historia de las adicciones y su abordaje en España (1985 a 2005)”, recogido en el capítulo de libro que publicó en 2009 Joaquín Santodomingo Carrasco: “Historia de las adicciones y su abordaje en España”. En: Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Socidrogalcohol, 2009, p. 36-83 (p. 70-72).
- 12 En el marco del proyecto de investigación “Historia del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), 1985-2025. Análisis y evaluación de las políticas públicas españolas sobre prevención de las adicciones y reinserción social de las personas afectadas y el papel de las administraciones locales”, financiado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), fueron entrevistados: Francisco de Asís Babín Vich, Leonor Cano Pérez, Luís de La Fuente Hoz, Gabriel Fuentes González, Julia González Alonso, Andrés González Canelo, María Jesús Manovel Báez, María Marcos Salvador, Carmela Moya García, José Ángel Oñorbe de Torre, Luciano Poyato Roca, Elena Ramón Cercás, Francisco Pascual Pastor, Gonzalo Robles Orozco, Santiago de Torres Sanahuja y Joan Ramón Villalbí Hereter.

La aplicabilidad de los resultados está asociada, por tanto, a la propia finalidad de la investigación, la de comprender el presente recurriendo al estudio del pasado. El recorrido por las cuatro décadas de funcionamiento del PNSD, no sólo permite evaluar y analizar lo que ha supuesto la continuidad de la política pública que encierra, con sus luces y sus sombras, sino que también ofrece conclusiones y reflexiones que pueden ayudar a abordar los retos que tenemos planteados en materia de prevención de adicciones y de reinserción social de las personas afectadas por las mismas. El análisis diacrónico y los testimonios recogidos, permiten conocer en qué medida se alcanzaron los objetivos de los programas de prevención y reinserción y cuáles fueron los obstáculos y dificultades que se tuvieron que superar. Las lecciones del pasado pueden ayudar a no repetir los mismos errores y ayudar en el diseño de aquellas estrategias que resulten más efectivas.

CAPÍTULO 1.

LOS ORÍGENES DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD): UNA POLÍTICA DE ESTADO, BASADA EN EL CONSENSO

En julio de 1985 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicaba un folleto titulado *Plan Nacional sobre Drogas*, con el fin de dar a conocer la filosofía y los objetivos del mismo.¹³

En el prólogo, firmado por el ministro Ernest Lluch Martín (1937-2000), se indicaba que el Plan respondía a una demanda de la sociedad española y a la falta de respuestas por parte de las Administraciones Públicas. Hasta ese momento los esfuerzos por abordar la problemática de la droga eran insuficientes, a excepción de lo que se llevaba a cabo desde las Fuerzas de Seguridad del Estado, algunos servicios sociales públicos y privados, contados ayuntamientos o el trabajo desarrollado por las asociaciones de padres y madres de afectados. Las personas consumidoras de drogas, o que se encontraban próximas a “una persona drogadicta”, descubrían que no existían recursos suficientes para lograr su curación y que cuando se les proporcionaba un tratamiento, el fracaso era habitual. Una precariedad de recursos que se veía complicada por la asociación que se establecía entre consumo de drogas, delincuencia e inseguridad ciudadana.

Se trataba, en cualquier caso, de un problema que no era nuevo, pues como se recordaba en el texto “El consumo de drogas es anterior en nuestra sociedad, puesto que no solo se circunscribe a las drogas ilegales, sino que existen hábitos de consumo de alcohol, tabaco y fármacos [...] elementos muy disgregadores de la convivencia social [...] con el alcohol como la droga con efectos más destructores y que afecta a mayor número de población”.

El ministro reconocía la importancia que habían tenido las iniciativas de las cámaras legislativas, Senado y Congreso, a la hora de hacer frente al problema de las adicciones y en particular en el impulso de una política como la que se proponía en el Plan Nacional sobre Drogas. El 10 de mayo de 1984, el pleno del Senado aprobó crear una Comisión Especial de Investigación sobre Tráfico y Consumo de Drogas en España,¹⁴ y a finales de aquel mismo año el Gobierno aceptó establecer un Plan Nacional a propuesta del Congreso de los Diputados.¹⁵ Como se indicaba en el Informe final de la Comisión creada en el Senado: “Se trataba de conectar con lo que sucedía en la realidad y poner de manifiesto la preocupación de los Poderes públicos ante el gravísimo problema que representaba el tráfico y el consumo de drogas [...] reconociendo que el problema tenía hondas raíces sociales e históricas”.

Ante la Comisión Especial de Investigación sobre Tráfico y Consumo de Drogas en España comparecieron, entre otros, José Jiménez Villarejo, fiscal especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas; Octavio Aguar, autor del libro *Drogas y fármacos de abuso* (Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia, 1982); Pedro de Vicente, Inspector de

13 *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, 1985. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pnd1985.pdf>

14 Informe de la Comisión Especial de Investigación sobre el Tráfico y Consumo de Drogas en España. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. II Legislatura. 25 de noviembre de 1985, número 206. Disponible en: <https://www.senado.es/legis2/publicaciones/pdf/senado/bocg/10206.PDF>

15 Fue en el debate sobre el Estado de la Nación de 1984 donde se abordaron los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas. En la sesión de 27 de octubre de 1984, se aprobaba una moción para la “Elaboración de un Plan de Prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de las personas con drogadicción”. El 20 de marzo de 1985, el Gobierno presentó en el Senado las líneas directrices y finalmente fue aprobado bajo el nombre de Plan Nacional sobre Drogas por el Gobierno el 24 de julio de 1985.

Aduanas de Algeciras, quien informó sobre los problemas de la introducción de drogas ilícitas en España; Florentino Gómez Mesa, Jefe de la Brigada Central de Estupefacientes y Pedro Rodríguez Nicolás, del Gabinete de Coordinación de la Brigada Central de Estupefacientes, quienes aportaron datos sobre la lucha contra el tráfico ilícito, decomisos, detenciones, líneas de tráfico, etc.; César Braña Pino, Presidente del Instituto Nacional de Consumo, quien comentó las campañas de prevención a desarrollar por el Ministerio de Sanidad; María Jesús Manovel, Jefa de la Sección de Programas del INSERSO (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social), la cual expuso el problema del tratamiento y rehabilitación o reinserción social de las personas drogadictas; Ángel Lara Ronda, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, quien informó sobre el tráfico y consumo de drogas en las prisiones y sobre el tratamiento de los/las reclusos/as drogodependientes; Francesc Freixa Sanfelú, Jefe de la Sección de Drogodependencias del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya y Presidente de la Sociedad Científica Española para el Estudio de las Drogodependencias, con el fin de presentar el programa de drogas de la Generalitat de Catalunya; Miguel Ángel de la Cal, Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre la metodología a seguir en la confección del Plan Nacional sobre Drogas; Javier Aizpiri Díaz, director del Centro Coordinador de Drogodependencias del Gobierno Vasco, para informar sobre el programa sobre drogas en Euskadi; Joaquín Guillén Gómez, director general de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, para presentar el programa de drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid; Antonio Martínez Sánchez, secretario general de la Consejería de Sanidad y Seguridad Social de la Comunidad Autónoma Balear y Jaume Gómez Carbonell i Rigo, asesor-coordinador del Centro de Prevención y Tratamiento de las Toxicomanías de las Islas Baleares.

Además, la Comisión recabó información a partir de un cuestionario enviado a las Consejerías de Sanidad y/o Seguridad Social de las comunidades autónomas; a los alcaldes de las capitales de provincia; a las diputaciones provinciales y a comunidades terapéuticas y entidades asistenciales (Véase anexo I).

En materia de recursos de carácter asistencial la Comisión tuvo especial interés en recabar información sobre las comunidades terapéuticas y otros centros asistenciales. Para ello llevó a cabo visitas a diversos dispositivos asistenciales en distintas regiones españolas, como los Centros Remar y de la Cruz Roja, ambos en Madrid, o programas de las comunidades autónomas, como el Centro Coordinador de Drogodependencias-Droga Arazo Koordinakundea (DAK) en el País Vasco, que se había creado en 1982, y el Programa DROSS (Drogas y Servicios Sociales) del Ayuntamiento de Barcelona, también de los primeros años ochenta; así como centros tutelados por organizaciones religiosas como el Centro Español de Solidaridad/ Proyecto Hombre de Madrid, la Comunidad Terapéutica de Hontanilla (Guadalajara), dependiente de la Asociación Madrileña de Ayuda al Toxicómano (AMAT), gestionados por personas exdrogadictas como el de *Le Patriarche* o de carácter privado, como el Centro Profesional de Drogodependencias de la Sierra de Cazorla (Jaén).

A partir de las comparecencias, los datos recogidos y las visitas realizadas, finalmente la Comisión elaboró un Informe-Diagnóstico del problema de la droga en España, que se hizo público en noviembre de 1985, cuando ya estaba en marcha el PNSD.

Para los redactores del Informe, la cuestión de las drogas ocultaba realidades distintas, percibidas también de manera diferente por la sociedad española y por los grupos sociales. Existía en la opinión pública el estereotipo de asociar la droga únicamente a las sustancias ilegales, a problemas de seguridad ciudadana y a los sectores juveniles como únicos protagonistas; cuando, en realidad, la sociedad española tenía que soportar el gravísimo problema del abuso y dependencia de drogas legales (alcohol, tabaco) que generaban año tras año “un número de muertes indeterminado pero elevado, enfermedades, accidentes laborales y de circulación, y un coste económico crecidisimo”. Sin embargo, no se percibía al alcohol y al tabaco como drogas. Otro tanto ocurría con los fármacos de abuso, consumidos por un grupo heterogéneo en edades y condiciones, o con la difusión de sustancias psicoactivas y productos químicos destinados en su origen a otros usos.

Había que conseguir que la drogodependencia pasara a ser considerada una enfermedad social, superar estereotipos, fomentar la percepción como drogas de todas las sustancias adictivas y articular, en consonancia, una capacidad de respuesta global de la sociedad española ante el fenómeno de las “toxicomanías”.

Al recordar los antecedentes históricos del problema de la droga en España,¹⁶ el Informe destacaba que su consumo tenía raíces distintas en función de las sustancias. La presencia española en el norte de África se destacaba como favorecedora del consumo de los derivados del cannabis. El alcoholismo, que había experimentado un gran incremento a partir de la guerra civil, estaba fomentado por el nulo control existente, en la práctica, sobre puntos de venta, publicidad o difusión a menores. Así mismo, el elevado consumo de fármacos se había visto favorecido por la falta de control desde el punto de vista legislativo y la desidia de las autoridades administrativas, “que llegaron a convertir a España en el país productor de las anfetaminas que abastecía toda Europa.”

También se destacaban como factores favorecedores de las adicciones la medicalización de los problemas sociales o los procesos migratorios del campo a la ciudad, “con el subsiguiente desajuste en el modo de vida y la alteración de las escalas tradicionales de valores y de los roles familiares”, o la aglomeración en la periferia de las grandes ciudades de grandes masas de población sin servicios, infraestructuras o alternativas de ocio.

16 Con anterioridad a la iniciativa parlamentaria de 1984, en 1973 se había constituido una Comisión Interministerial para analizar los problemas del consumo de drogas. Los resultados de los trabajos que llevó a cabo la Comisión, se plasmaron en 1974 en un informe titulado “Memoria del Grupo de Trabajo para el Estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas” (Madrid: Ministerio de la Gobernación, 1975). Con aquella iniciativa se daba continuidad a los trabajos, que dieciséis años antes, en 1958, había desarrollado la Comisión Interministerial para el Estudio del Problema del Alcoholismo y del Tráfico de Estupefacientes, y cuyos trabajos se plasmaron en una memoria, coordinada por la Dirección General de Sanidad, que fue publicada en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (“Memoria del Grupo de Trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes”, volúmenes 5-6, 1958). En 1978, la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas, adquirió la condición de permanente tras la promulgación del Real Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31078>). Aunque el objetivo era conseguir la coordinación de las acciones que, en materia de lucha contra las adicciones, llevaban a cabo los distintos ministerios, “ni las competencias que se le atribuyeron, ni su composición eran las más adecuadas” (*Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1986*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica, 1987, p. 8).

La situación sociopolítica y económica explicaban igualmente la dimensión que llegó a alcanzar la problemática de las drogas. Se hacía referencia “a la crisis política del franquismo, como fenómeno que abría las puertas a la mixtificación de quienes identificaban la crisis del régimen, de sus leyes y sus normas, con la crisis de un modelo social y de sus pautas de comportamiento”. Esta situación empeoró durante la primera etapa de la transición democrática por el agravamiento de la crisis económica y una de sus previsibles secuelas, el “desencanto” ideológico. De esta forma, entre las “causas de índole psicológica”, en el Informe se recogían “los problemas de tensión emocional propios de la vida urbana moderna, los desequilibrios de la preadolescencia y adolescencia, o la falta de estabilidad de algunos miembros de familias problemáticas”.

Como se puede comprobar todo un conjunto de consideraciones relativas a la cuestión de la demanda o consumo, pero el Informe también hacía referencia a la existencia de una oferta generalizada, tanto para las drogas legales como para las ilegales, que tenía detrás intereses económicos poderosos, y que era capaz de crear la demanda con técnicas de publicidad sofisticadas y sólidas redes de distribución. De hecho, el mercado de las drogas ilícitas, se convirtió en un sistema de explotación de los sectores juveniles, que una vez atrapados, eran obligados a colaborar en la distribución y a obtener el precio de la mercancía mediante su trabajo lícito o ilícito (prostitución, delincuencia). Un entramado que proporcionaba importantes beneficios a medianos y grandes traficantes, que blanqueaban su capital con la colaboración de redes financieras internacionales.

El sistema de explotación del negocio de la droga que se desarrolló en España a partir de los inicios de la década de 1970 supuso un cambio en la consideración tradicional de la sociedad española hacia las drogas: “las legales, integradas, no estigmatizadas y ampliamente toleradas [...] las ilegales, como elemento desintegrador, estigmatizado en la sustancia y en los consumidores, y con amplia demanda de represión generalizada”.¹⁷

En relación con el impacto real de las adicciones, en el Informe se afirmaba “que los datos estadísticos disponibles sobre el número de personas consumidoras, abusantes y drogodependientes eran escasos, seguían metodologías distintas y diferían en porcentajes apreciables”. No era posible, por tanto, ofrecer cifras de validez contrastada que permitiesen situar el problema en sus exactas dimensiones, “aunque sí se podían realizar aproximaciones muy estimables”.

Las drogas legales (alcohol y tabaco) mostraban el porcentaje más alto de consumidores en estratos sociales y grupos de edad muy diferentes. La extensión del uso de estas drogas a las mujeres, la generalización del consumo entre los adolescentes y su nulo control, hacían prever “un gravísimo aumento de su ya seria problemática, en años futuros”. Para los redac-

17 Sobre la dimensión y el impacto social, económico, político y cultural que alcanzó el problema de las adicciones en la España de las décadas finales del siglo XX, se pueden consultar entre otros, los trabajos de Perfecto Conde Murais acerca de *La Conexión Gallega: del tabaco a la cocaína*. Foca (Ediciones y Distribuciones Generales), 2018), el de Estaban Ordoñez, sobre “Heroína y Transición: ¿narcóticos de Estado o síntoma de una sociedad rota? (Publicado en ctxt (contexto y acción) y disponible en: <https://ctxt.es/es/20180117/Politica/17297/Esteban-Ordo%C3%B1ez-heroina-estado-esp%C3%A1a-arriola-droga.htm>) o el de Álvaro Heras-Gröh, titulado *La atracción del abismo. Auge y caída del consumo de heroína en Euskadi (1970-2000)* (Bilbao: Ediciones del Gallo de Oro, 2021).

tores del Informe, “la existencia de una cultura que había integrado en sus comportamientos el consumo y abuso de unas drogas, legalizándolas, era el caldo de cultivo propicio para que se desarrollara la demanda de drogas ilícitas”. Se preveía una sustitución del consumo tradicional por otro que multiplicaba o alteraba los efectos placenteros.

En 1985, dentro del capítulo de las drogas ilegales, la más problemática era la heroína, “detectándose una cierta desvalorización (o menor impacto social) en las áreas de mayor consumo, mientras seguía extendiéndose a otras áreas hasta ese momento no castigadas”. El fenómeno más preocupante era el de la extensión de la cocaína, “publicitada como una droga de efectos menos drásticos, igualmente gratificante y socialmente prestigiosa”. Con todo, el cannabis, en sus diferentes formas, era la más utilizada, con un nivel de consumo relativamente estabilizado y con tendencia al descenso.

El problema del abuso de consumo de fármacos mostraba un grupo de usuarios heterogéneo, en el que se entremezclaban jóvenes que los asociaban con otras drogas y grupos importantes de adultos. Los inhalantes afectaban a un contingente más reducido y geográficamente más concentrado, de niños en edad escolar. El consumo de alucinógenos era muy marginal y casi siempre en asociación con otras drogas.

En cuanto a las características del consumo y de las personas consumidoras, se podían empezar a delimitar algunas certezas sobre las drogas ilegales y distinguir entre las personas consumidoras ocasionales, las abusantes y las drogodependientes. El patrón más generalizado era el de la politoxicomanías, con el uso asociado de varias sustancias. Cuando existía una droga reina, en el caso de abusantes y drogodependientes, la heroína predominaba en la mayoría de los casos.

Los datos recogidos también trasladaban que la edad de iniciación al consumo había ido descendiendo y que el abuso no estaba correlacionado con la pertenencia a determinados grupos sociales. Aunque sí que guardaba relación con la disponibilidad de dinero y con el contacto con otros consumidores y con el entorno social. Eran la curiosidad y el contagio las dos circunstancias que explicaban en la inmensa mayoría de los casos las primeras experiencias.

En la valoración final que hacía el Informe de la problemática de la droga en la España de la década de 1980, se concluía que se no se estaba en condiciones de identificar la causa o causas determinantes del consumo de drogas y tampoco de indicar alternativas curativas infalibles. Por todo ello, se recomendaba “orientar los esfuerzos hacia una pluralidad de vías sin descartar ninguna actuación, investigación o punto de vista, pero atendiendo a las tres grandes necesidades para conseguir una actuación global eficaz: la prevención de la demanda, la reducción de la oferta, y el tratamiento y reinserción de los afectados”.

Sin embargo, antes de pasar a desarrollar estas tres líneas de trabajo, en el Informe se insistía en la importancia de la coordinación institucional y en la necesidad de definir el marco de actuación entre las distintas administraciones públicas. La existencia de un Plan Nacional sobre Drogas, resultaba fundamental para conseguir la necesaria coordinación y la figura del titular de la Delegación del Gobierno, un elemento clave para su ejecución. La coordinación

de la Administración Central del Estado con las comunidades autónomas, y de ambas administraciones con las corporaciones locales, era la que podía presentar mayores dificultades. Los límites de las competencias propias de cada administración no estaban claros, una circunstancia que exigía importantes esfuerzos de colaboración y de entendimiento.

La puesta en marcha de una estrategia global que implicase al conjunto de la sociedad española exigía importantes esfuerzos de coordinación por parte de todas las instituciones y actores implicados. Las corporaciones locales estaban llamadas a desempeñar papeles de singular importancia en las tareas de prevención y asistencia. Los gobiernos autónomos debían asumir la responsabilidad de coordinar los esfuerzos de las administraciones locales en el ámbito de su respectiva comunidad.

En relación con la prevención de la demanda, aunque se reconocía que la asociación del fenómeno de las drogas con temas de seguridad ciudadana hacía que se prestase más atención a las medidas de represión de su tráfico, se insistía en la importancia de implementar programas preventivos a medio y largo plazo. El consumo de drogas no podía ser abordado únicamente desde el punto de vista de la represión de la oferta. Una política eficaz de prevención comportaba un coste económico y social muy inferior a los programas de represión y de tratamiento, y abría perspectivas de futuro mucho más tranquilizadoras.

Los programas de prevención de la demanda debían contemplar la consideración de las “toxicomanías” como un problema de salud, y la sensibilización de toda la sociedad sobre el verdadero alcance del problema, además de proporcionar mensajes creíbles, no dramáticos y que los jóvenes pudieran compartir.

Los criterios que debían guiar los programas de prevención contemplaban la permanencia de los mensajes y no basarse en campañas puntuales, única forma de compensar el mensaje continuado de oferta de drogas. Tenía que tratarse de mensajes, como se ha indicado, positivos y particularizados. La colaboración entre las distintas administraciones resultaba fundamental para no reiterar mensajes ni anular unos mensajes con otros que pudieran resultar contradictorios. La evaluación de los programas realizados era imprescindible para la realización de una prevención ajustada al entorno.

Pero, sin duda, una de las estrategias que se consideraba fundamental para la prevención primaria de la drogodependencia era la introducción de la educación para la salud en todos los niveles de la enseñanza obligatoria y secundaria.¹⁸

Junto a la dimensión educativa y la atención a los grupos de riesgo, la prevención también debía contemplar la participación de los medios de comunicación, la movilización ciudadana, el asociacionismo juvenil y la “modificación del medio”, mediante la promoción de alternati-

18 De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se planteaba una educación para la salud, el bienestar y la convivencia. No se trataba, únicamente, de incorporar materias que pudieran introducir al alumno al conocimiento de su propio cuerpo y a la valoración de la importancia de hábitos de salud, sino la educación para la convivencia y conseguir articular en los jóvenes pautas de comportamiento positivas, para evitar actitudes grupales asociadas al consumo de drogas.

vas de ocio y el reforzamiento de infraestructuras culturales, recreativas y deportivas en los lugares con mayor índice de consumo de drogas.

En lo referente a la reducción de la oferta, el Informe consideraba, básicamente, la aplicación de medidas legislativas, la colaboración internacional —encaminada a controlar la producción, circulación, y consumo de las sustancias y compuestos químicos indispensables para la fabricación de la heroína, cocaína y de otras drogas ilícitas—, la restricción en la oferta de drogas legales (alcohol, tabaco, fármacos de abuso, colas, pegamentos y barnices) y, por supuesto, la represión del tráfico.

Se insistía en la importancia de mantener el planteamiento con el que de manera tradicional había abordado la legislación y la práctica judicial española la cuestión de las drogas ilícitas: “siempre a partir de la penalización del tráfico y la despenalización del consumo, considerando a la persona consumidora, abusante o drogodependiente, como alguien con problemas de salud, cuyo comportamiento no tiene, en principio, otra víctima que sí mismo”.

En materia de tratamiento y reinserción de las personas con adicciones, junto a la creación de una red asistencial diversificada, pero integrada y suficiente de comunidades terapéuticas, programas con metadona y centros específicos, había que dotar de medios a los programas de investigación, crear centros de documentación, y formar adecuadamente a los profesionales de primera línea (educadores, médicos o psicólogos, entre otros) y a las entidades ciudadanas cuya colaboración resultaba necesaria. Así mismo, el Sistema Nacional de Salud debía dotarse de los programas necesarios para investigar sobre el tratamiento a las personas drogodependientes y sus enfermedades asociadas, y articular los mecanismos para evaluar los programas de asistencia y rehabilitación de los mismos, a fin de determinar si los centros en funcionamiento tenían resultados positivos y qué modelos de tratamiento resultaba conveniente promocionar.

Como concluía el Informe, aunque el problema era grave y su solución distaba en el tiempo, el Senado “unía al pesimismo inevitable del análisis racional, el lúcido optimismo de la voluntad de todas las fuerzas políticas, en orden al logro para la sociedad española, y para sus sectores más desfavorecidos en particular, de mayores cotas de bienestar colectivo, de autonomía personal y de salud pública”.

Junto a la iniciativa parlamentaria de la Cámara Alta que acabamos de resumir, el Congreso de los Diputados también abordó en 1984, como se ha indicado, los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas. Fue a raíz del debate sobre el Estado de la Nación de aquel año, cuando en la sesión de 27 de octubre se aprobaba una moción para la “Elaboración de un Plan de Prevención contra la droga, que contemplase, además, la reinserción social de las personas drogodependientes”.

Para desarrollar el mandato, el Consejo de Ministros constituyó un grupo de trabajo interministerial conformado por los ministerios de Sanidad y Consumo (como coordinador), Trabajo y Seguridad Social, Justicia e Interior; así como un grupo de carácter técnico, con expertos de los ministerios mencionados, y de los de Educación y Ciencia y Cultura, Asuntos Exteriores y

de la Presidencia del Gobierno. Las directrices del Plan fueron aprobadas por el Consejo de Ministros del 20 de marzo de 1985. Estas líneas fueron presentadas con posterioridad a la Comisión correspondiente del Senado. Previamente, y por expresa voluntad del Gobierno, durante el mes de noviembre de 1984 se recabó la opinión sobre el mencionado Plan de las organizaciones sindicales, asociaciones profesionales, partidos políticos e instituciones sociales, remitiendo algunos de ellos sus propuestas, las cuales fueron tenidas en cuenta en las redacciones sucesivas.

El 11 de abril de 1985 se convocaba bajo la presidencia del ministro de Sanidad y Consumo y la presencia del de Justicia, la I Conferencia Sectorial, a la que asistieron representantes de los ministerios miembros del Grupo de Trabajo Interministerial, así como los consejeros —o sus delegados— de Sanidad, Trabajo y Bienestar Social de las comunidades autónomas de Navarra, La Rioja, Murcia, Aragón, Asturias, Andalucía, Baleares, Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid y Valencia. En el marco de dicha Conferencia se acordó la constitución de una Comisión Técnica Interautonómica encargada de estudiar el Plan y aportar al mismo sus sugerencias, además de abordar los temas que pudieran ser encomendados a la Conferencia Sectorial. A la Comisión Técnica se incorporaron representantes municipales en atención al papel significativo de los mismos en un Plan Nacional de estas características. Se establecía de esta forma una composición que resultaba homologable a la realidad europea y se abordaba la necesidad de coordinar a todas las administraciones, ya que las competencias para luchar contra la droga estaban repartidas, como se apuntaba con anterioridad, entre la administración central, la administración autonómica y la administración local. Se convocaron un total de tres conferencias y tres comisiones técnicas, además de dos reuniones con la Federación Española de Municipios y Provincias. Toda esta dinámica permitió establecer medidas prioritarias y recoger información de lo que se estaba realizando en cada comunidad autónoma.

El Plan fue aprobado por el Gobierno el 24 de julio de 1985, y en el mismo se recogían los criterios de actuación y las medidas prioritarias que por las distintas administraciones estaba previsto desarrollar en el bienio 1985-86, así como el sistema de coordinación y cooperación que hiciera posible su efectividad. También se contemplaba la presentación anual de una memoria de evaluación y proceder a una revisión de las prioridades y del modelo adoptado.

Tres eran los principales objetivos que guiaron la puesta en marcha del Plan y que fueron explicitados por el ministro Ernest Lluch en el prólogo del folleto de presentación al que aludíamos al inicio del capítulo: alcanzar un amplio consenso social, que estuviese basado en la evidencia científica y contar con los recursos necesarios. En realidad se incorporaron muchas de las consideraciones y recomendaciones que se acabaron plasmando en el Informe de la Comisión Especial de Investigación sobre Tráfico y Consumo de Drogas en España creada por el Senado y que se ha resumido en las páginas previas.

En relación con el primero de los objetivos, tras recordar que “las causas y los efectos del uso y abuso de drogas constituían un fenómeno que estaba fuertemente arraigado en el modelo social y en las pautas de conducta colectivas”, se insistía en la necesidad de solicitar la colaboración de todas las organizaciones sociales y especialmente de todas las administraciones.

Para ello se habían establecidos consultas con todos los partidos políticos y organizaciones sindicales y empresariales, impulsando, además de las conferencias sectoriales con las comunidades autónomas, diversas reuniones con representantes de la Conferencia Episcopal, la Federación Española de Municipios y Provincias y organizaciones especializadas.

La necesidad de dotar al Plan de viabilidad técnica se abordó a través de la consulta a expertos de diferentes campos y con el análisis de la experiencia internacional más próxima, al constatar que en los países más avanzados en la lucha contra las drogas se habían tenido que ir modificando las políticas, conservando las medidas que ofrecían resultados positivos y abandonando fórmulas que conducían a callejones sin salida.

Se trataba, en cualquier caso, de transmitir a través del Plan la convicción de que la lucha contra el consumo de drogas tenía que basarse tanto en la prevención individual como en la colectiva:¹⁹

“Estamos obligados a dar una respuesta de ‘choque’ en el terreno asistencial y de represión del tráfico porque todos lo percibimos como necesario. Pero, ante un problema con el que hemos de aprender a convivir durante años, solo existen soluciones preventivas a medio y a largo plazo. Hay que poner el máximo énfasis en que, traspasadas las barreras de la no adicción, es muy difícil y costoso volverlas a recorrer en sentido contrario. Organizar y disponer de más recursos es imprescindible, pero también lo es decir claramente que la superación de la adicción, incluso la esperanza en la rehabilitación, no constituyen un empeño fácil”.

El consumo y abuso de drogas era un ejemplo más de la escasa atención que se otorgaba a nivel individual a la protección de la propia salud. De ahí la importancia de mejorar la salud de la comunidad a través de cambios en los hábitos de vida, mediante la habilitación de los instrumentos necesarios y con políticas como las que planteaba el PNSD.

A todas las dificultades que se han mencionado se añadía el problema de la marginalidad que acompañaba el consumo de drogas, debido a las desigualdades que generaba el modelo social de la España de la década de 1980 y que estaban agravadas por la crisis económica y el problema del paro, particularmente el juvenil. Era necesario articular políticas en contra de la marginalidad.

Por último, en el ámbito de la oferta, el objetivo era redoblar los esfuerzos en materia de represión del tráfico de drogas y mejorar la coordinación entre las diversas Fuerzas de Seguridad del Estado; además de exigir penas más altas para los traficantes, de acuerdo con la tendencia internacional, ya que “de otro modo, se crearía un diferencial negativo para España”. De hecho, como se indicaba en la Memoria de 1987,²⁰ el PNSD se ajustaba plenamente

19 Informe de la Comisión Especial de Investigación sobre el Tráfico y Consumo de Drogas en España. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Senado. II Legislatura. 25 de noviembre de 1985, número 206. Disponible en: <https://www.senado.es/legis2/publicaciones/pdf/senado/bocg/10206.PDF>

20 *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1988, p. 5.

a los criterios de la Conferencia de Viena de junio de 1987 sobre el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas.²¹

El prólogo del ministro Lluch concluía destacando el papel tan trascendental que podían jugar las asociaciones de padres y madres de personas drogodependientes,²² tanto por la información proporcionada, como por la ayuda que podían prestar para hacer efectivas muchas de las medidas que estaba previsto implementar. Eran los y las ciudadanas, las administraciones y asociaciones de todo tipo, los actores que estaban llamados a llevar a la práctica el Plan: “Sabemos que los países que más se han esforzado en el pasado no han empezado a recoger frutos hasta transcurridos cuatro o cinco años. Firmeza, serenidad, gusto por la vida, promoción de la salud, realismo sin dramatización y esfuerzo colectivo y solidario deberían ser algunas de las virtudes que deben informar nuestras acciones”.

El documento base en el que se recogían los criterios y las recomendaciones a seguir se estructuraba del siguiente modo: una introducción donde se planteaba el problema y se apuntaba un diagnóstico de la droga en España; dos apartados dedicados a prevención (criterios generales, reducción de consumo, reducción de la oferta y acciones a desarrollar) y asistencia; las denominadas como acciones de soporte (formación de personal, información-investigación y acciones a desarrollar); la referencia a colectivos específicos (Consejo Superior de Protección de Menores, Instituciones Penitenciarias y Fuerzas Armadas); y los criterios y acciones de coordinación a desarrollar. Junto a dicho documento-base se redactaron dos anexos con las medidas prioritarias para el bienio 1985-1986 —con menciones específicas a la administración central, la coordinación interdepartamental e interautonómica y la administración autonómica—.

21 La autora Constanza Sánchez Avilés, en sus trabajos sobre *El Control de Drogas. Normas Internacionales, Desafíos Nacionales* (Valencia: Tirant Editorial, 2017) y en su tesis sobre *El régimen internacional de control de drogas: formación, evolución e interacción con las políticas nacionales* (Universitat Pompeu Fabra, 2014), señala que allí donde los tratados internacionales permiten cierto margen de maniobra a los Estados, la política española los ha utilizado para desarrollar intervenciones de reducción de daños tales como el intercambio de jeringuillas y los programas de sustitución con opiáceos, calificadas como intervenciones desviadas pero admitidas por organismos como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). En la misma situación se encontraría, como se ha comentado, la tradición jurídica española de no penalizar el consumo de drogas y la posesión de sustancias para el consumo personal. Además, recuerda Sánchez Avilés, “dada la extensión de los problemas derivados de la epidemia de heroína y VIH de las décadas de 1980 y 1990, las autoridades españolas decidieron poner en marcha las salas de consumo higiénico, objetadas de forma sistemática por la JIFE”. España habría optado, en su opinión, por aplicar un conjunto de políticas desviadas (en especial, en intervenciones de reducción de daños y de tolerancia, como ocurre, por ejemplo, con el cannabis) manteniendo un perfil modesto a nivel internacional y sin oponerse a la visión ortodoxa del régimen internacional. Este posicionamiento respondería, básicamente, a dos motivos. El primero, no asumir los costes derivados de cuestionar el enfoque prohibicionista en los foros internacionales. El segundo, la convicción que las medidas desviadas que se han aplicado en el caso español, incluyendo las salas de venopunción, encajan en el marco de los tratados.

22 Destaca la labor que llevaron a cabo colectivos como el de “Madres contra la droga”, creado en 1986 y trayectorias como la de Carmen Avendaño (Véase el reportaje de Pepo Jiménez, titulado “Un matriarcado contra el narcotráfico”, publicado en *El País* en 2019 y disponible en: <https://elpais.com/especiales-branded/pienso-luego-actuo/2019/un-matriarcado-contra-el-narcotrafico/>).

En el apartado introductorio se reconocía que el consumo de drogas se había convertido en uno de los problemas que suscitaba mayor preocupación en la sociedad española. A efectos operativos se adoptaba la definición de «droga» de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1975, indicando que se trata de sustancias “susceptibles de crear dependencias y que pueden provocar tolerancia”. Así mismo, se optaba por englobar bajo el mismo término de “persona drogadicta” o “toxicómana” a todas aquellas que usan ocasionalmente, abusan o “dependen” de las drogas, con el fin de evitar diferenciaciones que pudieran promover la marginación de determinados colectivos.

Al establecer un diagnóstico del problema del consumo de drogas en España, se aportaba una estadística de carácter orientativo, en atención a la escasa fiabilidad de la información disponible sobre el número de personas consumidoras y características de las mismas. Todo apuntaba a un aumento del tráfico de drogas ilegales desde los inicios de la década de 1980, especialmente en el caso de la cocaína y la heroína. En el caso de la primera se apuntaba un enmascaramiento de los resultados a causa del período de “silencio clínico” (de tres a cinco años) en el que tardan en aparecer los problemas de salud.

A partir de investigaciones impulsadas por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Trabajo y Seguridad Social y Cultura, las cifras de personas consumidoras habituales en España arrojan estos resultados:²³

- Alcohol (1.900.000 a 2.300.000)
- Cocaína (60.000 a 80.000)
- Heroína (80.000 a 125.000)
- Anfetaminas (550.000 a 600.000)
- Inhalables (18.000 a 21.000)
- Cannabis (1.200.000 a 1.800.000)

En el caso concreto del cannabis, se destacaba la polémica que existía sobre la peligrosidad de sus efectos para la salud y su aceptación entre los jóvenes como producto menos peligroso, convirtiéndose entre los adolescentes y los menores, junto con el alcohol, en un factor multiplicador de riesgo para el consumo de otras drogas.

También se denunciaba la asociación que solía establecerse entre el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana, identificando “persona drogadicta” con delincuente y “droga” con factor de criminalidad en un discurso más ideológico que científico ya que, normalmente, las drogas “venían a reforzar procesos de desviación social ya existentes”.

Por último, en lo relativo a la provisión de servicios asistenciales para hacer frente a un problema de estas dimensiones, se indicaba que en el caso español “la estructura de salud en

23 Como se ha apuntado, los datos reseñados tenían un valor indicativo. Las cifras de consumidores hacían referencia a una droga en concreto, sin tener en cuenta que, en su mayoría, la población de referencia era consumidora de varias drogas.

el campo de las drogodependencias era muy escasa”. Así, en el consumo de alcohol y de heroína, los servicios sanitarios se limitaban a atender patologías orgánicas vinculadas a esos consumos (infecciones, hepatopatías...). Por otra parte, los servicios sociales, aunque incapaces de satisfacer el total de la demanda asistencial, habían desarrollado programas, que en ocasiones cumplían funciones no estrictamente vinculadas a la acción social.

España había pasado en la década de 1980 de no tener ningún servicio para la asistencia o reinserción social de las personas toxicómanas, a contar, aproximadamente, con 68 servicios asistenciales de carácter ambulatorio, en su mayoría públicos y de atención gratuita y 58 comunidades terapéuticas, casi todas privadas, con subvenciones públicas en su mayoría, pero de coste muy elevado para las personas que querían rehabilitarse en las mismas. La población atendida en estos servicios era de aproximadamente 10.000 personas y la demanda potencial, con los datos disponibles, se situaba en un mínimo de 30 a 40.000, excluyendo el problema del alcohol.

Se definía al Plan Nacional sobre Drogas como “una política coherente y coordinada”. Procedía implementar “una política general capaz de frenar el consumo de sustancias que estaban dañando la salud individual y colectiva, provocando procesos de marginación social, deteriorando la seguridad ciudadana y vulnerando la autonomía de las personas”. Para ello se requería de un esfuerzo colectivo y contar con la opinión pública, las autoridades responsables, con los grupos profesionales implicados y con todo el conjunto de la sociedad civil. Para los responsables del Plan, un grado demasiado elevado de institucionalización y profesionalización de la respuesta “corría el riesgo de aislar de la sociedad a la que pertenecen a los grupos de población directamente afectados por el problema”.

Aunque los patrones existentes en el uso y abuso de las drogas exigía afrontar el fenómeno del consumo de drogas de manera diversificada, el Plan se dirigía prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos:

- Reducción de la oferta y de la demanda.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una red pública de servicios de atención, suficiente y transparente para el usuario y para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las administraciones e instituciones sociales implicadas en el problema.

La acción preventiva debía desarrollarse en el marco de “una política integral de educación para la salud y el bienestar [...] siendo necesaria la intervención en la reducción de la oferta, en los modos de vida y en las actitudes ideológicas vigentes en torno a la droga”. En el caso particular de la reducción de la oferta, la acción represiva pasaba por adaptar las medidas a las demandas detectadas en la sociedad española, la jurisprudencia existente y las tendencias expresadas por la legislación internacional, y los compromisos adquiridos a través de los acuerdos internacionales suscritos por España.

Por su parte, los criterios de asistencia contemplaban tres premisas básicas:

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

Eran los servicios sociales comunitarios y servicios básicos de salud -a los que se asignaba como funciones específicas la prevención comunitaria, información, detección de casos, atención de urgencias sociales, coordinación de los recursos de reinserción, entre otras- los que adquirirían mayor protagonismo, al ser considerados puerta de entrada a la demanda de tratamiento, junto con las urgencias hospitalarias.

A ellos se sumaban los servicios de salud comunitaria -en los primeros años ochenta reducidos a los centros de salud mental- con programas específicos de tratamiento de las toxicomanías, que debían incluir la desintoxicación ambulatoria o en hospitales. Las comunidades terapéuticas eran utilizadas como recurso de tratamiento o de reinserción social junto con los servicios sociales comunitarios.

Se trataba, en cualquier caso, de un modelo aproximativo que debía adaptarse a cada realidad autonómica, a sus peculiaridades epidemiológicas y desarrollo sociosanitario. De hecho, estaba previsto el desarrollo de planes autonómicos con el fin de coordinar niveles, competencias y servicios de las distintas administraciones, incluidas instituciones sociales sin ánimo de lucro. Así mismo, se ponía un especial énfasis en el papel tan importante que tenían que desarrollar las administraciones locales.

En concreto se contemplaban las siguientes propuestas:

- Elaboración de un modelo de atención.
- Actuación del Instituto Nacional de Salud (INSALUD): urgencias, desintoxicación hospitalaria, analítica, asistencia ambulatoria.
- Convenios-programas con las comunidades autónomas para el mantenimiento de servicios propios o concertados en régimen de internamiento y apoyo al desarrollo asociativo, en el marco de los programas de acción social.
- Convenios-programa con las comunidades autónomas para financiar, a través de los ayuntamientos, servicios de información y orientación, y centros especializados de asistencia y reinserción social.
- Desarrollo de programas experimentales.
- Regulación y registro de los tratamientos con metadona.
- Regulación de centros que presten servicios de asistencia a personas con toxicomanías.

Por último, en el capítulo de las denominadas “actividades de soporte” para superar las deficiencias observadas en el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas, destacaban las relacionadas con la formación de personal encargado de realizar las diferentes actividades²⁴ y la necesidad de disponer de un sistema informativo que permitiera evaluar la problemática del consumo de drogas y la eficacia de las medidas propuestas.²⁵ Unas medidas que debían tener soporte en proyectos de investigación capaces de generar el conocimiento necesario para planificarlas e implementarlas, así como las políticas más adecuadas en cuanto a prevención, tratamiento y reinserción.

Como se ha podido constatar en las páginas precedentes, la iniciativa para abordar el problema de la droga que con tanta fuerza irrumpió en la España de las décadas de 1970 y 1980, sobre todo de la mano de la heroína, surgió del ámbito parlamentario.²⁶ El consenso de todas las fuerzas políticas permitió establecer un primer diagnóstico y presentar toda una batería de

-
- 24 Se consideraba que existía una deficiencia notable en la capacidad de los diferentes profesionales para hacer frente dentro de sus responsabilidades a la demanda generada por el consumo de drogas. Era necesario asegurar la correcta formación en drogodependencias de los estudiantes universitarios de profesiones relacionadas con la problemática (especialmente sanitarios, sociólogos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales y profesionales del derecho). A esta formación universitaria se le debía conceder tanta o más importancia que al reciclaje de los ya titulados. Así mismo, con vistas a asegurar la participación de la comunidad en el abordaje del problema de la droga, se sugería elaborar programas de formación de los dirigentes de las asociaciones de ayuda mutua y de autocuidado relacionadas con el tema, así como establecer mecanismos que permitieran asegurar su adecuada y efectiva participación. El desarrollo de cursos de formación para profesionales de primera línea (maestros, médicos de familia, trabajadores sociales y otros líderes comunitarios) se presentaba también como prioritario. Se recomendaba, igualmente, organizar reuniones para la formación de profesionales de los medios de comunicación, con el fin de minimizar los efectos contraproducentes de algunas informaciones. El apartado se completaba con una relación de propuestas concretas a implementar: formación y perfeccionamiento del profesorado de EGB y BUP; inclusión de la atención a personas con toxicomanías en los programas MIR; fomento de la formación continuada de los profesionales vinculados a los problemas relacionados con la drogodependencia; programa de formación, investigación y cooperación técnica para la reinserción social e investigación universitaria; investigación a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS).
- 25 La información era concebida sobre todo como soporte para la planificación, destacando la necesidad de disponer de una encuesta global sobre el consumo de drogas en España. Entre las acciones propuestas en información-investigación, se indicaban: Estudio sobre validación de indicadores de prevalencia de consumo y demanda; Elaboración de un mapa de recursos de ámbito nacional; Evolución del consumo de medicamentos psicótrópicos en España; Estudio de indicadores de eficacia del rendimiento de los dispositivos de rehabilitación y reinserción social; y Desarrollo de programas bianuales de investigaciones básicas, con participación de diferentes departamentos ministeriales.
- 26 La implicación parlamentaria en el seguimiento de las actividades del PNSD y de la problemática de las adicciones ha tenido continuidad a través de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga, en la actualidad Comisión Mixta para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, que se creó en 1990 (García Vargas, Julián. Presentación. En: *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1989*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1990, p. 5). El seguimiento de los informes sobre los debates y comparecencias que ha tenido lugar en el seno de la Comisión y, en particular, las de las sucesivas personas titulares de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, representa una fuente prioritaria para poder hacer el seguimiento de las políticas sobre adicciones que se han implementado en España en las últimas décadas.

propuestas y, entre ellas, la del mandato al Gobierno para poner en marcha en 1985 un Plan Nacional sobre Drogas que ha tenido continuidad y que cumplirá cuarenta años en 2025.²⁷

En sucesivos capítulos se abordará su evolución, los cambios experimentados y los resultados obtenidos en el abordaje de una problemática, la de las adicciones, que continúa representando un grave problema de salud pública y que ha adquirido, más si cabe, una mayor complejidad.

Anexo 1

Cuestionario enviado en 1984 a las Consejerías de Sanidad y/o Seguridad Social de las comunidades autónomas; a los alcaldes de las capitales de provincia; a las diputaciones provinciales y a comunidades terapéuticas y entidades asistenciales.

1. A) ¿Disponen de algún estudio sobre la intensidad del tráfico y consumo de drogas en su ámbito territorial? ¿Qué resultados arroja? ¿Por quién ha sido realizado y con qué metodología?

1. B) ¿Hay algún estudio sobre el número de drogadictos [sic] (personas con toxicomanías) y sobre deseos de rehabilitación de los mismos, dependientes de ese ámbito territorial? ¿Qué resultados arroja? ¿Por quién ha sido realizado y con qué metodología?

2. ¿Tienen alguna unidad administrativa dedicada al estudio y seguimiento de este problema? Caso afirmativo, nombre, descripción y funciones de dicha unidad.

3. ¿Han puesto en marcha alguna campaña informativa sobre el tema? ¿Con qué alcance? Detallar contenidos esenciales de la misma, así como destinatarios principales.

4. ¿Han desarrollado acciones preventivas de algún tipo? Detallar características.

5. ¿Han puesto en marcha algún programa de desintoxicación, rehabilitación o reinserción social de toxicómanos [sic] (personas con toxicomanías)? Detallar características del programa y evaluación de los resultados obtenidos

27 La búsqueda del consenso y la necesidad de aunar los esfuerzos de todas las administraciones y agentes sociales en la lucha contra la droga, se ha convertido en un argumento reiterativo, tal como recogen las sucesivas memorias que se ha ido publicando a lo largo de las cuatro décadas de funcionamiento del PNSD. Como indicaba el ministro de trabajo y seguridad social, José Antonio Griñán Martínez, en su calidad de expresidente del Plan Nacional sobre Drogas y a propósito del balance de sus primeros siete años de existencia (*Informe de situación y memoria de actividades del Plan Nacional sobre Drogas de. 1992*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica, 1993, p. 7): “El Plan no hubiera sido posible sin la existencia de un amplio consenso nacional entre administraciones, partidos y entidades de muy diverso signo [...] sus éxitos son patrimonio de todos y sus insuficiencias corresponden a los que hemos tenido la responsabilidad de la coordinación general, pero sólo como expresión de nuestras limitadas capacidades, nunca por insensibilidad, jamás por desinterés”.

6. A) ¿Tienen algún centro permanente donde se realicen actividades de asistencia y tratamiento de personas drogodependientes? Medios con que cuentan, resultados obtenidos y metodología empleada
6. B) Se poseen estadísticas sobre las asistencias que se hayan realizado en centros que no son de drogadicción? ¿A qué distancia está el centro de rehabilitación más próximo?
7. En su ámbito territorial ¿Existen instituciones o asociaciones privadas que realicen estas tareas? ¿Qué método emplean? ¿Qué resultados obtienen? Se ruega la realización de un mapa con las zonas de mayor consumo y la localización de centros de rehabilitación.
8. ¿Existe algún organismo de coordinación de las distintas instituciones que actúan en materia de lucha contra las drogodependencias? ¿Cómo y desde cuándo funciona?
9. ¿Subvencionan centros privados o actividades de asociaciones privadas encaminadas a estos fines? ¿Inspeccionan o controlan estos centros o actividades? ¿Están condicionadas dichas subvenciones a la obtención de resultados concretos? ¿Qué resultados obtienen?
10. ¿Realizan algún seguimiento de la evolución de los distintos problemas relacionados con las drogas: consumo, mortalidad relacionada, seguridad ciudadana, etc.?
11. Ruego nos envíen cualquier sugerencia sobre lo que, con carácter general y cara al futuro, se podría hacer.

NOTA: Hacer referencia en cada respuesta a las drogas que se contemplan (Hachís, Cocaína, Heroína, LSD, etc.).

CAPÍTULO 2. **LOS INICIOS DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD): 1985-1996**

Entre 1985, año en el que se puso en marcha el PNSD y 1996, cuando tuvo lugar el fin de los gobiernos socialistas y la entrada del primer gobierno del presidente José María Aznar, del Partido Popular, fueron cuatro las personas que asumieron el cargo de delegado del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas y cuatro los ministerios a los que se adscribió la Delegación: Sanidad y Consumo, Asuntos Sociales, Interior y Justicia e Interior.

LISTA DE DELEGADOS Y MINISTERIO DE ADSCRIPCIÓN DEL PNSD

	DELEGADO/A	AÑO	CARGO	MINISTERIO
1	Miguel Solans Sotera	1985-1992	Delegado del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad y Consumo
2	Jesús García-Villoslada Quintanilla	1992-1993	Delegado del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad y Consumo
3	Baltasar Garzón Real	1993-1994	Delegado del Gobierno para el PNSD, con rango de Secretario de Estado	Ministerio de Asuntos Sociales
4	Carlos López Riaño	1994-1996	Delegado del Gobierno para el PNSD, con rango de Secretario de Estado	Ministerio de Justicia e Interior
5	Gonzalo Robles Orozco	1996-2003	Delegado del Gobierno para el PNSD, con rango de Secretario de Estado	Ministerio del Interior
6	César Pascual Fernández	2003-2004	Delegado del Gobierno para el PNSD	Ministerio del Interior
7	Carmen Moya García	2004-2010	Delegada del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad y Consumo
8	Nuria Espí de Navas	2010-2012	Delegada del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
9	Francisco de Asís Babín Vich	2012-2018	Delegado del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
10	María Azucena Martí Palacios	2018-2020	Delegada del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
11	Joan Ramón Villalbí Hereter	2020-2025	Delegado del Gobierno para el PNSD	Ministerio de Sanidad

Durante el tiempo que transcurrió entre 1985 y 1993, etapa en la que el Plan estuvo adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, ocuparon el cargo de titulares de la Delegación del Gobierno para al Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) Miguel Solans Soteras y Jesús García-Villoslada Quintanilla, quien estuvo al frente los últimos nueve meses. En julio de 1993, tras cambiar de adscripción ministerial y pasar la Delegación al Ministerio de Asuntos Sociales, era nombrado Delegado, en calidad de Secretario de Estado, Baltasar Garzón Real, quien permaneció en el cargo hasta mayo de 1994, momento en el que cesó a petición propia.

En diciembre de 1993, la Delegación pasó al Ministerio del Interior,²⁸ y en mayo de 1994 al de Justicia e Interior, siendo nombrado delegado Carlos López Riaño (1940-2022),²⁹ quien ejerció el cargo hasta mayo de 1996, los dos últimos años, de los once primeros de funcionamiento del PNSD, en los que el nombramiento de titular de la Delegación estuvo a cargo de gobiernos del PSOE.

Los primeros cuatro titulares de la Delegación tenían en común su procedencia del mundo del derecho y su relación con el ámbito de la represión y el control de la oferta de drogas, ya como gobernadores civiles o delegados del Gobierno, en el caso de los dos primeros, ya como miembro de la judicatura y muy involucrados en la lucha contra la droga, como era el caso de Garzón.

La etapa inicial de Miguel Solans, con siete años al frente de la Delegación,³⁰ fue la que permitió empezar a desarrollar el organigrama y los objetivos del plan que se establecieron en 1985.³¹ La filosofía y la estructura básica que caracterizó al primer quinquenio de su funcionamiento, así como los retos que tenía que abordar en años sucesivos, fueron resumidos en un artículo publicado en la revista *Política Científica*,³² por el que fuera entre 1985 y 1989, jefe del Gabinete Técnico de la Delegación, Santiago de Torres Sanahuja, y a partir de enero de 1990 hasta el mismo mes de 1992 como adjunto al delegado. Para este autor si el Plan, en lugar de empezar en Sanidad, lo hubiera hecho en Interior, habría mostrado una evolución diferente. El acierto del ministro Ernest Lluch, fue reivindicarlo y argumentar que “la represión se iba a ejecutar seguro, y que lo que hacía falta era la atención sociosanitaria con énfasis en la prevención y reinserción”.

En aquella primera etapa, también fue muy importante la labor que llevó a cabo María Jesús Manovel Sáez, primero como coordinadora técnica y a partir de 1991 como subdirectora general para el PNSD, cuando fue nombrado director general, el psiquiatra Eusebio Mejías Valenzuela, con experiencia en el abordaje y tratamiento del alcoholismo.

28 Real Decreto 2322/1993, de 29 de diciembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Ministerio del Interior (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-31173>).

29 En la nota de condolencia que hizo pública el PNSD con motivo de su fallecimiento (https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2022_Actualidadnoticias/20220420_ComunicadoPNSD_CarlosGomezRiano.pdf) se indicaba lo siguiente: “Carlos López Riaño fue un actor clave en el impulso de las políticas sobre drogas en una etapa donde el problema de las drogas se consideraba en las encuestas como el segundo problema de este país, sólo detrás del paro. Ha dejado como legado en esta institución los valores de la reflexión y del debate, que conforman el núcleo de la DGPNSD como institución de coordinación y cooperación”. Se recordaba, así mismo, sus palabras de que era “mejor que dediquemos el tiempo a conocer cuál es el verdadero problema antes que emitir soluciones fáciles que pueden producir un efecto muy negativo”.

30 Miguel Solans Soterías (Zaragoza, 1941), licenciado en derecho por la Universidad de Zaragoza y miembro del Partit dels Socialistes de Catalunya, ejerció los cargos de Gobernador Civil de Girona entre 1982 y 1985, año en el que asumió el cargo de Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. En noviembre de 1992 fue nombrado Delegado del Gobierno en la Comunidad de Madrid y el 4 de agosto de 1993 pasó a ocupar el cargo de Delegado del Gobierno en Cataluña, hasta mayo de 1996.

31 Las líneas directrices estaban recogidas en el anexo del documento donde se presentaba el Plan, más concretamente en el anexo donde se recogían las medidas prioritarias para el bienio 1985-1986 y donde se incluían también las referidas a las comunidades autónomas (Medidas Prioritarias 1985-1986. En: *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, 1985, pp. 43-65. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pnd1985.pdf>

32 De Torres Sanahuja, Santiago. El Plan Nacional sobre Drogas. *Política científica* 1989; 19: 22-23.

Como se ha constatado en el capítulo dedicado a los orígenes del Plan, María Jesús Manovel fue una de las expertas -en concreto sobre el problema del tratamiento y rehabilitación o reinserción social de las “personas drogadictas”- a la que dio audiencia la Comisión Especial de Investigación sobre el Tráfico y el Consumo de Drogas en España que había puesto en marcha el Senado en mayo de 1984.

Historiadora y socióloga, Manovel procedía del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y como ella misma recordaba,³³ desde los años sesenta estuvo muy vinculada a la cuestión social, habiendo colaborado con diversas organizaciones no gubernamentales, como fue el caso de Cruz Roja. Se incorporó al PNSD a instancias del ministro Lluich, con el objetivo de aportar al mismo la perspectiva más social del problema de las adicciones y defender entre otras cuestiones que no se “criminalizara el problema”. Ya había formado parte del Grupo de Trabajo para el Estudio de los Problemas derivados del Consumo de Drogas, que como se ha indicado en el primer capítulo, fue creado en 1975 por el Ministerio de la Gobernación. Ocupó el cargo de secretaria ejecutiva y en su incorporación tuvo influencia el hecho de tener contactos con las asociaciones de madres de “toxicómanos” y dirigentes que como Carmen Avedaño, empezaban a ser identificadas como madres coraje.³⁴

Desde el primer momento, como subrayaba María Jesús Manovel, existió un cierto debate acerca de si el PNSD debía ubicarse en el área social o en la médico-social, pero esta cuestión perdió relevancia al priorizar instrumentos de coordinación entre todas las administraciones involucradas en el abordaje y resolución del problema de las adicciones. Su presencia en los primeros organigramas del Plan, permitió, entre otras cuestiones, otorgar protagonismo al conocido como tercer sector y, en concreto, el conjunto de organizaciones de carácter privado sin ánimo de lucro que estaban trabajando en el campo de las adicciones. Aunque hay que subrayar que Manovel siempre insistió en la necesidad de profesionalizar la asistencia que pudieran prestar las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). De hecho, jugó un papel clave como asesora, a instancias del ministro Lluich, en la creación de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) que se puso en marcha en 1986 bajo el impulso, entre otros, del general Manuel Gutiérrez Mellado (1912-1995).³⁵

33 Sus testimonios fueron recogidos en la entrevista que se le realizó a María Jesús Manovel Sáez el 13 de diciembre de 2023 y en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el proyecto “Historia del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), 1985-2025. Análisis y evaluación de las políticas públicas españolas sobre prevención de las adicciones y reinserción social de las personas afectadas y el papel de las administraciones locales”, financiado por la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). En adelante “Proyecto Historia del PNSD”.

34 Véase el reportaje de Pepo Jiménez, titulado “Un matriarcado contra el narcotráfico”, publicado en *El País* en 2019 y disponible en: <https://elpais.com/especiales-branded/pienso-luego-actuo/2019/un-matriarcado-contra-el-narcotrafico/>

35 El objetivo inicial de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) era el de ayudar a los y las jóvenes a decir NO a las drogas. Con el tiempo ha ido incorporando actividades de prevención y sensibilización de otros riesgos psicosociales como la violencia juvenil, las desigualdades de género, las apuestas online por parte de menores, el uso abusivo de tecnologías, la desinformación o el discurso del odio. En 2022, pasó a denominarse Fad Juventud (<https://www.centroreinasofia.org/nota-prensa/la-fundacion-de-ayuda-contra-la-drogadiccion-se-transforma-nace-fundacion-fad-juventud/>). La FAD fue una de las organizaciones no gubernamentales que contribuyó a la creación en 2010 de la Plataforma de ONGs sobre Drogas y Adicciones (P.O.D.A.) (https://www.proyctohombreastur.org/pdfs/COMPARECENCIA_CONGRESO.pdf). Entre sus responsables, destaca el trabajo realizado por el psiquiatra Eusebio Mejías Valenzuela, en su calidad de Director Técnico de la Fundación y como se ha indicado, entre 1991 y 1996, Director General del PNSD. (https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf).

Según el testimonio de Santiago de Torres,³⁶ María Jesús Manovel, “fue el alma de los inicios del proyecto del PNSD”, mientras que el Delegado, Miguel Solans, se ocupaba de la “oferta” y el propio De Torres coordinaba todo lo relacionado con la demanda, a partir, sobre todo, de su experiencia como antiguo responsable de la Unidad de Toxicomanías del Hospital del Mar de Barcelona.

Como se indicaba en un artículo publicado en *El País*, en 1992, con motivo de su nombramiento como delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Madrid,³⁷ las dos especialidades de Solans eran el orden público y la lucha antidroga.

Desde su condición de Delegado del Gobierno en el PNSD se involucró en la colaboración internacional para la lucha contra las drogas. Fue el encargado de coordinar desde el ámbito europeo, los trabajos que los países desarrollados debían poner en marcha en el área andina para afrontar la problemática de la droga. La lucha contra el narcotráfico y la promoción del desarrollo en los países andinos debía basarse, en su opinión, en la transformación de una economía drogodependiente en otra basada en la producción de insumos.³⁸

Así mismo, entre las cuestiones más polémicas que surgieron durante su mandato, y en las que adquirió protagonismo a la hora de gestionarlas, destaca la generada por la propuesta de legalización de las drogas, que surgió a raíz de una noticia aparecida en el diario *El País* en octubre de 1988. En la misma se afirmaba que “asesores del Plan Nacional sobre Drogas, reclamaban un debate público, al considerar fracasada la política sobre drogas, al mismo tiempo que propugnaban su despenalización”. Solans, pese a reconocer que se trataba de un informe que recibió para su redacción, una subvención del PNSD, desmentía que sus redactores³⁹ guardaran relación alguna con el mismo; al mismo tiempo que recordaba, que tanto la Delegación del Gobierno como todas las instancias que integraban el PNSD (administración central, autonómica, local y organizaciones no gubernamentales) entendían que entre sus obligaciones estaba la de conocer lo que los diversos sectores sociales y profesionales opinaban sobre el problema de las adicciones, así como su opción política y técnica acerca de las diferentes cuestiones que se pudieran plantear. Sin embargo, la línea de actuación política y técnica del PNSD en lo que concernía al tráfico y consumo de drogas, no contemplaba su despenalización y estaba acorde con lo acordado, a propósito del uso indebido y del tráfico ilícito de drogas, en la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas que había tenido lugar en Viena en 1987.⁴⁰ Para Solans la legalización no era la alternativa adecuada, por varias razones: no se garantizaba la eliminación del negocio económico que generaba el mercado ilícito, la distribución libre podía generar una mayor dependencia e incrementar el número de dependientes y agravar los problemas derivados y entraba en contra-

36 El testimonio fue recogido en la entrevista que se le realizó a Santiago de Torres Sanahuja en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD.

37 Miguel Solans deja el Plan Nacional contra la Droga para ser Delegado del Gobierno en Madrid. *El País* 28 de noviembre de 1992 (Disponible en https://elpais.com/diario/1992/11/28/madrid/722953457_850215.html)

38 Tribuna: Los Andes: narcotráfico y desarrollo. *El País*, 2 de mayo de 1991.

39 El Informe fue preparado por el grupo catalán IGIA, una entidad de investigación, intervención e incidencia política en el ámbito de las drogas y la salud que funcionó desde Barcelona entre 1984 y 2014 [Véase: Oriol Romaní. La experiencia de Grup Igia: Etnografía, Educación para la salud, Comunicación (1984- 2014). En: *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV, Col.lecció Antropologia Mèdica, pp. 139-157].

40 Expertos del Plan Nacional sobre Drogas. *El País*, 9 de noviembre de 1988.

dicción con lo contemplado en los acuerdos internacionales firmados por España, sin olvidar que una medida de estas características requería del acuerdo y consenso internacional.⁴¹

Se trataba, como ya se ha explicado en el primer capítulo, de una cuestión muy complicada y difícil de abordar. Por esta razón, como indicaba Santiago de Torres en el artículo donde resumía las actividades llevadas a cabo durante el primer quinquenio del PNSD, se había intentado dar una respuesta global al fenómeno de la droga, desde la complejidad que encerraba dicha problemática. Los dos ejes principales de actuación se habían centrado tanto en el control de la oferta como de la demanda. Entre los mayores logros del Plan se destacaba, junto a la colaboración interministerial —con participación, además del de Sanidad y Consumo, de los ministerios de Interior, Justicia, Educación y Asuntos Sociales— el trabajo conjunto de las diecisiete comunidades autónomas y el consenso que se había alcanzado, “al margen del tipo de gobierno que tuviera cada una de ellas”, al entender que el problema de las adicciones requería “una acción unitaria”. De hecho, “cada Comunidad elaboró su propio plan autonómico de drogas, en perfecta cohesión y armonización con la Delegación del Gobierno para el PNSD”. Con todo, como se indicaba en las memorias anuales del PNSD, “existían diferentes ritmos de ejecución”, una circunstancia que hacía aconsejable establecer mecanismos “para estimular y apoyar solidariamente a aquellas que avanzaran más lentamente o con mayor dificultad”.⁴²

En opinión de Santiago de Torres,⁴³ se trataba de un Plan disruptivo y revolucionario, que buscó el consenso y la corresponsabilidad y que fue capaz de “saltarse la estructura administrativa del momento y buscar los mecanismos de relación que sirvieran para el objetivo que se perseguía, avanzando lentamente, pero todos juntos”. Estaba llamado a convertirse en un modelo para otras iniciativas, al considerar que “hacían falta menos leyes y más planes, que estuvieran convenientemente dotados”. También se destacaba su carácter dinámico y su flexibilidad, además de insistir en la importancia de conseguir la movilización social que requería el abordaje de las adicciones, tal como recordaba el ministro Julián García Vargas a propósito de la presentación de la memoria correspondiente a 1987:⁴⁴

“De la lectura de la Memoria se desprende que el Plan Nacional es dinámico, que va adecuándose a las diversas realidades autonómicas y que va actualizando permanentemente sus prioridades. Así debe ser, pues el problema a que debe dar respuesta es, asimismo, dinámico y cambiante [...] se está produciendo en la sociedad española un importante y positivo cambio de actitud ante el fenómeno de las drogas. Cada vez son más las entidades privadas, de nueva creación o no, que van sumando sus esfuerzos al Plan, tanto en el terreno preventivo, como rehabilitador, enriqueciéndose y haciendo llegar información a un mayor número de personas. Gracias a ello, la sociedad empieza

41 Legalización, una propuesta que choca frontalmente con la realidad. *El País* 29 de diciembre de 1988.

42 *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1988, p. 5.

43 El testimonio fue recogido, como se ha indicado, en la entrevista que se le realizó a Santiago de Torres Sana-huja, en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD.

44 García Vargas, Julián. Presentación. En: *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1988, p. 6.

a movilizarse y se atisban ya datos positivos, pero aún está lejos el momento en el que la actitud alerta y activa se extienda a todas las entidades sociales, a todas las estancias educativas, a las familias, sin esperar todo del Estado o de los Gobiernos Central y Autonómicos [...] la flexibilidad para irse adecuando a la realidad y la necesaria corresponsabilización de todos, son los elementos fundamentales para que el Plan Nacional sobre Drogas siga siendo en el futuro una herramienta útil y eficaz para enfrentarse al problema social probablemente más grave de nuestra época”

En el caso del control de la oferta, España había conseguido situarse como uno de los países que había alcanzado mayor número de decomisos —opiáceos, cocaínicos y cannabícos—, al mismo tiempo que había disminuido “la disponibilidad de las drogas de venta legal”. En este sentido, cabía destacar la regulación de la venta de sustancias disolventes útiles para inhalación, la introducción de medidas de fiscalización de sus componentes y la prohibición de la venta a menores de 16 años. Así mismo, a través del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos Españoles (PROSEREME), se consiguió una reducción en el número de especialidades psicotrópicas, las cuales no siempre tenían usos terapéuticos.

En cuanto al control de la demanda, las principales actividades habían girado alrededor de los programas de prevención específica e inespecífica, de asistencia y reinserción, además de los esfuerzos realizados en materia de formación de los profesionales implicados en la lucha contra las “drogodependencias.” El protagonismo recayó en los ministerios de Sanidad y Consumo, con competencia en cuestiones asistenciales⁴⁵ y de educación sanitaria; de Asuntos Sociales, a través de los programas de prevención impulsados desde la Dirección General de la Juventud;⁴⁶ y el de Educación, por medio de la prevención escolar y la formación de los profesionales de la enseñanza.⁴⁷

Hay que señalar al respecto, que en 1986 el PNSD puso en marcha la revista *Comunidad y drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación*, de la que se llegaron a publicar un total de 16 números ordinarios, el último en diciembre de 1990, y 15 números monográficos entre 1987 y 1992. Aunque se trataba de una publicación de la Delegación del Gobierno para el PNSD, pretendía ser una revista “abierta, plural y crítica, donde tuvieran cabida las más diversas opiniones, siempre que se expresaran con el suficiente rigor científico y pudieran ser contrastadas”. Se buscaba cubrir el objetivo de contar con “instrumentos de formación, investigación y cooperación técnica, que resultasen útiles a cuantos profesionales y responsables institucionales trabajaran

45 En 1988, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha un programa de colaboración con Instituciones Penitenciarias, dirigido a mejorar la atención sanitaria en las prisiones, especialmente entre los “drogodependientes” (García Vargas, Julián. Presentación. En: *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1988*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1989, p. 5).

46 Los centros y los servicios de información juvenil, que empezaron a desarrollar en España en la década de 1980, tuvieron a la problemática de las adicciones como uno de sus objetivos prioritarios (Véase: Alcoceba Hernando, José Antonio; Cadilla Baz, María. *Los Servicios de información juvenil en España. Un acercamiento a su realidad y funcionamiento*. Madrid: Instituto de la Juventud, 2006).

47 Hay que destacar, en este ámbito, la puesta en marcha en 1994 de la “Encuesta sobre drogas a la población escolar” y que ha tenido continuidad como “Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España” (ESTUDES). (https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm).

en el campo”. Se intentaba publicar, como se ha apuntado, trabajos interdisciplinarios que aborasen “las múltiples facetas de las drogodependencias, en sus vertientes preventivas, asistenciales, rehabilitadoras o jurídicas”. Junto a los artículos originales (estudios y experiencias), contaba con las secciones de documentación (informes o normativas), miscelánea (con noticias sobre congresos, jornadas y reuniones científicas de diversa índole) y notas bibliográficas, que recogían las principales novedades editoriales relacionadas con la problemática de las adicciones.⁴⁸

NÚMEROS MONOGRÁFICOS DE LA REVISTA COMUNIDAD Y DROGAS (1987-1992)

Número de monográfico	Fecha de publicación	Temática
1	Mayo de 1987	Enfoque relacional en toxicomanías
2	Diciembre de 1987	Analizar el contenido de los espacios dedicados por una serie de periódicos y revistas españolas a las informaciones y comentarios relacionados con la problemática de las drogas
3	Mayo de 1988	Jornadas dedicadas a estudiar la dimensión penal del problema de las drogas
4	Octubre de 1988	Jornadas organizadas en San Sebastián en mayo de 1988, por el PNSD y la Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, sobre la reinserción social de los drogadictos
5	Diciembre de 1988	Problemática de las drogas en la atención primaria
6	Abril de 1989	Jornadas coorganizadas por el PNSD y los departamentos de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña, sobre la reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas
7	Junio de 1989	Bibliografía sobre drogas editada en España
8	Diciembre de 1989	Tratamiento del problema de la droga en el medio televisivo
9	Febrero de 1990	Jornadas dedicadas a abordar las alternativas al cumplimiento de la pena en prisión de los condenados por tráfico de drogas
10	Abril de 1990	Abordar la problemática penal de los menores en riesgo y del abordaje en la reforma del Código Penal
11	Junio de 1990	Tesoro de drogodependencias
12	Octubre de 1990	Jornadas sobre atención a reclusos con uso problemático de drogas
13	Septiembre de 1991	Ponencias presentadas en el reunión conjunta que celebraron en Madrid, los días 11 y 12 de abril de 1991, la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE) y el PNSD
14	Noviembre de 1991	Abordaje del problema de las drogas en los medios de comunicación
15	Septiembre de 1992	Jornadas de Prevención para dirigentes de asociaciones de padres de alumnos

Fuente: Elaboración propia. Proyecto Historia del PNSD.

48 Presentación. *Comunidad y drogas* 1986; 1: 5-6.

Junto con los monográficos de la revista *Comunidad y Drogas*, desde el PNSD se editaron y/o coeditaron entre 1988 y 1994, un total de ocho monografías relacionadas con el tratamiento de las drogodependencias en las comunidades terapéuticas,⁴⁹ la integración social de los “drogodependientes”,⁵⁰ las adicciones en los adolescentes,⁵¹ la infección por VIH en usuarios de drogas,⁵² drogodependencias e incorporación social,⁵³ la valoración del alcance de uso indebido de drogas en una comunidad,⁵⁴ la atención al heroínmano en un hospital general⁵⁵ y las pautas de actuación ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral.⁵⁶

En 1987, el mismo año en que comenzó su andadura *Comunidad y drogas*, se publicaba el primer número de la *Revista Española de Drogodependencias*, como órgano de expresión de la Sociedad Drogalcohol, creada aquel mismo año y que en el 2000 cambió el nombre por el de Asociación Española de Estudios en Drogodependencias (AESED) (<https://www.aesed.com/es/aesed>). Dos años después se empezó a publicar la revista *Adicciones*, también en calidad de órgano de expresión, en este caso, de la Sociedad Socioalcohol que había sido fundada en 1969, pero que con posterioridad pasó a denominarse Socidrogalcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías) (<https://soci-drogalcohol.org/>). El panorama de revistas científicas españolas relacionadas con el campo de las adicciones, se completó en 1999, con la aparición del primer número de la revista *Tras-*

-
- 49 Comas Arnau, Domingo. *El tratamiento de las drogodependencias en las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1988.
- 50 Rodríguez Cabedo, Gregorio. *La integración social de los drogodependientes. Recursos, procesos de recuperación, imágenes e ideologías sociales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1988.
- 51 Funes Artiaga, Jaume (ed.). *Nosotros, los adolescentes y las drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1990.
- 52 De la Fuente, Luís *et al* *Infección por VIH en usuarios de drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1991.
- 53 Funes Artiaga, Jaume (ed.). *Drogodependencias e incorporación social*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1991.
- 54 Hartnoll, Richard (ed.). *Problemas de drogas: valoración de necesidades locales. Drug Indicators Project, 1985. Guía práctica para valorar la naturaleza y alcance del uso indebido de drogas en una comunidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1991.
- 55 Cadañach, Jaume; Casas, Miquel. *El paciente heroínmano en el Hospital General*. Madrid: Programa Sant Pau. Citran/Plan Nacional sobre Drogas/Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1993.
- 56 Bravo Poveda, María José; Midó Mena, Josep M^a; Buga Bustamante, Roberto. *Pautas de actuación ante problemas de salud relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Secretaría General Técnica/Plan Nacional sobre Drogas, 1990.

trastornos adictivos, órgano de expresión de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) que se había creado en 1988.⁵⁷

El artículo anteriormente mencionado de Santiago de Torres sobre la evolución del PNSD en su primer quinquenio de funcionamiento⁵⁸ finalizaba con un resumen de las prioridades que, en su opinión, debían guiar las futuras actuaciones del mismo en materia de prevención, asistencia y reinserción. Se insistía en reforzar la coordinación institucional y, en particular, en incrementar la intervención y participación de los entes locales, especialmente en las áreas de prevención y reinserción. Otro tanto ocurría con la necesidad de desarrollar “programas de información capaces de facilitar una visión más global, más normalizada, de la problemática relacionada con el consumo de drogas y sus consecuencias”. Era necesario, también, aumentar la información sobre los recursos existentes y publicitarlos, sobre todo entre los que más los necesitaban, además de realizar estudios anuales de estimación del consumo y los problemas relacionados con el mismo, o de las actitudes de la población, con la finalidad de evaluar la percepción social del problema de las drogas.

57 En la editorial del primer número de la revista, el entonces presidente de la SET, el psiquiatra Gaspar Cervera Martínez, justificaba la aparición de la misma, además de por su voluntad para configurarse como una herramienta para la formación continua, “por considerar que los trastornos adictivos habían estado en cierta medida durante años al margen de la investigación científica”. Una afirmación llamativa a la vista de la trayectoria de revistas como *Comunidad y drogas* y la *Revista Española de Drogodependencias*, ambas de 1987 y *Adicciones*, que como se ha indicado empezó a publicarse en 1989. Gaspar Cervera profundizaba en estas argumentaciones al afirmar que habían sido “el enfoque que con frecuencia los medios de comunicación dan al «problema de las drogas», el gran protagonismo que han adquirido algunas de las múltiples asociaciones de «tratamiento» o «ayuda» a los toxicómanos y posiblemente el silencio de muchos que desde hace décadas trabajamos en base a los conocimientos científicos y a los principios éticos de nuestras profesiones”, las razones que llevaron a los trastornos adictivos “a una situación que estaba al borde de lo racional y aceptable para una sociedad moderna que está a punto de entrar en el siglo XXI”. Todas estas circunstancias, justificaban, en su opinión, la puesta en marcha de la publicación, “una asignatura pendiente de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET)”. Como tendremos ocasión de comprobar en el siguiente capítulo, durante el período en el que asumió el cargo de Delegado Gonzalo Robles Orozco, entre 1999 y 2003, la SET y su revista retomaron en cierto modo el papel que había desempeñado la revista *Comunidad y drogas* durante la etapa de Miguel Solans. De hecho, fue el propio Robles el que firmó la editorial del segundo número de la revista con el título de “Apoyo a la formación y la investigación desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas” (*Trastornos adictivos* 1999; 1(2): 72-73). En la misma subrayaba como la revista venía “a complementar el campo de las publicaciones que tratan temas de adicciones, dirigiéndose preferentemente a aquellos profesionales dedicados a la clínica y a la docencia con el objetivo de contribuir a su proceso de formación continuada”; al mismo tiempo que recordaba que el “objetivo de propiciar la formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias era una de las prioridades del Plan Nacional sobre Drogas”. El Plan contemplaba también la potenciación de la investigación aplicada y la introducción de criterios de calidad y rigor científico en el desarrollo de los programas de atención a “personas drogodependientes”, por lo que en opinión de Gonzalo Robles, “Era indudable que una revista de estas características contribuía igualmente a impulsar las dos áreas (la de la prevención y la asistencia)”, razón por la que desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, se estaba “colaborando de forma entusiasta desde el principio con este proyecto”. En cualquier caso, en relación con los inicios de la Sociedad Española de Toxicomanías, su constitución estuvo auspiciada, de acuerdo con el testimonio de Santiago de Torres (Recogido en la entrevista, que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD), por el Plan Nacional sobre Drogas, a pesar de la existencia de las ya citadas Socioalcohol, creada en 1969 y Drogalcohol, que inició su andadura en 1987. La atención monográfica que dedicaban ambas sociedades en sus inicios al tema del alcohol y la necesidad de abordar el conjunto de las adicciones, pudo influir en la decisión de apoyar desde el PNSD una nueva sociedad más interdisciplinar y plural. Santiago de Torres, recordaba que “el Plan fue la enzima que permitió la reacción química”, y permitió que diferentes organismos, grupos de investigación, etc., empezaran a interesarse por el problema de las adicciones, de ahí el esfuerzo que se realizó para apoyar proyectos de investigación e iniciativas de diferente naturaleza.

58 De Torres Sanahuja, Santiago. El Plan Nacional sobre Drogas. *Política científica* 1989; 19: 22-23.

En relación con estas últimas cuestiones, resultó clave la puesta en marcha en 1987 y su posterior consolidación en 1989, del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT).⁵⁹ Se trataba de implementar un programa de vigilancia epidemiológica del abuso de opiáceos y cocaína, mediante la notificación de indicadores indirectos como las urgencias atendidas o las muertes provocadas por el consumo de ambos tipos de sustancias. Aquella iniciativa tuvo traslación al contexto europeo, cuando con motivo de la presidencia española del Consejo de la Comunidad Europea durante el primer semestre de 1989, se promovió la puesta en marcha de un sistema de información, similar al SEIT, conocido como Sistema Europeo de Información sobre Drogas.⁶⁰

Los años finales de la década de 1980 coincidieron, además, con un aumento de los casos de SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral, por lo que junto al refuerzo de los mensajes preventivos, “con el fin de posibilitar un cambio en los hábitos de consumo de las personas drogodependientes”, resultaba prioritario “incrementar la participación de los y las profesionales en el terreno asistencial”, máxime, “cuando todo hacía prever un agravamiento futuro de la extensión del SIDA entre las personas drogodependientes por vía intravenosa, a medida que transcurría el tiempo y alcanzaban la fase de aparición de síndrome los que se infectaron en años anteriores”.⁶¹

Como señalaba Luís de la Fuente Hoz, protagonista en la implementación del SEIT,⁶² era una prioridad poder disponer de información sobre la extensión y las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud y conocer las características epidemiológicas del fenómeno. Sin dicha información resultaba complicado elaborar “planes y programas orientados a prevenir su extensión y reducir su impacto sobre los afectados con la consiguiente necesidad de establecer prioridades de actuación y de asignación de recursos”.⁶³

59 *Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías. Protocolo*. Manuscrito de enero de 1989. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/pnd-SEITprotocolo1989.pdf>. Como indicaba Josep Maria Suelves en un artículo sobre la evolución de la epidemiología de las drogodependencias, publicado con motivo del 20 aniversario de la puesta en marcha del PNSD (Suelves, Josep M. Drogodependencias: de la epidemiología a la intervención. Estrategias y oportunidades *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3 y 4); 231-242), la elección de los indicadores (admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad) residía en la facilidad para obtener datos de los servicios sanitarios. En 1991 se incorporaron otras informaciones al indicador tratamiento (como la vía de administración o la realización previa de otros tratamientos) y en 1996 se amplió a drogas psicoactivas, además de opiáceos y cocaína. En 1998 los tres indicadores del SEIT se integraron en el Observatorio Español sobre Drogas y en 2003 se adaptaron a los protocolos de notificación del Observatorio Europeo. El hecho de sólo monitorizar en un principio las adicciones por heroína y cocaína respondía a la dimensión del problema que generaba la primera y a la previsión de aumento de consumo de la segunda. En aquellos años, con la excepción del alcohol y el tabaco no existían otras sustancias psicoactivas que demandaran tratamiento. Además, se disponía de fuentes alternativas de información epidemiológica para monitorizar los problemas relacionados con el alcohol y el tabaco.

60 García Vargas, Julián. Presentación. En: *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1989*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1990, p. 6

61 *Ibidem*

62 Sus testimonios fueron recogidos en la entrevista que se le realizó a Luís de la Fuente Hoz en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD.

63 De la Fuente de Hoz, Luís; Antó Boqué, Josep M. La información sobre el uso indebido de drogas ilegales y sus problemas asociados. *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 1991; 65: 371-376 (p. 371-372).

En opinión de De la Fuente y de Josep Maria Antó,⁶⁴ la experiencia adquirida en el diseño del SEIT debía servir para mejorarlo y desarrollar otros sistemas de información. Además de garantizar la continuidad del sistema “mediante la búsqueda de instituciones con tradición investigadora que pudieran asumir el proyecto”, resultaba fundamental asegurar “un consenso político que asegurase asignaciones presupuestarias a largo plazo”. Así mismo, como ocurría con las encuestas nacionales, era necesario un acuerdo con todas las comunidades autónomas, al tener estas la mayoría de las competencias en materia de salud y servicio sociales, y posibilitar un diseño flexible “para permitir a cada Autonomía incluir algunas variables que recogieran necesidades especiales suyas”.

A pesar de todas aquellas recomendaciones, en opinión de De la Fuente el abordaje epidemiológico del consumo de drogas y la puesta en marcha de programas de reducción de daños no fueron los adecuados.⁶⁵ Este autor publicaba en 1996, con la colaboración de Gregorio Barrio Anta, otro de los epidemiólogos que se involucró en los inicios y el desarrollo del PNSD, una editorial crítica en *Gaceta Sanitaria*.⁶⁶ Tras recordar la elevada prevalencia del consumo de drogas, especialmente de heroína, denunciaban la desproporción que se había producido en el caso español, entre la magnitud del problema y la respuesta:⁶⁷

“En España se supeditó una auténtica política de salud pública (orientada a la minimización de los efectos del consumo de drogas sobre la salud y basada en la puesta en marcha de medidas pragmáticas, priorizadas y de validez científicamente comprobada) a una política sobre drogas, más generalista (basada fundamentalmente en criterios moralistas, cuyo único objetivo válido era el no consumo de ninguna sustancia psicoactiva y que negaba u olvidaba la evidencia científica de que el riesgo para el consumidor era muy diferente según el tipo de droga consumida y los patrones de consumo).”

Se trataba de una consideración relevante, ya que según recordaban ambos autores, “en 1986-1987 ya se disponía de evidencias epidemiológicas claras sobre la dimensión del problema de la infección por el VIH [...] y podía preverse su dinámica expansiva y el impacto que iba a tener sobre la salud”; al igual que la tendencia, ya constatada en los años 1988-1989, del “crecimiento de la mortalidad por reacción aguda tras el consumo de drogas”. Unos datos que no hacían más que corroborar que muy probablemente “en ningún otro país de Europa, como era el caso de España, estaba más justificado el desarrollo urgente de programas de reducción de daños”.⁶⁸

64 *Ibidem*

65 En 1990 se promulgó el Real Decreto («BOE» núm. 20, de 23 de enero de 1990), que regulaba el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos. Catorce comunidades autónomas incluyeron de forma inmediata dichas terapias en sus planes de rehabilitación y en 1991 lo hicieron las restantes (*Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1990*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica, 1991, p. 5).

66 De la Fuente de Hoz, Luís; Barrio Anta, Gregorio. Editorial. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España; hacía un abordaje científico y priorizado. *Gaceta Sanitaria* 1996; 10 (57): 255-260.

67 *Ibidem*, p. 256.

68 *Ibidem*

Para De la Fuente y Barrio, las razones que estaban detrás del retraso y de la insuficiencia de la respuesta, no eran fáciles de resumir, pero apuntaban algunas explicaciones. En su opinión,⁶⁹ las rápidas transformaciones sociales y políticas que experimentó la sociedad española en los años ochenta explicarían que los problemas planteados por el consumo de drogas y la crisis social que provocó, “no pudieran ser abordados de manera racional”, ya que “en amplios sectores políticos y profesionales, y en la sociedad en general, gozaban de bastante aceptación ciertas propuestas mesiánicas que planteaban que la erradicación del consumo era un objetivo aceptable y viable a corto o medio plazo, aunque para ello se precisaran transformaciones sociales de gran calado”. Por el contrario, los programas de reducción de daños, “eran vistos por estos mismos sectores sociales como meros parches (puesto que no garantizaban la rehabilitación completa del drogodependiente ni la eliminación de la lacra de la droga) o incluso como formas de control social”.

Otra de las razones esgrimidas para explicar la falta de desarrollo de los programas de reducción de daños era la falta de formación específica que mostraban los profesionales que tenían que abordar el problema de las adicciones, ya que “a menudo se enfrentaban a estos pacientes con el prejuicio, derivado de los medios de comunicación, de que todo lo que se intentara con ellos era inútil y, en general, preferían dedicarse a pacientes más fácilmente manejables”.⁷⁰

De la Fuente y Barrio,⁷¹ también criticaban a “los epidemiólogos y trabajadores de salud pública, por su falta de claridad de ideas y habilidades para presentar de forma convincente a los responsables de las políticas de salud la gravedad de la situación, o para explicar las medidas que era necesario tomar y las consecuencias para la salud de la comunidad de una respuesta tardía o no adecuada a la magnitud del problema y a sus características epidemiológicas”. Una denuncia a la que sumaban la falta del “arrojo necesario” que mostraron “algunos responsables de las políticas de salud” a la hora de poner en marcha “medidas de cuya necesidad estaban convencidos, pero que no eran bien vistas ni por los profesionales de los centros de tratamiento, ni por las organizaciones no gubernamentales del sector, ni por amplios sectores de la sociedad en general”.

Por último, los autores de la editorial que estamos comentando,⁷² hacían mención a la desigual dotación económica y de recursos humanos que recibieron planes como el dedicado a la atención al SIDA, frente a lo que se destinó al PNSD y los correspondientes planes autonómicos. Como quiera que la población diana era la misma y todos los planes dependían de los mismos departamentos administrativos, “fueron en la práctica los planes de drogas, los que impusieron sus políticas”.

Frente a semejante situación, De la Fuente y Barrio,⁷³ se mostraban partidarios de “expandir los programas de mantenimiento con metadona y de intercambio de jeringuillas [...] a pesar

69 *Ibidem*

70 *Ibidem*

71 *Ibidem*

72 *Ibidem*, p. 256-257.

73 *Ibidem*, p. 257-259.

de que el momento más apropiado para desarrollarlos ya había pasado”; al mismo tiempo que se mostraban partidarios de replantear las actividades de “concienciación, centradas en estereotipos de la droga, donde se mezclaban todas las sustancias psicoactivas ilegales y los patrones de consumo”. Eran partidarios de concentrar los recursos “en el desarrollo de algunos (pocos) programas preventivos diseñados con una metodología que permitiera su evaluación científica y dirigidos a reducir la frecuencia de algunas conductas de consumo específicas”.

Así mismo, como recomendaciones de futuro, insistían en la importancia de “poder identificar qué programas preventivos funcionaban y cuáles no, a quienes debían ir dirigidos, cuándo y donde debían realizarse, en qué debían consistir o cuánto costaba su desarrollo, entre otras cuestiones”, ya que como recordaban a modo de conclusión: “todos los profesionales de la salud conocemos como se han ido descartando por ineficientes diferentes programas preventivos cuando han sido adecuadamente evaluados, pues en esos casos curar era más eficiente que prevenir”.⁷⁴

En cierto modo, algunas de aquellas críticas ya habían sido formuladas por Eusebio Megías en 1994, cuando en su calidad de director general del PNSD, se manifestaba acerca de los cambios que había experimentado el problema de la droga —con la aparición de nuevos perfiles de usuarios y de consumo— y como había que abordarlos.⁷⁵

En su opinión, desde los inicios del PNSD, resultaba evidente que “el llamado problema de la droga, lejos de ser una referencia real y concreta, era un constructo teórico, armado desde una conceptualización simplificadora, cuando no manipuladora, de un conjunto muy variopinto y complejo de problemas, referidos a distintas sustancias, distintos usos, distintos grupos sociales y, por supuesto, distintos niveles de gravedad y conflicto”.⁷⁶

Semejante panorama hacía prever que el problema de la droga iría cambiando, adaptándose a nuevas realidades. Lo que no estaba previsto. En opinión de Megías, era que los cambios iban a ser rápidos e intensos. Para este autor, a pesar de la prudencia con la que había que interpretar los datos disponibles, de su falta e insuficiencia, o de los imprevisibles cambios de tendencia, “la realidad española de 1994 difería claramente de la de 1985, cuando inició su andadura el PNSD”. España continuaba siendo el tercer consumidor “de alcohol puro” de Europa y aunque resultaba complicado valorar la magnitud de los consumos de alcohol, generaba “el más importante problema de salud pública relacionado con el uso de sustancias adictivas”.⁷⁷ También, con todas las limitaciones que mostraban los resultados de las encuestas de prevalencia de consumo de drogas ilegales, el cannabis era la sustancia de uso más extendido, aunque se apreciaba una tendencia a la baja o al menos a la estabilización de su consumo.⁷⁸

74 *Ibidem*, p. 259

75 Megías, Eusebio. El Plan Nacional sobre Drogas y los nuevos consumos. *Farmacéuticos* 1994; diciembre 94: 6-10.

76 *Ibidem*, p. 6.

77 *Ibidem*

78 *Ibidem*, p. 7.

Para Megías los mayores cambios venían, por un lado, de la mano del incremento del consumo de cocaína, por otro, los que afectaban a la heroína y sus patrones de consumo. En el primer caso manifestaba su preocupación por la falta de sensibilidad de los sistemas de información para detectar los problemas asociados al uso de la cocaína, ya que muchos de ellos eran atendidos fuera del “circuito informante”, como era el caso del sector privado.⁷⁹ En el segundo caso, se destacaba el abandono de la vía parenteral de consumo, por otras formas de uso, como la de la inhalación. Con todo, la mayoría de los problemas de salud relacionados con drogas ilegales y la casi totalidad de las muertes por reacción aguda, se seguían atribuyendo a la heroína y “España continuaba ocupando el primer lugar en cuanto a tasa acumulada de casos de SIDA relacionados con el consumo de drogas”.⁸⁰

A modo de resumen, Eusebio Megías apuntaba tres áreas problemáticas fundamentales.⁸¹ La primera guardaba relación con el tradicional problema de la sociedad española con el consumo de alcohol y la aparición de patrones de consumo más arriesgados en poblaciones más sensibles, como era el caso de los adolescentes. La segunda tenía que ver con la extensión de los consumos que se produjo a finales de la década de 1970. Era lo que ocurría con la heroína, al seguir contando con una población importante de personas adictas que continuaban necesitando asistencia, pero con importantes problemas de salud añadidos, agravamiento de los relacionados con la inclusión social y con graves índices de desestructuración personal. La tercera, hacía referencia a los “nuevos consumos”, referidos sobre todo a los estimulantes.

Muchos de los retos que recogía Megías en su trabajo, fueron abordados, en el renovado diagnóstico del PNSD que Barrio y De la Fuente publicaron, junto con María José Bravo, en el año 2000,⁸² y donde analizaban los retos epidemiológicos de los cambios que se habían producido en materia de adicciones. Además de recordar que había que atender nuevas necesidades de investigación y que la evaluación de los programas preventivos continuaba siendo una asignatura pendiente, insistían en la necesidad de priorizar aquellos que ayudaran a “evitar los patrones de consumo más problemáticos”, pero sin olvidar que “los límites entre las drogas legales e ilegales eran cada vez más difusos”. Para los autores del trabajo no había que obsesionarse con el control de la oferta, ni “incluir en un mismo saco sustancias y formas de consumo que implicaban riesgos muy diferentes”.

En 2006, coincidiendo con el veinte aniversario del PNSD, De la Fuente, Barrio y Bravo, publicaban junto con María Teresa Brugal, Antonia Domingo-Salvany y Montserrat Neira-León, un tercer diagnóstico desde la “historia y las evidencias”.⁸³ Afirmaban, en primer lugar, que en las últimas décadas del siglo XX, España “había sido uno de los países del mundo donde las consecuencias del uso de drogas ilegales habían sido más desastrosas para la salud pública”,

79 *Ibidem*

80 *Ibidem*, p. 8.

81 *Ibidem*, p. 10.

82 Barrio, Gregorio; Bravo, María José; De la Fuente, Luís. Consumo de drogas ilegales en España: hacia una diversificación de los patrones de consumo y los problemas asociados. *Enf Emerg* 2000;2(2):88-102.

83 De la Fuente, Luís; Brugal, María Teresa; Domingo-Salvany, Antonia; Bravo, María José; Neira-León, Montserrat; Barrio, Gregorio. Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 505-520

además de denunciar que “las evaluaciones de las políticas públicas sobre drogas habían sido y continuaban siendo muy autocomplacientes”.⁸⁴ En segundo lugar, tras subrayar que en el caso español no existía homogeneidad espacial en la presentación de la problemática de las drogas y en las respuestas preventivo-asistenciales, ponían el foco en la dificultad añadida que suponía la organización territorial, con una administración central que tenía competencias limitadas, frente a las de las administraciones autonómicas y locales, que en muchos casos “ofrecían respuestas tardías y heterogéneas”.

Para abordar los principales retos relacionados con las adicciones, planteaban una serie de propuestas. Los “usuarios de heroína”, en particular los que se inyectaban, tenían que seguir siendo objeto “de programas intensivos de prevención, reducción del daño y vigilancia epidemiológica”. Era importante “no cometer el error de dar por liquidado el problema de la inyección y de la heroína, corriendo el riesgo de disminuir prematuramente la dotación de estos programas”. De hecho, “el mantenimiento y refuerzo de los programas dirigidos a usuarios de heroína se justificaba no sólo por razones éticas y humanitarias sino también por razones estrictas de salud pública”, ya que las personas afectadas padecían a menudo infecciones que podían transmitirse a la población general, como ocurría con el VIH o la hepatitis. Así mismo, se llamaba la atención acerca de las muertes por sobredosis y el hecho que su prevención no figurara como un objetivo prioritario de las estrategias del PNSD, al considerar que eran en gran medida evitables y seguían siendo frecuentes en España.

Aunque pareciera razonable centrar las estrategias más en problemas que en drogas concretas, De la Fuente y colaboradores advertían que para evitar que se reprodujera “el panorama vivido con la heroína”, había “que aumentar sustancialmente los recursos y los programas destinados a frenar los problemas por cocaína”. Procedía desarrollar “un plan de acción global”, con participación de todas las administraciones, valorar los recursos disponibles, prever aquellas intervenciones que pudieran reducir el uso y las consecuencias del consumo de cocaína y “emprender de forma urgente investigaciones para evaluar el impacto de la cocaína sobre la mortalidad y accidentabilidad, así como programas de formación de los médicos para reconocer y certificar adecuadamente las muertes relacionadas con el uso de esta droga”. Era necesario contar con “centros especializados en tratamiento de drogodependencias bien dotados y capaces de ofrecer programas atractivos a los usuarios de cocaína y cannabis, además de facilitar una adecuada evaluación psicopatológica, ya que en la población consumidora de estas sustancias eran muy frecuentes los problemas de salud mental”.

Así mismo, entre los retos que planteaba la lucha contra las adicciones y que se han apuntado, en parte, en los párrafos precedentes, en opinión de Santiago de Torres,⁸⁵ en materia de

84 Ponían el ejemplo de la presentación de la Estrategia Nacional de Drogas 2000-2008, cuando se afirmaba “que con lo hecho desde 1985 nuestro país puede sentirse razonablemente satisfecho, ya que se han alcanzado una serie de logros que nos colocan entre los países más avanzados en el desarrollo de las políticas frente a las drogas”. Para De la Fuente y colaboradores, la afirmación se podría dar por válida, “si junto a los logros evidentes (desarrollo de una red amplia y diversificada de atención a los consumidores), se hubiese reconocido que el rastro de la epidemia de heroína habría sido menor con respuestas oportunas y basadas en la evidencia, apartando apriorismos ideológicos, e intereses políticos y profesionales”. Además de reconocer que no se estaba conteniendo el aumento del consumo de cocaína y cannabis.

85 De Torres Sanahuja, Santiago. El Plan Nacional sobre Drogas. *Política científica* 1989; 19: 22-23.

prevención se debían desarrollar programas destinados a menores con riesgo de drogadicción, implementados en los medios socioeducativos de los destinatarios y utilizando la “normativa vigente” para reducir la accesibilidad a drogas legales e ilegales. Así mismo, además de mejorar la imagen social de las “personas drogodependientes”, se debía “incrementar la coordinación de los programas de actuación relacionados con la problemática del consumo de drogas, con los programas de atención a portadores y enfermos del VIH, y potenciar la participación de los servicios sociales comunitarios y los servicios básicos de salud en la atención a la población de riesgo, como servicio clave para la prevención”.

En el ámbito asistencial, junto a la intensificación de los programas de atención y tratamiento destinados a “personas drogodependientes” con incidencias jurídico-penales, se proponía mejorar los requisitos de acreditación de los centros de atención a personas con “drogodependencia” y adoptar sistemas de evaluación para asegurar unos “mínimos asistenciales”, además de intentar superar las dificultades “para la habilitación de centros asistenciales para drogodependientes” que surgieron en los primeros años de desarrollo del Plan. Era necesario, por tanto, insistir, como ya se ha indicado, en “la explicación a los ciudadanos de que no existía relación alguna entre la proximidad de un centro asistencial y un incremento del tráfico ilícito de drogas”.

Por último, en lo referente a la reinserción, se instaba a desarrollar programas destinados a “personas con toxicomanías” mayores de 18 años, llevados a cabo en los medios sociolaborales de los afectados y con aprovechamiento de los recursos sociales disponibles.⁸⁶

En materia de control de la oferta (prevención, represión y control del tráfico ilegal de sustancias), fue a partir de 1993, con la adscripción al Ministerio del Interior, tras un paréntesis de seis meses en el de Asuntos Sociales, cuando la Delegación del Gobierno para el PNSD, asumió más competencias y responsabilidades. Tanto la readscripción ministerial, como la asignación de nuevas competencias y el correspondiente organigrama, coincidieron con la presencia de Baltasar Garzón al frente de la Delegación. El objetivo de la readscripción no era otro que el de dotarla “de los instrumentos de coordinación necesarios para desarrollar una acción integrada en materia de drogas que comprenda tanto la persecución de su tráfico como la prevención y rehabilitación”.⁸⁷ De hecho, fueron estos cambios los que propiciaron que parte de lo recaudado con los decomisos y bienes incautados a narcotraficantes fuese destinado a la lucha contra las adicciones y en concreto que se contabilizase en los presupuestos del PNSD. Se trató de una novedad, que, en opinión de Santiago de Torres, resulta cuestionable ya que “dejaba el presupuesto del Plan a expensas de los decomisos”.

86 García Vargas, Julián. Presentación. En: *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1988*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1989, p. 5.

87 Real Decreto 2322/1993, de 29 de diciembre, por el que se modifica la estructura orgánica del Ministerio del interior (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-31173>)

En marzo de 1994⁸⁸ se consolidaba la reestructuración de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas, con la finalidad de dotarla de “los instrumentos necesarios para el desarrollo de una acción integradora en materia de lucha contra la droga y blanqueo de dinero, incrementando su eficacia, como viene demandando nuestra sociedad”. Por un lado, se establecían “mecanismos de administración consultiva”, con la creación del Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, y el Grupo de Asesoramiento en dichas materias. Por otra parte, se creaban “instrumentos de administración activa”, con la incorporación a la estructura de la Delegación del Gobierno del Gabinete de Evaluación y Seguimiento, y del Gabinete de Análisis y Coordinación, para la recogida y utilización de la información disponible sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales.

El Consejo Superior de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales estaba presidido por el ministro del Interior, quien podía delegar en la persona titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Lo completaban en calidad de vocales, además de la persona titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los Directores Generales de la Policía y de la Guardia Civil, el Director General de la Agencia Estatal de Administración Tributaria y el Fiscal General del Estado, quien podía delegar en el Fiscal jefe de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico de Drogas. Actuaba como secretario el Director del Gabinete de Evaluación y Seguimiento de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Entre las funciones del Consejo figuraba la del diseño de líneas políticas generales y estrategias en materia de lucha contra el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales, así como el establecimiento de prioridades en la represión de estas formas de delincuencia.⁸⁹

Por lo que se refiere al Grupo de Asesoramiento y Asistencia de Operaciones de Lucha contra el Tráfico de Drogas y el Blanqueo de Capitales, estaba presidido por la persona titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y lo completaban en calidad de vocales, el Director del Gabinete del Delegado del Gobierno, el Subdirector General de Operaciones de la Dirección General de la Guardia Civil, el Subdirector General Operativo de la Dirección General de la Policía, el Jefe del Servicio de Investigación e Información de la Guardia Civil, el Comisario General de Policía Judicial y el Jefe de la Unidad Policial adscrita a la Fiscalía General del Estado. La secretaría del Grupo era responsabilidad del Director del Gabinete de Análisis y Coordinación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.⁹⁰

El Grupo tenía asignadas, entre otras, la función de “asistir al delegado del Gobierno en la labor de evaluación y seguimiento de las actuaciones coordinadas por este sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con dicho tráfico”. Así como la de “analizar y coordinar toda la información relativa al ámbito competencial atribuido al delegado del Go-

88 Real Decreto 495/1994, de 17 de marzo, por el que se modificaba la estructura y funciones de determinados órganos del Ministerio del Interior (<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-6402>) y se procede a completar la estructura de la Delegación del Gobierno para el PNSD.

89 *Ibidem*

90 *Ibidem*

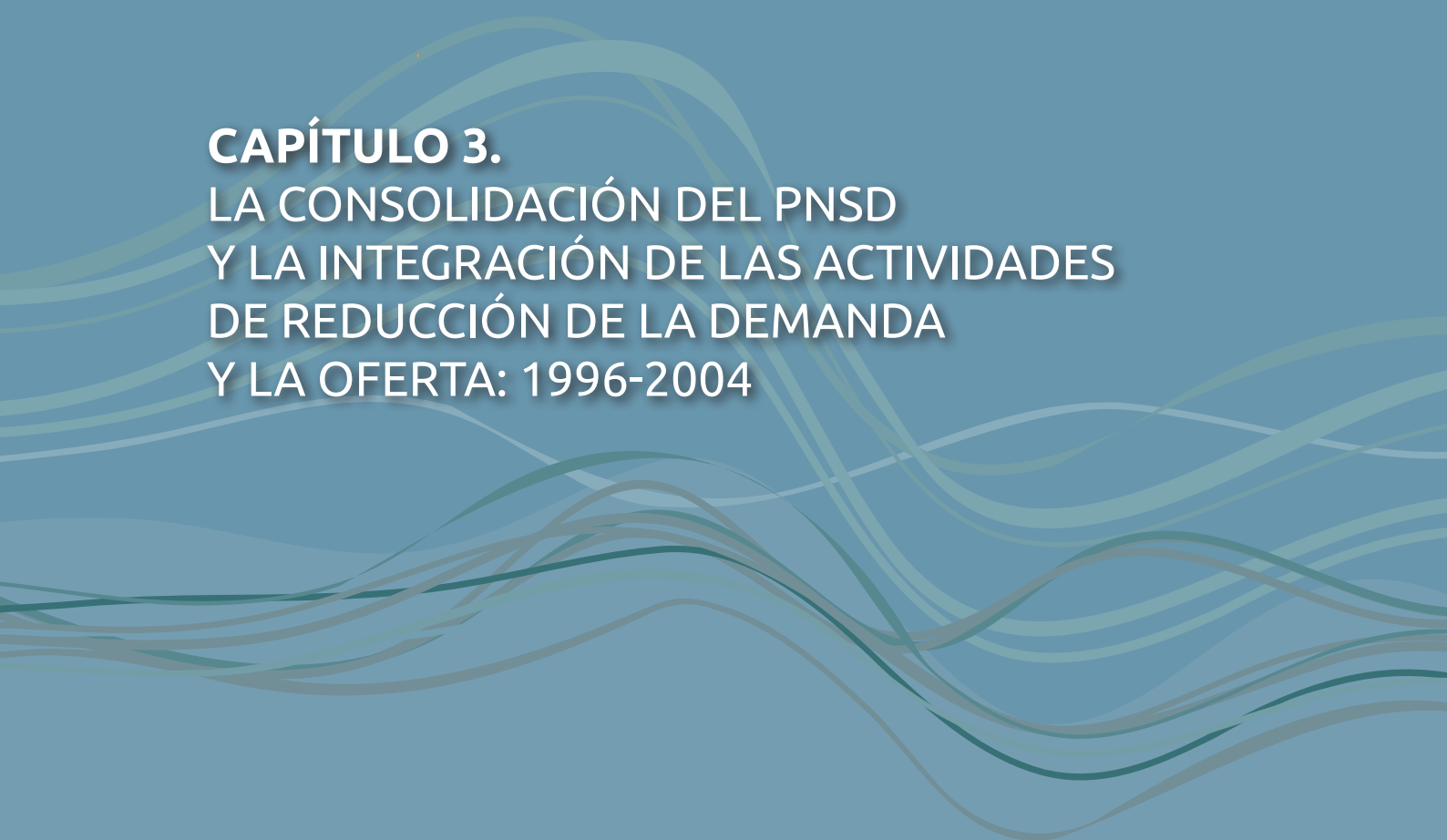
bierno sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con dicho tráfico; así como asumir la coordinación de las investigaciones que se pudieran desarrollar”.⁹¹

No resulta fácil realizar un balance de aquellos once primeros años de funcionamiento del PNSD.⁹² A grandes rasgos podemos hablar de dos etapas, la primera, la más prolongada en el tiempo, la que transcurrió entre 1985 y 1993. En aquellos años el Plan estuvo adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, con un enfoque médico-social del problema y muy marcado, tanto por la dificultad para abordar una cuestión tan compleja como la de las adicciones, como por la necesidad de empezar prácticamente de cero, al menos por lo que a prevención, tratamiento y reinserción se refiere. En las páginas precedentes se han intentado plasmar las luces y las sombras que acompañaron los inicios de una política como la que encierra el PNSD.

La segunda etapa, mucho más breve, estuvo marcada por el cambio de adscripción al área del Ministerio del Interior. Una circunstancia, que como acabamos de comprobar, conllevó, sobre todo, una mayor presencia y compromiso por parte del PNSD en la atención a la oferta.

91 *Ibidem*. La delegación del ministro del Interior al titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas relativa a la coordinación de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado procedía en los siguientes supuestos: a) delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con dicho tráfico cometidos por organizaciones criminales; b) delitos de tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico cuyo enjuiciamiento corresponda, por razón del territorio, a la Audiencia Nacional; c) y delitos conexos con los anteriores, o relacionados por razón de la utilización de beneficios económicos procedentes de los mismos.

92 Entre los trabajos que se han ocupado de analizar la evolución del PNSD en aquella primera etapa, destaca el de Joaquín María Rivera Álvarez y su análisis desde el ámbito del derecho administrativo (El Plan Nacional sobre Drogas: un modelo de coordinación estatal de las actividades prestacionales de nuestra Administración. *Cuadernos de Trabajo Social* 1995; 8: 259-270).



CAPÍTULO 3.

LA CONSOLIDACIÓN DEL PNSD Y LA INTEGRACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA Y LA OFERTA: 1996-2004

En el Informe aprobado en diciembre de 1995 por la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de la Droga se hacía un balance de los diez primeros años de recorrido del PNSD.⁹³ Entre los logros conseguidos se indicaba que el Plan Nacional había conseguido integrar en su funcionamiento, de acuerdo con las comunidades autónomas, conceptos, objetivos y prioridades, además de coordinar distintos proyectos y alcanzar una serie de mínimos comunes. Sin embargo, no había conseguido influir en la mayor parte de las actuaciones de las corporaciones locales,⁹⁴ ni en el trabajo concreto de algunos sectores de la Administración. Además, las vinculaciones de las Fuerzas de Seguridad con el Plan no eran las idóneas⁹⁵.

El citado Informe intentaba ofrecer una radiografía del problema de las adicciones en la España de 1995.⁹⁶ Tras señalar que existía una convivencia histórica con los consumos de drogas legales, con elevado coste para las personas y el conjunto de la sociedad, hacía mención a la irrupción que había tenido el consumo de drogas ilegales. Una circunstancia que había contribuido a crear un imaginario social en torno a las “personas drogodependientes” y su contexto social, así como “una gran alarma social que condicionaba una respuesta racional y alejada de las soluciones mágicas y de la satanización de los problemas”.

En el caso de la heroína, aunque mostraba una tendencia a la baja en el consumo por vía intravenosa, subsistía la de la inhalación y no disminuía su tráfico. Los datos relativos al control de la oferta de cocaína hacían presagiar un incremento de su consumo, al igual que el de “drogas sintéticas”. El consumo de “hachís” seguía estando extendido, aunque se apreciaba una tendencia a la estabilización y el descenso. El mayor riesgo venía determinado por la posibilidad de que su uso pudiera favorecer el inicio a otros consumos, sobre todo por la coincidencia de “los circuitos de la oferta”.⁹⁷

Por lo que a drogas legales se refiere, el cambio más significativo en el consumo de alcohol tenía que ver con nuevos patrones de uso entre los jóvenes y adolescentes, nuevos riesgos ligados al consumo exclusivo los fines de semana, intoxicaciones agudas o mayor riesgo de accidentes.⁹⁸

Por último, en cuanto a la oferta, los redactores del Informe destacaban cómo se habían consolidado los vínculos entre el tráfico de drogas y otras formas de delincuencia organizada y violenta, que mostraban, además, un creciente poder político y económico por parte de las

93 Informe aprobado por la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de la Droga. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Sección Cortes Generales. V Legislatura. Serie A: Actividades parlamentarias. 11 de diciembre de 1995, número 80 (Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L5/CORT/BOCG/A/CG_A080.PDF).

94 *Ibidem*, p. 9. En el Informe se insistía en el papel de las corporaciones locales en materia de drogodependencia, por considerar que la participación de las mismas era muy desigual y, en muchos casos, insuficiente. Para la Comisión resultaba fundamental la implicación activa de los municipios en el marco de los planes autonómicos sobre drogodependencia.

95 *Ibidem*, p. 3.

96 *Ibidem*, p. 3-4.

97 *Ibidem*, p. 4.

98 *Ibidem*

mafias. De hecho, la Comisión llamaba la atención sobre “la gravedad que suponía el desarrollo de las organizaciones criminales, al constituirse en un auténtico riesgo para la seguridad del Estado y el desarrollo de los valores democráticos”.⁹⁹

El balance de los diez años del PNSD también hacía referencia a las medidas que se habían implementado para controlar la demanda. En materia de prevención, “sin duda el pilar fundamental de la política contra el uso indebido de drogas”, se habían producido avances, pero los resultados no eran satisfactorios. Como se destacaba en el Informe, “en España no había adquirido la relevancia que merecía la medicina preventiva y la promoción de la salud, en especial en materia de educación sanitaria, circunstancia que no había impedido la banalización de las drogas legales y algunas ilegales”.¹⁰⁰

Otro tanto ocurría “con la dificultad que existía para evaluar los programas y campañas preventivas y sus efectos”.¹⁰¹ Una circunstancia que se atribuía a la imprecisión de los objetivos y a la complejidad que comportaba su ejecución, al precisar de una importante cooperación social —con evidente protagonismo para los medios de comunicación— y coordinación administrativa.¹⁰²

En el ámbito asistencial y en el de la reinserción, desde mediados de los años 80 se había producido una continua extensión de la red de servicios asistenciales. Se fueron generando nuevos recursos, como centros de atención, centros de día y camas hospitalarias para la desintoxicación. Las comunidades terapéuticas habían comenzado a ser evaluadas, aunque “era necesario incrementar los elementos para un adecuado análisis de su solvencia”. Sin embargo, “la implicación de las redes generales (sanitaria y de servicios sociales) en la atención y la integración de los distintos recursos en una única red, era insuficiente”.¹⁰³ Los programas de

99 *Ibidem* Se insistía en denunciar que el crimen organizado se estaba convirtiendo en un poder frente al Estado, haciendo uso de la corrupción y la violencia como herramientas de trabajo, al mismo tiempo que representaba “un enorme negocio y, por tanto, un volumen ingente de beneficios para los narcotraficantes”.

100 *Ibidem* A pesar de todo, se reconocía que se había producido “una intensificación de las acciones preventivas de los poderes públicos, con iniciativas en el ámbito escolar a través de los programas de educación para la salud, de las ONG y de los medios de comunicación; así como una mayor concienciación ciudadana. Al igual que los avances en prevención en ámbitos específicos, como el laboral, militar o penitenciario”.

101 : La primera campaña se impulsó en 1990, con el título “Para que no mires atrás”. Sobre las campañas preventivas impulsadas por el PNSD, se puede consultar: <https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/campannas-PreventivasInformativas/campannas/campanas/campana1990.htm>

102 *Ibidem*, p. 6.

103 *Ibidem*. Además de avanzar hacia una oferta normalizada, evitando la creación de recursos paralelos y la segregación o aislamiento de los mismos, se recordaba que el nivel primario de intervención debía ser atendido por los equipos sanitarios de atención primaria y los servicios sociales generales o comunitarios, la primera línea de intervención. Los primeros debían encargarse de las tareas de detección, atención y seguimiento de la problemática orgánica de la persona drogodependiente, derivando, cuando fuera necesario, a los restantes elementos de la red sanitaria o especializada del segundo nivel. A los servicios sociales, generales o comunitarios les correspondía el diseño, ejecución y evaluación de la reinserción social de la persona drogodependiente. Era muy importante tener en cuenta la perspectiva comunitaria e integrar en la intervención los ámbitos familiar y social, así como adecuar la intervención a las peculiaridades de la población de cada zona, al igual que apoyar a las ONG con garantía de eficacia de sus programas y sometidos a una rigurosa evaluación pública.

atención tenían que ser capaces de atraer a las redes asistenciales normalizadas a los consumidores de drogas con más necesidades sociales y sanitarias.¹⁰⁴

Con el fin de abordar las cuestiones que estaban pendientes o que requerían de mayores esfuerzos, el informe de la Comisión también establecía una serie de propuestas que pasaban por la implementación de una cultura de la prevención, entendida como “una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONG, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación”.¹⁰⁵

Para poder hacer realidad dicha cultura, “era necesario modificar el discurso social sobre la droga [...] y reducir la tolerancia social hacía las drogas legales que, como el alcohol y el tabaco, constituían un grave problema para la sociedad española, ya que, a largo plazo, una política eficaz contra las drogodependencias sólo podía constituirse sobre la base de una disminución del consumo de alcohol, tabaco y fármacos”.¹⁰⁶

Otro tanto ocurría en el ámbito asistencial y el de la reinserción. Se mencionaba de manera explícita el objetivo de desarrollar programas tendentes a disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas y en especial aquellos que pudieran contribuir a reducir el riesgo de contraer infecciones por VIH, así como a mejorar la calidad de vida y la inserción social de las personas con toxicomanías infectados por el virus. También se insistía en la conveniencia de mejorar la formación sobre drogodependencias en los currículos de los estudios universitarios de ciencias de la salud y ciencias sociales. Así mismo, debido al importante número de personas consumidoras menores de edad, se proponía desarrollar programas específicos de rehabilitación y de reinserción.¹⁰⁷

Por último, en lo concerniente a la lucha contra la oferta, el narcotráfico y el blanqueo de capitales, se consideraba prioritaria la aplicación efectiva de la legislación y agilizar “el desarrollo normativo de las vías de control de las sustancias químicas catalogadas, denominadas convencionalmente como «precursores»”.¹⁰⁸

Otra de las cuestiones en la que se ponía un especial énfasis era la de la reorganización de las Fuerzas de Seguridad del Estado en lo referente a la operativa coordinada para combatir el tráfico de drogas, el fraude fiscal y el blanqueo de capitales o en propuestas dirigidas a conseguir “un paulatino incremento de los medios humanos y materiales con que contaba la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas”. En relación con esta última cuestión, la de los recursos necesarios para llevar adelante las propuestas

104 *Ibidem*, p. 9. Se hacía una referencia singularizada al problema de la drogodependencia en el ámbito de las prisiones. Aunque se habían producido avances, tanto en el ámbito preventivo como asistencial, era necesario intensificar la intervención pública “a través de un plan que implicara a diversas administraciones de manera eficaz”. Entre los aspectos a desarrollar se destacaban los programas de tratamiento para las personas drogodependientes en cada centro penitenciario y centros alternativos a la prisión para desintoxicación y rehabilitación de drogodependientes, además de prestar una atención particular a los jóvenes y a los primeros ingresos.

105 *Ibidem*

106 *Ibidem*, p. 7.

107 *Ibidem*, p. 8.

108 *Ibidem*, p. 9.

de mejora, se instaba al Gobierno a incorporar a los Presupuestos Generales del Estado las partidas necesarias, al mismo tiempo que se hacía mención al incremento de recursos que podía suponer la entrada en vigor de la “Ley sobre la creación de un fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados”, con el fin de facilitar las investigaciones de las organizaciones de narcotraficantes”.¹⁰⁹

El Informe que acabamos de resumir, se convirtió, de hecho, en la “hoja de ruta” que guio el programa de actuaciones durante la etapa de Gonzalo Robles Orozco como Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas entre mayo de 1996 y noviembre de 2003, cuando cesó al ser nombrado delegado del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración.¹¹⁰

En un artículo publicado por Gonzalo Robles en diciembre de 1996,¹¹¹ titulado “Situación actual y prioridades del Plan Nacional sobre Drogas” y en línea con el Informe de la Comisión Mixta Congreso Senado que se ha analizado en los párrafos precedentes, afirmaba que “después de once años de existencia y a pesar de sus indudables logros, parecía llegado el momento de proceder a una revisión a fondo de los resultados del PNSD, de lo que ha significado [...] y de adaptarlo a la nueva realidad”. Para ello era necesario abrir un período de reflexión “donde debían participar todas las instituciones con responsabilidades en el tema: administración central, comunidades autónomas, corporaciones locales, comisiones legislativas, etc.”. El objetivo era preparar un documento que recogiera la estrategia nacional contra las drogas, las metas a alcanzar en las diferentes áreas de actuación y los medios y recursos necesarios para su consecución. A la prevención, que se situaba como objetivo prioritario,¹¹² se sumaban el de la diversificación y normalización asistencial, la reducción de

109 *Ibidem*, p. 10.

110 Así lo reconocía Gonzalo Robles en la entrevista que se le realizó en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD. Robles fue nombrado Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas el 17 de mayo de 1996 a propuesta de Jaime Mayor Oreja, Ministro del Interior, departamento del que continuó dependiendo la Delegación. Gonzalo Robles contaba con una dilatada trayectoria de relación con la problemática de las drogas, primero como responsable del tema en las Nuevas Generaciones de Alianza Popular y con posterioridad, como portavoz parlamentario para esta temática por parte del Partido Popular, a lo que había que sumar su formación en el ámbito de la enfermería y la antropología, disciplinas pertinentes para el abordaje de las adicciones.

111 Robles Orozco, Gonzalo. Situación actual y prioridades del Plan Nacional sobre Drogas. *Farmacéuticos* 1996; Diciembre: 6-8.

112 *Ibidem*, p. 6-7. Tenía que abordarse como una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONG, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación. Además, profundizando en lo señalado por el Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga de diciembre de 1995, la labor preventiva debía dirigirse prioritariamente hacia el consumo de nuevas sustancias como las drogas de síntesis y hacia los nuevos patrones de consumo de sustancias más habituales como el caso del alcohol por parte de los adolescentes. Como se destacaba en la memoria del PNSD de 1996, en palabras de la doctora Barbara Remberg, recogidas en el informe de Naciones Unidas (“World Drug Report”. United Nations. International Drug Control Programme): “El desafío de los estimulantes sintéticos se plantea con toda urgencia, tanto en la actualidad como para el futuro. Durante los años 90, las tasas de crecimiento del tráfico y la producción ilícita han sobrepasado los de la cocaína y la heroína y que el consumo está superando el de las drogas tradicionales en un creciente número de países. Si continúan las tendencias actuales, el problema del abuso de los estimulantes sintéticos podría llegar a convertirse en un problema global, con una rápida expansión tanto en los países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo”.

la oferta y el blanqueo de capitales, el impulso a los sistemas de información¹¹³ y la coordinación institucional.

Finalmente, en enero de 1997, la Delegación hacía pública la primera estrategia del PNSD, que se formuló durante el mandato de Gonzalo Robles.¹¹⁴ Contemplaba cinco grandes cuestiones: las medidas de lucha contra la oferta, el narcotráfico y el blanqueo de capitales, las medidas de prevención, las asistenciales y de reinserción, la constitución del Observatorio Español sobre Drogas, las medidas de cooperación exterior y la recomposición del grupo interministerial de coordinación. La selección de las temáticas a abordar y la estructura del Plan se justificaba con estas palabras:¹¹⁵

“Una efectiva acción contra las drogas debe ir dirigida a luchar contra la oferta, el narcotráfico y el blanqueo de capitales, de igual modo nuestros esfuerzos deben ir dirigidos a planificar una firme política de prevención de las drogodependencias, y por último a ayudar, con una diversificación de programas y de redes asistenciales y de rehabilitación, a los que se encuentran inmersos en el consumo de determinadas sustancias. Asimismo, las drogas no conocen fronteras, por esto es fundamental fomentar la cooperación exterior en esta materia”.

En el capítulo de lucha contra la oferta, el narcotráfico y el blanqueo de capitales se contemplaban medidas normativas, la creación de una Oficina Central Nacional, “para potenciar la coordinación operativa de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y el Servicio de Vigilancia Aduanera”¹¹⁶ y la creación de unidades especiales de lucha contra la droga, blanqueo de capitales y delitos conexos, entre ellas las Unidades de Droga y Crimen Organizado (U.D.Y.C.O).¹¹⁷

113 *Ibidem*, p. 9. Robles indicaba que la creación del Observatorio Europeo sobre Drogas, así como la evolución del problema de las adicciones en España, “exigían una adaptación y fortalecimiento de los instrumentos de análisis e investigación”. Anunciaba la voluntad de reforzar el Sistema Español de Información sobre Toxicomanías, así como potenciar las encuestas y estudios con el fin de obtener la información necesaria para diseñar las estrategias y los proyectos que permitieran adaptarse a los nuevos retos. Así mismo, daba noticia de la “reapertura del Centro de Documentación y Publicaciones de la Delegación”, y otorgarle de esta forma la condición de “instrumento de referencia para que investigadores, profesionales y colectivos que trabajan en el campo de las drogodependencias encuentren los materiales necesarios para el desempeño de su labor”. Todo un conjunto de acciones que, junto con el nombramiento de un Consejo Asesor, iban a permitir la puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas.

114 *Plan de medidas para luchar contra las drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pndplanmedidas1997.pdf>

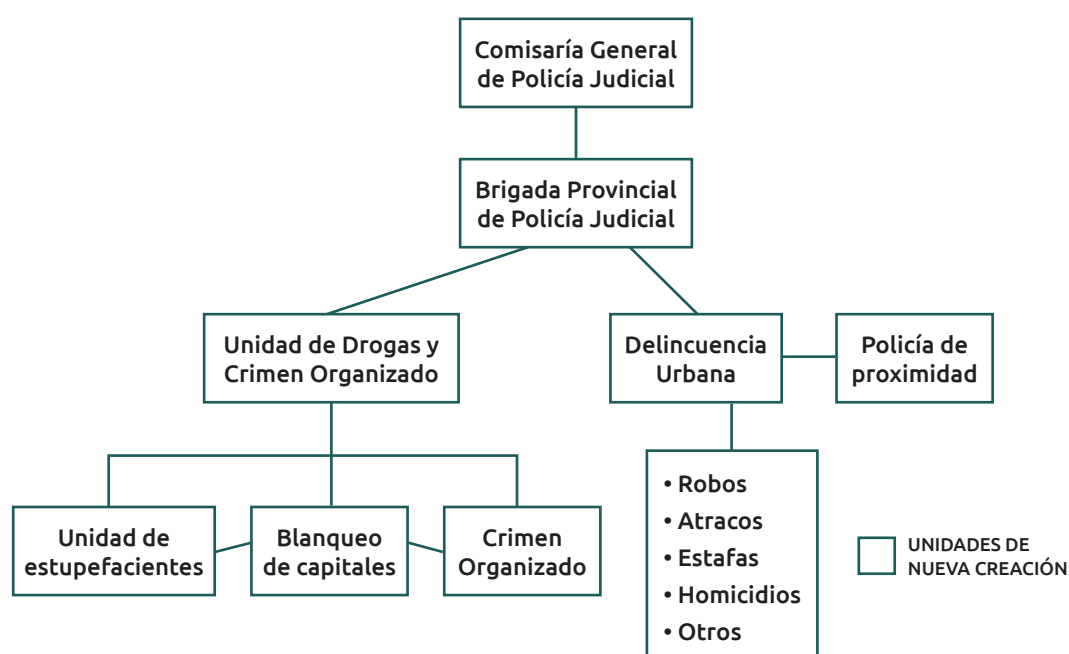
115 *Ibidem*, p. 2.

116 *Ibidem*, p. 4. Estaba previsto que se adscribiera a la Comisaría General de Policía Judicial, y que estuviese integrada por funcionarios del Cuerpo Nacional de Policía, Guardia Civil y Servicio de Vigilancia Aduanera.

117 *Ibidem*, p. 5-7. Junto a la creación de la policía de proximidad, se contemplaba la creación de unidades especiales a nivel local, provincial y una unidad central con funciones de apoyo a las provinciales, coordinación operativa de las actuaciones y estructura desconcentrada, con alto nivel de movilidad y bases operativas en los lugares del territorio más sensibles (Costa del Sol y Galicia, fundamentalmente), pero dependiendo en todo caso de la autoridad central.

Las medidas normativas contemplaban la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la introducción de nuevas figuras jurídicas en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas, como el agente encubierto o las entregas vigiladas de dinero. También se consideraba la creación de un Fondo Procedente de los Bienes Decomisados por Tráfico de Drogas y otros Delitos Relacionados, que iría acompañado de una Mesa de Coordinación de Adjudicaciones y de un procedimiento de gestión de los bienes que pudieran constituir el Fondo. Adicionalmente se preveía el establecimiento de medidas de control de sustancias químicas catalogadas como susceptibles de desvío para la fabricación ilícita de drogas.¹¹⁸

Todas estas medidas se completaban con la puesta en marcha de una ponencia técnica para el estudio de las investigaciones patrimoniales de narcotraficantes.



Fuente: Plan de medidas para luchar contra las drogas. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997. Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pndplanmedidas1997.pdf>

En el caso de las medidas de prevención, como principio general, se buscaba impulsar la actuación preventiva, ordenar y homologar los programas a desarrollar en los diferentes ámbitos de actuación preventiva, tanto desde las distintas administraciones, como de las

118 *Ibidem*, p. 3.

ONG.¹¹⁹ En concreto se planteaban actuaciones a nivel de la escuela, la familia y el medio social. En el primer caso, en el marco del Protocolo firmado por los Ministerios del Interior, Sanidad y Consumo, y Educación y Cultura, estaba previsto impulsar la Educación para la Salud en el conjunto del sistema educativo, como estrategia básica para la prevención de las drogodependencias.¹²⁰ En el segundo caso, el de las familias, las acciones se concretaban en apoyar a las asociaciones de padres que llevaran a cabo programas de formación, fomentar los programas de prevención de menores y preparar y difundir el manual: *Actuar es posible en Familia*.¹²¹ Por último, en el ámbito comunitario, el objetivo era potenciar la utilización de

119 La Delegación del Gobierno para el PNSD encargó al Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) un estudio sobre "Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España" que fue recogido en la monografía: *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997 (Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preven.pdf>). Además de la síntesis del estudio del GID, titulado "Revisión histórica de los programas de prevención de las drogodependencias en España", la monografía contenía otras tres colaboraciones con propuestas de actuación firmadas por Gonzalo Robles, Delegado del Gobierno para el PNSD ("Bases para una política nacional de prevención"), Emiliano Martín González, Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el PNSD ("La prevención en España hoy: propuesta de consenso institucional, técnico y social") y Sonia Moncada Bueno, Jefa del Servicio de Prevención de la Delegación del Gobierno para el PNSD ("Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas"). Como se indicaba en la presentación, "desde su función de órgano impulsor y coordinador de las acciones preventivas, la Delegación del Gobierno para el PNSD, proponía priorizar tres ámbitos fundamentales de actuación: la familia, la escuela y los medios de comunicación. Los tres constituían instancias básicas de socialización de nuestros niños y jóvenes en un abordaje preventivo fundamentado principalmente en la educación. Una educación destinada a fortalecer los valores y actitudes de la juventud para que sea auténticamente libre, responsable y solidaria; una juventud capaz de enfrentarse con éxito a la falsa alternativa que representaba el consumo de drogas". Se trataba de ofrecer propuestas de consenso a los principales actores de la prevención, como ocurría con los Planes Autonómicos y Locales, Organizaciones no Gubernamentales, familias, educadores, etc.

120 *Ibidem*, p. 20-23. Como medidas concretas, el Plan preveía la realización de un programa piloto de prevención en drogodependencias en centros educativos integrados en zona de actuación preferente, mediante la realización de proyectos educativos y el desarrollo de actividades complementarias fuera del horario escolar. Se llevaría a cabo simultáneamente en 30 centros escolares dentro del territorio del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). A nivel provincial estaba previsto implementar estructuras estables de coordinación, con participación autonómica y local, para apoyar y supervisar las iniciativas que se pudieran desarrollar en materia de prevención escolar. También se contemplaba el desarrollo de la "Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas y materiales de prevención de las drogodependencias". La propuesta se completaba con programas de formación para los profesionales de la educación o la difusión de materiales preventivos que podían dar continuidad a la Colección "Actuar es posible" que se había puesto en marcha en 1991 (Véase: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CcoleccionActuaresposible.htm>), además de fomentar la formación y la participación de los padres en los programas escolares a través de las asociaciones de padres de alumnos.

121 Como ya se ha indicado la colección "Actuar es posible" se había puesto en marcha en 1991, con la publicación *Actuar es posible. El farmacéutico ante los problemas derivados del consumo de drogas*, fruto de la colaboración entre el PNSD y el Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. A esta siguieron otras nueve publicaciones. La última apareció en 2006 (*Actuar es posible. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios*). En 1992 vieron la luz, siempre en relación con la atención a los problemas derivados del consumo de drogas, dos monografías dedicadas a los ámbitos de la atención primaria, y de los médicos forenses y servicios socio-sanitarios de los juzgados. En 1994, se publicó un manual dirigido a la atención del problema del alcoholismo en atención primaria. En 1996 se editaba una monografía sobre la prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar y en 1997 la que se mencionaba en el Plan de Medidas sobre la familia y los problemas relacionados con el consumo de drogas. En 1998, se publicaron sendas monografías sobre servicios sociales y drogodependencias, y educación sobre alcohol, y en 2000 otra sobre medios de comunicación y drogodependencias (Véase <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CcoleccionActuaresposible.htm>). Así mismo, en el ámbito de la prevención en el entorno familiar, también se publicó en 2002 y en colaboración con el Colegio de Psicólogos, la monografía: Secades Villa, Roberto; Fernández Hermida, José Ramón (coord.) *Intervención familiar en la prevención de drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

los medios de comunicación social “para la difusión y formación de valores preventivos, y fomentar la participación de la ciudadanía en este ámbito”.¹²²

En el capítulo de las medidas asistenciales y de reinserción, el Plan preveía dedicar las Órdenes de Ayuda del Plan Nacional sobre Drogas para 1997¹²³ al apoyo de los planes de drogodependencias de las CCAA, planes municipales llevados a cabo por las corporaciones locales y programas concretos que pudieran presentar las ONG de ámbito nacional, que guardasen relación con una serie de líneas prioritarias: programas específicos de rehabilitación y de reinserción de menores drogodependientes; programas tendentes a disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas (SIDA) —incluyendo dispositivos de dispensación de metadona y programas de intercambio de jeringuillas—; programas conjuntos y específicos del Plan Nacional sobre Drogas y del Plan Nacional del SIDA; programas para drogodependientes con problemas jurídicos o internados en instituciones penitenciarias;¹²⁴ y programas específicos desarrollados en los planes autonómicos o por ONG para abordar el consumo de nuevas sustancias (drogas de síntesis) y el problema del alcohol.¹²⁵

122 *Ibidem*, p. 24-25. Como medidas concretas se proponía difundir en centros educativos y ONG que trabajasen en el ámbito familiar, campañas como la que se lanzó en 1996 con el título “Evita las Drogas. Dialoga con tu Hijo”, dirigida a sensibilizar a la opinión pública de la necesidad de fomentar la comunicación familiar como estrategia preventiva. Con anterioridad se habían lanzado tres campañas en 1990 (“Para que no mires atrás”), 1991 (“Se necesitan centros así”) y 1994 (“En drogas mejor no te metas”). Además, el Plan de Medidas del 1997 subrayaba la importancia de lanzar campañas a los jóvenes, con el fin de promover valores propios de la adolescencia, como alternativa al consumo de drogas. Entre 1997 y 2004 se difundieron un total de nueve campañas: “¿A que sabes divertirse sin drogas?” (1997); “Funcionamos sin drogas” (1998); “A tope sin drogas” (1999); “Entérate. Drogas, más información, menos riesgos” (2000); “Tú sabes cómo, controla” (2000); “Drogas, más información, menos riesgos. Pídelas y entérate” (2001); “Piensa por ti” (2002); “Abre los ojos, las drogas pasan factura (2003) y “El alcohol pasa factura” (2004) (Véase: <https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/campanasPreventivasInformativas/campanas/campanas/dialogo.htm>).

123 La primera convocatoria de ayudas para el desarrollo de proyectos de investigación sobre adicciones, tuvo lugar en el año 2000-2001 (<https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/convocatoriaSubvenciones/ong/proyeclnvestig.htm>). Sin embargo, antes de esa fecha, de acuerdo con el testimonio de Gonzalo Robles (Robles Orozco, Gonzalo. Presentación del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas. *Trastornos adictivos* 2002; 4(4): 203-208 (p. 205)), entre 1996 y 2000 se habían llevado a cabo desde la Delegación ayudas a la investigación a comunidades autónomas y ayuntamientos (en concreto Madrid y Barcelona), a las principales organizaciones profesionales (Socidrogalcohol, SET, Instituto Europeo de Estudios en Prevención del consumo de drogas (IREFREA), Colegios Profesionales...), y se habían firmado convenios con otros centros directivos de la Administración Central (Plan Nacional sobre el SIDA, Instituto de la Juventud, Instituto de la Mujer, Instituto Nacional de Toxicología, Dirección General de Tráfico...), Centros de Investigación como el CSIC, Universidades públicas y privadas..., para realizar trabajos de relevancia científica y abordar temas y cuestiones relevantes o de gran interés práctico. En 1996, el total de dinero destinado a la financiación de proyectos de investigación fue de 33,3 millones de pesetas; en el 2002, ya se había casi quintuplicado la cifra de 1996 con 911.000 euros (más de 150 millones de pesetas).

124 *Ibidem*, p. 25-26. En concreto, programas que permitiesen dar cumplimiento a la supresión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a 3 años, o destinados al cumplimiento alternativo de las penas en centros de desintoxicación y rehabilitación debidamente homologados. Se proponía desarrollar una experiencia piloto en el Centro Penitenciario Soto del Real (Madrid) para crear unidades terapéuticas dentro de los centros penitenciarios que garantizaran el éxito de la desintoxicación de los reclusos; y de esta forma extender a todos los centros penitenciarios programas de reducción del daño con sustitutivos (metadona).

125 En 1998, la Delegación subvencionaba, mediante encargo a la Sociedad Española de Toxicomanías, un estudio para evaluar las desintoxicaciones ultracortas que habían comenzado a extenderse en España desde principios de la década de 1990. En concreto se evaluaron 18 programas que se llevaban a cabo en una veintena de centros en diez comunidades autónomas (Valderrama Zurián, Juan Carlos *et al* Estudio de las desintoxicaciones ultracortas en España. *Trastornos adictivos* 1999; 1(2): 124-155).

También estaba previsto impulsar, por un lado, un convenio de colaboración entre el Plan Nacional sobre Drogas y el Instituto Nacional de Empleo (INEM), para una adecuada reinserción y consistente en 5.000 plazas para la realización de programas con drogodependientes: escuelas taller y casas de oficios, formación profesional ocupacional, información, orientación profesional y búsqueda de empleo, y planes de servicios integrados de empleo. Por otro, la ampliación de las plazas de distribución de metadona, en colaboración con el INSALUD, “con la finalidad de tender a la normalización de la persona drogodependiente”.¹²⁶

El Plan de medidas para luchar contra la droga de 1997, consideraba, igualmente, la puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas —siempre en constante intercambio con el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT)—, con la finalidad de convertirlo en el “órgano permanente de recogida de información de diferentes fuentes nacionales e internacionales”. Se trataba de contar con una “especie de barómetro” que permitiera medir “el estado de situación de las adicciones en España”, basándose en la “recogida, análisis y difusión de todo tipo de información que posibilitase una comunicación objetiva y fiable a los ciudadanos”. A través del Observatorio se podría “disponer de una visión más globalizadora del fenómeno de las drogodependencias y de un instrumento eficaz en la toma de decisiones de los responsables del PNSD”.¹²⁷

Para hacer realidad la propuesta estaba previsto, por un lado, crear un Consejo Asesor que actuara como elemento consultivo y que estuviera integrado por miembros de los grupos sociales, profesionales, técnicos y científicos relacionados con la lucha contra la droga; por otro, crear un “Sistema Estatal Permanente de Toxicomanías” que, ligado al SEIT, ofreciera al Observatorio información inmediata, ágil y permanente de la aparición de nuevos problemas ligados al abuso de drogas. También se preveía realizar encuestas anuales dirigidas tanto a la población general como a poblaciones específicas (población escolar, personas drogodependientes en tratamiento, etc.); y desarrollar el Centro de Documentación mediante la incorporación de nuevos sistemas informáticos.¹²⁸

Fue en 1998 cuando se hizo efectiva la creación del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (el R.D. 783/1998, de 30 de abril).¹²⁹ El Real Decreto asignaba a la Subdirección General del PNSD “la elaboración de los documentos y la realización de las gestiones necesarias para el desarrollo del Observatorio”. Para quien ejercía el cargo de subdelegado en

126 *Ibidem*, p. 25-26.

127 *Ibidem*, p. 26-27.

128 *Ibidem*, p. 28.

129 El objetivo era el de “Servir como órgano estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías en el ejercicio por éste de las competencias que tenía reconocidas en la normativa comunitaria, así como realizar y coordinar en el territorio español, a efectos internos, actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información sobre drogas y toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, y actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales pudieran ejercer las comunidades autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus estatutos de autonomía”. De hecho, en 1997 ya habían iniciado su funcionamiento los Observatorios Vasco y Gallego sobre Drogas.

aquel momento, Emiliano Martín González,¹³⁰ la puesta en marcha del Observatorio Español sobre Drogas representaba una iniciativa institucional de gran trascendencia para el diseño y la organización de las estrategias a adoptar frente al consumo de drogas; al ser capaz de integrar de modo coherente toda la información disponible sobre las drogas, y de generar nuevos instrumentos de investigación y análisis del fenómeno:

“Se trataba de anticiparse de forma más eficaz a los nuevos patrones de consumo de drogas y de articular mecanismos que permitieran una intervención temprana frente a las consecuencias y problemas que se deriven de los mismos [...] Su función básica es la evaluación de la situación de las drogas en nuestro país, basándose en la recogida, análisis y difusión de información que permita ponerla a disposición de las instituciones, los profesionales que gestionen y/o trabajen en el campo de las drogodependencias y el conjunto de la sociedad. Se trata también de disponer de un instrumento eficaz en la toma de decisiones del Plan Nacional sobre Drogas para una adecuada planificación y puesta en marcha de actuaciones en la materia”.

Para Emiliano Martín era fundamental la colaboración de una serie de instancias y entidades de las que dependían en último término muchos de los componentes del SEIPAD (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicción a Drogas) del Observatorio Español sobre Drogas (OED). Entre otras: a) Órganos de la Administración Central del Estado con sistemas de información y registro generales (Fiscalía Especial Antidroga, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Plan Nacional del SIDA, Instituto Nacional de Toxicología, Dirección General de Tráfico, etc.); b) Planes Autonómicos sobre Drogas; c) Planes sobre Drogas de las Administraciones Locales; d) Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en el sector de las drogodependencias; e) Universidades y centros de investigación públicos y privados; f) Asociaciones profesionales y expertos en el campo de las drogodependencias.

Entre las funciones se destacaba la colaboración y coordinación con el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, facilitando la información más amplia y precisa posible y mejorando la comparabilidad de la información disponible con otros Estados de la Unión Europea. El OED debía actuar como punto focal en España de la Red Europea de Información Sobre Droga y Toxicomanías (REITOX), facilitando a través de ella toda la información disponible en nuestro país. Asimismo, se encargaría de la difusión en España de la información relativa al conjunto de los Estados de la Unión Europea que facilita el OEDT. También se subrayaba la voluntad de promocionar, desde el OED, investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes relacionados con los consumos de drogas o sus efectos, o el impulso

130 Psicólogo de formación y con experiencia en el sector. Había sido jefe del Departamento del Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid y era experto en prevención comunitaria (Martín González, Emiliano. La prevención comunitaria: Avances y límites en drogodependencias. *Psychosocial Intervention*, 1994; 3(7): 21-34). Ocupó el cargo de subdirector general del PNSD durante la etapa de Gonzalo Robles. En 1999 publicaba un artículo sobre los objetivos, estructura y desarrollo del Observatorio (El Observatorio Español sobre Drogas *Trastornos adictivos* 1999; 1(2): 81-90). Como recordaba en dicho trabajo, el abordaje de un problema tan complejo como el de las adicciones precisaba de “sistemas de información objetivos, fiables y comparables que faciliten una visión integral y una evaluación periódica, sistemática y amplia del problema a escala nacional e internacional”.

del Centro de Documentación sobre Drogas y de diferentes mecanismos de intercambio y comunicación científica y técnica entre las personas que trabajan en el campo de las drogas-dependencias.

Dentro de la estructura del OED, entre las principales novedades que conllevó la aparición del Observatorio en relación con la situación anterior, Martín destacaba la creación de nuevas fuentes como las Sondas de Información Rápida y el Teléfono de Alerta Inmediata. La actualización de los citados indicadores y su inclusión en un nuevo Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD) iba a requerir, en su opinión, la estrecha colaboración de las instancias e instituciones que ya participaban en el mismo.¹³¹

Emiliano Martín también hacía mención a los criterios que debían contemplar los indicadores generados por el OED. Entre los de naturaleza técnica estaban la fiabilidad (obtener los mismos resultados con diferentes ensayos), sensibilidad (permitir detectar la evolución de los fenómenos), especificidad (referidos a una situación concreta, a una dimensión del fenómeno que se pretendía analizar) y comparabilidad (tanto consigo mismo, en distintos momentos temporales, como con otros indicadores). Entre los que hacían referencia a la viabilidad figuraban la sencillez, concisión, inteligibilidad, economía (obtenibles con un bajo coste o esfuerzo), disponibilidad (basados en datos e informaciones ya existentes) y limitación en su número (debía procurarse utilizar pocos indicadores, lo más esenciales y específicos posibles). En el ámbito de la utilidad, cada indicador debía

131 Estos eran los componentes del OED: 1. Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones y Drogas (SEIPAD), con Sistema de Registro del PNSD, que integraba los tres indicadores recogidos en el antiguo SEIT: admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad; 2. El subsistema de información denominado «Sondas de Información Rápida», encargado de facilitar de manera ágil y rápida información relevante sobre una serie de contenidos relacionados con el tráfico y los consumos de drogas; y los Servicios telefónicos de Información y Alerta Inmediata; 3. Programa de Encuestas Nacionales sobre Consumos de Drogas, con la realización cada dos años y de forma alternativa de una Encuesta Escolar sobre Drogas y una Encuesta Domiciliaria Sobre Uso de Drogas en Población General que se lanzaron por primera vez en 1994 y 1995; 4. Encuestas a colectivos específicos (consumidores de ciertas drogas, integrantes de grupos de riesgo, trabajadores, personal de las Fuerzas Armadas, etc.) y otras encuestas existentes a nivel autonómico o estatal (Encuesta Nacional de Salud, etc.), realizadas por organismos públicos o privados; 5. Investigaciones específicas sobre determinados aspectos de interés relacionados con las drogas; 6. Estadísticas disponibles en diferentes organismos de la Administración (estadísticas sobre enfermedades de declaración obligatoria, estadísticas sobre siniestralidad por accidentes de tráfico y/o laborales, estadísticas sobre mortalidad en España, Panel del Consumo Alimentario, etc.); 7. Sistemas de Información y Registro Generales (judiciales, penitenciarios y sanitarios); 8. Información sobre la reducción de la oferta de drogas procedente de la Oficina Central Nacional, EUROPOL, INTERPOL, etc.; 9. Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el PNSD; 10. Memorias institucionales (Memoria del Plan Nacional Sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales Sobre Drogas, Organizaciones no Gubernamentales relevantes, etc.); 11. Registro de Programas de Prevención, Asistencia e Inserción Social, con información del tipo de programas y actividades que se estuvieran llevando a cabo en los diferentes ámbitos de intervención, así como de los resultados obtenidos con ellos; 12. Informes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y de los Observatorios Autonómicos Sobre Drogas, como ocurría en el caso de Galicia y el País Vasco.

ser válido, relevante, actual, interpretable y orientado a las áreas o grupos con una mayor problemática o riesgo.¹³²

El primer informe del OED se publicó en 1998. Los informes han tenido una continuidad anual, salvo en los años 2010, 2012 y 2014. En 2011, el Observatorio pasó a denominarse Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) y desde 2013 los informes llevaban por título *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*, complementados, también desde ese año, con las *Estadísticas sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*¹³³

En lo referente a la cooperación internacional, en materia de lucha contra la droga, el Plan de 1997 preveía impulsar el Convenio UDE-Europol (Unidad de drogas de Europol) firmado en 1993 —con la misión de coordinar las distintas policías de los diferentes países que trabajan en drogas y blanqueo de capitales procedentes del tráfico ilícito—; asumir un papel activo en el seno de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas, en particular en lo relativo a las drogas de síntesis y a la activación del Programa de Acción Comunitaria para la Prevención de las Toxicomanías en el ámbito de la Salud Pública; mejorar y potenciar las relaciones entre los agentes de enlaces de los distintos países; y mantener e impulsar la presencia de España “en todos aquellos Foros Internacionales que desarrollen políticas de lucha contra las drogas, tanto en el aspecto de la reducción de la demanda, como en el control de la oferta”.¹³⁴

132 Estos eran los indicadores seleccionados que formaban parte del Sistema de Indicadores del OED: 1. Indicadores sociológicos: incluían el perfil social de los consumidores de sustancias psicoactivas, así como la percepción social de los efectos o riesgos asociados a este consumo y el grado de aceptación/rechazo hacia las personas drogodependientes; 2. Indicadores de patrones de consumo: se contemplaban entre otros las personas que habían experimentado y/o que consumían diversas drogas, frecuencia y cantidad de consumo, edades de inicio, vías de administración, prácticas de riesgo, etc.; 3. Indicadores de tratamiento: recogían el número de personas en tratamiento, así como las nuevas demandas, tipo de drogas que justifican la demanda de atención (con carácter principal y secundario), antigüedad en el consumo, evolución de los procesos de tratamiento; 4. Indicadores sanitarios: incorporaban admisiones hospitalarias por patologías asociadas al consumo, urgencias hospitalarias, prevalencias de enfermedades infecto-contagiosas entre consumidores (SIDA, tuberculosis, hepatitis); 5. Indicadores de oferta de drogas: se incluían decomisos en calidad, cantidad y origen de diferentes sustancias, pureza y precio de las mismas, así como nivel de distribución y venta de tabaco y bebidas alcohólicas; 6. Indicadores policiales: contemplaban detenciones por tráfico, sanciones por consumo de drogas en la vía pública, así como a establecimientos por venta de alcohol y/o tabaco a menores y denuncias por conducción bajo efectos del consumo de drogas o alcohol; 7. Indicadores de prisiones: informaban sobre reclusos preventivos y/o penados por delitos contra la salud pública, personas presas consumidoras de drogas y en tratamiento, y estadísticas sobre SIDA y enfermedades asociadas; 8. Indicadores judiciales: recogían información sobre sentencias por delitos contra la salud pública, medidas alternativas a la prisión y sentencias por otros delitos relacionados con el tráfico de drogas; 9. Indicadores de mortalidad: incluían muertes por consumo de drogas, muertes en accidentes de tráfico en los que se hubiera detectado consumo de alcohol y drogas, muertes en accidentes laborales por consumo de drogas y muertes por enfermedades relacionadas con este consumo; 10. Indicadores de evaluación: se referían a programas de prevención puestos en marcha en diferentes ámbitos de actuación, número de actividades desarrolladas en el marco de estos programas, así como participantes y/o beneficiarios de los mismos; 11. Indicadores de inserción/reinserción: contemplaban el número de programas de inserción/reinserción, los beneficiarios de los mismos, así como el número de recursos y actividades de apoyo a la inserción existentes (pisos de inserción, talleres laborales, etc.).

133 *Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº1*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1998. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-1.pdf>.

134 *Ibidem*, p. 29.

El Plan se completaba con la reestructuración de la composición del Grupo Interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas. La presidencia era asumida por el ministro del Interior, formando parte de la misma los ministros de Justicia, Educación y Cultura, Sanidad y Consumo y Trabajo y Asuntos Sociales, además de los secretarios de Estado de Economía (Ministerio de Economía y Hacienda) y Relaciones con las Cortes (Ministerio de la Presidencia).¹³⁵

Al Plan de Medidas de 1997 siguió la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, que aprobó el Consejo de Ministros en diciembre de 1999.¹³⁶ Con la nueva Estrategia se buscaba profundizar en algunos aspectos que ya se contemplaban en el Plan anterior y “ampliar el marco de actuación hacia otros nuevos elementos considerados relevantes de cara a una adecuación a las necesidades del fenómeno y a una mayor efectividad en las políticas sobre drogas”.¹³⁷

El eje fundamental de la Estrategia continuaba siendo “la prevención basada en la educación para la salud y en la formación de actitudes y valores”. Estaba dirigida, especialmente, a los niños y jóvenes —ámbitos familiar y escolar—, con una atención particular a los consumos recreativos de fin de semana.¹³⁸ Aunque se habían iniciado experiencias interesantes, se insistía en la necesidad de ampliar los espacios de intervención, pues aún quedaba mucho camino por recorrer en la prevención en el medio laboral o los proyectos de colaboración con los medios de comunicación social.¹³⁹

135 *Ibidem*.

136 A la de 2000-2008, siguió la de 2009-2016 y la actual de 2017-2024 (<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>).

137 Presentación. En: *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior/ Plan Nacional sobre Drogas/ Secretaría General Técnica, 2000, p. 3.

138 Sobre los programas de prevención de ocio alternativo desarrollados, en un artículo firmado por Emiliano Martín González y Sonia Moncada Bueno (Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones* 2003; 15 (Suplemento 2): 327-346), señalaban, como estos habían cobrado un gran interés en España como consecuencia de la rápida expansión de los nuevos patrones de uso recreativo de las drogas entre importantes sectores de la población juvenil. Aunque bajo ese epígrafe se reúnen muy diversos tipos de intervenciones, para los autores del artículo se trataba de un tipo de programas de base comunitaria llevados a cabo en horarios y espacios de ocio y con el objetivo de desarrollar actividades incompatibles a la vez que alternativas al uso de drogas. Sin embargo, como también se recogía en el trabajo en cuestión, existía “poca evidencia en investigaciones rigurosas que indicasen exactamente qué tipo de programas, qué tipo de actividades dentro de ellos o con qué poblaciones específicas resultaban más efectivos”. Se hacía mención a los programas que se estaban aplicando en Estados Unidos y la existencia de revisiones sistemáticas y aplicaciones de metaanálisis que permitían acceder a una evaluación de resultados e identificar algunas claves para garantizar su buen funcionamiento de los programas. Para el caso español se recordaba que existía una evaluación de resultados de dos conocidos programas: “Abierto hasta el Amanecer (Gijón) y La noche más Joven (Ayuntamiento de Madrid)”, así como diversas fuentes de información que recogían programas de este tipo y que ponían de manifiesto la necesidad de mejorar la fundamentación científica de los mismos, así como su adecuación a una definición de necesidades más precisas y unas expectativas más realistas respecto a los resultados de su aplicación.

139 Presentación. En: *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior/ Plan Nacional sobre Drogas/ Secretaría General Técnica, 2000, p. 4.

Junto a la intensificación de las actividades preventivas,¹⁴⁰ la Estrategia contemplaba mejoras en el área asistencial y unas medidas rehabilitadoras que “debían encontrar su adecuado complemento en los programas destinados a la integración social de las personas drogodependientes”. Se proponían medidas concretas “que pudieran facilitar a las personas con problemas relacionados con las drogas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma”. Para ello se buscaba potenciar los programas de formación y empleo, “desarrollados en torno a la administración autonómica y local, con el apoyo de los organismos competentes de la Administración Central”.¹⁴¹

Por otra parte, aunque se reconocían los logros alcanzados en las políticas de control de la oferta ilícita de drogas, la Estrategia 2000-2008 buscaba potenciar “la constante adecuación del marco normativo a las actividades del tráfico ilícito de sustancias y al blanqueo de bienes producido por el mismo”, así como la coordinación y potenciación de las unidades especiales de investigación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y el control sobre el tráfico de drogas a pequeña escala.¹⁴²

El cuarto elemento sobre el que ponía énfasis la nueva Estrategia era el relacionado con las medidas destinadas a “potenciar la labor de investigación en las diferentes áreas de actuación del PNSD” y mejorar la formación de los profesionales. Con dicho fin, se contemplaba la creación del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas (INFID)¹⁴³ y potenciar el desarrollo del Observatorio Español sobre Drogas, que se puso en marcha, como se ha explicado en párrafos precedentes en 1998.¹⁴⁴

Aunque se reconocía que existía una importante tradición en investigación en adicciones, en opinión de Gonzalo Robles, se trataba de un campo de estudio que presentaba problemas similares a los de otras áreas. Pese a existir grupos de investigadores de calidad, la masa crítica era reducida y muchos de los grupos de excelencia eran pequeños, estaban fragmentados, guardaban poca relación entre ellos y tenían una dotación insuficiente de recursos. En otras palabras, faltaba vertebración, consolidación de equipos, financiación suficiente y

140 Para los responsables del PNSD, era fundamental considerar criterios de homologación de los programas preventivos, como los elaborados por el Grupo de Trabajo conformado por técnicos del Ministerio de Educación y Cultura, de los Planes Autonómicos sobre Drogas y de la propia Delegación del Gobierno para el PNSD; al igual que instrumentos como la “Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias” (Véase: *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas/Secretaría General Técnica, 1997).

141 *Ibidem*, p. 5.

142 *Ibidem*, p. 5-6.

143 Fue creado en julio de 2000 (Real Decreto 1449/2000 de 28 de julio), pero fue a través de una Orden Ministerial de octubre de 2002, cuando se reguló la composición y el régimen de funcionamiento del Instituto (Orden INT/2437/2002 de 4 de octubre). De hecho, la presentación oficial del Instituto tuvo lugar el 8 de octubre de 2002 (Robles Orozco, Gonzalo. Presentación del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas. *Trastornos adictivos* 2002; 4(4): 203-208).

144 Presentación. En: *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior/ Plan Nacional sobre Drogas/ Secretaría General Técnica, 2000, p. 6.

mantenida en el tiempo, y fijar líneas prioritarias de investigación, capaces de responder a las necesidades específicas de las “drogodependencias”.¹⁴⁵

El diagnóstico en materia de investigación era completado con una referencia a la situación en la que se encontraba la formación en materia de adicciones en la España de los años finales del siglo XX. De nuevo, aunque existían muchas iniciativas, no se disponía de criterios comunes de homologación y acreditación de los contenidos básicos y duración de la formación. Desde que se había puesto en marcha el PNSD, el interés por “impulsar la formación de profesionales, familias, profesores, organizaciones sindicales, agentes sociales y otros muchos mediadores sociales” había sido manifiesta, al igual que los esfuerzos de diferentes universidades por ofrecer másteres y cursos de especialización.

La Delegación del PNSD consiguió en aquel mismo año de 2002 firmar con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) un convenio con ocho universidades españolas y latinoamericanas para poner en marcha la Maestría Iberoamericana on-line en Drogodependencias. Un año antes, en 2001, a través de las órdenes de ayuda de la Delegación y del Fondo de Bienes Decomisados, se había impulsado un acuerdo con la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) para impartir cursos de especialización en alcoholismo dirigidos a médicos de atención primaria, y a médicos y psicólogos de las redes asistenciales.¹⁴⁶

Sin embargo, a pesar de todas estas iniciativas, para Gonzalo Robles faltaba una política formativa global que, como se recogía en la Estrategia Nacional sobre Drogas (END) de 2000-2008, debía estructurarse en tres niveles: Formación de Pregrado; Formación de Postgrado Universitario, incluyendo el Doctorado, y Formación continuada para profesionales de las drogodependencias y de los servicios generales, considerándose prioritarios los de servicios de salud, educación, servicios sociales, justicia e interior.¹⁴⁷

145 Robles Orozco, Gonzalo. Presentación del Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas. *Trastornos adictivos* 2002; 4(4): 203-208 (p. 205).

146 *Ibidem*, p. 205-206.

147 *Ibidem*, p. 206. Véase: Editorial. La formación sobre alcoholismo en España: curso de formación en alcoholismo. *Trastornos adictivos* 2001; 3(2): 67-75. En 1998, España ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol. Según las Encuestas Nacionales de Salud, realizadas en 1993 y 1997, más del 60% de la población española de 16 y más años declaraba consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol, mientras que, aproximadamente, un 4% eran bebedores de riesgo (consumos altos y excesivos), lo que significaría aproximadamente más de un millón de personas. Se estimaba que en España fallecían cada año más de 12.000 personas por problemas relacionados con el alcohol, lo que venía a representar el 3,5% del total de defunciones. Para hacer frente a esta realidad, la Estrategia de 2000-2008 contemplaba unos objetivos específicos para el problema del alcohol: ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos de su consumo; poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas que protegiesen a los menores de edad; o implantar programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo de alcohol, entre otros; pero sobre todo “desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo alcohol” y hacerlo de la mano de los equipos de atención primaria de salud, de ahí la importancia de cursos de formación dirigidos a profesionales de la medicina, como el que se impulsó en 2001.

Eran todas estas circunstancias las que justificaban la oportunidad de crear el INFID y asignarle las funciones de coordinación en materia de investigación y formación en el ámbito de las adicciones, tal como se recogía en la Estrategia de 2000-2008.¹⁴⁸

En marzo de 2003, unos meses antes de cesar en su cargo de titular de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Gonzalo Robles impartía una conferencia en el I Congreso Europeo de Adicciones, que organizó en Alicante la Sociedad Española de Toxicomanías (SET).¹⁴⁹ Robles aportaba un balance de la política española sobre drogodependencias y los retos que tenía planteados. Recordaba que se trataba de un asunto complejo, que excedía los límites puramente sanitarios, “abarcando aspectos muy diversos, entre los que figuran los educativos, sociales, económicos, legales, policiales, etc.”, sin olvidar “que era uno de los problemas que más preocupaban a la comunidad internacional”.¹⁵⁰

148 *Ibidem*, p. 206-207. Entre las funciones generales a desarrollar figuraban las de coordinar y fomentar mediante la suscripción de convenios, programas y actividades públicas con otras administraciones; definir directrices y prioridades; actuar de órgano consultivo; actuar como órgano de comunicación y como órgano de intercambio científico técnico; realizar programas de interés nacional; representar al Reino de España en todos los foros internacionales en el ámbito de las adicciones; conocer los recursos económicos estatales para investigación y formación en drogas. En materia de investigación, fomentar la investigación básica y aplicada, la formación de investigadores y equipos estables de investigadores, definir las líneas prioritarias de investigación y conseguir que la investigación sobre drogodependencias alcanzara la condición de área específica; además de colaborar en el Plan I+D+i. En materia de formación, crear una red de fondos documentales sobre drogas, adecuar los contenidos formativos a las necesidades prioritarias del Estado español, priorizar la formación de los profesionales con actividad en el campo de las adicciones, elaborar programas de formación continuada y realizar oferta de módulos formativos en drogas para mejorar la formación de pregrado. En cuanto al organigrama del INFID, se contemplaba la existencia de una presidencia y vicepresidencia, un director ejecutivo, coordinadores de área, un secretario y un Comité de Dirección, además de la participación de expertos externos. En la introducción al texto de presentación de la Estrategia de 2000-2008, Gonzalo Robles indicaba que la presidencia del INFID la ocuparía el psiquiatra José Antonio de Santiago Juárez, de quien destacaba sus conocimientos y experiencia en las diferentes perspectivas que abordan el problema de las drogodependencias: asistencia, prevención, aspectos organizativos, normativos, etc.; al mismo tiempo que recordaba que “fue uno de los pioneros del Plan Nacional sobre Drogas” y su condición de responsable del Plan Autonómico sobre Drogas de Castilla-León. Sin olvidar su condición de redactor de la Estrategia Nacional sobre Drogas y el hecho de haber presidido la comisión de expertos que elaboró el primer texto del proyecto sobre prevención del uso indebido de alcohol (Véase: Alventosa del Río, Josefina. El anteproyecto de ley de prevención de consumo indebido de bebidas alcohólicas. La consideración del vino como alimento natural y su exclusión del anteproyecto. *Revista Española de Drogodependencias* 2002; 27(4): (638-648). Como vicepresidente se proponía al también médico Javier Hernández González, asesor y portavoz de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y para la dirección del INFID, Fernando Martín Pinillos, Consejero Técnico del Plan Nacional sobre Drogas. Estaba previsto que el Instituto empezará a funcionar en 2003, pero nunca se llegó a desarrollar.

149 Robles Orozco, Gonzalo La política española sobre drogodependencias situación actual y perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos* 2003;5(3):199-212.

150 Una preocupación que reforzaba la necesidad de potenciar la colaboración entre los países, tanto en la prevención de la demanda como de la oferta, así como en el tratamiento y la reinserción. Como recordaba el mismo Robles en una editorial publicada en 2001 (Robles Orozco, Gonzalo. Editorial. La política de drogas en Iberoamérica. *Adicciones* 2001; 23(2): 125/126), la cooperación entre países iberoamericanos se había convertido en una prioridad para el PNSD, al apoyar iniciativas como la Red Iberoamericana de Organizaciones no Gubernamentales que trabajan en Drogodependencias (RIOD), el impulso de la formación a través de un master on-line en drogodependencias impulsado desde la Red Iberoamericana de Universidades con postgrado en Drogodependencias o becas de postgrado en drogodependencias financiadas por la AECl; sin olvidar el fortalecimiento de las Comisiones Nacionales de Drogas en los países iberoamericanos, la constitución de los respectivos Observatorios Nacionales de Drogas o el control de la oferta de drogas mediante la cooperación judicial y la lucha contra el blanqueo de capitales, etc.

Frente a la situación que mostraba la problemática de la droga en las décadas de 1980 y 1990, donde la preocupación se centraba básicamente en la heroína, para Gonzalo Robles,¹⁵¹ con la llegada del siglo XXI, el protagonismo lo adquirieron las drogas de uso «recreativo», es decir, el alcohol, el cannabis, y los psicoestimulantes (cocaína y drogas de síntesis fundamentalmente). Además, el consumo afectaba de forma especial a los jóvenes, los cuales estaban bien integrados en sus respectivos ámbitos de convivencia. Una circunstancia que favorecía “la «incorporación normalizada» del consumo de drogas” y que obligaba a replantear las estrategias de abordaje de las adicciones e insistir en la prevención, en la implicación de la familia, en la generación de alternativas de ocio, en la aplicación de nuevos métodos terapéuticos, y en una adaptación de la respuesta a los nuevos diagnósticos que suscitaba la problemática de las adicciones. Preocupaba la disminución de la percepción de riesgo por parte de la población juvenil, siendo el caso más significativo el del alcohol,¹⁵² al que consideraban como la “sustancia tóxica menos peligrosa [...] muy alejada del resto de las drogas”.¹⁵³ Se imponía la necesidad de reforzar las alternativas de ocio al consumo de alcohol, sin olvidar otras cuestiones como la ya citada falta de percepción de riesgo, la disponibilidad y presión para el consumo o el papel de los medios de comunicación social en la inducción.¹⁵⁴

151 Robles Orozco, Gonzalo La política española sobre drogodependencias situación actual y perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos* 2003;5(3):199-212 (página 201).

152 Si bien el consumo de bebidas alcohólicas en su conjunto mostraba una tendencia decreciente, las nuevas formas de consumo — básicamente con fines recreativos y especialmente entre la población juvenil—, generaron una importante alarma social, no sólo por su novedad, sino muy especialmente por los problemas sociosanitarios que generaban y entre los que destacaban por su gravedad los accidentes de tráfico. Como recordaba Gonzalo Robles, aunque en sus orígenes el PNSD hubo de centrarse en la heroína, en los años finales de la década de 1990, en atención a la problemática generada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, ya se le otorgaba prioridad a la “la prevención de los consumos recreativos de drogas que encuentran uno de sus máximos exponentes en el alcohol” (Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. En: Gual, Antoni (editor). Monografía Alcohol. *Adicciones* 2002; 14 (1): 5-6).

153 El cannabis era, después del tabaco y el alcohol, la droga cuyo uso estaba más extendido en España, siendo la cuestión más debatida, la referida a la pretendida inocuidad de su consumo. Para Gonzalo Robles, era fundamental desarrollar programas de prevención que tuvieran en cuenta “las características particulares de cada droga y el contexto individual y social en que ésta es utilizada”. Así lo hacía constar en la presentación del monográfico que la revista *Adicciones* dedicó a la problemática del cannabis (Robles Orozco, Gonzalo. Presentación. Monografía cannabis. *Adicciones* 2000; 12(2): 5-6).

154 Los medios obtenidos a través de la Ley del Fondo de Bienes Decomisados habían permitido a la Delegación de Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas financiar programas de promoción de alternativas de ocio y tiempo libre al consumo recreativo de fin de semana, desarrollados, sobre todo, por los ayuntamientos. El 2 de octubre de 2001, a propuesta de la Sociedad Española de Toxicomanías, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas organizó un simposio monográfico para analizar el problema de la adicción al alcohol y las políticas de reducción de daños (Robles Orozco, Gonzalo. Editorial. *Symposium: alcohol y reducción de daños. Trastornos Adictivos* 2002;4(1):1-11). Entre las temáticas que fueron objeto de debate, destacó la necesidad de sensibilizar a la sociedad sobre el problema del consumo de alcohol por los jóvenes, al mismo tiempo que se recordaba que estaba asociado fundamentalmente a los momentos de ocio y diversión. Urgía promover un debate para alcanzar “un pacto social sobre las medidas y actuaciones necesarias para eliminar o al menos reducir las consecuencias negativas ligadas a dicho fenómeno”. Hay que destacar en este sentido, la convocatoria por parte de la Delegación del Gobierno para el PNSD, del «Congreso sobre los Jóvenes, la Noche y el Alcohol» que tuvo lugar los días 12, 13 y 14 de febrero de 2002 en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Madrid (Véase: Robles Orozco, Gonzalo. Congreso sobre jóvenes, noche y alcohol. Palacio de Congresos de Madrid, 12-14 de febrero de 2003. *A tu salud* 2002; 38: 3-5). El Congreso coincidió con la Presidencia española de la Unión Europea y, en buena medida, era una continuación de la Conferencia Ministerial ‘Alcohol y juventud’ celebrada en Estocolmo en febrero del 2000 bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. (Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. En: Gual, Antoni (editor). Monografía Alcohol. *Adicciones* 2002; 14 (1): 5-6).

CAPÍTULO 4.

EL REGRESO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD) AL MINISTERIO DE SANIDAD: 2004-2012

Con el cambio de gobierno y la llegada de José Luís Rodríguez Zapatero a la Presidencia del mismo, en abril de 2004 el Plan Nacional sobre Drogas volvió a depender del Ministerio de Sanidad. Dejó de tener el nivel orgánico de subsecretaría y paso a convertirse en una dirección general que dependía de la Secretaría General de Sanidad, y a la que también estaban adscritas las direcciones generales de Salud Pública, de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.¹⁵⁵

El 30 de abril de 2004, a propuesta de la ministra de Sanidad, Elena Salgado, era nombrada Carmela Moya García como titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD. Sustituía a Cesar Pascual Fernández, quien a su vez había sustituido a Gonzalo Robles en noviembre de 2003. Carmela Moya no sólo era la primera mujer en ocupar el cargo, sino que además contaba con una reconocida trayectoria en el ámbito de la salud pública.¹⁵⁶

En 2004, España era uno de los países con mayor prevalencia en el consumo de cannabis, alcohol y cocaína, sobre todo entre los más jóvenes.¹⁵⁷ Para la ministra Elena Salgado era necesario darle un enfoque sanitario al problema de las adicciones¹⁵⁸ y dirigirse fundamentalmente al sector juvenil, “a fin de evitar que se iniciaran en el consumo de sustancias que crean adicción y que dejaran de banalizar el riesgo que comportaba su consumo”. Había, por tanto, que dar prioridad a las políticas preventivas dirigidas a los jóvenes, desarrollar actividades de ocio alternativas e incrementar la formación de profesionales en tareas preventivas, sin olvidar el papel de los medios de comunicación y su gran responsabilidad social a la hora de fijar códigos de buenas prácticas y de autorregulación, así como favorecer la percepción del riesgo en todo lo relacionado con el consumo de drogas. Se trataba de acentuar la perspectiva sociosanitaria de la política de lucha contra las drogodependencias, teniendo en cuenta

155 Real Decreto 562/2004, de 19 de abril por el que se aprobaba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

156 Molina, Dayana Arteta; Agulló Calatayud, Víctor. Carmela Moya García. Primera mujer delegada del Plan Nacional sobre Drogas. En: *16 pioneras valencianas frente a las adicciones*. València: Nau Llibres, 2022, p. 113-120.

157 En relación con el abordaje que había recibido cada una de las adicciones, como se indicaba en un artículo de revisión sobre la evolución epidemiológica de las drogodependencias, publicado con motivo del 20 aniversario del PNSD, se había dedicado menos atención al problema del alcohol y el tabaco y más a las drogas ilegales. Una situación que procedía corregir, además de incrementar los trabajos de evaluación en el ámbito de la prevención (Véase: Suelves, Josep M. Drogodependencias: de la epidemiología a la intervención. Estrategias y oportunidades *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3 y 4); 231-242).

158 Como explicaba José Oñorbe de Torre, quien se incorporó como Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el PNSD también en 2004, “era necesario, por un lado, poner de manifiesto las razones y el cambio que suponía el paso al Ministerio de Sanidad y Consumo de las competencias sanitarias y sociales ante el fenómeno de la drogadicción; por otro, adaptarse a los cambios que se venían observando en el comportamiento del consumo y por último abordar la imprescindible necesidad de actualizar la Estrategia que, elaborada en el año 1999, se estaba quedando obsoleta, no alcanzando a dar respuesta para afrontar los nuevos retos”. Así mismo, al referirse a la nueva estrategia que se tenía que diseñar para el período 2009-2016, subrayaba la importancia de considerar el problema de la drogadicción como un problema de salud pública entendido en su sentido amplio, por tanto, como un problema sanitario pero enmarcado en sus componentes sociales. Debía ser expuesto “como un proceso más en el binomio salud-enfermedad, aunque lógicamente con sus peculiaridades y sus especiales connotaciones y referencias sociales”. Se trataba de realizar un planteamiento integral “con una atención prioritaria a los ámbitos más sensibles y desde un enfoque de género y considerar la participación, la evidencia científica y la adecuación proactiva como ideas centrales y definitorias” (Véase: Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55 (p. 48)).

la variedad de aspectos de todo tipo que confluyen en un fenómeno tan complejo como es el de las drogas.¹⁵⁹

Junto a actuaciones en el ámbito de la prevención, la atención sociosanitaria y la reinserción social, se debía seguir trabajando en temas como el control y la represión del narcotráfico, el impulso legislativo o las actuaciones de cooperación a nivel internacional. El objetivo era implementar las recomendaciones que se derivaron del proceso de evaluación del período intermedio de vigencia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, relativa al cuatrienio 2000-2003.¹⁶⁰

Tras aquella evaluación el equipo de Carmela Moya pasó a liderar la elaboración del Plan de Acción 2005-2008, relativo al segundo cuatrienio de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 que se había aprobado en diciembre de 1999.¹⁶¹

El nuevo Plan de Acción tenía que hacer frente a un panorama epidemiológico, donde lo más preocupante era, como ya se ha apuntado, el consumo de drogas entre los jóvenes y adolescentes. Los resultados de las encuestas realizadas en el ámbito escolar y domiciliario mostraban un aumento de consumos concretos, en especial el de cannabis en escolares de entre 14 y 18 años, y un aumento de la prevalencia del consumo de cocaína. También se detectaba un incremento del policonsumo, un recorte en la edad de inicio al consumo en varias drogas, la disminución de la percepción del riesgo, fundamentalmente en el caso del alcohol y el cannabis, y un aumento de la percepción de accesibilidad a las drogas y de la demanda de tratamiento de los efectos producidos por el consumo problemático.¹⁶²

Pero sin duda, el alcohol era con diferencia la sustancia psicoactiva de abuso más extendida entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años. En el año 2004, la proporción de los que habían consumido alguna vez bebidas alcohólicas en los 30 días previos a la encuesta era del 65,6%. Un 81% había consumido alcohol en los 12 meses anteriores. Aunque la edad de inicio en este consumo parecía mantenerse estable en torno a los 13,7 años, al considerar los consumos problemáticos un 58% de los estudiantes declaraba haberse emborrachado alguna vez en la vida y un 34,8% lo había hecho en los treinta días previos a la encuesta de 2004. La tendencia era claramente ascendente desde el año 2000. La concentración de consumo de alcohol en los fines de semana, según los datos del Observatorio

159 Las palabras de la ministra de Sanidad fueron pronunciadas con motivo de la inauguración en noviembre de 2005 de las jornadas 'La sociedad ante las drogas', a las que asistieron medio centenar de ONG, asociaciones familiares y juveniles y medios de comunicación (Véase: https://www.elconfidencial.com/sociedad/2005-11-28/salgado-inaugura-las-jornadas-la-sociedad-ante-las-drogas_477350/)

160 *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Publicaciones, documentación y biblioteca, 1988, p. 5

161 Tanto la Estrategia Nacional, publicada en el Boletín Oficial del Estado al haber sido aprobada por Real Decreto, como la Evaluación del 2003 y el Plan de Acción del 2005-2008 pueden consultarse íntegros en la página web de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (www.pnsd.msc.es).

162 Riesgo Moreno, Covadonga. El Plan Nacional sobre Drogas 1985-2005: ¿qué hay de nuevo? *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2006; 8 Supl 3: S15-33 (p. 18-20).

Español sobre Drogas, era más marcado entre estos estudiantes que entre la población de 15 a 64 años de edad.¹⁶³

El Plan de Acción de 2005-2008, que estaba en línea con la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012,¹⁶⁴ fue discutido en la Comisión Interautonómica y tras alcanzar un amplio consenso, se enriqueció con las aportaciones de las organizaciones sociales que participaron en el Foro “La sociedad ante las drogas”, impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.¹⁶⁵ Finalmente, además de llevarlo a la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, fue presentado ante la Comisión Mixta Congreso-Senado el 17 de marzo de 2005.¹⁶⁶

El Plan de Acción tenía cuatro objetivos principales: 1) prevenir los consumos de sustancias psicoactivas, sobre todo, entre los más jóvenes; 2) mejorar la capacidad del sistema para diagnosticar y tratar precozmente las adicciones; 3) disminuir el daño en las personas consumidoras, y 4) potenciar la integración social y laboral de los antiguos consumidores.¹⁶⁷

Junto a dichos objetivos, se establecieron doce líneas prioritarias: 1) reforzar las actuaciones en el ámbito de la familia; 2) potenciar acciones de sensibilización y colaboración con los medios de comunicación; 3) profundizar y mejorar los programas y actividades desarrolladas en el ámbito educativo; 4) incrementar las actuaciones específicas dirigidas a la población juvenil; 5) reforzar el papel de la Atención Primaria en la intervención precoz y la atención a

163 *Ibidem*, p. 23-26. En la entrevista realizada a Carmela Moya y colaboradores (estuvieron presentes en la misma José Oñorbe de Torre, Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, María Marcos Salvador, directora del Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) del Ministerio del Interior, Julia González Alonso, directora de la Unidad de Sistemas de Información y del Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Andrés González Canelo, subdirector General de Gestión de la Delegación del Gobierno para el PNSD) que tuvo lugar en el marco de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD, se puso de manifiesto “la frustración y la decepción que les había causado no poder abordar como procedía el problema del alcohol como problema de salud pública y no haber podido promover ninguna medida legislativa”. Sólo se pudo “insistir en el riesgo que suponía para otros consumos y en subrayar la importancia de su consumo entre jóvenes y adolescentes”. Recordaban el fracaso de los intentos que tuvieron lugar en la etapa de Gonzalo Robles y “la vergüenza que suponía la existencia de una normativa como la Ley 24/2003, de 10 de julio, de la Viña y del Vino, donde se le otorgaba la condición de alimento: *es el alimento natural obtenido exclusivamente por fermentación alcohólica, total o parcial, de uva fresca, estrujada o no, o de mosto de uva*”.

164 Como señalaba José Oñorbe de Torre, Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el PNSD, “era necesario profundizar en las estrategias de los países de nuestro entorno para aprender de sus experiencias y aprovecharlas en esta búsqueda de resultados positivos en la lucha contra las drogas” (Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55 (p. 48)).

165 *Ibidem*, p. 49. Mientras se trabajaba en la elaboración del borrador de la Estrategia, que fue coordinado por Andreu Segura, epidemiólogo y experto en salud pública del Instituto de Estudios Sanitarios de la Generalitat de Cataluña y miembro del consejo asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Delegación se enviaron cartas a todas las ONG que formaban parte del “Foro Social ante las Drogas”, alrededor de 60. También se escribió a las sociedades científicas que se dedicaban al estudio, prevención, tratamiento, etc., del fenómeno de la drogadicción. En dicha carta se exponía el trabajo que se estaba iniciando y se les solicitaba la colaboración en forma de ideas, sugerencias, observaciones o cualquier aportación que consideraran de interés.

166 *Ibidem*, p. 27; *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/ Secretaría General de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005, p. 17-41.

167 *Ibidem*, p. 28.

las personas con problemas de drogodependencias; 6) incorporar la perspectiva de género en todas las áreas de intervención en materia de drogas; 7) garantizar la atención integral en centros penitenciarios a las personas presas con problemas de drogas; 8) reforzar la investigación y los sistemas de información; 9) diversificar e incrementar las actuaciones en prevención del riesgo y reducción del daño; 10) actuar sobre los consumos de tabaco y alcohol; 11) fomentar la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en las acciones preventivas; y 12) fortalecer la participación española en la política europea sobre drogas.¹⁶⁸

Para poder llevar a cabo los objetivos planteados y desarrollar las líneas prioritarias, el Plan de Acción 2005-2008, contemplaba un amplio conjunto de acciones agrupadas en torno a seis grandes ejes: 1) coordinación; 2) prevención y sensibilización social;¹⁶⁹ 3) atención integral;¹⁷⁰ 4) mejora del conocimiento;¹⁷¹ 5) reducción de la oferta;¹⁷² y 6) cooperación internacional, a través del fortalecimiento de la participación española en la política europea sobre drogas, así como en Iberoamérica y en Marruecos.

Entre las acciones llevadas a cabo, cabe destacar la creación de la Comisión Clínica del Plan Nacional con el objetivo de analizar los efectos clínicos y toxicológicos a corto y medio plazo, evaluar las diferentes estrategias terapéuticas y formular las recomendaciones pertinentes. La Comisión publicó un total de seis informes que se ocuparon del cannabis en 2006 y 2009; del alcohol en 2007, de la cocaína en 2008, de la heroína en 2010 y de las drogas emergentes en 2011.¹⁷³

168 *Ibidem*, p. 28-32.

169 *Ibidem*. Estaba previsto impulsar programas de información, sensibilización y apoyo a las familias, con el fin de fortalecer su capacidad para intervenir de manera preventiva; generalizar los programas educativos y aumentar el número de docentes formados en la materia, e instaurar programas extraescolares de información y ocio alternativo destinados a los jóvenes; desarrollar programas de formación para profesionales sanitarios y preparar un anteproyecto de ley para poder desarrollar acciones específicas dirigidas a disminuir el consumo de bebidas alcohólicas especialmente en los jóvenes.

170 *Ibidem*. Se trataba de mejorar la capacidad del sistema para diagnosticar y tratar precozmente y mejorar el proceso asistencial, promoviendo las mejores prácticas y potenciando la integración social y laboral de los antiguos consumidores. Para la identificación de los factores de riesgo y la intervención precoz, el Plan preveía la colaboración con los planes autonómicos y las sociedades científicas, así como la elaboración de programas o subprogramas con dichos objetivos. Las actividades de prevención y promoción de la salud se tenían que llevar a cabo desde Atención Primaria, y el diagnóstico y el tratamiento de las conductas adictivas en la Atención Especializada, dentro del área de la salud mental. También se promovía una actuación más intensa y eficaz de la Fiscalía Especial para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas y de sus Fiscales delegados.

171 *Ibidem*. Las medidas propuestas se centraban, en primer lugar, en reforzar la investigación básica y clínica y la investigación social acerca de la percepción de las drogas y los consumos mediante la subvención de proyectos. En segundo lugar, en promover la formación de los profesionales que intervienen en el proceso de atención a las personas con drogodependencias. En tercer lugar, en analizar tendencias, patrones de consumo, etc. En este sentido, además de afianzar el Observatorio Español sobre Drogas, se buscaba impulsar la constitución de observatorios autonómicos en las comunidades que todavía no dispusieran de uno. Por último, en cuanto lugar, se concedía gran importancia al desarrollo de sistemas de evaluación de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración, así como de los programas de formación de profesionales, tanto de formación básica como continuada, junto con la incorporación de criterios de buenas prácticas y transparencia en la organización y gestión de las entidades sociales que trabajaban en el sector.

172 *Ibidem*.

173 Los seis informes están disponibles en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CinformesComisionClinica.htm>

Como se indicaba en este último informe, los diversos y variados efectos de las denominadas “drogas emergentes”, término que englobaba otras denominaciones como “drogas de síntesis”, “drogas de diseño” o “drogas recreativas”, representaban un nuevo reto en materia de adicciones al tratarse de “sustancias de uso común pero significado confuso y poco preciso”. Las drogas emergentes constituían y constituyen “un conjunto de sustancias sintetizadas de forma clandestina, con el propósito de producir, mediante variaciones en la estructura química, efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas y eludir el control normativo al que estas últimas están sometidas”. Se trataba de unas drogas caracterizadas por aparecer, reaparecer o emerger en el mercado y en los medios de comunicación social (de ahí el término) con periodicidad recurrente.¹⁷⁴

También merece ser subrayada la atención que se le prestó a la introducción de la perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias. En 2007, coincidiendo con la promulgación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y en colaboración con el Instituto de la Mujer, se publicaba una monografía que se ocupaba de la intervención con mujeres drogodependientes, del tipo de programas, el estilo de relación terapéutica a desarrollar, aspectos específicos a trabajar, o que la oferta de servicios considerase sus circunstancias personales y sociales.¹⁷⁵

Tras recordar la poca sensibilidad que había existido en España para aplicar un enfoque de género a los programas de drogodependencias, se hacía mención a la literatura internacional, para denunciar que las mujeres tenían más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones, debido a factores relacionados con los propios programas de tratamiento y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las usuarias.¹⁷⁶

En relación con la reducción de la oferta, el Plan de Acción tenía que adaptarse al nuevo escenario que había planteado la reorganización ministerial que se produjo con el paso del PNSD al Ministerio de Sanidad, pero quedando bajo la supervisión de la Secretaría de Estado de Seguridad del Ministerio del Interior las funciones policiales derivadas de la reducción de la oferta, así como el control de los precursores químicos. De hecho, la Delegación del Gobierno para el PNSD y la Secretaría de Estado de Seguridad tuvieron que establecer mecanismos estables de coordinación para el desarrollo de las acciones del plan encaminadas a reforzar las actuaciones de control de la oferta en relación con la lucha contra las organizaciones delictivas, contra la distribución interior de drogas ilegales y contra el tráfico de drogas al por menor, especialmente en aquellos lugares que eran más frecuentados por los jóvenes. Por

174 Prólogo. En: *Drogas emergentes. Informe de la Comisión Clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011, p. 7-8.

175 Presentación. En: Castaños, Mónica; Meneses, Carmen; Palop, Mercedes; Rodríguez, Mercedes; Tubert, Silvia. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer (Salud 10) / Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007 (p. 10). La monografía tenía el objetivo de convertirse en un instrumento de apoyo para los y las profesionales con implicación en el tratamiento de las drogodependencias, así como para el personal técnico que ha de diseñar, gestionar y evaluar programas.

176 *Ibidem*, p.9. En realidad, la falta de perspectiva de género en el abordaje de las drogodependencias estaba presente en la mayoría de los estudios sobre tratamiento, al no tener en cuenta a las mujeres, ni aquellas cuestiones que son relevantes para ellas. Por esta razón, al abordar el consumo de las mujeres era necesario reflexionar sobre condicionantes como la mayor invisibilidad de su consumo, el daño sufrido en la propia imagen —las mujeres adictas percibían un mayor rechazo social que los varones drogodependientes—, en los vínculos familiares o las dificultades añadidas en el caso de ser madres.

su parte, el Ministerio del Interior debía poner en marcha planes operativos de control del “menudeo” en las zonas próximas de centros educativos y zonas de ocio. Otro de los objetivos era fomentar la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en las acciones preventivas y de reducción de daño dirigidas a los consumidores de sustancias.¹⁷⁷

De hecho, en el marco de la coordinación que se había establecido entre la atención a la demanda y la oferta, el PNSD pasó a disponer, como ya se ha apuntado en capítulos anteriores, de una financiación de doble origen. Por un lado, recibía las cantidades anuales establecidas en los Presupuestos Generales del Estado y, por otra parte, la procedente de las cantidades depositadas en el Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas (Ley 17/2003, de 29 de mayo). Los beneficios derivados de las subastas de los bienes, efectos e instrumentos decomisados por sentencia firme en procesos de narcotráfico y otros delitos relacionados, eran destinados a financiar actividades de prevención, investigación, persecución y represión de dichos delitos, pero también a la prevención de las adicciones, asistencia e inserción social y laboral de personas drogodependientes y a la cooperación internacional en la materia. En 2005, se pudieron financiar 282 programas que fueron implementados por las comunidades autónomas, las corporaciones locales, las ONG, órganos internacionales y distintos órganos de la Administración General del Estado. Más del 44% del total invertido por la Delegación del Gobierno para el PNSD, en relación con la aplicación del Plan de Acción 2005-2008, guardaba relación con el eje de prevención y sensibilización social.¹⁷⁸

En 2009 se presentaban los resultados de la evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.¹⁷⁹ Como se recogía en la presentación del documento, el objetivo no era otro que el de “rendir cuentas, identificar aciertos, errores e insuficiencias y servir de guía para la planificación política”.¹⁸⁰

177 *Ibidem*, p. 30-31. La separación administrativa, al permanecer el control de la oferta en el Ministerio de Interior y pasar la Delegación del Gobierno para el PNSD al de Sanidad, no repercutió en la coordinación. De acuerdo con lo manifestado por María Marcos Salvador, directora del Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO) del Ministerio del Interior, en la entrevista que tuvo lugar en el marco de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD, “éramos un equipo muy cohesionado, diverso, pero en el que la información fluía, porque además favorecía mucho no solo trabajar juntos, sino que además convivíamos en el mismo edificio — en referencia a la etapa en la que la sede del PNSD estaba ubicada en la calle Recoletos, 22 de Madrid— [...] el factor humano siempre es la clave [...] los equipos se conocían entre ellos y trabajaban conjuntamente.” Marcos Salvador también destacaba la importancia de la información que proporcionaba el Observatorio Español sobre Drogas y el Sistema de Alerta Temprana para la labor que tenían que llevar a cabo las distintas policías.

178 *Ibidem*, p. 32-33. La creación del Fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados, se lleva a cabo por la Ley 36/1995, de 11 de diciembre, que fue derogada y actualizada por la Ley 17/2003, de 29 de mayo. Los fines del Fondo son la prevención de toxicomanías, la asistencia e inserción social y laboral de las personas drogodependientes, la represión del narcotráfico y la cooperación internacional.

179 *Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009 (<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf>)

180 En palabras de la delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, era la primera vez que en el marco del PNSD se abordaba un trabajo tan ambicioso, convirtiéndose, además, en “una de las más singulares experiencias de evaluación en España y en el campo de la Salud Pública en general y de las drogas en particular” (Moya García, Carmela. Presentación. En *Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 9-10 (p. 9). <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf>)

En el área de prevención se evaluaron las actividades llevadas a cabo en el ámbito escolar, comunitario y poblacional, además del penitenciario, los medios de comunicación y atención primaria en salud. En el primero de los ámbitos, aun reconociendo avances en prevención escolar y mejoras en los sistemas y mecanismos de acreditación de programas, su aplicación en el aula debía intensificarse, al igual que la formación del profesorado. Otro tanto ocurría con la cobertura de los programas, al predominar la Educación Secundaria Obligatoria, en detrimento del resto de ciclos educativos y en los grupos de mayor riesgo.¹⁸¹

Los planes locales sobre drogas alcanzaron un importante desarrollo durante el período 2000-2008; sin embargo, faltaron criterios e instrumentos de valoración del riesgo comunitario que permitieran priorizar las actuaciones hacia las zonas y grupos más necesitados. Además, los objetivos planteados en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 para este ámbito de actuación “se limitaban a unos pocos aspectos de la intervención y no permitían obtener una visión global de las características y cobertura de las intervenciones desarrolladas”.¹⁸²

Sobre el impacto del PNSD a nivel poblacional, se indicaba que la actividad informativa de los planes autonómicos de drogas era amplia y generalizada, pero que no se disponía de información suficiente para conocer con precisión las acciones que realizaban y su cobertura poblacional. Aunque se destacaba “la relevancia de Internet como una importante fuente de información sobre drogas”, los responsables de la evaluación no disponían de suficiente información para valorar las medidas reguladoras de la venta, promoción y consumo, tanto de alcohol como de tabaco, a pesar de constatar importantes diferencias entre territorios. Una diversidad que no permitía analizar si las medidas tenían o no un impacto en el consumo en las diferentes comunidades autónomas. Así mismo, a pesar de apreciarse en el período 2005-2008 una disminución en el consumo de drogas entre menores, en el caso del alcohol la evolución era desfavorable, sobre todo por el aumento de conductas de riesgo como las borracheras. Una circunstancia que situaba al control del problema del consumo de alcohol en los menores de edad como uno de los objetivos prioritario del Plan de Acción sobre Drogas que se estaba previsto ejecutar entre 2009 y 2012.¹⁸³

Por último, por lo que al ámbito de la prevención se refiere, se constataba “una mejora en la implicación y participación de sectores externos a la red de drogas en programas preventivos, especialmente en el ámbito laboral y en Instituciones Penitenciarias”, pero debía reforzarse el trabajo con los medios de comunicación y con el sector de la atención primaria de salud.¹⁸⁴

En el área de asistencia en la comunidad a las personas drogodependientes, en líneas generales estaba garantizada su accesibilidad a una amplia variedad de servicios y recursos en cada área de salud, pero era necesario mejorar los sistemas de control de calidad de los

181 *Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009 (<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf>) (p. 30). (<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf>)

182 *Ibidem*, p. 33.

183 *Ibidem*, p. 36.

184 *Ibidem*, p. 39.

servicios. Así mismo, debían incrementarse las acciones preventivas con población drogodependiente, como grupo especialmente vulnerable.¹⁸⁵ Sin olvidar que la evaluación, tanto de los procesos como de los resultados de los programas y servicios de la red de asistencia a las drogodependencias, seguía siendo una asignatura pendiente.¹⁸⁶

En lo relativo a la asistencia a las personas drogodependientes en el ámbito jurídico penal, a pesar de mostrar una evolución positiva, la elevada proporción de personas recluidas en las cárceles con problemas de drogas (entre el 40 y el 70%), aconsejaba reforzar los programas en este ámbito, en particular en juzgados y comisarías, además de prestar una atención particular a la reinserción sociolaboral.¹⁸⁷

En este sentido, aunque la oferta de recursos para la inserción socio laboral de personas drogodependientes había aumentado, especialmente desde los planes municipales de drogas, se desconocían los resultados de estas intervenciones y no eran objeto de evaluación o seguimiento.¹⁸⁸

En el área de las intervenciones de reducción de daños en la comunidad asociados al consumo de drogas en la población general, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, puso el énfasis en la prevención de accidentes de tráfico.¹⁸⁹

Por otra parte, la prevención del VIH, especialmente en programas que trabajaban con población dependiente de la heroína, se convirtió en una actividad normalizada en la red de drogas, mediante el intercambio de material de inyección higiénico y la educación sanitaria. Además, los programas de intercambio de jeringuillas se habían generalizado en los centros penitenciarios, con una cobertura cercana al 100%. Donde se necesitaba mejorar era en la participación de las oficinas de farmacia.¹⁹⁰

En el caso de la evaluación de la calidad de las intervenciones en materia preventiva, a pesar de la mejora de los sistemas de acreditación de programas, no se habían extendido ni a todos los tipos de programas ni a todo el territorio nacional, por lo que existían importantes diferencias territoriales.¹⁹¹

Otro tanto ocurría con la identificación de poblaciones vulnerables o la detección precoz del consumo de drogas, ya que no se habían alcanzado los niveles propuestos en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Mientras se había evolucionado favorablemente en la formación de profesionales de medios de comunicación y de mediadores sociales en materia de prevención, en el caso del profesorado tampoco se alcanzaron los objetivos propuestos.¹⁹²

185 *Ibidem*, p. 43.

186 *Ibidem*, p. 62.

187 *Ibidem*, p. 45.

188 *Ibidem*, p. 47.

189 *Ibidem*, p. 51.

190 *Ibidem*, p. 54.

191 *Ibidem*, p. 57.

192 *Ibidem*, p. 59.

La memoria de evaluación de los resultados obtenidos con el desarrollo de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 también se ocupaba de su impacto.¹⁹³ El grado de conocimiento de la END 2000-2008 era muy alto, tanto por las entidades del sector como por las otras instituciones externas que participaron en la evaluación, siendo el área temática de la prevención más conocida que el resto en el caso de los planes autonómicos de drogas. En cuanto a su difusión, se consideraba que no había sido suficiente, ni los canales utilizados los más adecuados. La valoración que hacían las ONG tampoco era positiva, por lo que procedía mejorar su divulgación en el futuro.

Por último, sobre su impacto en el desarrollo de políticas públicas y otros programas de intervención en el campo de las drogodependencias, la sinergia fue especialmente relevante en el caso de los otros departamentos de la Administración Central con competencias indirectas en este tema y en concreto en las áreas de Prevención y Reducción de Daños.¹⁹⁴

El análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de la Estrategia de 2000-2008 sirvió de base tanto para la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, como para el diseño del Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012.¹⁹⁵

Como indicaba Carmela Moya,¹⁹⁶ la nueva Estrategia Nacional trataba de adaptar las políticas destinadas a reducir los consumos de drogas a la nueva realidad social, al producirse en entornos recreativos e iniciarse en “personas muy jóvenes, quiénes en su mayoría conocían los riesgos de estas conductas, pero optaban por ignorarlos”.¹⁹⁷

Los retos que planteaba el nuevo perfil de los consumidores¹⁹⁸ sólo podían abordarse con garantía si se implicaba a “todo el conjunto social en la lucha contra las drogas”. Ese fue, de hecho, el gran objetivo de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016: “conseguir que

193 *Ibidem*, p. 62-64. Se evaluó mediante un cuestionario enviado por correo electrónico a los 19 Planes Autonómicos de Drogas y otros organismos e instituciones: Plan Nacional sobre el SIDA, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Instituciones Penitenciarias (Nacional y de Cataluña), Dirección General de Tráfico y la Federación Española de Municipios y Provincias. También fueron consultadas 55 ONG, 36 de las cuales respondieron al mismo.

194 *Ibidem*, p. 64.

195 El proceso de elaboración de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, tuvo lugar a la par que se procedía a la evaluación de la anterior y fue explicado por José Oñorbe de Torre, Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en un artículo que publicó en 2010 en la Revista Española de Drogodependencias (Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55).

196 Moya García, Carmela. Prólogo. Historia de las adicciones. En: Torres, Miguel Ángel (Coordinador); Santodomingo, Joaquín; Pascual, Francisco; Freixa, Francesc; Álvarez, Carlos. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Socidrogalcohol/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 9-10.

197 *Ibidem*.

198 Como señalaba José Oñorbe, Subdirector General de la Delegación, había que tomar en consideración “los cambios acaecidos en estos años y el paso de la adicción como marginación, delincuencia y rechazada socialmente de una manera muy agresiva a una cierta aceptación del problema y un planteamiento de la adicción como una patología más que, al igual que el resto de enfermedades precisa un esfuerzo en prevención, tratamiento, reinserción y en la que se debe evitar la marginalización” ((Véase: Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55 (p. 52)).

toda la sociedad española –padres, madres, profesores, alumnos, profesionales sanitarios, agentes sociales y medios de comunicación– comprendiera que el consumo de drogas era un problema que afectaba a todos”.¹⁹⁹

Las líneas directrices de la nueva Estrategia situaban el consumo de drogas en el ámbito de la salud pública, buscaban que las actividades que estaba previsto desarrollar estuvieran basadas en la evidencia científica, así como alcanzar la equidad en el acceso a los programas de prevención, asistencia y rehabilitación de las personas drogodependientes. También se apostaba por fomentar la investigación y “poner a disposición de los ciudadanos los avances científicos”.²⁰⁰

Para hacer realidad dichas directrices, se contemplaban trece objetivos generales: 1) Promover una conciencia social sobre los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados y la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa de la solución; 2) Aumentar la capacidad de resistencia y las habilidades personales a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas; 3) Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas; 4) Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales; 5) Garantizar una asistencia de calidad, a todos los niveles; 6) Reducir o limitar los daños; 7) Facilitar la incorporación social; 8) Incrementar el control de la oferta; 9) Aumentar los mecanismos de control económico; 10) Mejorar la formación de los profesionales; 11) Potenciar la investigación; 12) Potenciar la evaluación; y 13) Optimizar la coordinación y cooperación.²⁰¹

La Estrategia contemplaba los ámbitos de actuación propios de las políticas de lucha contra las adicciones, además de insistir en la necesidad de la evaluación como “instrumento para valorar, priorizar y modificar todas las actividades a realizar”.²⁰² En primer lugar, la reducción de la demanda en sus diferentes vertientes: 1) Prevención, fortaleciendo las políticas y los programas de protección y control, con especial dedicación a personas y grupos expuestos a mayor número de factores de riesgo, buscando que el consumo experimental y el uso esporádico no se convirtieran en uso continuado; 2) Asistencia, procurando una asistencia tanto sanitaria como social de calidad y adaptada a las necesidades personales de los afectados directa o indirectamente por el consumo de drogas; y 3) Reinserción, facilitando la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación.²⁰³

199 *Ibidem*. Como había ocurrido con la primera de las Estrategias Nacionales sobre Drogas, la que cubría el período 2000-2008, contemplaba la ejecución de dos planes de acción cuatrienales: 2009-2012 y 2013-2016.

200 *Ibidem*, p. 10. Por su parte José Oñorbe, Subdirector General de la Delegación del Gobierno para el PNSD, hablaba, como se ha indicado con anterioridad, de seis principios rectores que habían guiado la Estrategia: la evidencia científica, la participación social, la intersectorialidad, la integralidad y la equidad junto con el enfoque de género. (Véase: Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55 (p. 48)).

201 *Ibidem*, p. 53. En el caso de la evaluación, se buscaba medir la efectividad y eficiencia de las actividades realizadas, y al mismo tiempo detectar las posibles desviaciones en el cumplimiento de los objetivos propuestos, con el fin de aplicar, si procedía, posibles medidas correctoras, también susceptibles de evaluación.

202 *Ibidem*, p. 54

203 *Ibidem*, p. 53.

En segundo lugar, el ámbito de la reducción de la oferta, donde se trataba de mejorar la eficacia de las medidas dirigidas a su control y al de los mercados ilegales de sustancias psicoactivas. Al mismo tiempo, se pretendía aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero.²⁰⁴

En tercer lugar, la mejora del conocimiento científico tanto básico como aplicado, y en concreto con la promoción de la investigación dirigida a conocer con mayor profundidad las variables relacionadas tanto con el consumo de drogas como con la prevención y el tratamiento. Las líneas prioritarias de trabajo debían estar basadas en criterios de efectividad y viabilidad, de ahí la importancia de las revisiones y los metaanálisis.²⁰⁵

En cuarto lugar, el ámbito de la cooperación internacional, optimizando la coordinación y la responsabilidad compartida, tanto en el marco europeo como en el de las áreas geográficas de atención preferente, tal como ocurría con Iberoamérica o el Magreb.²⁰⁶

Además de estos ámbitos generales, hubo otros temas que merecieron una atención específica y que generaron acciones concretas, como fue el caso del consumo de cocaína. Ante la magnitud que el problema estaba adquiriendo, la Delegación del Gobierno para el PNSD puso en marcha un Programa de Actuación frente a la Cocaína para un periodo de cuatro años, 2007-2010, que contemplaba medidas tanto en el área de la reducción de la demanda como en la del control de la oferta, dirigidas fundamentalmente a intentar frenar e invertir las tendencias apreciadas de consumo de cocaína.²⁰⁷

En octubre de 2009 se ponía en marcha la Segunda Estrategia Nacional sobre Drogas, la referida al período 2009-2016, mediante la aprobación por parte de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas, del Plan de Acción para el período 2009-2012. Incorporaba una estructura similar al Plan de Acción de Drogas europeo vigente en aquel momento, además de compartir el mismo período de vigencia. Como recordaba Carmela Moya en la presentación del Plan,²⁰⁸ este contemplaba seis ámbitos de intervención: coordinación,²⁰⁹ reducción de la demanda, asistencia e integración social, reducción de la oferta, mejora del conocimiento científico básico y aplicado, formación y cooperación internacional. De acuerdo con los objetivos marcados en la Estrategia Nacional sobre Drogas de 2009-2016, este incluía 68 acciones a desarrollar. El mayor peso recaía en el ámbito de la reducción de la

204 *Ibidem*

205 *Ibidem*

206 *Ibidem*, p. 54.

207 *Programa de actuación frente a la cocaína 2007-2010*. Madrid: Ministerio de de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2007

208 Moya García, Carmela. Presentación. En: *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas. España 2009-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2009, p. 3.

209 "La coordinación debía producirse entre todos los agentes implicados y se concretaba en definir unos criterios comunes para determinar prioridades, las actividades y compromisos a compartir, junto con el establecimiento de un conjunto común de variables para la valoración de los problemas y la evaluación de las intervenciones, y una definición clara y operativa de criterios de calidad y acreditación". (Véase: Oñorbe de Torre, José. "ESTRATEGIA 2009-2016": diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55 (p. 52)).

demanda, con un total de 36 acciones, más de la mitad de las que contemplaba el Plan.²¹⁰ Diecisiete de ellas se ocupaban de la prevención, una cuarta parte del total, destacando las dirigidas a sensibilizar e informar a los distintos sectores sociales sobre los riesgos a los que podía conducir el consumo de drogas, así como el énfasis puesto en todo lo que tenía que ver con la prevención en los ámbitos educativo y familiar. En todos los casos se insistía en la necesidad de desarrollar programas – ya fuesen de carácter preventivo, asistencial o de integración social – cuya eficacia debía estar avalada por la evidencia científica. El Plan intentó adecuarse a la realidad que mostraban las adicciones en 2009 y adoptarse a futuros cambios de escenario.²¹¹

En el ámbito de la cooperación internacional, hay que destacar la puesta en marcha del Programa COPOLAD (Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en materia de políticas de lucha contra la droga). Financiado por la Unión Europea y liderado por España a través de la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP), en su puesta en marcha jugó un papel destacado la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y en concreto el equipo de trabajo que lideraba la delegada Carmela Moya.²¹²

210 *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas. España 2009-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2009.

211 En todos los casos se tenía que tener en cuenta lo establecido en la legislación autonómica sobre la materia, así como en los planes estratégicos aprobados en las distintas comunidades y ciudades autónomas, ya que se podían invadir las competencias de las administraciones autonómicas (Reducción de la demanda. Prevención. En: *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas. España 2009-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2009, p. 6-8).

212 Se puso en marcha en 2011 y ha tenido continuidad hasta la actualidad (Véase: https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/proyectoCOPOLAD/copolad_III.htm). Cómo explicaban Carmela Moya y algunos de los colaboradores que le acompañaron en su etapa como titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD en una entrevista colectiva que tuvo lugar en el marco de las actividades previstas en el proyecto Historia del PNSD, aunque el Programa COPOLAD se puso en marcha con Nuria Espí de Navas como nueva titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, tras su nombramiento en noviembre de 2010, la iniciativa y la preparación del contenido y objetivos del programa se gestaron durante el mandato de Carmela Moya.

CAPÍTULO 5.

EL REFUERZO DE LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA EN EL ABORDAJE DE LOS NUEVOS RETOS: 2012-2018

El 23 de enero de 2012, tras el cambio de Gobierno y la llegada a la Presidencia del mismo de Mariano Rajoy, del Partido Popular, era nombrado delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Francisco de Asís Babín Vich. Sustituía en el cargo a Nuria Espí de Navas, nombrada en noviembre de 2010, en sustitución de Carmela Moya.²¹³

El nuevo delegado, que contaba con una dilatada trayectoria en el campo de la salud pública y la atención al problema de las drogodependencias,²¹⁴ consideraba que las adicciones representaban “un serio problema en el ámbito de la salud pública, entendida ésta en sentido amplio”, al mismo tiempo que recordaba que se trataba de “un problema con características propias marcadas por su dinamismo, sus cambios constantes y sus múltiples factores sociales y económicos, con origen y dimensiones tanto nacionales, como internacionales y locales, que en ningún momento podían olvidarse”.²¹⁵ Hay que indicar, en relación con el enfoque salubrista, que en la etapa de Babín la Delegación ya no dependía de la Subsecretaría de Sanidad, sino de la Secretaría General de Servicios Sociales. Una circunstancia que en palabras del nuevo delegado “resultaba discutible” y que, en cualquier caso, su preferencia hubiera sido mantener la dependencia de la de Sanidad.²¹⁶

En un artículo publicado en 2012 en la *Revista Española de Drogodependencias*, tras su nombramiento como delegado del Gobierno para el PNSD, Francisco Babín trazaba las líneas directrices de su programa al frente de la Delegación.²¹⁷ Reconocía que el PNSD que se puso en marcha en 1985 había sido capaz de articular una política de drogas que, en general, había sido y continuaba siendo un referente de calidad en el ámbito de la Unión Europea, así como los logros que se habían conseguido, con la disminución del consumo de heroína a la cabeza. Pero insistía en recordar “que el problema del consumo de drogas continuaba siendo un problema muy importante que afectaba a muchas personas y a muchas familias y que, en

213 Nuria Espí de Navas, fue nombrada titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD por la ministra socialista de Sanidad, Política Social e Igualdad, Leire Pajín Iraola. Espí estuvo al frente de la Delegación del Gobierno para el PNSD catorce meses y se hizo cargo de la misma cuando ya estaba en marcha el Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012, tras la aprobación en enero de 2009 de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 (Oñorbe de Torre, José. “ESTRATEGIA 2009-2016”: diseño de una estrategia. *Revista Española de Drogodependencias* 2010; 35 (1): 47-55).

214 Desde 2005 estaba ejerciendo el cargo de director del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid-Madrid Salud. Con anterioridad había ocupado diversos cargos en la Sección de Atención Primaria y Promoción de Salud del Ayuntamiento de Madrid y en el Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. También fue subdirector general de Epidemiología e Información Sanitaria en el Instituto de Salud Carlos III, entre 1996 y 1999. En noviembre de 2003 fue nombrado director general de Salud Pública de la Comunidad de Madrid y en junio de 2004 director de los Servicios de Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid, hasta asumir, como se ha indicado, en enero de 2005, la dirección del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (Francisco de Asís Babín, médico condecorado por Sanidad. *Redacción médica*, jueves, 14 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/el-medico-babin-vich-medalla-de-oro-por-su-labor-contra-drogodependencias-9859>). Como relataba en la entrevista que se le realizó en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD, fue Babín quien se ofreció al Gobierno del Partido Popular para ser delegado del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, en atención a los cargos que había ocupado y su experiencia en el tema. Su obsesión en la Delegación fue intentar racionalizar las políticas para que respondieran a los postulados básicos de la Salud Pública.

215 Babín Vich, Francisco. Ante una nueva legislatura en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias* 2012; 37(2): 141-146 (p. 141).

216 Así lo manifestó en la entrevista a la que se ha aludido con anterioridad.

217 Babín Vich, Francisco. Ante una nueva legislatura en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias* 2012; 37(2): 141-146.

muchos casos, no se valoraba en toda su dimensión ni se medía suficientemente el riesgo que conllevaba”.²¹⁸

En palabras de Babín el escenario de los consumos de drogas había variado sustancialmente en los últimos años, con cambios en los perfiles de los consumidores, un patrón de policonsumo cada vez más generalizado, precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y relación, cada vez más directa, entre éste y los espacios y tiempos de ocio, entre otros.²¹⁹

Sobre el siempre recurrente debate de la legalización de las drogas, Babín llamaba la atención de la importancia de distinguir entre legalizar y despenalizar, despenalizar el consumo y el tráfico, o despenalizar el consumo público o el privado. En su opinión, una vez despenalizado el consumo privado, había que analizar desde una perspectiva científica, los hipotéticos beneficios a los que podía dar lugar la legalización, siendo complicado encontrarlos en términos de salud pública, ya que “la lógica que se había seguido con el tabaco, incrementando las restricciones para su consumo, era la línea a seguir con cualquier sustancia adictiva”.²²⁰

Para hacer frente a semejantes retos, en opinión de Babín, era necesario impulsar planes y programas que permitieran alcanzar el mayor grado posible de integración en el medio social y laboral de las personas drogodependientes. Había que hacerlo, además, incrementando los consensos ya establecidos, al tratarse de una temática —la del consumo, abuso y dependencia de sustancias adictivas— sensible y con una importante repercusión social. El consenso no sólo permitía identificar objetivos comunes, sino que favorecía “la transmisión hacia la sociedad de un mensaje unívoco y muy necesario si se querían contrarrestar las acciones contrapreventivas [sic]”.²²¹

Se trataba, en cualquier caso, de mantener y potenciar el alto grado de consenso entre todos los sectores implicados en la lucha contra las adicciones, que había presidido la elaboración e implantación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y que para Babín represen-

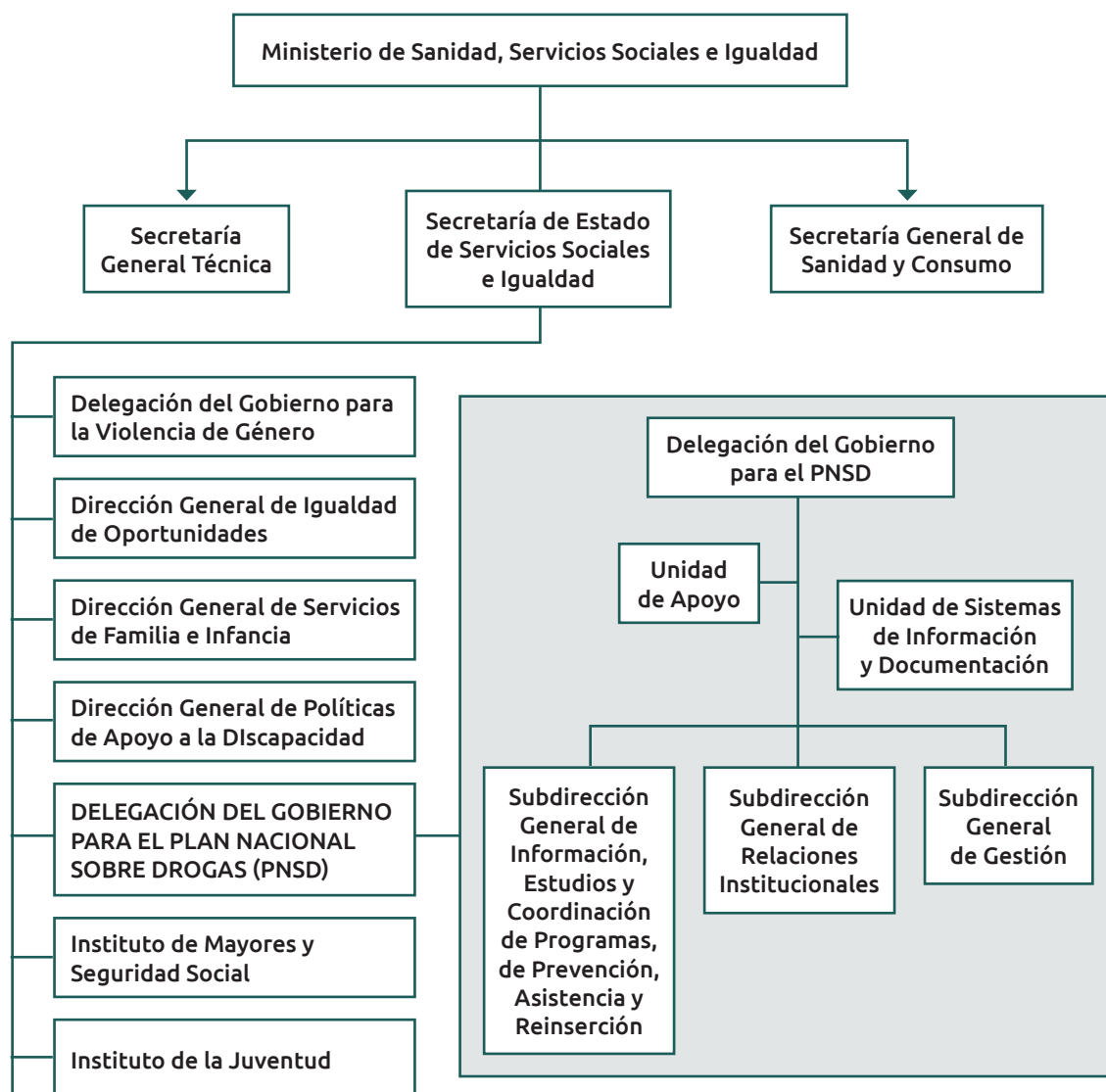
218 *Ibidem*, p. 141. En su opinión no se podía permanecer impasibles cuando, de acuerdo con los resultados que mostraba la encuesta EDADES 2009-2010, un 7,6% de la población entre 15 y 64 años ha consumido cánnabis en los últimos 30 días, un 5,2% ha consumido hipnosedantes, o un 1,2% ha consumido cocaína en polvo. Además del grave problema que representaba el consumo de alcohol, la sustancia percibida como más disponible y como la menos peligrosa. Sus consumos intensivos (borracheras y *bingedrinkin*g) estaban asociados con una mayor prevalencia de consumo de otras drogas.

219 *Ibidem*, p. 145. También destacaba otros factores a tener en cuenta, asociados muchos de ellos a cambios sociales, culturales y económicos, tal como ocurría con “las nuevas sustancias, la atención a la patología dual, el envejecimiento de los consumidores problemáticos, la creciente importancia del tráfico de drogas en el crimen organizado, las modificaciones en las redes asistenciales, o la necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo, entre otros.

220 Babín Vich, Francisco. El debate por la legalización de las drogas *Adicciones*, 2013; 25(1): 7-9. Como relataba en la entrevista mencionada con anterioridad, en su mandato lo que se hizo fue intentar evitar cualquier iniciativa liberalizadora del consumo recreativo (no terapéutico) del cánnabis. En opinión de Babín “cualquier cosa que se plantee como atractivo o que se diga que no pasa nada, facilita el aumento de su consumo”.

221 *Ibidem*, p. 142. El consenso y la optimización de las medidas que se pudieran poner en marcha se hacía más necesario, si cabe, por el objetivo de reducción del déficit público y el reequilibrio económico que definía las políticas públicas que se estaban implementando en España en 2012. En la entrevista que se le realizó, Babín, mencionaba el papel “salvador” del “Fondo de decomisados”, ya que el presupuesto ordinario permaneció prácticamente congelado durante todo el mandato, los incrementos para hacer frente a las necesidades y cubrir todas las actividades provenían de los mencionados fondos.

taba “el cuaderno de bitácora sobre el que elaborar los planes de acción cuatrienales que la conformaban”. Por esta razón, consideraba que se debían mantener en todo momento, los objetivos, ámbitos y acciones contempladas en dicha Estrategia. Había que comenzar con la elaboración del Plan de Acción 2013-2016 y hacerlo de modo consensuado con todos los actores implicados, además de tomar en consideración las evaluaciones parciales efectuadas y la que procedía efectuar al término del ejercicio 2012.²²²



222 *Ibidem*. En este sentido, en la entrevista aludida con anterioridad, Babín destacó la importancia de poder trabajar con la plantilla (el equipo) que heredó en el PNSD y que compartía sus mismos criterios. Consideró fundamental la continuidad de las personas, “ya que contar con la colaboración de quienes venían trabajando desde los inicios del PNSD facilitaba el trabajo”.

Francisco Babín destacaba la condición de “órgano catalizador” que cabía atribuir a la Delegación del Gobierno para el PNSD, así como la importancia que debían cobrar las actividades de coordinación, a fin de “profundizar en la colaboración y el clima de entendimiento” que debía guiar las relaciones con las diversas instancias que forman parte del PNSD: desde otros departamentos de la Administración del Estado a los Planes Autonómicos, Entidades Locales, Sociedades Científicas, ONG y otros sectores clave de la sociedad (Sindicatos y Patronal, Hostelería, etc.), sin olvidar la coordinación con las instituciones y redes internacionales en materia de adicciones.²²³

Pero la apuesta más clara, junto con la mejora del conocimiento básico y aplicado,²²⁴ era en el área de la prevención, a través del impulso a programas de prevención educativa, escolar, familiar y comunitaria. El objetivo era garantizar que todos, especialmente los jóvenes, dispusieran de información clara y suficiente sobre el riesgo de las drogas para su salud y su vida.²²⁵ Para ello, además de homogeneizar la edad permitida de acceso al consumo de sustancias legales con potencial adictivo, había que establecer los ámbitos de la prevención y las medidas a adoptar en cada uno de ellos, al igual que los mecanismos para la acreditación de las acciones preventivas y garantizar la sujeción de las mismas a la evidencia científica.²²⁶

223 *Ibidem*, p. 143. Babín también planteaba la posibilidad de constituir, dos foros de trabajo, el primero de carácter técnico, conformado por las Direcciones Generales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad relacionadas con la problemática de las adicciones. El segundo, con la finalidad de propiciar “una vía de trabajo permanente con las entidades sociales del ámbito de las adicciones, a través de sus federaciones y plataformas más representativas e incluyendo la Comisión para la Prevención y el Tratamiento de las Drogas en el Ámbito Laboral de la Delegación del Gobierno para el PNSD”. Como comentaba en la entrevista que se le realizó “no había prácticamente relación entre la propia Delegación y la Dirección General de Salud Pública. Pero es que tampoco había relación con la Dirección General de Farmacia. Las relaciones eran difíciles, pero eran la clave”.

224 *Ibidem*, p. 145. Babín hablaba de incrementar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento. Había que acentuar la contribución española a los esfuerzos de la comunidad científica nacional e internacional para la obtención, análisis e interpretación de datos relacionados con las drogas y otras adicciones. También proponía revisar las áreas de especial interés que debían ser objetivo prioritario para los proyectos de investigación, asegurar la transparencia de su evaluación y favorecer una gestión más ágil y eficiente.

En este sentido, en relación con el conocimiento de la evolución del problema de las adicciones y la difusión de la información, se proponía consolidar y reforzar el Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía [sic], potenciar el Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el PNSD o la creación de una Red Nacional de Toxicomanías y Adicciones (RENATA), con el objetivo de establecer un sistema nacional de información integral e integrado y que incluyera un Sistema de Alerta Temprana en relación con drogas emergentes y otros problemas relacionados.

225 *Ibidem*. Para ello se proponía desarrollar en las redes sociales un espacio de trabajo propio, como forma de acceder a las poblaciones más jóvenes.

226 *Ibidem*, p. 143-144. Entre ellas figuraban las medidas necesarias para garantizar que todas las acciones financiadas por la Delegación del Gobierno para el PNSD se atuviesen a los criterios de calidad. En segundo lugar, incardinar las políticas de prevención de las adicciones en el ámbito escolar, dentro de una estrategia más amplia de atención a la problemática de los centros educativos, y abordar de manera combinada fenómenos aparentemente inconexos como la violencia en la etapa adolescente, el consumo de sustancias con potencial adictivo y/o el abuso de las nuevas tecnologías de la información, la comunicación y el juego. En tercer lugar, potenciar, en coordinación con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y las Policías Locales, un protocolo de actuaciones preventivas para menores en situación de riesgo, que permitiese la intervención selectiva o indicada con ellos y con su entorno familiar desde una perspectiva eficiente. En cuarto lugar, involucrar a las Asociaciones de Madres y Padres (AMPAS) con el fin de permitir un abordaje precoz de las problemáticas emergentes y su reconducción, además de favorecer el acceso precoz al tratamiento. En quinto lugar, implantar planes formativos para el profesorado para desarrollar los aspectos curriculares básicos de la promoción de la salud en las aulas. En sexto lugar, incidir en programas de ocio alternativo al consumo de sustancias adictivas, priorizando las dirigidas a colectivos en riesgo de exclusión.

En lo relativo a la reducción del daño y las actividades de asistencia y reinserción, Babín recordaba que la cuestión asistencial escapaba al ámbito competencial de la Delegación del Gobierno para el PNSD, “pero no así, la definición de la cartera de servicios básicos que garantice la equidad en el tratamiento de estas patologías”, razón por la que procedía impulsar la coordinación entre los recursos preventivos, sanitarios y sociales, y poder “garantizar la orientación de las acciones hacia la reinserción plena de los individuos con necesidades específicas derivadas del abuso o dependencia de sustancias adictivas”.²²⁷

Por lo que se refiere a la coordinación entre las actividades destinadas al control de la demanda y el control de la oferta. Babín refrendaba la misma percepción que trasladaron los responsables de la Delegación en la etapa de Carmela Moya y Nuria Espí. Tras recordar cómo en las primeras etapas del PNSD, la coordinación de las dos dimensiones de la lucha contra las adicciones recaía plenamente en la Delegación del Gobierno para el PNSD, al quedar el control de la oferta en el ámbito del Ministerio del Interior y el de la demanda en el de Sanidad insistía en la importancia de “las buenas relaciones personales entre quienes estuvieran al frente de la Delegación del Gobierno y al frente de los elementos claves del control de la oferta (primero el Centro de Investigación del Crimen Organizado, con posterioridad Centro de investigación contra el Terrorismo y el Crimen Organizado)”.²²⁸

Como se ha indicado al inicio del capítulo, Babín se incorporó a la Delegación en enero de 2012. Durante aquel año tuvo que preparar el Plan de Acción 2013-2016 que completaba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Entre los principales logros alcanzados por el Plan, en la memoria final de evaluación del mismo se destacaban los siguientes:²²⁹ la creación en 2014 del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones como principal órgano asesor de las políticas de adicciones;²³⁰ la elaboración de un Plan de Comunicación para consensuar los mensajes y los canales más apropiados con el fin de sensibilizar a la población sobre la problemática de las adicciones;²³¹ la definición de los criterios básicos de calidad para los programas de prevención familiar y de los instrumentos de apoyo para su implementación;²³² la puesta en marcha de un programa piloto de detección

227 *Ibidem*, p. 144.

228 Así lo manifestó en la entrevista ya mencionada. Mantuvo las mismas reglas del juego que se pactaron en la etapa de Carmela Moya, Ministerio de Interior (control de la oferta) tenía acceso al Fondo de Bienes Decomisados en una determinada proporción, consensuada. Como recordaba Babín, “con esas premisas y con una buena relación con el Comisario Jefe y su equipo, se trabajaba bien”.

229 Rodríguez Artalejo, Fernando (Coordinador) *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. Informe de la Evaluación Final*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017.

230 La composición y resoluciones adoptadas por el Consejo se pueden consultar en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/organigrama/funciones/consejo.htm>

231 Los objetivos, las características y la metodología se pueden consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_3_plan_de_comunicacion.pdf. El mensaje fundamental que se quería transmitir era el de la existencia de un Plan de Acción sobre Drogas, fruto de un acuerdo institucional, social y científico para garantizar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el problema de las adicciones.

232 Se elaboró una guía que se puede consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_4_GUIA.pdf. En la misma se explicaban las acciones para la captación (reclutamiento, implicación) de las familias en los programas, las destinadas a lograr la adherencia de los participantes al programa y las que tenían por objetivo lograr calidad y fidelidad en el desarrollo del programa.

precoz e intervención breve en alcohol en atención primaria y urgencias, acompañado de protocolos e instrumentos para su aplicación;²³³ la aprobación del Código de Buenas Prácticas Profesionales para la Prevención de Drogodependencias en el Sector Hostalero;²³⁴ el análisis de la estructura y funcionamiento de la red de atención pública a las drogodependencias en España;²³⁵ la elaboración de un protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación;²³⁶ el lanzamiento de un Portal de Buenas Prácticas en Reducción de la Demanda de Drogas;²³⁷ o la mejora de los instrumentos y procesos de recogida de información del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.²³⁸

Junto a la ejecución del Plan de Acción 2013-2016, en esta etapa también se diseñó la cuarta Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y el primero de los planes cuatrienales, el referido al período 2018-2020.

En el primero de los casos, a partir del informe de evaluación final de la precedente, la referida al período 2009-2016,²³⁹ se apostó por una Estrategia Nacional que introdujo como primer elemento novedoso el cambio del nombre, adicciones por drogas.²⁴⁰ De esta forma, se ampliaba el campo de acción y se abordaban, tanto desde el punto de vista de la preven-

233 La guía de actuación y recomendaciones para la detección precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol para ser implementado en atención primaria se puede consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_8_RESUMEN_EVIDENCIA_AP-URGENCIAS.pdf.

234 El objetivo era aportar una guía para mejorar el funcionamiento de los locales de hostelería y contribuir a la promoción de un ocio responsable, seguro y más saludable en lo que respecta al consumo de alcohol y otras drogas. Se puede consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_9_BUENAS_PRACTICAS.pdf.

235 Véase: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm>

236 Se puede consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_15_Protocolo_insercion_dd_en_IIPP_definitivo.pdf

237 El objetivo era crear un portal que recogiera los mejores programas de reducción de la demanda de drogas en el territorio nacional, en base a los criterios de acreditación consensuados en la Comisión Interautonómica. En su preparación jugó un papel fundamental el Servicio de Drogodependencias de la Región de Murcia (Véase: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_30_portal_de_buenas_practicas_en_RDD.pdf

238 Rodríguez Artalejo, Fernando (Coordinador) *Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. Informe de la Evaluación Final*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017, p. 53.

239 *Ibidem* La evaluación de la Estrategia finalizaba con una serie de conclusiones y recomendaciones, entre las que destacaban las siguientes: 1) aunque los indicadores de consumo de alcohol y otras drogas habían mejorado, el consumo de alcohol por parte de los menores y la forma en que este se realiza (bebidas de alta graduación e ingesta de alcohol en breves períodos de tiempo) seguía siendo una prioridad en las estrategias de prevención y control; 2) la heterogeneidad en las actividades de reducción de la demanda, que no explicaban los problemas asociados al consumo de drogas en los distintos territorios autonómicos, obligaban a buscar la equidad en los programas y servicios que se ofrecían a la población; 3) a pesar de los avances, había que trasladar la evidencia a la práctica, generalizar los sistemas de acreditación, garantizar una adecuada formación de los profesionales y optimizar los sistemas de información y evaluación; 4) aunque la prevención había mejorado, había que hacer un esfuerzo por ampliar la cobertura territorial y poblacional de los programas, especialmente de aquellos con mayor evidencia de efectividad e incorporar la perspectiva de género; 5) entre los retos que mostraba la red asistencial, destacaban la captación de los consumidores problemáticos, la detección más temprana de los problemas de consumo, la atención a nuevas adicciones, el envejecimiento y deterioro de la población con consumos de larga duración, y la incorporación efectiva de la perspectiva de género y la mejora de la calidad del sistema.

240 De Asís Babín, Francisco. "La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incluye el juego patológico a los videojuegos". *Diario Oficial de las 20 Jornadas Nacionales de Patología Dual*. 20 de abril de 2018.

ción como de la asistencia, todos aquellos desórdenes similares a los provocados por las sustancias, muy específicamente la ludopatía y los videojuegos. El primero ya incorporado como tal adicción, a la Clasificación Internacional de Enfermedades y la segunda en proceso de incorporación.²⁴¹

Además, por primera vez, como recordaba Francisco Babín,²⁴² se ponía el foco en los ancianos adictos a sustancias, dentro y fuera del sistema sanitario, al considerar que tenían unas necesidades distintas que no habían sido analizadas y que era necesario conocer para futuras políticas. Otra de las novedades, fue incorporar la perspectiva de género como objetivo, además de considerarlo un principio rector. Cada vez era mayor la evidencia de las circunstancias que rodeaban a las mujeres que estaban en situación de consumo activo o de adicción y, por tanto, era necesario realizar una adaptación de la calidad y de la cartera de servicios a las necesidades de estas mujeres, sin olvidar la condición de desencadenante del consumo o como consecuencia del mismo, que había que atribuir a la violencia de género.²⁴³

Babín destacaba, así mismo, algunos aspectos novedosos de desarrollo normativo, tal como ocurría con el tratamiento del consumo de alcohol en menores o la fiscalización futura de las nuevas sustancias psicoactivas, “a efectos de que les sea plenamente aplicable el ordenamiento jurídico con la máxima agilidad posible por el riesgo potencial que comportan”.²⁴⁴

La cuestión del consumo de alcohol siempre estuvo entre las que conformaban las prioridades de la agenda de trabajo de Francisco Babín como Delegado del Gobierno para el PNSD.²⁴⁵ La contundencia de los datos disponibles aconsejaban “ubicar el alcohol dentro de las políti-

241 Fue en la época de Babín cuando empezó a visibilizarse la cuestión de las adicciones sin sustancia. Como afirmaban unos años antes Enrique Echeburúa y Paz Corral en un artículo sobre adicción a las nuevas tecnologías (Echeburúa, Enrique; de Corral, Paz. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones* 2010; 22(2): 91-95), ya existían señales de alarma y todo apuntaba a que “una afición podía convertirse en una adicción”. El concepto de “adicción a Internet” se propuso como una explicación para comprender la pérdida de control y el uso dañino de esta tecnología. Los síntomas de la adicción a Internet eran comparables a los manifestados en otras adicciones. En opinión de los autores del trabajo, debían programarse estrategias preventivas tanto en el seno de la familia como en la escuela sobre la base de los factores de riesgo y de las características demográficas de los sujetos. El objetivo del tratamiento, a diferencia de otras adicciones, debía ser el uso controlado. El tratamiento psicológico de elección era el control de estímulos y la exposición gradual a Internet, seguido de un programa de prevención de recaídas.

Por su parte, en relación con esta nueva problemática, Babín en la entrevista ya mencionada, recordaba que no existía consenso sobre las adicciones sin sustancia y que problemas como la ludopatía o la adicción a las TICs, todavía no estaban recogidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Sin embargo, durante su mandato colaboró con la Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados. Destacó la importancia de readscribir la Dirección General del Juego al Ministerio de Consumo y que dejará de depender del de Hacienda, aunque se mostraba escéptico con el trabajo desarrollado por el Ministerio de Consumo y la insuficiencia de las medidas adoptadas, limitadas en muchos casos a la prohibición de los anuncios de apuestas en determinados horarios y con figuras destacadas.

242 *Ibidem*

243 Babín insistía en la entrevista que se le realizó en la idea de las “adicciones sentimentales”, al referirse a la incapacidad material de abandono del maltrato que mostraban muchas mujeres.

244 *Ibidem*

245 Babín Vich, Francisco. Conferencia. Papel e importancia del alcohol dentro del Plan Nacional sobre Drogas. En: *Uso, abuso, adicción. Abordaje integral de la problemática del consumo de alcohol. XVII Jornadas de la Asociación PROYECTO HOMBRE. Revista de la Asociación Proyecto Hombre* 2015; 87: 5-7.

cas públicas, así como de la necesidad de prestarle la debida atención, abordándolo desde la misma perspectiva que el resto de sustancias con potencialidad adictiva”.²⁴⁶

Para Babín, el alcohol estaba considerado como una sustancia con gran potencial adictivo. Por esta razón, además de acciones específicas como la del análisis y mejora de la normativa sobre alcohol y menores, procedía activar actuaciones preventivas en el ámbito familiar, educativo, de hostelería, de ocio o vial. Se trataba de un enfoque coherente con la “Declaración Fundacional del Plan Nacional sobre Drogas”, que contemplaba el alcohol, ya desde los inicios, “como una sustancia más a considerar dentro de los esfuerzos gubernamentales por minimizar el efecto individual y social de las distintas sustancias”. Sin embargo, “durante muchos años, el alcohol no fue contemplado en pie de igualdad con las sustancias ilegales a la hora de priorizar acciones tanto de prevención, como de asistencia y de reinserción”.²⁴⁷

Una situación que en opinión de Babín, había sido corregida en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, al abordar de manera integral las distintas sustancias y hacerlo, además, en el contexto del policonsumo. También señalaba los cambios que se habían producido en la Estrategia de la Unión Europea de 2013-2020, y en concreto el hecho de mencionarse por primera vez el alcohol y hacerlo también en el marco de los policonsumos.²⁴⁸

Como afirmaba Babín, era necesario incrementar la información y sensibilización de la sociedad acerca de los riesgos que el consumo de alcohol conlleva y reducir los daños asociados al mismo, además de ofrecer una asistencia normalizada y basada en la evidencia científica.²⁴⁹

Para ello resultaba imprescindible que el debate sobre las consecuencias del consumo abusivo de alcohol se trasladara a la sociedad y, tal como ocurrió con en el caso del tabaco, adoptar medidas oportunas. Sin embargo, como denunciaba Babín, “el problema del alcohol no se está abordando de manera suficiente y acorde con la evidencia científica disponible”.²⁵⁰

La clave, concluía Babín, residía en abandonar el supuesto del valor socializador del consumo de alcohol y en recordar “que, en el caso de los menores, es tan ilícito como el consumo de

246 *Ibidem*, p. 6-7.

247 *Ibidem*, p. 7.

248 *Ibidem*. El hecho de no recoger el alcohol antes de 2013, respondía a las diferencias de adscripción administrativa que tenían el alcohol y las drogas ilegales. El primero era responsabilidad de la Dirección General de Salud y Seguridad Alimentaria (DG SANCO), las segundas de la Dirección General de Justicia y Consumidores (DG Justice).

249 *Ibidem*

250 *Ibidem*. La denuncia se hacía extensiva a la necesidad de conocer el coste social real que suponía el consumo de alcohol en nuestro país. A los costes sociales directos, había que sumar toda una pléyade de gastos que estaban determinados por la frecuencia con que el alcohol estaba presente en la cotidianeidad del día a día. Como ponían de manifiesto diversos estudios, los ingresos quirúrgicos y los reingresos tras el alta de pacientes con trastornos por abuso de alcohol, suponían una media de unos 12.000 euros más de gasto por caso que el mismo ingreso en personas no abusadoras. Otro tanto ocurría con la frecuencia con que el alcohol estaba presente en los delitos contra la seguridad vial, en las circunstancias que rodeaban el maltrato, o en el escaso rendimiento laboral o académico de distintos sectores de la población, circunstancia que ponían de manifiesto que el análisis no podía circunscribirse solo a las situaciones relacionadas con la atención a la dependencia provocada por el alcohol, ni siquiera cuando como había puesto de manifiesto la encuesta EDADES 2013, en España existían más de 120.000 personas adictas y 1.300.000 personas más en riesgo por su consumo.

drogas ilegales, según establece la legislación en cuanto al acceso al alcohol solo por encima de la mayoría de edad”.²⁵¹

Se hizo un esfuerzo por adaptar la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 a la estructura de la Estrategia de la Unión Europea 2013-2020, aunque adaptada a la realidad española. La Estrategia española tenía dos claras metas: 1) alcanzar una sociedad más saludable e informada mediante la reducción de la demanda de drogas y de la prevalencia de las adicciones en general y 2) conseguir una sociedad más segura a través de la reducción de la oferta de drogas y del control de aquellas actividades que pudieran llevar a situaciones de adicción.²⁵² Y tres objetivos generales: 1) disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, 2) disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales y 3) retrasar la edad de inicio a las adicciones.²⁵³

Junto a dichas metas y objetivos la Estrategia asumía una serie de valores, como asumir el enfoque de salud pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad, la cobertura universal y gratuita, la coherencia y la colaboración entre administraciones públicas, a través de la homogeneización de políticas, y la corresponsabilidad social y la responsabilidad pública, mediante la intervención activa de todos los agentes sociales e instituciones, tanto en el proceso de planificación como en el desarrollo de las actuaciones previstas.²⁵⁴

251 En relación con el tema del alcohol y las iniciativas que fueron impulsadas durante se mandato, Babín recordaba en la entrevista que se le realizó, que él intentó hacer una regulación para proteger a los menores del consumo de alcohol (refiere que avanzó mucho y estaba a punto de ser remitido a las Cortes), pero el cambio de Gobierno lo impidió (la moción de censura). Incluso, intentó que se hiciera una Comisión para informar a los grupos políticos de este proyecto, pero no se llevó a cabo.

252 *Estrategia Nacional sobre Adicciones. 2017-2024*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/ Secretaría de Estado de Servicios Sociales/ Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018 (p. 5 y p.28-42). La primera de las metas contemplaba las siguientes áreas de actuación: 1) prevención y reducción del riesgo, 2) atención integral y multidisciplinar, 3) reducción de daños, y 4) incorporación social, con especial hincapié en la integración laboral. En el caso de la segunda de las metas, se contemplaban estas áreas de actuación: 5) reducción y control de la oferta, 6) revisión normativa y 7) cooperación judicial policial a nivel nacional e internacional.

253 *Ibidem*, p. 23-24. Se trataba de ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia, para que todas las Administraciones Públicas, instancias que formaban parte del PNSD y otras entidades concernidas, pudieran llevar a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones objeto de su competencia, y aprovechar las sinergias que pudieran generarse mediante la coordinación y colaboración de todas ellas. Entre las instancias que formaban parte de dicho marco institucional estaban los Planes Autonómicos de Drogas, los Departamentos y Organismos de la Administración General del Estado con competencias en drogas y adicciones en general, las entidades locales, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas, y aquellas otras entidades y colectivos de carácter social que desarrollaran su actividad en el ámbito de las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas. Además, desde 2014, se contaba con el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, creado “con el objetivo de mejorar la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones como la ludopatía, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad que se promuevan, coordinen o se lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el ámbito de las competencias que ésta tiene atribuidas”.

254 *Ibidem*, p. 25-27. A estos valores se sumaban la equidad, la perspectiva de género, la transparencia, la evidencia científica, la participación, la intersectorialidad e interdisciplinariedad, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad, como principios rectores.

El campo de actuación de la nueva Estrategia, abarcaba cuatro ejes fundamentales: 1) drogas legales (tabaco, alcohol), 2) fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo,²⁵⁵ 3) drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas y 4) adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presencial y online), así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías.²⁵⁶

En el caso del Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020, éste pivotó sobre siete áreas de actuación:²⁵⁷ 1) prevención y reducción del riesgo;²⁵⁸ 2) atención integral y multidisciplinar,²⁵⁹ 3) reducción de daños,²⁶⁰ 4) mejora y extensión de los programas de Incorporación Social, con especial atención a las necesidades de las mujeres, 5) reducción y control de la oferta,²⁶¹ 6) mejora de la normativa sobre blanqueo de capitales relacionados con el tráfico de estupefacientes como actividad generadora de enormes beneficios y actualización normativa sobre nuevas sustancias psicoactivas, y 7) cooperación policial y judicial a nivel nacional e internacional, mediante el refuerzo de las intervenciones policiales coordinadas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sobre las organizaciones delictivas y redes de distribución a pequeña y gran escala.

Los resultados del Plan de Acción fueron evaluados en 2021, por lo que se analizarán en el siguiente capítulo, el correspondiente a la etapa actual, la del período 2018-2024.²⁶²

255 En cuanto a los psicoestimulantes, Babín, en la entrevista que se le realizó recordaba que se trataba de una adicción que tenía un perfil femenino. Era la única sustancia cuyo consumo era mayor que en los varones y se preguntaba si se le estaba dedicando la atención que merecía, además de subrayar su condición de problema multidimensional.

256 *Ibidem*, p. 27.

257 *Plan de Acción sobre Adicciones. 2018-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/ Secretaría de Estado de Servicios Sociales/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2018, p. 6.12.

258 Contemplaba seis acciones: 1) promoción de medidas de prevención ambiental/estructural, 2) comunicación dirigida a población general con especial atención a las y los menores de edad, 3) prevención de adicciones sin sustancia, 4) proyecto de mejora de programas de prevención universal, selectiva e indicada, 5) programa nacional de prevención "Ocio Seguro y Saludable", 6) programa de detección precoz e intervención breve sobre alcohol en el ámbito sanitario.

259 A través de las siguientes acciones: 1) proyecto personas mayores y crónicas, 2) herramientas e-salud, adicciones sin sustancia, 3) barreras de acceso al tratamiento por género, 4) programa para el buen uso de psicofármacos, 5) abordaje de la violencia de género en recursos asistenciales.

260 Mediante tres acciones: 1) ampliación de la oferta de tratamientos con sustitutivos a personas con dependencia a opiáceos, 2) extensión de programas de prevención de sobredosis y 3) programa de medidas alternativas a prisión.

261 Mediante el incremento de la eficacia de las herramientas para la investigación del blanqueo de capitales, con especial atención a la recuperación de activos de procedencia ilícita. Además de desarrollar el "Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus entornos" y el "Plan Estratégico de Respuesta Policial al Consumo y Tráfico Minorista de Drogas en Zonas, Lugares y Locales de Ocio".

262 Sendino Gómez, Rosario (Coordinadora) *Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones. 2028-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021.



CAPÍTULO 6. EL PNSD Y LA CRECIENTE COMPLEJIDAD DEL FENÓMENO DE LAS ADICCIONES: 2018-2024

Tras el cambio de Gobierno que tuvo lugar en junio de 2018 y la llegada a la presidencia del mismo de Pedro Sánchez, del Partido Socialista Obrero Español, el 20 de julio era nombrada María Azucena Martí Palacios como nueva titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, en sustitución de Francisco Babín.²⁶³

Martí Palacios estuvo al frente de la Delegación un total de veintiocho meses, hasta su cese en noviembre de 2020. Le correspondió poner en marcha el primer Plan de Acción cuatrienal de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, el correspondiente al período 2018-2020.²⁶⁴

Entre las novedades del Plan figuraban el juego patológico y el uso compulsivo de las nuevas tecnologías. Como señalaba la nueva delegada, se trataba, en el primer caso, de una problemática que requería de un importante esfuerzo de coordinación con las comunidades autónomas, al recaer en las mismas la regulación del juego presencial.²⁶⁵ Desde la Delegación del Gobierno para el PNSD se priorizaban los programas de prevención, subvencionados mediante el Plan, con una atención preferente a la población más vulnerable, que en el caso del juego incluía a los menores, las personas en riesgo de exclusión y los mayores. En relación con el juego online, que, si era competencia de la Administración Central, desde la Delegación se intentó establecer “una relación fluida con la Dirección General de Ordenación del Juego y el Ministerio de Hacienda”.²⁶⁶

La delegada también insistía en la necesidad de abordar el riesgo que entrañaba la imagen social del juego “como algo normal, aceptado e inocuo”, sin percepción, por tanto, de los peligros que entraña: “si estamos bombardeados como pasó con el alcohol y con el tabaco, haciendo creer a la gente que está haciendo conductas normales, legales y que no pasa nada; pues entonces, no vamos a poder trabajar contra eso desde la prevención”.²⁶⁷

En relación con el uso compulsivo de las nuevas tecnologías y las adicciones que se podían generar entre la población más vulnerable, desde la Delegación del Gobierno para el PNSD

263 Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia (1982) y especialista en Psicología Clínica (año 2007); María Azucena Martí Palacios estaba prestando servicios desde 2003 como psicóloga clínica en la Unidad de Conductas Adictivas de Vall d'Uixò (Castellón). También había sido presidenta de Socidrogalcohol-Comunidad Valenciana desde el año 2008 a 2012. (Véase: Azucena Martí, nueva delegada del Gobierno para el PNSD. La psicóloga sustituye a Francisco de Asís Babín. *Redacción Médica* 20 jul. 2018: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/azucena-marti-nueva-delegada-para-el-plan-nacional-sobre-drogas--5555>)

264 *Estrategia Nacional sobre Adicciones, 2017-2024. Plan de Acción sobre Adicciones. 2018-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social/ Secretaría de Estado de Servicios Sociales/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2017.

265 Como recordaba Martí Palacios, “desde la Delegación del Gobierno tenemos una relación continua con las comunidades y las dos ciudades autónomas para establecer medidas de coordinación y de control, dado que el juego presencial es competencia autonómica y, en algunos casos, de los ayuntamientos. Queremos llevar a cabo un abordaje común porque se puede caer en que una comunidad tenga una normativa más proteccionista, pero el jugador haga unos pocos kilómetros y encuentre lo que busca en la comunidad vecina” (Véase: Martí Palacios, Azucena. “Queremos que no haya famosos en la publicidad de los juegos ‘online’”. Entrevista *El Periódico*, 10 de diciembre de 2018).

266 *Ibidem*

267 Martí Palacios, Azucena. Inauguración oficial. La prevención de las adicciones. Una misión épica. *XXVII Jornada Comunicación y salud*. València: Ayuntamiento de València, 2018, p. 36-37.

se trabajaba “para que las consecuencias de esa utilización no llegasen a ser catastróficas para el individuo, para la familia y también para la sociedad”.²⁶⁸

Otra de las novedades que incluía la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y que fue incorporada al Plan de Acción 2018-2020, era la creación de un área transversal de comunicación.²⁶⁹ Para ello se establecían acciones de refuerzo en comunicación y gestión del conocimiento, dirigidas a potenciar el papel de la Delegación del Gobierno para el PNSD como centro de referencia en materia de adicciones. Como señalaba Martí Palacios, “la misión de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas implicaba comunicar, prevenir, desarrollar una conciencia social y cambiar las percepciones sobre las adicciones”. Las acciones de comunicación se encuadraban, de hecho, en el desarrollo de estrategias de prevención ambiental.²⁷⁰

En opinión de la delegada del Gobierno para el PNSD, “el estudio de las representaciones sociales era fundamental para afrontar estrategias adecuadas de abordaje del fenómeno de las adicciones, en la medida en que dichas representaciones forman parte constituyente del propio fenómeno”. Este hecho obligaba a preguntarse no sólo por la realidad de las adicciones, sino también por la percepción social que existe sobre esta realidad, ya que las distintas configuraciones sociales que se van generando traen consigo modificaciones en las formas de consumo de drogas y de otras conductas de abuso.²⁷¹

Los resultados de la evaluación del Plan de Acción 2018-2020 fueron presentados en 2021.²⁷² En noviembre de 2020, como ya se ha indicado, Azucena Martí Palacios cesó como delegada y en su lugar fue nombrado como titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, Joan Ramón Villalbí Hereter, quien contaba con una amplia trayectoria en el ámbito de la salud pública y también en el de las adicciones —a través del diseño, gestión y evaluación de programas y servicios—.²⁷³

268 Véase: Martí Palacios, Azucena. Inauguración oficial. *XXVIII Jornada Comunicación y salud..* València: Ayuntamiento de València, 2019, p. 29-33 (p. 30)

269 *Ibidem*, p. 31-32. Como recordaba la misma Martí Palacios, la imagen social de la Delegación del Gobierno para el PNSD dependía, como la de cualquier otra institución, de la adecuada gestión de la información: “Un factor esencial era conseguir una acertada política comunicativa, lograr la eficacia a través de mensajes clave en las audiencias y, en particular, en los jóvenes, que constituyen un público que se inicia en el consumo” (Véase: Martí Palacios, Azucena. Inauguración oficial. *XXVIII Jornada Comunicación y salud.* València: Ayuntamiento de València, 2019, p. 29-33).

270 *Ibidem*. Desde esta perspectiva, como también recordaba Azucena Martí, “las redes sociales podían ayudar a gobernar con la sociedad, a construir una sociedad más informada y saludable”. Para la delegada estos eran los valores públicos del trabajo en la red de las adicciones. En última instancia, se trataba de desarrollar conocimiento, compartirlo y construir legitimidad: “el público necesita información sobre los efectos de las distintas sustancias psicoactivas, y quiere ser escuchado. Para ello, se deben diseñar buenas herramientas de difusión, de información, y de escucha”.

271 *Ibidem*

272 Sendino Gómez, Rosario (Coordinadora) *Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones. 2028-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021.

273 Sirvan como ejemplo de su trayectoria y compromiso con la temática de las adicciones, desde un enfoque de salud pública, algunos de los trabajos dedicados a las problemáticas del alcohol y el tabaco: Villalbí Hereter, Joan Ramón *et al* El control del tabaquismo en España. Situación actual y prioridades. *Revista española de salud pública* 2019; 93 (Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100014); Villalbí Hereter, Joan Ramón; Bosque Prous. Marina. Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol Prioridades para España. *Revista española de salud pública* 2020; 94 (Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/686>).

Como resultados concretos de la evaluación, en el área de prevención y reducción de riesgos, a pesar de las limitaciones que impuso la pandemia de COVID al desarrollo del Plan de Acción 2018-2020,²⁷⁴ además de reforzar la cultura de la evaluación como requisito para la implementación y también para la financiación por parte de las Administraciones Públicas, destacó la publicación de un documento marco sobre prevención ambiental, que incidía en la necesidad de incorporar este tipo de prevención a los enfoques más tradicionales.²⁷⁵

Aunque el Plan de Acción 2018-2020 incluía la creación de una app dirigida a informar sobre drogas y adicciones al público general, se desestimó por considerar que no aportaba valor añadido.²⁷⁶ Sí que se elaboró un documento de trabajo sobre las herramientas e-salud en la perspectiva del PNSD, que vio la luz en 2021.²⁷⁷

Con respecto a las actividades previstas en el área de mejora de programas de prevención universal, se avanzó en la prevención familiar de las adicciones y con la colaboración del Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA) se elaboró un Informe sobre el estado de la prevención familiar en España y las recomendaciones encaminadas a la prevención en este importante ámbito.²⁷⁸ Otro tanto ocurrió con la incorporación de la perspectiva de género en los programas de prevención y el estudio y visibilización de la violencia de género y el abuso de sustancias en España.²⁷⁹

274 Sendino Gómez, Rosario (Coordinadora) *Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones. 2028-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021 (p. 7-8). En el informe se indicaba que la condiciones generadas por el confinamiento provocaron cambios de patrones de consumo de sustancias psicoactivas, “restando normalidad a los mismos y permitiendo replantear la normalidad de su existencia”. De igual modo, se indicaba que la pandemia por COVID19 comportó un aumento del uso de pantallas, acceso a juegos de azar, etc., que sirvió para acelerar el desarrollo de normativa estatal sobre las comunicaciones comerciales en materia de juego online, impulsadas por la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ) del Ministerio de Consumo.

Como también se indicaba en el informe de evaluación (p. 9), en el área de la prevención de las adicciones sin sustancia, se realizaron importantes avances, impulsados por las iniciativas de los diferentes interlocutores del PNSD. Así mismo, a raíz de la pandemia de COVID y las restricciones de las reuniones presenciales, desde la Delegación del Gobierno para el PNSD, se pusieron en marcha, en octubre de 2020, los encuentros virtuales AGORA (<https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/home.htm>). A fecha de 10 de octubre de 2024, se habían celebrado un total de 21 encuentros, con temáticas variadas: juego, consumo de sustancias psicoactivas, decomisos, alcohol y drogas en el ámbito laboral, prevención ambiental, la problemática del consumo de metanfentamina, nuevos abordajes del consumo de riesgo de alcohol, la patología dual y la red de atención a drogas y adicciones, ansiolíticos e hipnosedantes, o la amenaza de los nuevos opioides sintéticos, entre otras problemáticas.

275 Becoña Iglesias, Elisardo. *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021.

276 Sendino Gómez, Rosario (Coordinadora) *Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones. 2028-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021 (p. 8).

277 Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2021_Actualidadnoticias/pdf/20210816_DGPNSD_\(2021\)Herramientas_e-salud.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2021_Actualidadnoticias/pdf/20210816_DGPNSD_(2021)Herramientas_e-salud.pdf)

278 Juan, Montserrat; Nobre-Sandoval, Larisa de A.; Duch, Mari Àngels. *Informe. La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/ Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2022.

279 Pacheco Arellano, Selene Esmeralda; Rementeria Rocas, Oihana. *Protocolo de inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones. Guía y herramienta práctica* Federación Española de Municipios y Provincias/ Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021; Martínez-Redondo, Patricia; Arostegui Santamaría, Elisabete. *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021.

Dentro del ámbito de la gestión del conocimiento, se avanzó en la mejora de los indicadores del Sistema Español de Información en Drogas y Adicciones (SEIDA, antiguo SEIT) y en concreto con la incorporación de datos relacionando con el juego con dinero y videojuegos (trabajados conjuntamente bajo el “indicador de admisiones a tratamiento sobre adicciones comportamentales”).²⁸⁰

En el área de cartera de servicios no se alcanzaron los resultados esperados, además de por la pandemia de COVID, a causa de los procesos electorales y los cambios en la organización de las estructuras y personas responsables de drogodependencias o adicciones en las diferentes comunidades autónomas. Por esta razón, el informe de evaluación concluía destacando la necesidad de mantener los objetivos referentes a esta área con el fin de promover la equidad en el acceso de los usuarios de todo el territorio nacional a los servicios de adicciones,²⁸¹ o mantener, igualmente, el objetivo de actualización de la normativa sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP).²⁸²

Donde sí que se registraron avances fue en el área de evaluación y calidad y en concreto en el desarrollo del Portal de Buenas Prácticas en el área de reducción de la demanda, al pilotarse el procedimiento establecido con varios programas de prevención, y establecer y validar los criterios a utilizar por los expertos del Portal.²⁸³ Unas circunstancias que permitieron promover entre las entidades y administraciones públicas el envío de programas con el fin de ir aumentando el número de intervenciones que dispusieran de acreditación como buena práctica y poder identificar los que precisaban de mejoras en las diferentes áreas valoradas antes de poder ser catalogados como buenas prácticas.

280 Sendino Gómez, Rosario (Coordinadora) *Evaluación del Plan de Acción sobre Adicciones. 2028-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021 (p. 36).

281 Como se recordaba en la comparecencia de la ministra de Sanidad en la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de los Problemas de las Adicciones de abril de 2024 (https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CORT/DS/CM/DSCG-15-CM-21.PDF), “al salir de la Dictadura no había servicios de adicciones, apenas algún dispensario de alcoholología, y el ministerio no transfirió recursos para las adicciones a las comunidades autónomas, de modo que, aparte de estos pocos dispensarios, cuando llegó la heroína no teníamos respuesta. Esa red la iniciaron los municipios que fueron más castigados por la heroína y entidades del tercer sector, básicamente integradas por los familiares de las víctimas y la sociedad civil, que crearon estos centros, a los que paulatinamente se fueron incorporando los profesionales [...] posteriormente, las comunidades autónomas los financiaron parcial o totalmente, los apoyaron y los regularon [...] en diversos casos los convirtieron en servicios públicos, y algunas los han integrado totalmente en sus servicios autonómicos de salud. En otros casos esta integración es funcional, con una titularidad diversa, pero compartiendo la historia clínica y garantizando el acceso a la receta electrónica. Además, en algunas ocasiones esta red es más parcial y también está más fragmentada; incluso en algún caso está fuera de la red sanitaria, más vinculada con los servicios sociales que con la red sanitaria. Por eso hay mucha diversidad y variabilidad, si bien, en general, en todas las comunidades autónomas hay dispositivos financiados con fondos públicos que ofrecen esta atención gratuita a las personas con problemas; es una atención que, cómo no, tiene vocación universal”. Sin embargo, a pesar de todos estos avances y una mayor vinculación con la atención primaria y la salud mental, el recorrido no ha sido el mismo en todas las comunidades autónomas.

282 *Ibidem*, p. 48.

283 *Ibidem*

Adicionalmente, se iniciaron cursos de formación en Buenas Prácticas impartidos por los expertos del Portal a profesionales de la prevención en adicciones, actividad que reforzó su difusión y utilización, y el interés de los profesionales por esta área. También, en el marco del Portal, en colaboración con el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y la Universidad de Baleares, y con el apoyo de la Federación Española de Municipios y Provincias y expertas en la materia, la Delegación del Gobierno para el PNSD publicó en 2019 la traducción al castellano del *Currículum de Prevención Europeo*.²⁸⁴

Tras la evaluación de Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2021, se puso en marcha el segundo de los planes que completaba la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024, el referido al período 2021-2024.²⁸⁵ Se contemplaban un total de 46 acciones y 135 actividades que debían llevarse a cabo bajo los principios de la eficacia, la eficiencia y la optimización de recursos; del establecimiento de una cogobernanza; y de la evaluación y calidad de las acciones.²⁸⁶

Además de poner un mayor énfasis en actividades relacionadas con la prevención y reducción del riesgo, y la coordinación y mejora de gestión del propio Plan, entre los retos que tenía que abordar destacaban las nuevas formas de adicción y los patrones de consumo, generados por el aumento del uso “patológico” de internet, de los medios digitales y de las redes sociales, sin olvidar cuestiones recurrentes como la del consumo de alcohol por parte de personas menores de edad y jóvenes.²⁸⁷

La necesidad de seguir adaptándose a los cambios que caracterizan el fenómeno de las adicciones era reivindicada por Joan Ramón Villalbí, al recordar que “a las adicciones al alcohol, el tabaco, los psicofármacos, la cocaína o el cannabis, como las sustancias más preocupantes,

284 Disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/prevencion/pdf/2020_Currículum_de_prevencion_europeo.pdf. Se trata de un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del abuso de sustancias basada en la evidencia, que sirve de referencia para la formación específica en prevención de adicciones, en sus dos formatos, inicial y avanzado, y que se había puesto en marcha entre los técnicos de prevención de municipios y comunidades autónomas.

285 *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024*. Madrid: Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2022. (Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf).

De acuerdo con la dinámica seguida por anteriores estrategias y planes, además de ser refrendado tanto por Comisión Sectorial, como el por el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, fue aprobado por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas. Su principal objetivo era ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia con el fin de poder llevar a cabo los planes y programas relacionados con las adicciones objeto de su competencia, las diferentes administraciones y entidades implicadas..

286 Véase: Conferencia Sectorial Plan Nacional de Drogas. El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 se centrará en la prevención y reducción de los daños asociados a sustancias. Sanidad 25 de enero de 2022 (Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2022/250122-drogas.aspx>). El Plan ponía el énfasis en abordar aspectos de género, y en el binomio violencia y abuso de sustancias, así como en la promoción de la salud de los menores. Además, como en anteriores planes, fue fruto del consenso, junto a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), y otros centros directivos del Ministerio de Sanidad, participaron en su elaboración otros ministerios implicados, comunidades autónomas y entidades locales, ONG sociedades científicas y los agentes sociales (sindicatos y patronal) implicados en el problema de las adicciones.

287 *Ibidem*.

se sumaban las adicciones sin sustancia, pero también adicciones a nuevas sustancias, que empezaban a emerger, como ocurría con la metanfetamina y el fentanilo”.²⁸⁸

Se insistía en alcanzar las dos grandes metas de la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024: conseguir una sociedad más saludable e informada y una sociedad más segura.²⁸⁹ Entre las acciones de prevención y reducción del riesgo, destacaban: 1) la promoción de la prevención ambiental y adecuación de los programas de prevención a los entornos digitales, 2) el desarrollo de un ocio saludable, impulsando la prevención de violencia sexual y sexo de riesgo en contextos de ocio, 3) el fomento de la prevención y la investigación de las adicciones comportamentales, y 4) la mejora de la seguridad vial a través de la detección temprana e intervención breve en transporte y accidentes de tráfico. Y entre las relacionadas con la mejora de la atención integral: 1) avances en la calidad de las intervenciones, 2) el abordaje de la violencia de género y adicciones en recursos asistenciales, 3) la implantación de buenas prácticas en el buen uso de hipnosedantes y analgésicos opioides y 4) la mejora de la respuesta asistencial a los internos de centros penitenciarios y de centros de internamiento para extranjeros con problemas de adicciones.²⁹⁰

Junto al desarrollo del nuevo Plan, entre las actividades impulsadas por la Delegación del Gobierno para el PNSD, se siguió insistiendo en la necesidad, como señalaba Joan Ramón Villalbí en la presentación de la *Guía clínica de cannabis* de 2022 que elaboró Socidrogalcohol, “de disponer de documentos de referencia basados en la ciencia y el conocimiento, y actualizados [...] que procedan de fuentes acreditadas y legitimadas [...] que contribuyan al

288 Así lo manifestaba el Delegado del Gobierno para el PNSD en la entrevista que se le realizó a en el marco del desarrollo de las actividades previstas en el Proyecto Historia del PNSD. Como manifestaba Joan Ramón Villalbí, al ocuparse de la reducción del daño en las políticas de drogas, “las sustancias psicoactivas estimulantes como la metanfetamina o el crack, aunque todavía sean poco consumidas en España, tienen gran potencial destructivo. Debemos estar vigilantes y preparados y seguir trabajando con un enfoque de salud pública basado en evidencias”. Recordaba, así mismo, que, en España, la estrategia de reducción del daño, surgió como respuesta a la grave epidemia de heroína en la década de 1980, un periodo en el que la mortalidad entre los jóvenes que consumían esta sustancia alcanzó niveles alarmantes, tanto por sobredosis como por infecciones por VIH: “Hubo que adoptar respuestas integrales que incluyeran la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas, así como la mejora del acceso a servicios de tratamiento y apoyo social. Además de activar una amplia gama de servicios de atención y tratamiento, se desarrollaron programas de intercambio de jeringuillas, se implantó a gran escala el tratamiento sustitutivo de opiáceos, unidades móviles para aproximarlo a zonas con mayor problemática, y servicios de acogida e inclusión social, además de algunos centros ambulatorios de baja exigencia y, en algunas zonas con mayor consumo inyectado, espacios de consumo supervisado para brindar apoyo integral a las personas afectadas”. Se trató de una experiencia que mostró la utilidad de abordajes integrales centrados en las necesidades individuales de las personas con trastornos por uso de drogas, al mismo tiempo que permitió poner de manifiesto la importancia de abordar tanto los aspectos sanitarios como sociales: “Al afrontar los desafíos complejos y multifactoriales asociados al consumo de heroína en España y promover una mayor inclusión social y el acceso a los servicios de tratamiento y apoyo, se pudieron reducir significativamente las tasas de mortalidad relacionadas con el consumo de drogas, así como mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas afectadas” (Véase: <https://copolad.eu/es/que-es-la-reduccion-del-dano-en-las-politicas-de-drogas/>).

289 *Ibidem* En cuanto a la primera de las metas, el Plan se centraba en las áreas de prevención y reducción del riesgo; atención integral y multidisciplinar; reducción de daños e incorporación social. Para conseguir una sociedad más segura, el Plan se apoyaba en la reducción y control de la oferta, en la revisión de normativa y en el fomento de la cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional. También se contemplaban áreas transversales de actuación, como ocurría con la coordinación, la gestión del conocimiento, legislación, cooperación internacional y comunicación.

290 *Ibidem*

conocimiento de los profesionales [...], que estén accesibles para la ciudadanía y que sirvan de referencia, desplazando a fuentes interesadas en generar confusión y opacidad”.²⁹¹

Para Villalbí, tras la dimensión de problema sanitario y social de primer orden que había alcanzado el consumo de cannabis, estaría el hecho de haberse convertido en la sustancia ilícita más consumida en España y en la segunda, tras la cocaína, en ser motivo de consulta en los centros de atención a adicciones, así como el crecimiento de las mafias vinculadas al tráfico de cannabis y el consiguiente incremento de grupos organizados y de violencia asociada. Todo ello, a pesar de la percepción social que se tiene del cannabis, identificado, a menudo, con una droga blanda.²⁹²

Como se indicaba en la comparecencia de la ministra de Sanidad ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, en abril de 2024, “el consumo de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad [...] especialmente en lo que significa para la salud y el bienestar de las personas concernidas”.²⁹³

Ante la dificultad para acabar con las adicciones, se trataría de conseguir que causen el menor daño y el menor número posible de problemas. En otras palabras, “que haya menos consumo; si hay consumo, que sea más tardío, y que quienes consumen se expongan a menos riesgos”. Para conseguirlo, afirmaba Mónica García, además de disponer de la Delegación del Gobierno para el PNSD, se cuenta con políticas de consenso como las que han representado y representan las Estrategias Nacionales sobre Adicciones y sus correspondientes Planes de Acción. La ministra ponía en valor el que estuvieran generadas “en un espacio de relación con todos los actores implicados, —administración, sociedad civil y expertos—, como el que facilita el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (CEDOA) y la Confe-

291 Villalbí Hereter, Joan Ramón. En: López, Hugo; Cortés, María Teresa. *Guía clínica de cannabis*. Barcelona: Socidrogalcohol (Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica) / Ministerio de Sanidad/ Secretaría de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2022, p. 3. En relación con la formación de los profesionales que se ocupan del problema de las adicciones, Joan Ramón Villalbí, en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD, trasladaba su preocupación por la falta de formación en materia de adicciones en los grados universitarios, pero también las deficiencias en materia de formación especializada de los graduados. En su opinión era necesario atender las necesidades que pudieran surgir en un futuro, ya que era previsible el abandono del mercado laboral, por razones de edad, de muchos de los profesionales que trabajan en el sector de las adicciones.

292 *Ibidem*. Como sostenía el Delegado del Gobierno para el PNSD, “un análisis riguroso no puede ignorar los problemas que plantea. Como en el caso del alcohol, los impactos negativos del cannabis no se limitan a los grandes consumidores con criterios de abuso o dependencia. Entre otros, han de incluir también las lesiones causadas por personas intoxicadas, otros efectos y consecuencias causados en el organismo, y en las actividades y desarrollo vital de las personas, los cuadros psicóticos agudos (más frecuentes en jóvenes consumidores noveles) o el posible daño a terceros. Es bien cierto que no plantea los mismos problemas que la heroína, pero no se puede trivializar ni banalizar su consumo”. Para Joan Ramón Villalbí, la regulación de la disponibilidad del cannabis con fines terapéuticos o el hecho que “en algunos países se haya posibilitado el acceso a su uso de forma general”, habría generado “una narrativa que no sólo banaliza las consecuencias adversas de su consumo, sino que invoca todo tipo de presuntos efectos beneficiosos”. En el caso concreto de España, insistía el delegado, este “discurso habría permeado algunos medios de comunicación”. En su opinión, “habría que realizar un esfuerzo por reflejar en los medios de manera más rigurosa el estado actual del conocimiento científico, así como el análisis de las consecuencias de las políticas que en otros contextos han llevado a una mayor disponibilidad y consumo, y cuyo impacto negativo sobre la salud ya empezaba a ser visible”.

293 Véase: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CORT/DS/CM/DSCG-15-CM-21.PDF

rencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y su comisión sectorial, donde participan las diferentes comunidades autónomas”.²⁹⁴

Para Mónica García, el problema de salud global que representan las adicciones sólo puede ser abordado desde “la ciencia de la prevención y a través de programas que ayuden a crear contextos que no favorezcan el consumo”. Tal como se pretende con el Plan Integral de Control y Prevención del Tabaquismo 2024-2027 de abril de 2024,²⁹⁵ o con el Anteproyecto de ley de protección de las personas menores de edad respecto al consumo de alcohol, dos de las iniciativas de futuro que cuentan con el protagonismo y el apoyo de la Delegación del Gobierno para el PNSD.²⁹⁶

294 *Ibidem*

295 Véase: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6412> y el documento coordinado por Susana Verdejo Fernández del Equipo Técnico de la Unidad de Prevención y Control del Tabaquismo de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud (DGSPyES) del Ministerio de Sanidad (https://www.asomega.es/wp-content/uploads/PIT_R5_05_2024.pdf).

296 Véase: https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_60-24_Solicitud_informacion_publica_APL_alcohol_y_menores.pdf.

Estos serían los cinco ejes sobre los que pivota el anteproyecto: en primer lugar, plasmar en nuestro ordenamiento jurídico los compromisos asumidos por España en la protección integral de la infancia y la juventud, además de armonizar la normativa vigente a nivel estatal, evitando la dispersión normativa, autonómica y municipal, en relación con el consumo de bebidas alcohólicas por menores y su venta, así como su comunicación comercial, publicitaria y de otro tipo. En segundo lugar, mejorar la normativa vigente, que se ha mostrado insuficiente para abordar esta problemática, incorporando la mirada de salud pública y de los determinantes sociales de la salud, con el fin de desarrollar una serie de políticas que permitan prevenir de forma eficaz el consumo de bebidas alcohólicas por las personas menores. En tercer lugar, implementar una serie de medidas de lo que se conoce como prevención ambiental para proteger a las personas menores del consumo de bebidas alcohólicas. En cuarto lugar, incorporar herramientas que permitan abordar la prevención del consumo de alcohol desde el ámbito educativo y familiar, así como definir el papel de los sectores sanitarios y de los servicios sociales, y cómo se puede contribuir con el resto de los sectores. Y en quinto y último lugar, promocionar los entornos saludables y favorecer las alternativas sociales y de ocio libres de bebidas alcohólicas, así como implicar a toda la sociedad en la prevención del consumo de bebidas alcohólicas.

CAPÍTULO 7.

LA PERSPECTIVA DE LAS ADMINISTRACIONES LOCALES: LA CONTRIBUCIÓN DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS (FEMP) AL DESARROLLO DEL PNSD

La coordinación y colaboración entre las diversas administraciones públicas (central, autonómica y local) estuvo desde el inicio entre los objetivos prioritarios del PNSD. Como se recogía en el documento de presentación del mismo: “las estructuras de coordinación sobre los problemas derivados del tráfico y consumo de drogas se deben establecer en las delimitaciones básicas del Estado: Administración Central y Administración Autónoma [sic]. A estos niveles de coordinación hay que añadir los Ayuntamientos [...] donde la densidad demográfica, la gravedad del problema y la previsión de recursos lo hagan necesario [...] y por su papel relevante en los programas de prevención y reinserción social”.²⁹⁷

En las primeras medidas prioritarias que se propusieron para el bienio 1985-1986 por parte del PNSD figuraban el desarrollo de programas o servicios municipales de información y orientación, así como servicios de asistencia y reinserción social municipales, sin olvidar la participación en las “acciones represivas que competían a la administración central, pero requerían de la colaboración de las policías autónomas [sic] y municipales”.²⁹⁸

Entre los nombres de representantes o técnicos de diferentes administraciones y entidades que figuraban en la documentación inicial del PNSD, estaba el equipo de toxicomanías de la FEMP, conformado en 1985 por Fernando Porto Vázquez y Darío Pérez Madera, defensores del papel del trabajo social en la atención a las personas con adicciones, y con una destacada trayectoria en dicho campo y en el de la sociología.²⁹⁹

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en el año 1985, los municipios han desempeñado un papel fundamental en la aplicación y desarrollo de las políticas de drogodependencias. De hecho, fueron las primeras administraciones públicas en llevar a cabo actuaciones y programas en áreas como la prevención, la asistencia y la reinserción social.³⁰⁰

A lo largo de las cuatro décadas de funcionamiento del PNSD, y en colaboración con el mismo —a través de su participación en órganos y actividades del Plan—, la FEMP ha asumido como un objetivo prioritario el consolidar y reforzar las políticas locales de prevención y asistencia en materia de drogodependencias. Éstas han estado y continúan estando presentes en su organigrama (<https://drogodependencias.femp.es/>) y han sido objeto de acciones formativas y estudios promovidos por diferentes grupos de trabajo. Hay que indicar, sin embar-

297 *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, 1985., p. 39-40

298 *Ibidem*, p. 48.

299 *Ibidem*, p. 74. Darío Pérez Madera, fallecido en noviembre de 2022, ha estado considerado un pionero en la creación y desarrollo de los servicios sociales municipales en España (Véase: Giménez-Bertomeu, Víctor M. (dir). *El Servicio de Urgencia Social en los Servicios Sociales de Atención Primaria. Fundamentos, evidencias y recomendaciones*. Alicante: Universidad de Alicante, 2023).

300 Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001, p. 5-6. Hay que recordar que la FEMP nació en junio de 1981, cuatro años antes de la creación del PNSD y que muchas de las grandes ciudades españolas estaban viviendo con gran intensidad en aquellos años el problema de las adicciones y en particular el de la heroína. De ahí que la FEMP contase, como se ha indicado, con un equipo de toxicomanías (Véase: García Varela, Pablo. Crisis de la heroína en el imaginario colectivo español. En: Movellán Haro, Jesús; Irisarri Gutiérrez, Raquel; Fernández Torres, Luís (ed) *Miradas al pasado, miradas al presente. Nuevos horizontes de la historiografía contemporánea*. Libro de actas XVI Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2024, p. 817-829).

go, la desigual atención que se ha otorgado al problema de las adicciones por parte de las Federaciones Autonómicas de Municipios y Provincias. Aunque existe un Consejo Territorial de coordinación, cada Federación tiene autonomía para desarrollar sus propios programas de actividades y no todas cuentan con un servicio o sección que se ocupe de las adicciones.³⁰¹

Como administraciones más cercanas, los municipios constituyen el marco idóneo para atender las demandas y aspiraciones ciudadanas en todo lo que tiene que ver con “las condiciones de vida y las relaciones de convivencia”. Los ayuntamientos no sólo aportan servicios más próximos y accesibles, sino que también contribuyen a “la ordenación de la vida comunitaria, facilitan la cooperación con entidades privadas y ONG, y normalizan las intervenciones sociales, adecuándolas a las necesidades, características y expectativas de los propios ciudadanos”. De ahí su relevancia como actores destacados en las políticas frente a las drogas.³⁰²

Como recordaba Gonzalo Robles,³⁰³ titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD entre 1996 y 2003, “los municipios habrían desempeñado un papel muy importante en la generación de las respuestas institucionales al fenómeno de las drogodependencias, ofreciendo múltiples recursos y aplicando un impulso decisivo en las etapas iniciales del problema”. Se reconocía explícitamente en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*, cuando se afirmaba que, a los logros alcanzados por el PNSD durante los quince años anteriores, “habrían contribuido de forma importante las Administraciones Locales”. Desde su posición privilegiada de proximidad a la realidad, “articulaban respuestas concretas y eficaces ante el problema de las drogodependencias”.³⁰⁴

Fue, sobre todo, a partir de 1997, cuando se intensificó la colaboración entre la FEMP y el PNSD, a través del convenio que suscribieron ambas instituciones, con el objetivo de “impulsar e implantar diferentes actuaciones en materia de drogas en las Entidades Locales”. La renovación anual del mismo, ha permitido, básicamente y entre otras iniciativas, “desarrollar Planes Municipales de Drogodependencias, y dar a conocer el trabajo realizado por las Entidades Locales ante las drogodependencias en busca de una mejora de las estrategias de intervención”.³⁰⁵

301 Así lo explicaba Elena Ramón Cercas, Subdirectora de Seguridad, Convivencia y Cohesión Social de la FEMP, en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD. La falta de visibilidad de las acciones impulsadas por la FEMP y las Federaciones Autonómicas, así como la necesidad de mejorarla, también era denunciada por otros informantes clave. Francisco Pascual Pastor, así lo manifestaba en calidad de presidente de Socidrogalcohol entre 2016 y 2024, en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD.

302 En relación con la colaboración entre la FEMP y las organizaciones no gubernamentales, Elena Ramón Cercas, afirmaba en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD, que las colaboraciones habían sido puntuales y no habían tenido continuidad.

303 Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001, p. 5-6.

304 *Ibidem*, la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008* atribuía a la administración local funciones muy concretas de prevención, integración social, limitación de la oferta y coordinación de las intervenciones en dicho ámbito. Aunque todas se consideraban importantes, se destacaban de forma especial las acciones preventivas y, más concretamente, las dirigidas a los sectores más vulnerables de la población y a la promoción de alternativas de ocio saludable para los jóvenes que resultaran incompatibles con el consumo de drogas.

305 Antecedentes. En: *VI Catálogo de Buenas Prácticas Locales en Drogodependencias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2018, p. 9.

Desde el PNSD y desde la propia FEMP se consideró que las funciones a desarrollar por los municipios en materia de drogas debían responder a unos criterios básicos de globalidad, participación e integración, siendo necesario para ello, “disponer de instrumentos políticos, administrativos y presupuestarios que garanticen la eficacia de las políticas municipales y su continuidad en el tiempo”. Fue en este contexto y en el marco de iniciativas impulsadas por la administración central y las administraciones autonómicas, en el que surgieron los planes municipales sobre drogas.³⁰⁶

Para llevarlos adelante, la Delegación del Gobierno para el PNSD y la FEMP publicaban en 2001 un manual de ayuda.³⁰⁷ Se buscaba convertirlo en “una herramienta útil para muchos municipios y que pudiera contribuir a extender los Planes Municipales sobre Drogas en España y, de acuerdo con los objetivos del PNSD, contribuir a crear unos municipios más concienciados y más capacitados para hacer frente al fenómeno de las drogas”.³⁰⁸ O como se subrayaba desde la FEMP “ayudar a los Municipios en su actuación ante las drogodependencias, mediante el impulso en la creación de Planes Municipales sobre Drogas, como instrumento aglutinador de las diversas líneas de actuación y los diversos programas desarrollados en el ámbito local”.³⁰⁹

Con el fin de complementar la iniciativa del manual y motivar a los municipios, en 2003 se publicaba el *Primer Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. A través del mismo se ofrecía una selección de los mejores programas de prevención en drogodependencias “llevados a cabo por las entidades locales en los últimos años”. Como señalaba Gonzalo Robles, en calidad de titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, “estamos convencidos de que su difusión supondrá una gran ayuda para aquellas entidades que decidan desarrollar este tipo de actividades y que contribuirá a una mejora sustancial en la calidad de los mismos”.³¹⁰

Se publicaron un total de seis catálogos de buenas prácticas en drogodependencias, el último de ellos en 2017. Como afirmaba Francisco Babín, para la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, “el papel de la FEMP en el apoyo a las políticas sobre adicciones había sido y continuaba siendo de gran relevancia”. Y entre las razones destacaba el que se hubiera convertido “en un referente e impulsor de los Planes Locales de Drogas de manera

306 Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001, p. 5-6. Se insistía, por ejemplo, en la participación activa y comprometida de los ayuntamientos para abordar los usos recreativos de las drogas, sin duda uno de los máximos retos, tanto por su elevada prevalencia como por la tolerancia social que conllevan.

307 *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001.

308 Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001, p. 6.

309 Barberá Nolla, Rita. Introducción. En: *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2001, p. 7-8.

310 Robles Orozco, Gonzalo. Prólogo. *Primer Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 2003, p. 6. Robles también esperaba “que, a lo largo de publicaciones sucesivas, el público interesado pueda ir conociendo mejor la gran labor que en el campo de la prevención se lleva a cabo desde un sector tan decisivo en esta materia como es la Administración Local”.

que, en buena parte gracias a su labor, hoy en día la gran mayoría de los municipios de más de 50.000 habitantes disponen de un Plan Local y los que no disponen del mismo, desarrollan programas en este ámbito de trabajo”. La Delegación del Gobierno para el PNSD “había apoyado y reforzado las actuaciones y programas desarrollados por los municipios y provincias mediante la elaboración de materiales, protocolos, guías y apoyo a la formación de los técnicos municipales; además de impulsar la mejora de la calidad de las intervenciones y propiciar el intercambio de Buenas Prácticas mediante la convocatoria anual de premios”.³¹¹

Como recordaba Juan Manuel Moreno, en calidad de Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad en la firma del convenio de 2012 entre la FEMP y la Delegación del Gobierno para el PNSD, eran cerca de 300 los municipios de tamaño grande y mediano que contaban con un Plan Local de Drogas. Además, destacaba la novedad de haber ampliado la colaboración a “la elaboración de un protocolo de actuaciones preventivas para menores en situación de riesgo, con el fin de facilitar su implantación y desarrollo por las Policías Locales, en aquellos municipios que carecen de este tipo de servicios”. Se trataba de una actividad de las policías municipales, “que estaba dando muy buenos resultados en aquellos municipios que ya cuentan con este servicio, como Madrid o Barcelona”. Su función consistía en “orientar eficazmente a las familias y a los propios jóvenes en riesgo sobre la manera de abordar precozmente los problemas de adicciones y lograr que el consumo no se convirtiera con el tiempo en abuso o dependencia”.³¹²

De hecho, a raíz de aquella nueva colaboración surgió en 2013 el Programa Agente Tutor de la Policía Local y se elaboró un protocolo marco que se ha ido actualizando de forma continua.³¹³

El protocolo marco fue completado en 2016 con una *Guía de apoyo a los Agentes Tutores en prevención de drogodependencia*.³¹⁴ Se enfatizaba la condición de agente mediador en rela-

311 De Asís Babín Vich, Francisco. Prólogo. *VI Catálogo de Buenas Prácticas Locales en Drogodependencias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias, 2017, p. 5. La formación de los técnicos municipales, y más concretamente de los técnicos en prevención, ha estado presente en muchas de las actividades e iniciativas que fueron objeto de convenio entre la FEMP y la Delegación del Gobierno para el PNSD. Como recordaba Elena Ramón Cercas en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD, era necesario redefinir el perfil y las competencias de estos técnicos, tal como se ha hecho con el “Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los profesionales de prevención de adicciones” impulsado por la FEMP y la Delegación del Gobierno para el PNSD que se presentó en noviembre de 2024 (Villanueva Blasco, Víctor José. *Estudio descriptivo sobre la situación demográfica y perfiles formativos de los y las profesionales de prevención de adicciones. Opciones de futuro*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)/ Ministerio de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD/ Universidad Internacional de Valencia, 2024).

312 Las actividades que se proponía desarrollar y para las que habría cursos de formación para los policías de los municipios que lo desearan, consistían en “informar de manera eficaz a los adolescentes sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias, detectar precozmente indicios de consumo de drogas por parte de los mismos y colaborar con los equipos comunitarios del área o del municipio correspondiente. Véase: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/msssi/Paginas/2012/270712_AcuerdoDrogas.aspx.

313 *Protocolo Marco del Agente Tutor* desarrollado en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. (Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_7_AGENTE_TUTOR.pdf).

314 *Protocolo Marco del Agente Tutor. Guía de apoyo a los Agentes Tutores en prevención de drogodependencias*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2016.

ción con el conjunto de los servicios municipales, se explicaban las claves para una adecuada intervención con adolescentes, al profundizar en las estrategias comunicativas más adecuadas para propiciar la empatía y la confianza con los mismos, y se explicaban los procedimientos de detección y derivación ante situaciones de consumo.³¹⁵ La difusión del programa de agentes tutores se ha convertido, a través de la campaña de adhesión de los municipios, en una de las principales actividades que desarrolla la FEMP en el ámbito de las adicciones (<https://drogodependencias.femp.es/municipios-agente-tutor>).

En la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024* se continuaron reflejando los dos aspectos básicos contemplados en el convenio de la Delegación del Gobierno del PNSD con la FEMP: la relevancia de la respuesta municipal ante los problemas de adicciones y la apuesta por la calidad, la efectividad de las intervenciones y la eficiencia en la utilización de los recursos públicos. Además de dar continuidad a las colaboraciones entre ambas entidades, una de las novedades más importantes fue el impulso que se le dio a la incorporación de la perspectiva de género en los programas de prevención de adicciones y en concreto el protocolo-guía que se publicó en 2021.³¹⁶ Otro tanto ocurrió, en 2022, con la atención prestada a la prevención familiar de las adicciones,³¹⁷ o con la prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio, en 2023.³¹⁸

En el marco de las actividades de carácter internacional previstas en la Estrategia de 2017-2024, se propició la difusión por parte de la FEMP y particularmente en el marco iberoamericano, de la experiencia española en relación con las políticas de drogodependencias que se desarrollan en el ámbito local.³¹⁹

315 *Ibidem*, p. 54-62.

316 Pacheco Arellano, Selene Esmeralda; Rementeria Rocas, Oihana. *Protocolo de inclusión de la perspectiva de género en programas de prevención de adicciones. Guía y herramienta práctica* Federación Española de Municipios y Provincias/ Ministerio de Sanidad/ Secretaria de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021.

317 Juan, Montserrat; Nobre-Sandoval, Larisa de A.; Duch, Mari Àngels. *Informe. La prevención familiar de las adicciones. Desafíos y oportunidades de las estrategias de calidad*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias/ Ministerio de Sanidad/ Secretaria de Estado de Sanidad/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2022.

318 Lloret Irlles, D. y Cabrera-Perona, V. *Medidas de prevención del consumo de drogas y daños asociados en contextos de ocio*. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)/ Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el PNSD; 2023.

319 Así lo explicaba Elena Ramón Cercas, subdirectora de Seguridad, Convivencia y Cohesión Social de la FEMP, en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD, al señalar que se había colaborado con el PNSD “para trasladar al contexto iberoamericano las experiencias municipales exitosas o actividades, documentos, protocolos, guías, etc., que pudieran resultar de interés en otros contextos”.

CAPÍTULO 8.

EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN EL DESARROLLO DEL PNSD

En el caso español, aunque el origen del movimiento voluntario organizado (ONG), como sistema alternativo y subsidiario del Estado para la asistencia social, se sitúa a principios de la década de 1940,³²⁰ fue en los años ochenta cuando inició su expansión, al mismo tiempo que se consolidaba lo que se conoce como el Tercer Sector.³²¹

Su emergencia coincidió, como ya se ha explicado en capítulos anteriores, con la crisis de la heroína. La abrupta aparición entre la población española de una droga ilegal de estas características planteó un importante conflicto social. Las personas adictas y, sobre todo, sus familiares buscaron una respuesta oficial al problema de sus hijos/as, hermanos/as, nietos/as, que no encontraron, “lo que les obligó a compartir su búsqueda y a ir planteando posibles soluciones al margen de las estructuras establecidas”.³²²

El movimiento social nacido al amparo de los problemas planteados por el consumo abusivo de heroína en la sociedad española fue el germen para la creación de muchas de las organizaciones no gubernamentales (ONG) relacionadas con las adicciones que han dominado el panorama español en las últimas décadas y que se agruparon en redes de atención a las adicciones.³²³

En 1984 se constituyó una gestora denominada CONATO (Confederación Nacional de Asociaciones de Ayuda al Toxicómano) y en noviembre de ese mismo año, tuvo lugar la asamblea constituyente de la Confederación Nacional de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano (CONFAT) que por problemas de legalización del nombre pasó a denominarse Unión Española de Asociaciones de Asistencia al Toxicómano (UNAT), hoy conocida como Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD).³²⁴

En julio de 1985 se publicaba, con el patrocinio de la Dirección General de Acción Social del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el primer *Boletín Informativo de UNAT* y en el mismo se recogía un artículo del ministro Ernest Lluch que, como se ha explicado, fue quien lideró la puesta en marcha del PNSD. De hecho, en la asamblea que tuvo lugar en diciembre de aquel mismo año la UNAT valoraba de manera positiva el Plan, aunque lo consideraba “una declaración de intenciones que venía a cubrir el vacío existente”, al mismo tiempo que se aprobaban

320 En 1942 se creaba Cáritas y en los años cincuenta surgían organizaciones como Misión y Desarrollo y Manos Unidas. Véase: Mogín Barquin, Teresa. El voluntariado y las organizaciones no gubernamentales. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD, 2002, páginas 147-159 (Disponible en: https://fad.es/wp-content/uploads/2019/06/sociedad_drogas.pdf)

321 *Ibidem*. El término Tercer Sector fue utilizado por primera vez por Etzioni en *The Third Sector and Domestic Missions* (1973) para agrupar a las organizaciones e instituciones privadas no lucrativas, intentando poner de manifiesto que son una alternativa real a la empresa y al Estado en la provisión de bienes y servicios.

322 *25 años de historia del movimiento asociativo en el ámbito de los consumos problemáticos de drogas. 1985-2010*. Madrid, UNAD, 2010, p. 4-5.

323 *Ibidem*, p. 7-8. De hecho, la necesidad de unir el carácter reivindicativo con la asistencia obligó a esas primeras organizaciones a mantener estructuras más o menos estables, lo que las llevó a constituirse como asociaciones sin ánimo de lucro: “los pequeños y parciales éxitos obtenidos por algunas de esas asociaciones, junto a la sensación de debilidad que tenían al relacionarse con la Administración, y ante la magnitud del problema al que se enfrentaban, está en el origen de los primeros intentos por coordinar sus actuaciones y encontrar sus puntos de encuentro para colaborar”.

324 *Ibidem*, p. 9.

todo un conjunto de reclamaciones: “la creación en los centros penitenciarios de equipos de tratamiento para drogodependientes, la urgente creación de centros públicos asistenciales de internamiento, eximir de impuestos a las asociaciones sin fines de lucro que trabajasen en el campo de las toxicomanías, desarrollar normas sobre control de los centros existentes para la rehabilitación, que los organismos específicos de las comunidades autónomas y diputaciones incorporasen en sus comisiones a representantes de asociaciones, posibilitar mediante la normativa adecuada la sustitución de la pena de internamiento carcelario por otras medidas de tipo terapéutico, el fomento de los programas de reinserción, o el establecimiento de un régimen especial en la prestación del servicio militar para los toxicómanos que estuvieran en rehabilitación”.³²⁵

Se trataba, como se puede comprobar, de todo un conjunto de reivindicaciones que apuntaban muchas de las líneas de trabajo que han impulsado las organizaciones que conforman la UNAD a lo largo de sus cuarenta años de existencia, tanto en el ámbito de la prevención, como en el de la asistencia y la reinserción.³²⁶

Entre las muchas iniciativas impulsadas desde la Red UNAD, hay que destacar su labor pionera en la introducción de la perspectiva de género a la hora de abordar el problema de las adicciones. En relación con esta temática, desde 2005 se han desarrollado diversas líneas de trabajo con el objetivo de 1) “visibilizar y actuar sobre la realidad de la violencia contra las mujeres en la pareja y ámbito familiar en concurrence con la drogodependencia femenina, 2) poner de manifiesto la necesidad e idoneidad de incorporar la perspectiva de género en la intervención con mujeres drogodependientes, y 3) elaborar propuestas para la mejora los programas y protocolos de atención en materia de género y drogodependencias”.³²⁷

Así mismo, entre las últimas propuestas impulsadas desde la Red UNAD hay que mencionar el análisis en clave de política pública de la Estrategia Nacional de Adicciones (ENA) y los Planes Autonómicos de Adicciones, con el fin de “medir su alineamiento con los Objetivos

325 *Ibidem*, p. 11-14. El *Boletín Informativo de UNAT* se convirtió en 1996 en la *Revista Aunando Esfuerzos*. En 1987, se publicaba en el *Boletín Informativo* la Declaración Final de la Conferencia Internacional sobre el Abuso y el tráfico ilícito de Drogas convocada por la ONU en Viena, al mismo tiempo que se daba noticia de la participación de la UNAT en el Foro de las Organizaciones No Gubernamentales que coincidió con la Conferencia. Desde sus inicios, la UNAD ha llevado a cabo una importante labor de contactos y colaboraciones en el ámbito internacional, destacando su papel protagonista en la constitución en 1999 de la Red Iberoamericana de las ONG que trabajan en el ámbito de las Drogodependencias (RIOD) (p. 22).

326 Véase: <https://www.unad.org/actualidad/3094/unad-dibuja-las-acciones-para-celebrar-su-40-aniversario-en-2025/>

327 *Ibidem*, p. 28-29. Entre los trabajos editados por la Red UNAD, destaca la monografía: Gómez Gómez, Olga; Martín Nieto, Javier *Estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género*. Madrid: UNAD, 2012. Antes de esta publicación, en 2009 se llevaron a cabo dos investigaciones que abordaron las dificultades de acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD y la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención, que pusieron de manifiesto que “los dispositivos no estaban adecuados a las mujeres y que el consumo en ellas seguía estando invisibilizado”. Unos resultados que no hacían más que reafirmar “la necesidad de seguir aportando estudios y/o investigaciones que incorporen la perspectiva de género en el ámbito del consumo de drogas [...] y hacerlo con el apoyo y compromiso del Plan nacional Sobre Drogas” (Véase: Poyato Roca, Luciano. Prólogo. En: Gómez Gómez, Olga; Martín Nieto, Javier *Estudio de las campañas de prevención de drogas desde la perspectiva de género*. Madrid: UNAD, 2012, p. 11-12). Más recientemente se ha publicado la monografía: Sánchez-Laulhé Dégano, Marta J. *El libro blanco de las adicciones en las personas mayores. Un diagnóstico de LARES y UNAD con perspectiva de género*. Madrid: Grupo Social LARES, 2023.

de Desarrollo Sostenible (ODS)”.³²⁸ Se trata de uno de los proyectos que forma parte de la agenda de trabajo diseñada por la UNAD para el periodo 2023-2026, tal como recordaba el presidente de la Asociación, Luciano Poyato Roca y resumía en tres objetivos: “1) el refuerzo de la sensibilización en materia de adicciones especialmente dirigida a la juventud, 2) el impulso de las investigaciones para tener un conocimiento más cercano y tangible de las necesidades de las personas con adicciones y, por último, 3) el fomento de la intervención y de la respuesta al auge de las adicciones sin sustancia”.³²⁹

Además de la Red UNAD, entre las organizaciones no gubernamentales que han alcanzado protagonismo en la lucha contra las adicciones y han mantenido una relación destacada con el PNSD, hay que mencionar a la Asociación Proyecto Hombre, constituida en 1989, pero que inició su andadura en 1984 (<https://proyctohombre.es/quienes-somos/#asociacion-proyecto-hombre>) y la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), creada en 1986 (<https://fad.es/quienes-somos/sobre-fad/>).³³⁰

En el primer caso hay que subrayar la trayectoria y las aportaciones de la Asociación al desarrollo metodológico de las comunidades terapéuticas y los grupos de autoayuda en el abordaje de las adicciones, desde el marco teórico del modelo bio-psico-social.³³¹ Pero también su contribución al ámbito de la prevención, al contemplarla como una estrategia esencial para la reducción de la demanda y de gran importancia para la salud pública, y considerar que las adicciones constituyen un problema de salud y seguridad pública, que está asociado a una variedad de condiciones de vulnerabilidad individual y factores sociales como la pobreza, la exposición a la violencia, el crimen y la exclusión social.³³² O las dedica a mejorar la comunicación y la sensibilización social frente a las adicciones.³³³

328 El proyecto, iniciado en 2023 y financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, tenía como objetivo el impulso de políticas públicas y de la planificación estratégica de acuerdo con los ODS. Los informes se pueden consultar en: <https://www.unad.org/actualidad/3126/unad-analiza-la-vinculacion-de-las-politicas-de-drogas-en-espana-con-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

329 Así lo corroboraba Luciano Poyato en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD. También insistía en la necesidad de no bajar la guardia en la profesionalización de los servicios de atención a las personas con adicciones y en la importancia del reciclaje y la formación continua. Al igual que en la urgencia por abordar de manera dedicada el problema del alcohol y la falta de conciencia social frente a las adicciones. En relación al PNSD, Poyatos manifestaba que habría que darle una mayor visibilidad e intentar corregir la falta de equidad territorial “en cuanto a las respuestas frente al problema de las adicciones”.

330 Poco tiempo después de aparecer la FAD, en 1987, desde Cruz Roja se impulsaba la creación de la Fundación para la atención a las Toxicomanías de Cruz Roja Española (Santodomingo Carrasco, Joaquín. *Historia de las adicciones y su abordaje en España*. En: Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 36-82 (p. 75). La principal actividad de la CREFAT se ha centrado en los programas de reducción de daños (Véase: *Estrategias de acercamiento a usuarios de drogas. Formación de grupos de ayuda mutua entre drogodependientes y apoyo paritario*. Madrid: CREFAT, 1998).

331 Véase: *PROYECTO HOMBRE: EL MODELO BIO-PSICO-SOCIAL EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES COMO MARCO TEÓRICO (MBPS). Documento de referencia teórica y funcional para la definición del modelo de intervención de Proyecto Hombre en el ámbito de las adicciones*. Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre, 2015. Disponible en <https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>.

332 Proyecto Hombre y la prevención. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 2021; 104: 19-23.

333 Véase: *Cómo mejorar la información sobre las adicciones. Una guía de Proyecto Hombre para periodistas* (Disponible en: [Guía-de-Proyecto-Hombre-para-periodistas-versión-digital.pdf](#)).

En el caso de la FAD hay que destacar la transformación experimentada a lo largo de sus treinta y ocho años de existencia. Con el objetivo principal de prevenir los consumos de drogas y sus consecuencias, en una primera etapa que se prolongó hasta 2018,³³⁴ sus actividades se centraron en 1) “la educación preventiva en todos los niveles (escuela, familia y comunidad)”, 2) en desarrollar líneas de investigación sobre “las causas y consecuencias de los consumos de drogas”, 3) en propuestas de formación dirigidas a mediadores, y 4) en programas de intervención educativa en el ámbito escolar, así como 5) campañas de sensibilización y movilización sociales implementadas con la colaboración de los medios de comunicación.³³⁵

En 2009, tras más de dos décadas de actividad, la FAD se reposicionaba frente al problema de las adicciones y la forma de abordarlas, y llamaba la atención sobre la necesidad de insistir en el protagonismo de la sociedad civil.³³⁶ Se consideraba que “los problemas de drogas surgen y se potencian en el entramado social, por lo que estos sólo pueden abordarse desde los recursos que ofrece dicho entramado” y, en concreto, a partir de la responsabilización de los distintos agentes sociales y desde la iniciativa de la sociedad organizada; tal como ocurrió en España cuando se entendió que existía “un problema de drogas”:³³⁷

“Fue la sociedad civil la que se sintió alarmada por la aparición de unos conflictos (que la sorprendieron y que la angustiaron) y, al principio de una manera desorganizada y voluntarista y después de forma más estructurada, fue construyendo un frente de respuesta que se tradujo en una presión social que movilizó la acción política y administrativa. El Plan Nacional Sobre Drogas surgió como resultado de esa presión y de esa demanda colectivas, y en su nacimiento se vió acompañado por toda una serie de organizaciones del tercer sector, a veces espontáneamente construidas (como es el caso de la FAD) y a veces impulsadas por el estímulo de unas administraciones que, ya en aquellos momentos iniciales de los conflictos de drogas, entendían que éstos sólo podrían ser enfrentados con el concurso de la sociedad civil”.

Si bien en 2009 la situación había cambiado respecto a los años ochenta, el problema de la droga permanecía, aunque con otras características. Estaba vigente y activa toda la estructura social de respuesta, pero “se adivinaba un cierto divorcio entre ésta y el sustrato del colectivo global en el que se mueve”. Seguía habiendo muchas organizaciones comprometidas con las intervenciones sobre drogas, pero “parecía haber disminuido la tensión social que mantiene y da sentido a esas organizaciones”. Por esta razón “la sociedad civil, a la vez

334 En ese año de 2018, la Fundación amplió su campo acción para trabajar en otras áreas (violencias, desigualdades de género, apuestas, uso abusivo de tecnologías, desinformación, discurso del odio, etc.) y no exclusivamente en la de la prevención de los consumos de drogas. En 2021 cambió su denominación social y se transformó en Fad Juventud con el compromiso de seguir trabajando incansablemente para conseguir una juventud menos vulnerable frente a los riesgos, más sana y equilibrada emocionalmente, más visible, activa y con voz propia, más preparada para la ciudadanía digital y con más oportunidades de empleo, más protagonista de su aprendizaje y con mayor capacidad crítica, más comprometida con la ciudadanía y la igualdad y más integrada en contextos libres de violencias (Véase: <https://fad.es/quienes-somos/sobre-fad/>).

335 Véase: “Nuestra historia”, en <https://fad.es/quienes-somos/sobre-fad/>.

336 *Problemas de drogas. Aquí y ahora*. Madrid: FAD, 2009.

337 *Ibidem*, p. 10-11.

víctima y protagonista, sujeto pasivo y activo de la situación, debía renovar su mirada sobre los problemas de las adicciones y replantearse el juicio que éstas le merecen y el compromiso que el juicio implica”.³³⁸

Para la FAD, la sociedad en su conjunto debía replantearse su visión, su postura y su compromiso al respecto de las adicciones, y hacerlo comenzando por lo básico: “si hay un problema de drogas, qué clase de problema es, de qué hablamos cuando hablamos de drogas, cuáles son las respuestas necesarias, si sigue siendo útil la estructura de recursos que en su momento se articuló, etc.”³³⁹

Se trataba de un posicionamiento que reforzaban iniciativas como la creación, en 2005, del foro *La Sociedad ante las Drogas*. El Ministerio de Sanidad y Consumo fue el promotor y logró reunir a más de 50 entidades y colectivos que representaban a diversos sectores sociales, como asociaciones de padres y madres, de jóvenes, educadores, sindicatos, empresarios, medios de comunicación³⁴⁰ y ONG. El objetivo era sensibilizar a toda la sociedad ante los problemas derivados del consumo de sustancias adictivas y promover alternativas que pudieran frenarlo o prevenirlo, tal como ocurre con el ocio sano.³⁴¹

Para la ministra de Sanidad, Elena Salgado, las actividades de sensibilización/concienciación y de prevención debían desarrollarse en coordinación con las organizaciones de la sociedad civil implicadas en la lucha contra las adicciones y poder contar “con personas que hubieran tenido problemas con las drogas y estuviesen dispuestas a prestar su colaboración expresando sus testimonios ante las cámaras o los medios de comunicación para explicar a los jóvenes por qué no deben iniciarse en estos consumos”,³⁴²

La ministra de Sanidad recordaba que España era uno de los países con mayor prevalencia en el consumo de cannabis, alcohol y cocaína, sobre todo entre los más jóvenes, por lo que manifestó su deseo de que el foro sirviera para enviar “mensajes de alerta ante los problemas de consumo de sustancias adictivas, así como para conseguir la movilización social”.³⁴³ También resaltó el papel de los medios de comunicación y su gran responsabilidad social a la

338 *Ibidem*, p. 11.

339 *Ibidem*, p. 11-12.

340 FORO “LA SOCIEDAD ANTE LAS DROGAS”. Grupo de trabajo “Los medios de comunicación social ante las drogas” <https://xosemariaaranrodriguez.blogspot.com/2012/02/foro-la-sociedad-ante-las-drogas-grupo.html>

341 El Foro La Sociedad ante las Drogas reafirma su compromiso de trabajar por una cultura de ocio sano (<https://scout.es/forosocialdrogas/>). Como recogieron los medios de comunicación (https://www.abc.es/sociedad/abci-cuarenta-instituciones-unen-ministerio-sanidad-para-frenar-consumo-drogas-entre-jovenes-200502250300-20826943476_noticia.html), algunas de las personalidades que participaron en el Foro, se comprometieron «a promover debates sobre los efectos negativos de las toxicomanías, a difundir las investigaciones científicas que se realicen en este campo y a apoyar las estrategias de prevención necesarias».

342 Véase: https://www.elconfidencial.com/sociedad/2005-11-28/salgado-inaugura-las-jornadas-la-sociedad-ante-las-drogas_477350/

343 *Ibidem*. “Los jóvenes debían percibir un riesgo que banalizaban [...] la percepción del riesgo era una cuestión básica para frenar los efectos sobre la salud de drogas que los jóvenes entendían que eran casi inocuas, como el cannabis o el alcohol”.

hora de fijar “códigos de buenas prácticas y de autorregulación, con el fin de evitar banalizar todo lo relacionado con el consumo de drogas”.³⁴⁴

Se trataba, en cualquier caso, de iniciativas que estaban en sintonía con lo que recogía el *LIBRO VERDE sobre el papel de la sociedad civil en la política de la Unión Europea en materia de drogas*, y la idea de contar con la participación y con un compromiso activo y significativo de la sociedad civil, tanto para la elaboración, como para la aplicación de políticas en materia de lucha contra la droga a nivel nacional, de la Unión Europea e internacional.³⁴⁵

En este sentido, en un artículo publicado en 2023 en la revista *Salud y Drogas* sobre el papel de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) en la lucha contra las adicciones en España, se hacía hincapié en la “necesidad de atender y fomentar dicha participación”, al considerar “que su labor en terreno resulta necesaria para la adaptación y mejora de políticas públicas”, tal como ocurre con el PNSD.³⁴⁶

En relación con esta última cuestión, aunque los resultados que aportan las respuestas de las organizaciones consultadas en dicho estudio, confirman la existencia de una “conexión satisfactoria entre el PNSD y las organizaciones de la sociedad civil”, también sugieren propuestas de mejora. A pesar de constatar una fluida cooperación con las diferentes administraciones, “su puesta en práctica (en referencia a las actividades impulsadas en el marco del PNSD) habría sido desigual, debido a la descentralización de los servicios y el modelo autonómico”. Junto a la demanda de una mejora de los canales de comunicación entre la OSC y las instituciones públicas, se denunciaba “la necesidad de conseguir una mayor coherencia entre las propuestas teóricas y los recursos económicos ofrecidos por el PNSD para su implementación, tanto en el área sociosanitaria como en el ámbito de la evaluación y la investigación práctica”.³⁴⁷

344 28/11/2005 Inauguración de la primera sesión plenaria del Foro ‘La Sociedad ante las Drogas’, Elena Salgado explicó que estas campañas no sólo deben ser impulsadas desde el Ministerio, sino desde todas las organizaciones implicadas (<https://www.dianova.org/es/advocacy-articles/contribucion-del-foro-de-la-sociedad-civil-sobre-drogas/>). En la noticia se recordaba que los miembros del Foro habían realizado aportaciones que serían incorporadas a la nueva Estrategia Nacional de Adicciones 2009-2016.

345 Véase: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0316:FIN:ES:PDF>. En base al Libro Verde, se creó en 2007 el foro de la Sociedad Civil sobre las Drogas (CSFD, por sus siglas en inglés), conformado por un grupo de expertos de la Unión Europea, “su finalidad era ofrecer una amplia plataforma para un diálogo estructurado entre la Comisión y la sociedad civil europea que apoye la formulación y aplicación de políticas en materia de drogas mediante asesoramiento práctico”.

346 Molina-Fernández, Antonio Jesús; Feo-Serrato, María Lucía; Serradilla-Sánchez, Pablo. El papel de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en el Plan de Acción Español sobre drogas: fortalezas percibidas y propuestas de mejora. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 2023; 23(1): 103–116.

347 *Ibidem*, p. 114.

CAPÍTULO 9.

EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PNSD) DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ESTUDIO DE LAS ADICCIONES

El asociacionismo científico representa uno de los elementos determinantes del proceso de institucionalización de una disciplina o campo de conocimiento científico. En el caso español, las sociedades científicas dedicadas a abordar el problema de las adicciones y que se fueron constituyendo a lo largo de las últimas décadas del siglo XX y primeros años de siglo XXI han jugado un papel clave en el desarrollo del PNSD. Como tendremos ocasión de comprobar, no sólo han aportado conocimiento y evidencia científica, sino que también han contribuido al proceso de formación y especialización de los profesionales que se ocupan de la atención de las personas que padecen de adicciones —tanto en el ámbito asistencial, como en el de la prevención y la reinserción social—, así como a la aplicación, desarrollo y evaluación de las estrategias, acciones y programas implementados.

Cuando en 1985 se puso en marcha el PNSD, sólo existía una sociedad científica dedicada al estudio de las adicciones. Se trataba de Socidrogalcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías) (<https://socidrogalcohol.org/>), la cual había sido registrada como Socialcohol en 1969.³⁴⁸ Los impulsores de la misma fueron un grupo de profesionales que procedían del campo de la psiquiatría y de los servicios sociales,³⁴⁹ preocupados por la atención deficiente que recibían las personas con problema de adicción al alcohol y otras sustancias. En concreto denunciaban que eran enfermos “sin una doctrina común que se aproximará a su abordaje”.³⁵⁰

Se trataba de una colaboración, la de los profesionales sanitarios y otros ámbitos con los colectivos de pacientes, que se ha consolidado y ha tenido continuidad, al margen del grado de institucionalización de la red pública asistencial. Tal como ha ocurrido, por ejemplo, con las actividades desarrolladas por la Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE), muchas de ellas en el marco de las impulsadas por el PNSD.³⁵¹

Como afirmaba Carmela Moya, titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, en el prólogo de la *Guía de Buenas Prácticas de FARE*: “La Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados de España, FARE, lleva prácticamente cuarenta años dedicada a prestar

348 Torres Hernández, Miguel Ángel. Historia de Socidrogalcohol, su papel en relación con las Adicciones. En: Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Socidrogalcohol/ Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 83-117 (p. 83).

349 *Ibidem*, p. 88. Como recordaba Miguel Ángel Torres, éste era el perfil y las características de quienes formaron parte de la Sociedad en sus inicios: “profesionales del campo de la Psiquiatría, de la Medicina, del Trabajo Social y de organizaciones voluntarias, benefactoras y caritativas que tenían que ver con la asistencia a los pacientes alcohólicos (órdenes religiosas, grupos de alcohólicos rehabilitados y anónimos,...), lo que empezó a dar una imagen de multiprofesionalidad en la asistencia, el estudio y el abordaje del alcoholismo, fundamentalmente, que era, en aquellos años, la drogodependencia más manifiesta en nuestro país”. Por otra parte, Francisco Pascual Pastor, presidente de Socidrogalcohol entre 2016 y 2024, en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD, recordaba que muchos de los profesionales que acabaron o han acabado desarrollando una importante trayectoria profesional en el ámbito de la atención a las adicciones, lo hicieron a partir de su colaboración con las asociaciones de alcohólicos anónimos o rehabilitados.

350 *Ibidem*, p. 83.

351 Pascual Pastor, Francisco; Velasco Rey, Ángel. *Guía de Buenas Prácticas de FARE*. Valencia: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2009; López Lorente, Ana; Pascual Pastor, Francisco (coord.) *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo*. Madrid: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2012.

atención a los enfermos alcohólicos y a sus familias. Al principio, FARE se apoyaba en la labor desinteresada y generosa tanto de los enfermos rehabilitados como de sus familiares. Más tarde, los fines asistenciales perseguidos por FARE hicieron imprescindible la incorporación de profesionales expertos. El testimonio vivo de los voluntarios y la competencia de los profesionales, en una eficaz colaboración, ha permitido a la FARE evolucionar y adaptarse a las necesidades marcadas por los nuevos escenarios del consumo de alcohol”.³⁵²

Además de la existencia de Socidrogalcohol, desde 1976 se venía publicando un *Boletín de Alcoholismo y Toxicomanías*, que cambió su nombre a *Drogalcohol: revista española de drogodependencias* ese mismo año y *Revista Española de Drogodependencias* en 1987, su denominación actual. Hasta entonces la edición de la publicación corrió a cargo de la Diputación de Valencia, en concreto del Hospital Psiquiátrico Provincial de Bétera,³⁵³ y desde esa fecha hasta el año 2000 pasó a ser responsabilidad de la Asociación Drogalcohol y, a partir de ese año y hasta la actualidad, de la Asociación Española de Estudios en Drogodependencias (AESED) (<https://www.aesed.com/es/aesed>).³⁵⁴

También, como ya se ha comentado en el segundo de los capítulos, la misma Delegación del Gobierno para el PNSD ponía en marcha en 1987 la revista *Comunidad y drogas. Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación*, de la que se llegaron a publicar un total de 16 números ordinarios, el último en diciembre de 1990, y 15 números monográficos entre 1987 y 1992.³⁵⁵

En 1989, Socidrogalcohol decidió poner en marcha su propia revista, *Adicciones*, con el objetivo de publicar artículos originales sobre tratamiento, prevención, estudios básicos y descriptivos en el campo de las adicciones.³⁵⁶

Los primeros años de funcionamiento de Socidrogalcohol y de la Asociación Española de Estudios en Drogodependencias (AESED), con su antecedente de la Asociación Drogalcohol, estuvieron marcados por el abordaje del alcoholismo, considerado el tema fundamental dentro de las drogodependencias, y la reivindicación del mismo como una enfermedad que

352 Moya García, Carmela. Prólogo. En: Pascual Pastor, Francisco; Velasco Rey, Ángel. *Guía de Buenas Prácticas de FARE*. Valencia: Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España (FARE)/ Delegación del Gobierno para el PNSD, 2009, p. 9.

353 Entre los profesionales que lo hicieron posible, hay que destacar la labor de Emilio Bogani Miquel (Freixa i Sanfeliu, Francesc. Emilio Bogani Miquel. *In memoriam*. *Revista Española de Drogodependencias* 1997; 22(4): 253-256).

354 Cano, Leonor; Cano, Enrique; Sánchez, Mercedes; Verdú, Francesc. El nacimiento de la memoria escrita: Descripción de las revistas pioneras en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3 y 4): 322-338 (p. 330-331).

355 Véase: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/CComunidadDrogas.htm>

356 Cano, Leonor; Cano, Enrique; Sánchez, Mercedes; Verdú, Francesc. El nacimiento de la memoria escrita: Descripción de las revistas pioneras en drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias* 2005; 30 (3 y 4): 322-338 (p. 329-331).

debía ser incluida entre las prestaciones de la Seguridad Social, aunque pronto surgió la preocupación por las nuevas formas de drogadicción.³⁵⁷

Hay que indicar, en relación con la “profesionalización de los expertos en adicciones”, que se trata de una cuestión, como recordaba Francisco Pascual Pastor,³⁵⁸ que presenta un déficit en materia de formación reglada. En muchas ocasiones está reducida a algún título de postgrado o cursos de formación continua, que se imparten desde el ámbito universitario o impulsados por las sociedades científicas relacionadas con las adicciones. Para este experto, se debería exigir una formación adecuada para atender este tipo de patologías, sin olvidar, la necesidad y la urgencia de incorporar las adicciones y su abordaje a los planes de estudio de los grados universitarios que guarden relación con la problemática.³⁵⁹

Socidrogalcohol reformuló sus objetivos en 1984, “con el fin de promover y desarrollar todo tipo de actividades relacionadas con lucha contra el alcoholismo y las drogodependencias, desde el punto de vista científico, divulgativo, investigativo y educativo”. Y entre estas, se establecía de manera explícita la colaboración “con todas las instituciones políticas que tuvieran responsabilidades en el ámbito de las drogodependencias”, tal como ocurrió, a partir de 1985, con el PNSD.³⁶⁰

En los inicios de aquella colaboración, surgieron algunas desavenencias a causa de la priorización que, en opinión de Socidrogalcohol, había otorgado el PNSD a la cuestión del consumo de heroína, aunque hay que indicar que el problema de esta sustancia, al igual que el del res-

357 *Ibidem*, p.89. Desde Socidrogalcohol se denunciaba tanto la resistencia de las autoridades a reconocer el alcoholismo como enfermedad, como la que existía por parte de los propios sanitarios. Así lo corroboraba Francisco Pascual Pastor, presidente de Socidrogalcohol entre 2016 y 2024 en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD, al comentar las dificultades que hubo que superar para “normalizar” la atención sociosanitaria y en la red pública de los pacientes con adicciones, al mismo tiempo que destacaba la diversidad de formulas que con mayor o menor éxito se han acabado imponiendo en las diferentes comunidades autónomas.

Este autor publicaba en 1990 un protocolo para la atención al alcohólico en Atención Primaria, donde reivindicaba “las unidades de conductas adictivas como una forma de consolidar la profesionalización de la atención al problema de las adicciones y el diagnóstico precoz” (Pascual Pastor, Francisco. El papel de la Atención Primaria de Salud en los trastornos por uso de sustancias y otros trastornos adictivos. *Revista Información Científica* 2020; 99 (Número extra 1) 1-11; véase también el *Manual de consenso sobre el alcohol en atención primaria*, editado en 2016 por Socidrogalcohol, financiado por la Delegación del Gobierno para el PNSD y que contó con la colaboración de las sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria y medicina general —disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/16_Socimanualconsensoalcoholatprimaria2016.pdf—).

358 Así lo manifestaba en la entrevista que se le realizó, en calidad de presidente de Socidrogalcohol entre 2016 y 2024, en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD.

359 Una reivindicación que también era formulada por otros informantes clave, como explicaba Joan Ramón Villalbí, titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD.

360 *Ibidem*, p. 87. Como manifestaba Francisco Pascual Pastor, presidente de Socidrogalcohol entre 2016 y 2024, en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD, la relaciones entre la Sociedad y la Delegación del Gobierno para el PNSD, “han sido en general de buena sintonía, aunque en función de las personas que ostentan el cargo de delegado o delegada [...] han acogido y dado soporte a muchas de nuestras iniciativas”.

to de drogas ilegales que empezaba a hacerse presentes, se acabó incorporando a la agenda de actividades de Socidrogalcohol.³⁶¹

Se trata de una cuestión, la del abordaje del consumo de alcohol que, en opinión de Francisco Pascual Pastor,³⁶² continúa siendo una asignatura pendiente. Para este experto, a su condición de “droga cultural y recreativa” se ha sumado la cuestión de la normalización del consumo, tanto frente al alcohol, como frente muchas de las otras sustancias adictivas: “de detrás de las adicciones, hay un marketing legal o ilegal para que la gente siga consumiendo [...] falta mayor decisión de intervención [...] prohibimos consumir alcohol en la calle, pero si son fiestas, sí que lo autorizamos”.

El monopolio de sociedades científicas especializadas en adicciones, pero con una atención preferente al alcoholismo, se rompió, además de con la aparición de la ya citada revista *Comunidad y Drogas* impulsada por la Delegación del Gobierno para el PNSD, cuando en noviembre de 1988 tuvo lugar en Barcelona la celebración del I Congreso Fundacional de la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), inicialmente más centrada en las “drogas ilegales” y menos en el alcohol.³⁶³

En 1999, diez años después de la creación de la SET, se decidía poner en marcha la revista *Trastornos adictivos*, publicándose el último número en 2012. En la presentación de la revista, se indicaba la voluntad “de publicar artículos referentes a todos los aspectos de la formación continuada en adicciones, siendo su objetivo una puesta al día eminentemente práctica de temas relacionados con los trastornos adictivos”.³⁶⁴

Ya en el siglo XXI, concretamente en 2005, a Socidrogalcohol, a la Asociación Española de Estudios en Drogodependencias (AESED) y a la Sociedad Española de Toxicomanías (SET), se sumaría la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) (<https://patologiadual.es/sepd/quienes-somos/>).

Esta última se constituyó con la finalidad de estudiar, investigar y difundir, desde una perspectiva bio-psico-social, la problemática relacionada con la concurrencia (sindrómica) en una misma persona de una conducta adictiva (a sustancias o comportamen-

361 Fue en 1985, durante las 13ª Jornadas Socidrogalcohol, que tuvieron lugar en Palma de Mallorca, donde se habló de la actitud prioritaria del Plan Nacional ante la “epidemia de heroína”, En los años siguientes persistieron las disensiones entre el PNSD y Socidrogalcohol, a propósito de algunas de las propuestas del Plan y la consideración que recibía la problemática del consumo de alcohol (Véase: Santodomingo Carrasco, Joaquín. Historia de las adicciones y su abordaje en España. En: Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Socidrogalcohol/ Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 36-82 (p. 71-72).

362 Estas consideraciones fueron expuestas por Francisco Pascual Pastor, en su condición de informante clave como presidente de Socidrogalcohol entre 2026 y 2024, en la entrevista que se le realizó en el marco de las actividades del Proyecto Historia del PNSD.

363 Torres Hernández, Miguel Ángel. Historia de Socidrogalcohol, su papel en relación con las Adicciones. En: Torres Hernández, Miguel Ángel (Coordinador). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Socidrogalcohol/ Ministerio de Sanidad y Consumo/Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009, p. 83-117 (p. 82).

364 Véase: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182>

tal) y otro trastorno mental. En 2014, la Sociedad empezó a publicar la *Revista de Patología Dual*.³⁶⁵

Hay que mencionar, así mismo, al Instituto de Investigación de Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández³⁶⁶ y la revista *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, que se viene publicando desde 2001, con la voluntad de “poder acoger trabajos que aporten una concepción más holística del fenómeno de la drogadicción”.³⁶⁷

Todas estas asociaciones y sociedades científicas, además de contribuir al análisis y estudio del fenómeno de las adicciones a través de los artículos publicados en sus revistas o de las monografías, guías, protocolos, documentos técnicos, etc., que han ido editando y/o coordinando, también han llevado a cabo una importante tarea de formación, divulgación y sensibilización social. Se trata de todo un conjunto de actividades que han contado, en muchos casos, con el apoyo de las ayudas o subvenciones que coordina la Delegación del Gobierno para el PNSD o las que ofrecen las administraciones y entidades que forman parte del Plan y desarrollan las directrices de las estrategias nacionales sobre drogas y sus planes de acción, tal como ocurre con las administraciones autonómicas y locales y con la Federación Española de Municipios y Provincias y sus federaciones autonómicas.

Entre las muchas iniciativas que muestran la sinergia alcanzada con el PNSD se puede mencionar la colección de treinta y un manuales y guías clínicas publicadas por Socidrogalcohol entre el 2000 y el 2023.³⁶⁸ Como señalaba Joan Ramón Villalbí, titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, en el prólogo a la *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basadas en la evidencia*: “El compromiso de Socidrogalcohol con el desarrollo de esta guía pone de manifiesto una vez más su relevancia como organización profesional y científica clave en el ámbito de las adicciones. Es una contribución notable, que se añade a sus congresos y otros espacios de formación continuada, y a la revista *Adicciones* y otras publicaciones monográficas. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contempla entre sus prioridades la de potenciar el rol de las organizaciones que vertebran a los y las profesio-

365 Como se indicaba en la editorial del primer número de la *Revista de Patología Dual*, más allá de las controversias científicas —relacionadas con el hecho de coexistir otras denominaciones, como comorbilidad, diagnóstico dual, trastornos duales o trastornos concurrentes— la Patología Dual “constituye una muy importante realidad clínica [...], ya que la inmensa mayoría de los pacientes que demandan tratamiento (por uso problemático de sustancias o comportamientos como el juego) en la red de adicciones presentan otro trastorno mental identificable; y más del 50% de los pacientes que demandan ayuda por diferentes trastornos mentales presentan en algún momento de sus vidas una conducta adictiva” (Szerman, Nestor —Presidente de la SEPD—. Editorial. *Revista Española de Patología Dual* 2014; 1 (1): 1-2).

366 Entre sus objetivos figuran “el desarrollo de la investigación, la formación y la aplicación de programas y recursos, mediante la prestación de servicios y asesoramiento técnico a las entidades públicas y/o privadas que así lo requieran, de toda la problemática relacionada con las drogodependencias” (Véase: <https://inid.umh.es/>).

367 Rodríguez Marín, Jesús. Editorial. *Salud y Drogas* 2001; 1 (1): 7-8.

368 Véase: <https://socidrogalcohol.org/publicaciones/manuales-y-guias-clinicas/>. Entre los materiales publicados, destacan además los que han dado soporte al Programa ALFIL, dirigido a jóvenes con antecedentes familiares de alcoholismo y a sus padres o monografías como: Pereiro Gómez, César; Fernández Miranda, Juan José (Coordinadores). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol, 2018.

nales del sector pues resultan de gran valor para identificar tendencias, vehicular respuestas y, en resumen, avanzar”.³⁶⁹

Al igual que Socidrogalcohol, las otras sociedades científicas también han hecho aportaciones. En el caso de la Sociedad Española de Toxicomanías, hay que mencionar el *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*, publicado en 2006 dentro de la colección dedicada a la formación continua en trastornos adictivos;³⁷⁰ o las realizadas desde la Sociedad Española de Patología Dual, con trabajos como el *Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España*, publicado en 2015 y que como explicaba Francisco Babín, titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, “era el resultado del esfuerzo conjunto de diversos integrantes del Plan Nacional sobre Drogas, entendido como el lugar común que aglutina a todos los que trabajan en nuestra sociedad para oponerse a los efectos devastadores de las mismas, ya que refleja el esfuerzo de la Sociedad Española de Patología Dual como promotor y autor del análisis de datos, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas como financiador y dinamizador, de los Planes Autonómicos de Drogas encarnados por los Comisionados de Drogas de cada Comunidad Autónoma como informadores, y de profesionales de toda España que han aportado su visión desde las redes de tratamiento en que los pacientes duales son asistidos, todo ello gracias a la financiación proveniente del Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico Ilícito de Drogas y otros Delitos Relacionados”.³⁷¹

369 Villabí Hereter, Joan Ramón. Prólogo. En Arias Horcajadas, Francisco; Orío Ortiz, Laura (Coordinadores). *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basadas en la evidencia*. Madrid: Socidrogalcohol, 2023, p. 9.

370 Javier Ballesteros, Javier; Torres, Marta; Valderrama Zurrián, J. Carlo (Coordinadores). *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*. Valencia: Sociedad Española de Toxicomanías (SET/ Formación Continuada en Trastornos Adictivos, volumen 3, 2006), como señalaba Carmela Moya, titular de la Delegación del Gobierno para el PNSD, en el prólogo de la monografía (p. 7): “el Manual que ahora se edita es fruto del trabajo de la Sociedad Española de Toxicomanías y la colaboración de una serie de personas, gracias a la subvención proporcionada desde esta Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas”

371 Babín, Francisco. Prólogo. En: Vega, Pablo *et al.* *Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España*. Madrid: Sociedad Española de Patología Dual, 2015, p. 5.

Epílogo

El que fuera subdirector general del PNSD entre 1997 y 2003, Emiliano Martín González, escribía en 2004 un artículo en el que se preguntaba hacía donde íbamos en materia de drogas y, en concreto, qué drogas se consumirían en un futuro, quienes serían los usuarios o cuales serían sus efectos y consecuencias.³⁷²

Se trataba de preguntas de difícil respuesta, al considerar la naturaleza fluctuante del fenómeno de las drogas. Para Martín González bastaba con recordar la “breve historia de las drogas ilegales en España”, para darse cuenta de lo imprevisible que resultaba abordar el futuro de las adicciones: “¿Quién hubiera previsto que, tras la impactante etapa de la heroína, en apenas diez años íbamos a estar hablando de normalización en los consumos de determinadas drogas?”.³⁷³

Sin embargo, y a pesar de las dificultades para conseguir una visión prospectiva del futuro, el autor del artículo consideraba que un análisis de estas características podía resultar útil “no sólo para entender el presente, sino que también puede condicionar de algún modo la forma de encarar el futuro y, con ello, el propio devenir de los acontecimientos”. En su opinión, habría que considerar tres tipos de elementos. En primer lugar, los previsibles, como ocurre con datos disponibles, muchos de ellos recogidos por el Observatorio Español sobre Drogas: tendencias de consumo, patrones de uso, riesgo percibido, demandas asistenciales, mortalidad, urgencias, etc. En segundo lugar, los inciertos, es decir aquello que no podemos controlar, y, en tercer lugar, los contingentes, en función de lo que se haga, siendo esta la clave.³⁷⁴

En opinión de Emiliano Martín, “la evolución del tema de las drogas no debería ser percibida con una visión fatalista ante la que simplemente debemos permanecer expectantes”. Ponía el ejemplo del tabaquismo y los avances que se había conseguido con las medidas legislativas y preventivas. Por esta razón, más allá de los elementos inciertos, pero con ayuda de los previsibles, y de informaciones y reflexiones como las que ha aportado el ejercicio de recuperar la memoria de lo que ha representado el PNSD, el abordaje del futuro de las adicciones y la evolución que adopten, debería de hacerse mediante la “generación de un movimiento de prevención capaz de coaligar a las instituciones públicas, a las organizaciones sociales y a los medios de comunicación. Todo ello con el fin de promover medidas en todos los ámbitos de socialización (familia, escuela, comunidad...), insistir en los cambios legales para proteger a los ciudadanos y especialmente a los más vulnerables, o profundizar en la investigación, entre otras iniciativas.”³⁷⁵ No se puede olvidar que los problemas relacionados con las drogas, como también recordaba Martín González, son fenómenos dinámicos caracterizados por un comportamiento no lineal y sujetos a una amplia gama de “efectos de reacción”.³⁷⁶ Las tendencias son reversibles, pero pueden serlo para mejor y para peor, de ahí la importancia de evitar este último caso y saber actualizar las estrategias preventivas.³⁷⁷

372 Martín González, Emiliano. Drogas ¿Hacia dónde vamos? *Proyecto Hombre* 2004; 49: 5-11 (p. 6).

373 *Ibidem*

374 *Ibidem*

375 *Ibidem*

376 *Ibidem*, p.9.

377 *Ibidem*, p.10.

Las cuatro décadas de vigencia del Plan Nacional sobre Drogas han permitido hacer frente, con mayor o menor acierto, a los problemas derivados del tráfico y consumo de sustancias adictivas y los generados por las adicciones comportamentales.³⁷⁸ Las sucesivas Estrategias Nacionales sobre Drogas (2000-2008, 2009-2016 y 2017-2024), así como el resto de políticas que se desarrollaron con anterioridad, han intentado dar una respuesta a dichos retos, a través de la reducción de la demanda, el control de la oferta y la cooperación internacional; además de contar con un amplio consenso, tanto político como social. La próxima Estrategia Nacional sobre Drogas, deberá adaptarse a los cambios y la complejidad de los problemas que genera el fenómeno de las adicciones, y tener en cuenta los elementos más relevantes que configuran su presente y su posible evolución.³⁷⁹ Será necesario, continuar haciéndolo desde el consenso, con un abordaje multidimensional e interdisciplinar y con un planteamiento global que incluya diversas perspectivas científicas y profesionales, así como la implicación activa de la ciudadanía.

En la filosofía inicial del PNSD, que surgió de una iniciativa parlamentaria que contaba con el consenso de todas las fuerzas políticas, estaba muy presente la idea de generar una estrategia global que fuese capaz de involucrar, a partir de una eficiente coordinación entre administraciones (central, autonómica y local), al conjunto de la sociedad.

El impacto y la alarma que suscitó la irrupción del consumo de heroína generó una reacción que convirtió al problema de las adicciones en un intolerable social que había que corregir. A pesar de los avances que se han producido, la condición de intolerable se ha visto sustituida, en muchos casos, por un ambiente de normalización del consumo y por una alarmante falta de percepción del riesgo, particularmente entre los más jóvenes.³⁸⁰

378 A lo largo de los capítulos, han sido varios los informantes clave que ha llamado la atención sobre el desigual recorrido que han tenido las políticas sobre drogas en las diferentes comunidades autónomas. A la falta de homogeneidad espacial, tanto en la presentación como en las características del fenómeno de las adicciones, se ha sumado también la que han mostrado las respuestas preventivo-asistenciales. Como recordaba Luís de la Fuente Hoz, uno de los responsables de la implantación del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, en la entrevista que se le realizó en el marco del Proyecto Historia del PNSD, “condicionadas, además, por la dificultad añadida de la organización territorial, con una administración central que tiene competencias limitadas, frente a las administraciones autonómicas y locales que en muchas ocasiones han ofrecido respuestas tardías y heterogéneas”.

379 Un futuro, donde se hará necesario no olvidar, como se ha reiterado en los informes de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de los Problemas de las Adicciones, la amenaza que representa el vínculo entre las drogas ilegales y la delincuencia organizada y violenta, el creciente poder económico por parte de las mafias que controlan su comercio, y el riesgo que suponen estas organizaciones criminales para la seguridad del Estado y los valores democráticos. Nos enfrentamos a un problema de salud pública, con dimensiones internacionales, nacionales y locales, que está sometido a cambios constantes que responden a múltiples factores de naturaleza social, cultural, económica y política.

380 Los datos ofrecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones para el 2024, recordaban el problema que sigue representando el consumo de sustancias psicoactivas y las conductas con potencial adictivo y sus consecuencias, tanto en la adolescencia, por medio del alcohol —destacando el consumo precoz y su influencia en el desarrollo de patrones de consumo problemático—, uso de vídeo juegos y consumo de drogas ilegales; como en la población general, a través del consumo de alcohol, medicamentos con potencial adictivo sin receta y drogas ilícitas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Indicadores clave sobre drogas y adicciones*, 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024).

La nueva Estrategia Nacional sobre Drogas, junto con una mayor visibilidad del PNSD, deberá hacer frente a estos y a otros retos y, en base a los resultados obtenidos con el trabajo de recuperación de la historia del Plan, insistir en la evaluación sistemática de las intervenciones y en la mejora de los sistemas de acreditación de programas, corregir la falta de equidad territorial, abordar de manera decidida el problema del alcohol y la falta de conciencia social frente a las adicciones, asegurar la profesionalización de los servicios de atención a las personas con adicciones, así como el reciclaje y la formación continua, y optimizar la coordinación entre el control de la demanda y la oferta.

