

**RESOLUCIÓN DE 2 DE FEBRERO DE 2009, DE LA DELEGACIÓN  
DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS,  
POR LA QUE SE PUBLICA EL ACUERDO DE CONSEJO DE  
MINISTROS POR EL QUE SE APRUEBA LA ESTRATEGIA  
NACIONAL SOBRE DROGAS 2009-2016**

**BOE nº 38 de 13-2-2009, página 15284**

**Valladolid, febrero 2009**

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**2451** *Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.*

El Consejo de Ministros, en su reunión de 23 de enero de 2009, a propuesta del Ministro de Sanidad y Consumo, adoptó el Acuerdo por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

El Acuerdo del Consejo de Ministros se publica como anexo a esta Resolución y asimismo se da publicidad, como anexo al citado Acuerdo, a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

A fin de favorecer su conocimiento, esta Delegación ha resuelto ordenar su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 2 de febrero de 2009.—La Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Carmen Moya García.

#### ANEXO

##### **Acuerdo por el que se aprueba la estrategia nacional sobre drogas 2009-2016**

Primero.—Se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016, que figura como Anexo único a este Acuerdo.

Segundo.—La Estrategia Nacional sobre Drogas tendrá como finalidad actualizar el Plan Nacional sobre Drogas, orientando, impulsando y coordinando las diferentes actuaciones en materia de drogas y de drogodependencias que se desarrollen en España en el período 2009-2016 y sirviendo de marco de referencia para el establecimiento de la necesaria coordinación, colaboración y cooperación entre las diferentes administraciones públicas y las organizaciones no gubernamentales dedicadas al fenómeno de las drogodependencias.

Tercero.—La adopción de las distintas medidas que desarrollen la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 habrá de ajustarse a las disponibilidades presupuestarias existentes en cada ejercicio de aplicación de la Estrategia.

#### ANEXO

##### **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016**

###### *1. Introducción*

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos estos ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad, y otros costes sociales y sanitarios.

Por ello, y sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas constituyen, en conjunto, uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública en España.

Además de los factores socioeconómicos que afectan a las tendencias globales del consumo de drogas, en el desarrollo de la adicción a las diversas sustancias psicoactivas

influyen otros condicionantes, entre los que cabe señalar las características biológicas de la condición humana, o la función psicológica instrumental que cada persona atribuye a una sustancia concreta en el marco de su estilo de vida particular. De igual modo, hay que considerar la evolución de los valores culturales que tienen que ver con las conductas adictivas y de consumo en general.

En consecuencia, cualquier intervención que aspire a mejorar significativamente esta situación debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los distintos contextos institucionales y territoriales. Así, desde la perspectiva española, los esfuerzos deben dirigirse a optimizar la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados y enmarcarlos en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, mediante la fijación de unas prioridades razonables, asumibles y asequibles.

En España, la comprensión institucional sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a los consumos de drogas, sirvió de base para que, a partir de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articulase una política que, en general, ha sido y continúa siendo un referente de calidad en el marco de la Unión Europea (UE).

La puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas y la creación de sus órganos de coordinación contribuyó de forma decisiva a la cohesión entre las distintas Administraciones Públicas con competencias en esta materia. A ello hay que añadir la buena relación de cooperación sólidamente establecida con las ONGs del sector, así como con otras entidades sociales.

Por otro lado, desde hace años se dispone de estudios epidemiológicos y de otro tipo, así como de herramientas de recogida de información de calidad, que permiten conocer datos fiables y actualizados sobre consumo, actitudes de la población, perfil de los consumidores, programas de carácter preventivo, asistencial y de inserción social, que resultan imprescindibles para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en esta materia.

Todo ello parece indicar que el enfoque adoptado hasta ahora está bien orientado y permite mantener un cierto grado de esperanza respecto al futuro. No obstante, es necesario tener presente que se trata de afrontar retos complicados que requieren respuestas sostenibles a largo plazo y que, por ello, las distintas etapas todavía pendientes no estarán exentas de previsible e importantes dificultades.

Después de más de 20 años de trabajo, los avances conseguidos son patentes en todos los ámbitos de intervención: prevención, asistencia a los consumidores, apoyo a la inserción social de éstos, lucha contra el narcotráfico y las actividades delictivas asociadas al mismo, formación de profesionales, investigación en diversos campos, etc.

Además, y aunque se trata de datos que habrá que ver si se mantienen en el futuro, los últimos estudios y encuestas muestran una mejora de diversos indicadores relacionados con las prevalencias de los consumos y la percepción del riesgo por parte de la población.

Es preciso, no obstante, seguir potenciando los elementos con los que se ha trabajado hasta ahora, a fin de optimizar su funcionamiento y coordinación efectiva. De igual modo, los nuevos planteamientos del consumo exigen prestar una especial atención a la mejora y ampliación de la información a recoger, y a la evidencia de la efectividad disponible para cada ámbito de intervención, así como continuar promoviendo la cohesión de las actuaciones emprendidas y la máxima implicación de todos los actores e instancias participantes.

En este contexto, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones Públicas y las organizaciones sociales. Aspira, además, a ser una herramienta que pueda ser usada para promover, facilitar y apoyar a cada instancia implicada a desarrollar su trabajo desde su ámbito competencial, en el interés común por lograr disminuir de forma significativa los consumos de drogas, y prevenir al máximo el impacto sanitario y social de los diversos problemas y daños relacionados con los mismos.

La Estrategia reconoce los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años, a fin de afrontar con garantías de éxito los retos planteados, entre los que figuran:

Los cambios en los perfiles de los consumidores de sustancias psicoactivas, el patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre éste y los espacios y tiempos de ocio.

La aparición de nuevas sustancias que se están introduciendo en el mercado.

El incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas que produce una considerable demanda de atención a la patología dual.

El fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad española, con los cambios correspondientes en aspectos sociales, culturales e, incluso, económicos.

El envejecimiento de consumidores problemáticos.

La creciente importancia del tráfico de drogas en el escenario del crimen organizado, las interrelaciones cada vez más frecuentes entre las organizaciones de narcotraficantes y las que cometen otros tipos de actos delictivos, y la tendencia de los actuales grupos delictivos a la multicriminalidad organizada.

El necesario impulso a la investigación en todos los campos de las drogodependencias y su transferencia a la práctica.

Las modificaciones habidas en las redes asistenciales, especialmente desde que se completó el proceso de transferencias de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas.

La necesidad de diversificar e individualizar los programas y actuaciones preventivas por poblaciones en riesgo y por contextos de riesgo.

Asimismo, esta Estrategia incorpora la responsabilidad de hacer efectiva la perspectiva de género en los objetivos a conseguir, y promueve, por tanto, su inclusión y extensión en el diseño y la planificación de las distintas intervenciones a realizar en todos los ámbitos de actuación.

La Estrategia 2009-2016 tiene en cuenta la evolución de los consumos en los últimos años, y las actuaciones emprendidas, tanto desde el sector público como por parte de las organizaciones sociales que actúan en este campo.

En este sentido, implica un impulso y desarrollo de aquellos aspectos en los que la Estrategia anterior, 2000-2008, se ha demostrado adecuada y una corrección de las limitaciones observadas. Ello supone, entre otras cosas, una mejora y optimización en la oferta de iniciativas de prevención, de disminución de riesgos y reducción de daños y del tratamiento de las personas afectadas por problemas de consumo. También, una especial atención a los factores de riesgo que sitúan a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La Estrategia 2009-2016 parte del marco institucional establecido desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, marco en el que, como se ha dicho, tiene una relevancia fundamental la coordinación y colaboración entre la Administración General del Estado y las Administraciones Autonómicas.

Asimismo, a lo largo de estas dos décadas, hay que señalar el papel que han ido adquiriendo las corporaciones locales y la consolidación del trabajo llevado a cabo por las ONGs y otras entidades de carácter privado.

En su elaboración, se han tenido en cuenta los principales documentos de planificación existentes, tanto nacionales como internacionales. De un lado, los Planes de Drogas y las Estrategias de las Comunidades y Ciudades Autónomas y, de otro, aquellas de diferentes países de nuestro entorno y, muy especialmente, las Estrategias y Planes de Acción aprobados por la Unión Europea. También se ha contado con la Administración Local, a través de su órgano de representación, la Federación Española de Municipios y Provincias.

Igualmente, se han analizado otras estrategias de salud (Cáncer, Salud Mental, Cuidados Paliativos,...) y otros planes sectoriales (Juventud, Igualdad,...), valorando su impacto y sus interrelaciones.

Se han recibido aportaciones de Departamentos y órganos de la Administración General de Estado que tienen competencias o colaboran en distintos aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; Ministerio de Justicia; Ministerio de Economía y Hacienda; Ministerio del Interior; Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; Ministerio de Trabajo e Inmigración; Ministerio de Administraciones Públicas; Ministerio de Ciencia e Innovación; Ministerio de Igualdad; Fiscalía Especial Antidroga, etc.

Además, se ha pedido la colaboración de un centenar de profesionales de diferentes campos de actuación, de las ONGs que forman parte del Foro «La Sociedad ante las Drogas», y de las sociedades científicas que, por su trabajo en el ámbito de las drogas o de la salud pública en general, se consideraban más adecuadas.

En este sentido, hay que señalar, también, la elaboración de un cuestionario, enviado a un grupo amplio de expertos, cuyas contribuciones han enriquecido sensiblemente el planteamiento general y permitido identificar los aspectos más prioritarios o relevantes a abordar en esta Estrategia.

Por último, se han tenido en cuenta los datos conocidos hasta este momento relacionados con la evaluación de la Estrategia 2000-2008. Si bien la evaluación definitiva de ésta se producirá al acabar su período de vigencia, es decir cuando finalice el año 2008, se dispone, sin embargo, de una evaluación de sus primeros cuatro años de vigencia, 2000-2003, que se llevó a cabo a lo largo del segundo semestre de 2004.

Los resultados de esa evaluación revelaron importantes avances tanto en la asistencia a las personas consumidoras de drogas, como en los programas de disminución de riesgos y reducción de daños, mientras que se detectaron insuficiencias en los programas de prevención. De otro lado, se constató el impulso en áreas como el control de la oferta, la investigación, la formación y la colaboración en el ámbito internacional.

A la vista de lo anterior, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas decidió promover la elaboración de un Plan de Acción con el objetivo fundamental de movilizar recursos e iniciativas para avanzar y dar un nuevo impulso a la Estrategia.

El Plan de Acción fue presentado a la Comisión Mixta para el Estudio de las Drogas en marzo de 2005, con un horizonte de ejecución que abarca los cuatro últimos años de la Estrategia, esto es, el cuatrienio 2005-2008. Está estructurado en torno a seis grandes ejes de actuación e incorpora un total de 68 acciones. Además, se encuentra en clara sintonía con la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012, aprobada por el Consejo Europeo en diciembre de 2004.

Es evidente que hay conductas adictivas que no suponen el consumo de sustancias psicoactivas, y que esos comportamientos pueden provocar efectos indeseables graves sobre la salud y la calidad de vida de las personas, como sucede con las conductas de juego patológico, la utilización exagerada de las tecnologías de la información, sexo compulsivo, etc.

No obstante, y aun reconociendo el creciente aumento de esas adicciones en la sociedad actual, la atención a las mismas y el tratamiento de los adictos a ellas no están incluidos en el marco de esta Estrategia, algo, que por otra parte, también sucede en el caso de la Estrategia Europea actualmente vigente. Ello no obsta a que, en el futuro, puedan contemplarse y abordarse con la debida extensión en próximas Estrategias. Así pues, el objeto de este documento se circunscribe a las sustancias adictivas, ya sean de comercio legal, como el alcohol, el tabaco o determinados fármacos, o excluidas de ese comercio legal.

Finalmente, hay que señalar que, como desarrollo y complemento al marco establecido en la Estrategia, se van a elaborar dos Planes de Acción cuatrienales y consecutivos, que abarcarán todo el período de vigencia de la misma.

Será en estos Planes de Acción donde se contemplará la realización de actuaciones concretas y específicas, señalando los objetivos inmediatos a conseguir, las acciones a

desarrollar, el periodo de tiempo en el que se llevarán a cabo y los instrumentos de evaluación a poner en marcha, todo ello en función de los objetivos generales establecidos en la Estrategia y de las prioridades señaladas en los distintos ámbitos de actuación. Las Administraciones públicas e instituciones sociales que integran el Plan Nacional sobre Drogas orientarán sus esfuerzos presupuestarios a fin de facilitar el mayor grado de cumplimiento de dichas actuaciones.

La adopción de las distintas medidas que desarrollen la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 habrá de ajustarse a las disponibilidades presupuestarias existentes en cada ejercicio de aplicación de la Estrategia.

## 2. Estado de situación

### 2.1 Sistemas de información.

Desde hace más de una década, España cuenta con un número importante, variado y fiable de sistemas de información e investigaciones diversas que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.

Cabe destacar la realización de dos tipos de Encuestas periódicas que se llevan a cabo por la Delegación del Gobierno para el PNSD, desde mediados de la década de los noventa y que se han potenciado a partir del año 2005: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Además de ellas, en los últimos años se han llevado a cabo otras encuestas dirigidas a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína, así como a internos en instituciones penitenciarias. Igualmente, en EDADES 2007 se ha introducido un módulo específico para estudiar el consumo de drogas y sus implicaciones en el medio laboral. En ESTUDES 2006 a su vez se introdujo un cuestionario para conocer el consumo problemático de cannabis.

Por otra parte, se cuenta desde 1987 con indicadores que ofrecen información anual sobre admisiones a tratamiento por consumo de drogas, urgencias hospitalarias y mortalidad en consumidores de drogas.

Asimismo, y también con carácter anual, existen sistemas de información y datos de tipo policial y judicial sobre aprehensiones de drogas y características de las mismas, detenidos por tráfico, procedimientos judiciales incoados, etc.

Muchos de los datos e indicadores antes citados utilizan métodos que son comparables a nivel internacional, por lo que no sólo se puede seguir su evolución temporal desde un marco nacional, sino que los datos españoles pueden analizarse en comparación con los de otros países de nuestro entorno.

Entre las fuentes más importantes que proporcionan información hay que señalar, en primer lugar, los Planes Autonómicos de Drogas. Junto a ellos, diversos departamentos y órganos ministeriales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la Fiscalía Especial Antidroga. De forma creciente, también las Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias están aportando información valiosa sobre las actuaciones que se llevan a cabo desde ese ámbito.

### 2.2 Evolución de los consumos y de los problemas asociados.

Desde los inicios del Plan Nacional sobre Drogas, a mediados de la década de los ochenta, el perfil de las personas que consumen drogas en España ha experimentado cambios notables. En aquella época y, de forma más o menos aproximada hasta principios de los años noventa, la sustancia que más alarma social causaba era la heroína.

Las personas usuarias de esta sustancia psicoactiva presentaban, en general, una grave situación de marginalidad, acentuada por su asociación con la comisión de delitos, en ocasiones con grave peligro para la integridad de las víctimas, para sufragarse el coste de esa sustancia. A todo ello había que añadir el padecimiento de patologías infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de esta droga (administrada generalmente por vía parenteral, y en una proporción importante de consumidores, compartiendo el material de inyección).

Entre estas patologías destacaba, de forma importante, la infección por VIH y el SIDA, enfermedad que comenzó en España a comienzos de los años 80 y que, entre 1981 y 2005 ocasionó 48.565 fallecimientos. Hay que señalar que el principal grupo de población afectado por esta patología en nuestro país fue el de los usuarios de drogas por vía parenteral.

Esto no quiere decir que no hubiera un consumo importante de otras sustancias: cannabis y cocaína principalmente, además del alcohol y el tabaco que, obviamente, eran las dos sustancias más consumidas en nuestro país, disfrutando además de una gran aceptación social.

Es necesario señalar, por otra parte, que entre los consumidores estaba, y continúa estando, bastante extendido el uso simultáneo de varias sustancias, lo que incrementaba los riesgos y daños producidos por las mismas.

A partir de mediados de los años noventa, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo experimenta algunos cambios. De un lado, comienza a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien queda un núcleo de antiguos usuarios que exigen una importante aportación de recursos humanos y económicos para atender a su situación.

De otro lado, a lo largo de esa década de los noventa, aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo (el «crack» ha tenido una incidencia muy poco significativa en España), tanto entre la población general de quince a sesenta y cuatro años, como entre los escolares de catorce a dieciocho.

Finalmente, se empieza a conformar lo que se conoce como “consumo recreativo” de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA (droga cuyo consumo comienza a extenderse por esa época), y toda una serie de derivados anfetamínicos, más o menos emparentados con esta última sustancia.

A diferencia de los consumos que tenían lugar, de forma mas extendida, en la década anterior, durante los noventa se incrementa notablemente la asociación de los consumos de esas sustancias a los espacios de ocio, de forma que se incorpora de forma creciente a los estilos de vida de sectores de población (en ocasiones prácticamente adolescente), que lo practican en un marco de «normalización» muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior, cuya característica más destacable había sido la marginación de los consumos y el gran deterioro físico que producía el consumo de heroína en un espacio de tiempo muy breve desde el inicio del consumo.

Para muchos de estos adolescentes y jóvenes, este modo de consumo llega a considerarse prácticamente como un rito de entrada en la vida adulta y de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando.

Entre los años 2000 y 2008, período de vigencia de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas, los elementos más destacados, en relación con los consumos son:

Ha continuado disminuyendo progresivamente el número de usuarios de drogas por vía parenteral.

Entre los usuarios de drogas por vía parenteral persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, así como de conductas sexuales y hábitos de inyección de riesgo, aunque ha disminuido progresivamente el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.

Tras un prolongado período de incremento, se está estabilizando e incluso parece estar descendiendo el consumo de cannabis y cocaína. Este descenso es más notable entre los escolares de catorce a dieciocho años.

Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número apreciable de muertes por esta causa (casi 800 en 2004).

Después de muchos años de descenso continuado del consumo de heroína, algunos datos parecen apuntar a una estabilización del mismo o a un cierto incremento en el caso de la heroína fumada.

Ha descendido el consumo de tabaco, aunque la proporción de personas fumadoras sigue siendo alta.

Ha descendido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumos intensivos (borracheras).

La droga ilegal más consumida en España es el cannabis. En el año 2007, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población adulta, de quince a sesenta y cuatro años de edad, que se había estabilizado entre 2003 y 2005 en torno al 11,2 por 100, disminuyó dos puntos porcentuales (9,2 por 100) hasta las cifras del año 2001. Esta evolución del consumo de cannabis es consistente con los datos registrados para la prevalencia de consumo diario en los últimos treinta días que en 2007 se aproxima a los niveles apreciados en 2001 (1,6 por 100).

Evolución similar se observa en la población escolar de catorce a dieciocho años, ya que tras varios años de aumento continuado, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses ha descendido a partir de 2004, pasando del 36,6 por 100 en dicho año al 29,8 por 100 en 2006.

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales que se consumen en España. A partir del año 2001, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población de quince a sesenta y cuatro años de edad creció hasta situarse en el 3 por 100, cifra en la que se ha mantenido según los datos de la última Encuesta correspondiente a 2007.

Como en el caso del cannabis, también la prevalencia de consumo de cocaína en los últimos doce meses, entre los escolares de catorce a dieciocho años de edad, ha experimentado una considerable reducción en los últimos años: tras el aumento continuado desde el año 2000 hasta el 2004 en el que esta tasa llegó a situarse en el 7,2 por 100, los datos de la Encuesta de 2006 mostraron un brusco descenso hasta el 4,1 por 100, cifra inferior a la registrada en el año 2000.

Entre la población adulta (quince a sesenta y cuatro años de edad), se ha incrementado discretamente la percepción del riesgo ante el consumo esporádico de cannabis y en mayor cuantía por lo que se refiere al uso esporádico de cocaína (del 93,3 al 95,8 por 100) y de éxtasis (del 93,3 al 95,8 por 100). Más significativo ha sido el incremento del riesgo percibido ante el consumo habitual de cannabis entre los escolares (de catorce a dieciocho años), que del 82,8 por 100 de 2000 se situaba en el 89 por 100 en 2006, mientras que el riesgo percibido ante el consumo habitual de cocaína, ha permanecido prácticamente estable en este grupo de población entre el año 2000 y el año 2006, siempre en niveles elevados en torno al 96,8 por 100.

En lo que respecta al tabaco y el alcohol, las últimas encuestas disponibles muestran tendencias generales a la reducción de las prevalencias en los consumos. El porcentaje de estudiantes de catorce a dieciocho años que fuma diariamente ha pasado del 21,5 por 100 en 2004 al 14,8 por 100 en 2006. También ha descendido la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes, así como entre la población adulta.

Debe destacarse que el consumo abusivo de alcohol en los jóvenes se produce, fundamentalmente, en relación con las bebidas alcohólicas destiladas, cuya concentración de alcohol es mayor y que, además, se mezclan con bebidas carbónicas, lo que refuerza su efecto intoxicador.



2.3 Impacto de los consumos: morbilidad, mortalidad, y otros costes sanitarios y sociales.

El daño sanitario y social directamente atribuible al consumo de drogas se manifiesta de diversas formas.

En primer lugar, cuando el consumo alcanza la fase de adicción o dependencia, puede hablarse de una enfermedad en sí misma, en la que la persona afectada está periódica o crónicamente intoxicada, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias y tiene gran dificultad para modificar o abandonar el consumo.

En segundo lugar, mediante la incidencia de episodios de sobredosis o de intoxicación aguda por adulteración de las sustancias consumidas, especialmente en el caso de las drogas ilegales, que son la causa de muerte inmediata más visiblemente relacionada con el consumo.

En tercer lugar, en el contagio de infecciones que se adquieren como consecuencia del tipo de consumo, básicamente compartiendo medios de administración de las drogas, que facilitan la transmisión de gérmenes patógenos como el VIH o los virus de diversas hepatitis. Y más indirectamente, la probabilidad de adquirir otras infecciones transmitidas por contacto personal, entre las que destacan las infecciones de transmisión sexual.

En cuarto lugar, generando enfermedades para las que el consumo de drogas constituye a veces la causa directa y, en otros supuestos, un factor de riesgo decisivo. Es el caso del tabaco, el alcohol, la cocaína, el cannabis y otras sustancias, y su relación directa con ciertas enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, hepáticas, mentales y neurológicas.

En quinto lugar, se deben considerar los problemas de salud o incapacitación provocados por diversas circunstancias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, tanto en personas que consumen drogas como en las que constituyen su entorno cercano. Es el caso de las lesiones o la incapacidad permanente derivadas de los accidentes de tráfico en los que el uso de alcohol o de otras drogas juega un papel decisivo, al igual que ocurre para una parte significativa de los accidentes laborales.

También son de gran trascendencia las alteraciones provocadas por las drogas durante la infancia (consumo durante el embarazo, exposición al humo ambiental de tabaco, abusos físicos y psicológicos, desatención y abandono) así como en el rendimiento laboral de la población adulta.

Cabe destacar algunos datos en relación con lo anterior. En el año 2006 se produjeron 49.283 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco). La tasa global para el conjunto de España fue de 112,7 casos por 100.000 habitantes.

Con respecto a las drogas que motivan el tratamiento, la situación ha cambiado radicalmente en los últimos años. La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento, cediendo su puesto a la cocaína. Esta última motivó, en ese mismo año, el 45,1 por 100 de las admisiones, frente al 38,2 por 100 de la heroína. A continuación se situó el cannabis con el 10,7 por 100.

En 2006 se recogieron 7.042 episodios de urgencias sanitarias directamente relacionados con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas. La principal sustancia mencionada fue la cocaína (59,2 por 100 de los episodios), seguida del alcohol (42,9 por 100) a pesar de que sólo se recogió este dato cuando se asociaba a alguna otra droga (policonsumo), cannabis (30,9 por 100), hipnosedantes (28,3 por 100) y heroína (21,8 por 100).

Como se ha señalado anteriormente, la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas ha disminuido considerablemente en los últimos años, habiéndose incrementado la proporción de fallecidos en que se encuentra cocaína o sus metabolitos.

Los resultados de las pruebas toxicológicas realizadas por el Instituto Nacional de Toxicología muestran que en el año 2003, el 34,7 por 100 de los conductores fallecidos en accidentes de tráfico superaban los 0,3 g/l de alcohol en sangre. En el año 2006, este porcentaje había descendido al 28,8 por 100.

Por otra parte, los resultados de los controles preventivos de alcoholemia llevados a cabo por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil muestran un descenso

considerable de los positivos en el año 2007 (2,38 por 100) con respecto al porcentaje registrado en 2003 (4,18 por 100).

A todo esto hay que añadir la participación del consumo o de la adicción a las drogas en episodios de violencia doméstica y de género, así como en abusos de diversa índole cometidos en contextos familiares y sociales diversos, en cuyo análisis causal generalmente se omite la mención a la intervención de elementos relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas.

#### 2.4 Evolución del tráfico de drogas y aspectos asociados.

España, por su situación geográfica y su posición estratégica como puerta de entrada hacia Europa a través de los continentes americano y africano, forma parte de muchas de las rutas de tránsito y entrada de las drogas hacia Europa. Sin embargo, no desempeña un papel especialmente relevante en la producción de sustancias ilegales a partir del cultivo de materias primas o del procesamiento químico de sustancias o precursores de drogas.

El número de decomisos de drogas psicoactivas y las cantidades de droga incautadas pueden ser indicadores indirectos de la disponibilidad de drogas en el mercado e incluso se puede afirmar que la evolución temporal de estos indicadores para las principales sustancias psicoactivas de comercio ilegal (cannabis, cocaína, heroína) es bastante consistente con la evolución de los datos de consumo y problemas de drogas. No obstante, en España existe un mayor tránsito de sustancias que en otros países, no siendo proporcional la cantidad de droga que llega a España con los niveles de consumo de la población.

Durante el periodo 2000-2006, las incautaciones han sufrido tendencias variables dependiendo de la sustancia de que se trate. Así, se ha producido una disminución en la cantidad de hachís y MDMA incautados con respecto a 2004, año en que se alcanzaron las cifras más elevadas de este periodo, después de unos años de ascenso. Sin embargo, aunque las cantidades de MDMA aprehendidas representan aproximadamente un 50 % de lo incautado en el año 2000, para el caso del cannabis no ha habido apenas variación durante el periodo 2000-2006 globalmente considerado.

Por su parte, la cantidad de cocaína incautada ha continuado la tendencia creciente que mantiene desde el año 2000 y la heroína, que ha venido mostrando un llamativo descenso desde el año 2000, ha iniciado en 2006 un repunte muy leve.

El número de decomisos ha aumentado, desde el punto de vista global, durante el periodo 2001-2006, pasando de 130.862 en 2001 a 243.858 en 2006. Este aumento se ha producido a expensas, fundamentalmente, del aumento en el número de decomisos de productos cannábicos, cocaínicos y, en menor proporción, de estimulantes diferentes a la cocaína, lo cual se ha conseguido gracias a un mayor trabajo de investigación, positivo y que ha producido importantes éxitos.

El Centro de Inteligencia del Crimen Organizado del Ministerio del Interior elabora periódicamente los "Informes sobre precios y purezas de drogas". En los últimos diez años se ha producido un claro descenso del precio de la heroína y del éxtasis, un ascenso ligero en el precio del cannabis y algo más llamativo en el del LSD, mientras que el precio de la cocaína se ha mantenido relativamente estable.

Por lo que respecta a la pureza media de la droga decomisada, es sabido que ésta es mayor en los grandes decomisos que en los decomisos de nivel de gramo o de dosis, debido al efecto de «dilución» o adulteración que sufre la droga a lo largo de la cadena de distribución hasta llegar al consumidor. En la última década, tanto la heroína como la cocaína han visto reducido este efecto. En el caso del cannabis, la concentración de tetrahidrocannabinol (THC) no depende tanto del traficante sino más bien del tipo de cosecha. En el periodo entre 2001 y 2006, la concentración de THC en la marihuana pasó de 3,8 por 100 a 7,9 por 100.

En relación con los procedimientos judiciales incoados por tráfico de drogas, hay que señalar que se produjo un aumento sostenido de los mismos en los primeros años que siguieron a la creación del Plan Nacional sobre Drogas, alcanzando la cifra máxima de 53.585 en el año 1991. A partir de esa fecha, la tendencia es descendente, con la excepción de un ascenso registrado en 1994, hasta alcanzar la cifra de 18.602 en el año 2006.

El número de detenciones por tráfico de drogas ha mantenido una tendencia bastante estable durante el periodo 1997-2006, pasando de 14.922 a 16.766. Por el contrario, el número de denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas ha mostrado un claro ascenso en el mismo periodo, pasando de 63.855 en 1997 a 218.656 en 2006.

Los derivados cannábicos, en primer lugar, y los cocaínicos, en segunda posición, son los responsables del mayor número de denuncias y detenciones.

### 3. Principios rectores y objetivos generales

El planteamiento más ampliamente aceptado y apoyado por la evidencia para alcanzar una disminución significativa del impacto sanitario y social, indeseado y evitable, en relación con el uso de drogas en el contexto actual, es el de actuar mediante una combinación de medidas que intervengan simultáneamente en los ámbitos de la exposición y accesibilidad a las sustancias psicoactivas, del consumo y de la reducción del daño asociado a éste.

Muchas de las actuaciones son específicas de algunos de los ámbitos, pero también existen otras muchas con objetivos comunes. Lógicamente, los esfuerzos deben concentrarse en los primeros estadios o factores de riesgo identificables y, por tanto, se debe incidir de forma especial en el ámbito de la protección frente a los factores de riesgo más globales que promueven la exposición a las drogas.

Por otro lado, es necesario diferenciar entre los distintos niveles de contacto con las drogas (abstinencia, experimentación, consumo habitual, adicción) ya que ello implicará objetivos y estrategias de actuación también diferenciadas aunque, obviamente, enmarcadas en otras de más amplio alcance, incluyendo las educativas, sociales y de protección y fomento de la salud pública.

En todo caso, esta Estrategia 2009-2016 responde globalmente a los siguientes principios rectores y objetivos generales, al tiempo que se enmarca en el concepto de la Salud Pública de amplia trayectoria en España.

#### 3.1 Principios rectores.

La consideración de la evidencia científica. En función de la misma y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia se definirán, priorizarán y desarrollarán las intervenciones.

La participación social. Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.

La intersectorialidad. Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.

La integralidad. Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta.

La equidad. Garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas.

El enfoque de género. Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguir los mismos.

#### 3.2 Objetivos generales.

Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.

Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.

Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas.

Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.

Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.

Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.

Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.

Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias.

Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

Incrementar y mejorar la investigación con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.

Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.

Optimizar la coordinación y cooperación, tanto en el marco del Estado español como en el marco europeo e internacional en general.

#### 4. *Coordinación*

El fenómeno de las drogas y las drogodependencias obedece a múltiples determinantes y dimensiones. Para desarrollar una política que se pretenda coherente en relación con el fenómeno y sus manifestaciones derivadas, es necesario no sólo considerar las diferentes perspectivas a fin de conseguir una visión global, sino también contar con la necesaria colaboración de todos aquellos agentes que tienen responsabilidad en los sectores de actividad implicados. En este doble sentido, el principio básico para el correcto desarrollo de la Estrategia es el de la coordinación.

La coordinación posibilita tanto la mejor ordenación de las intervenciones que se llevan a cabo por los agentes implicados, como el aprovechamiento más racional y eficiente de todos los recursos, tanto humanos como materiales existentes, en orden a la consecución de los objetivos comunes.

Las políticas públicas se caracterizan, entre otras muchas cuestiones, por la relación existente entre las competencias atribuidas a las diferentes Administraciones Públicas, mucho más en el seno de Estados con organizaciones territoriales autónomas, como es el caso de España.

En el caso de las que atañen a las drogas y las drogodependencias, esta relación se evidencia, en primer lugar, en la interdependencia existente entre las dos áreas tradicionales de actuación en la materia: la Reducción de la Demanda y la Reducción de la Oferta, interdependencia que no sólo se da entre ambas, sino también en el seno de cada una de ellas.

En el área de la reducción de la demanda, la mayor implicación y compromiso corresponde, fundamentalmente, a las administraciones con responsabilidad y competencias en los sectores sanitario, social y educativo. Las actuaciones en esta área tendrán que revestir obligatoriamente un carácter transversal para obtener los objetivos perseguidos y, por consiguiente, tendrán que implicar a las Administraciones Públicas que, en los distintos ámbitos territoriales, resulten competentes en dichas materias y también en trabajo y empleo, inmigración, justicia, y promoción de la seguridad vial, entre otras.

El área de la reducción de la oferta compete de un modo especial a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, a sus homólogos en las Comunidades Autónomas, a los distintos órganos de inspección de las Administraciones Públicas, tanto a nivel nacional como autonómico y local, así como a los órganos judiciales especializados. La actividad en este área de control de la oferta también podrá verse beneficiada de la cooperación que pueden prestar los cuerpos de las policías locales.

De otro lado, es necesario destacar, también, la necesidad de mantener y potenciar las relaciones de coordinación en el ámbito internacional, tanto a nivel bilateral entre los distintos Estados, como en el marco de los distintos foros internacionales. En este orden de actividad, la coordinación abarcará obligatoriamente tanto los aspectos relativos a la Reducción de la Demanda como a la Reducción de la Oferta, pues España tiene que mantener una posición nacional única, en el seno de los organismos internacionales, en cuanto a las múltiples manifestaciones del fenómeno de las drogas y las drogodependencias en estas dos áreas de actuación.

En lo que se refiere a la política interior, la política de drogas, entendida, fundamentalmente, en el marco del derecho a la protección de la salud, al que se refiere la Constitución Española en su artículo 43, se configura como una política de Estado, y, en este sentido, exige la participación de todos los poderes del mismo, en función de sus respectivas funciones y competencias.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas, las Cortes Generales, que representan el poder legislativo en España, se dotaron de un órgano de carácter permanente y especializado, como es la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga, que ha tenido una singular trascendencia en cuanto que ha conseguido encauzar el consenso de las principales fuerzas políticas sobre las líneas generales de la política española sobre drogas.

Por lo que se refiere al poder judicial, hay que señalar la creación, en 1988, de la Fiscalía Especial Antidroga con funciones de intervención en los procedimientos relativos al tráfico de drogas y blanqueo de capitales, investigación de los hechos que puedan ser constitutivos de delito en estos campos, coordinación de las actuaciones de las distintas fiscalías delegadas y colaboración con la autoridad judicial.

Finalmente, en el poder ejecutivo confluyen tres niveles de Administración Pública con competencias en materia de drogas: la Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales. El principio de coordinación funciona, aquí, tanto en la necesaria relación entre las Administraciones como en el seno de cada una de ellas.

Desde su puesta en marcha, el Plan Nacional sobre Drogas se dotó de un mecanismo que aseguraba la necesaria coordinación entre las Administraciones Públicas, tanto a nivel territorial como a nivel interno. El esquema actual de coordinación, cuya operatividad ha sido ampliamente contrastada a lo largo de más de dos décadas, se basa en la existencia de los siguientes órganos:

El Grupo Interministerial del Plan Nacional sobre Drogas, órgano que asegura la coordinación entre los distintos Departamentos de la Administración General del Estado.

La Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, máximo órgano de coordinación entre la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas.

La Comisión Interautonómica de la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas, que actúa como órgano delegado de la Conferencia.

En este esquema de coordinación, a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que nació como órgano de apoyo al Grupo Interministerial, le corresponde, actualmente, la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. Además, y entre otras funciones, le corresponde el mantenimiento de las relaciones con las diferentes Administraciones e instituciones, tanto públicas como privadas, incluyendo a las organizaciones

no gubernamentales, que desarrollen actividades en el ámbito del PNSD, prestándoles el apoyo técnico necesario.

Como ya se ha mencionado, los dos órganos de coordinación y cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas son la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas y la Comisión Interautonómica.

La Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas es un órgano de cooperación de composición multilateral y ámbito sectorial que, desde 1985, reúne a las Comunidades Autónomas y los diferentes Departamentos que forman parte del Grupo Interministerial donde se toman las principales decisiones sobre la política de drogas del Estado.

La Conferencia Sectorial se ha dotado de un Reglamento de Régimen Interior que ha dado carta de naturaleza a la Comisión Interautonómica, de la que forman parte los máximos responsables de los Planes Autonómicos de Drogas, junto con los directivos de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. La Comisión Interautonómica asume la preparación de los asuntos a someter a la Conferencia Sectorial y el estudio de todos aquellos que interesan al Plan constituyendo el foro técnico en el que se somete a debate aquellas cuestiones que atañen puntualmente al desarrollo de las políticas sobre drogas y drogodependencias en España.

En el nivel de la coordinación intragubernamental, en el de la Administración General del Estado, es ineludible mencionar la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones a la que se refiere el artículo 6 de la Ley 17/2003, de 29 de mayo, por la que se regula el Fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados. Este órgano colegiado, en el que se encuentran representados los Ministerios de Sanidad y Consumo, Interior, Justicia y Economía y Hacienda, adopta las medidas necesarias para, en el marco de su normativa específica, procurar el incremento de los ingresos del Fondo mediante la colaboración con los órganos judiciales y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la mejora de la gestión de los bienes integrados en el mismo.

La utilización de los recursos del Fondo se lleva a cabo conforme a lo dispuesto en la mencionada ley, procurando que su distribución se ajuste a criterios de ponderación y equidad en la valoración de las actuaciones para las que soliciten financiación.

El éxito de la política general de drogas requiere de la cooperación de las Administraciones Locales, y de su máximo órgano de representación, que es la Federación Española de Municipios y Provincias.

Una vez descrito el primer espacio de coordinación circunscrito al ámbito de la Administración Pública, es necesario aludir al nivel de participación requerido de las entidades sociales y del movimiento social en su conjunto. Para ello, se cuenta con la participación del Foro "La Sociedad ante las Drogas" y la de otros órganos representativos como son la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, o la Comisión Clínica y el Grupo de Atención Primaria en el ámbito asistencial sanitario. Especial atención merecen las asociaciones de personas afectadas por adicciones, tanto directa como indirectamente.

Se deben potenciar, también, las relaciones de coordinación con otros agentes implicados, como: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; el correspondiente órgano de coordinación estatal de los servicios sociales (en cuanto a las políticas de apoyo y reinserción); los de educación, los de trabajo (políticas de reinserción laboral y de prevención de riesgos laborales); los responsables de la coordinación de las políticas penitenciarias; las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en cuanto a las políticas de represión y control del tráfico y venta de drogas); el Ministerio de Economía y Hacienda, en cuanto a las políticas de fiscalidad de drogas legales; etc.

Finalmente, es preciso seguir potenciando y mejorando la cooperación con los agentes sociales (patronales y sindicatos) así como con los profesionales (sociedades científicas y órganos de representación de las distintas disciplinas académicas y profesionales implicadas).

En todo caso, las relaciones de coordinación establecidas en el plano estatal deben extenderse a cada uno de los ámbitos autonómicos y locales, desde donde se llevan a cabo las intervenciones sobre las poblaciones y las personas.

Entre los elementos de actuación que se requieren para mejorar y reforzar la coordinación cabe señalar:

Elaboración de criterios comunes para el establecimiento operativo de prioridades y para la formulación de los objetivos de los programas de prevención, protección y control.

Definición de papeles y actividades de los agentes participantes, así como de los compromisos de colaboración a compartir.

Establecimiento de un conjunto común de variables operativas para la valoración de los problemas y para la evaluación de las intervenciones.

Definición de criterios de calidad y de acreditación para los diversos programas junto con la promoción de incentivos y apoyo formativo para alcanzar dichos criterios.

### 5. Ámbitos de actuación

Los objetivos generales, además de responder a los principios rectores, deben enmarcarse y hacerse operativos en unos ámbitos de actuación determinados:

#### 5.1 Reducción de la demanda.

La reducción de la demanda comprende desde la promoción de la salud hasta las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados, pasando por la disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social. Así pues, este ámbito incluye tres componentes, cada uno de los cuales requiere un abordaje específico, aunque algunos contenidos deben ser comunes y transversales.

De acuerdo con la Estrategia europea 2005-2012, el resultado a conseguir a través de las actividades de reducción de la demanda es una «reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas».

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 comparte los objetivos a alcanzar en el ámbito de la reducción de la demanda de los Planes de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga. Para operativizarlos, se incluyen las actuaciones de prevención del consumo, de la disminución de riesgos y reducción de daños, así como de la asistencia e integración social.

5.1.1 Prevención.—La prevención del consumo se propone, en primer lugar, promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.

En segundo lugar, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo, que serán distintas según el tipo de droga y el ámbito y nivel de la intervención.

Y, en tercer lugar, conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

Es preciso diferenciar y considerar separadamente los objetivos y las actuaciones dirigidos al «consumo habitual» y al «consumo ocasional», no porque uno tenga mayor importancia que el otro, que la tiene, sino porque las circunstancias que los rodean suelen ser distintas y, por lo tanto, también su abordaje.

También hay que tener en cuenta que, aun cuando el propósito sea el mismo y algunas intervenciones, básicamente educativas e informativas, puedan compartirse, las circunstancias que afectan a la exposición y al consumo de drogas legales, medicamentos

ysustanciaseventualmenteadictivasdefácilacceso,sondiferentesque las correspondientes a las drogas ilegales.

La prevención del consumo es el ámbito clave sobre el que se apoya la nueva Estrategia 2009-2016. En este sentido, y como ya se ha apuntado anteriormente, resulta fundamental tener presente los siguientes aspectos estratégicos:

Fortalecer y ampliar el desarrollo y aplicación de políticas y programas de protección y control, prestando especial atención a aquellas personas y grupos poblacionales expuestos a un mayor número de factores de riesgo y, por tanto, particularmente susceptibles a desarrollar problemas en relación con las drogas.

Profundizar en la adopción de medidas políticas, programas y actuaciones con base en la evidencia científica.

Fomentar la cultura de la evaluación de los programas entre los profesionales del sector, proponiendo y apoyando a los Planes Autonómicos en el desarrollo de procesos de gestión basados en los resultados de las evaluaciones.

Impulsar la investigación y la transferencia de tecnología de relevancia.

Estos aspectos estratégicos deben estar presentes a la hora de actuar en los distintos sectores de población. Asimismo, los programas y las actuaciones preventivas deberán tener en cuenta una serie de contextos o elementos que son claves a fin de obtener los mejores resultados.

Poblaciones diana:

a) La sociedad en su conjunto: Si bien la sociedad española, no puede considerarse un «sector» sobre el que actuar, la implicación de la ciudadanía en general, puede promoverse de distintas formas:

Reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.

Fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad personal y familiar, así como los factores de protección en general, las habilidades de gestión familiar y las habilidades sociales y para la vida en particular.

Manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo, canalizadas a través de los medios de comunicación social, basadas en la evidencia científica y que potencien la transferencia de conocimientos de los expertos a la sociedad en su conjunto, mediante un lenguaje claro y comprensible.

Promoviendo la utilización por parte de las entidades públicas y privadas, y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos existentes y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc.) que han supuesto un cambio cuantitativo y cualitativo decisivo en la transmisión del conocimiento científico.

b) La familia: La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.

De acuerdo con ello, deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.

Debe promoverse, asimismo, el desarrollo transversal de la participación social de las familias, potenciar las redes informales existentes entre éstas, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.

La información y los programas y actividades a desarrollar se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de los diversos tipos de familia.

c) Población infantil, adolescentes y jóvenes: Se trata de sectores de la población que por diversas razones (situación en la etapa de desarrollo hacia la madurez, especial



vulnerabilidad a los estímulos hacia el consumismo en general, curiosidad ante las novedades, etcétera), pueden verse afectado en mayor medida en relación con el uso de drogas.

De otro lado, cabe señalar que son los adolescentes y los jóvenes quienes más participan en los denominados «consumos recreativos» de drogas como el cannabis o el alcohol y, en menor medida, la cocaína. Es imprescindible contar con ellos, tanto a la hora de aplicar las actuaciones preventivas, como incluso en el diseño y elaboración de las mismas.

d) La comunidad educativa: La comunidad educativa, en su acepción más amplia, constituye, junto a la familia, la instancia más importante para la socialización de las personas. Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible, tanto la implicación de los tres elementos que constituyen la comunidad educativa (alumnado, familias y profesorado), como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.

Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general.

e) La población laboral: La población laboral incluye a una capa muy amplia de la sociedad (población activa) y posee unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. Estas características no sólo facilitan y favorecen la intervención preventiva sino que, además, contribuyen de forma muy positiva a alcanzar objetivos preventivos, tanto en su propio medio como en el conjunto de la comunidad, además de facilitar la integración social.

Las actividades desarrolladas con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse incardinadas como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos), conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. En este sentido, se considera muy importante el papel que deben desarrollar las Comisiones para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, tanto en su acepción estatal como autonómica.

En relación con este apartado, conviene referirse a lo que se conoce como Responsabilidad Social Corporativa o Responsabilidad Social de la Empresa. Con ella se alude al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan del impacto que la actividad de las empresas producen en los ámbitos social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos. En el tema de las drogodependencias, las actuaciones de las empresas, junto con los sindicatos y las ONGs pueden ser decisivas a la hora de facilitar la integración laboral de los drogodependientes, la inversión en proyectos solidarios y el voluntariado de sus empleados.

También conviene referirse a las acciones que las Administraciones Públicas, en tanto en cuanto emplean a un elevado número de personas, están desarrollando y van a seguir haciéndolo sobre la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los empleados públicos, ya sea en el marco de programas de responsabilidad social, como extensión de los programas de prevención de riesgos laborales, o como programas específicos de promoción de la salud en el trabajo.

f) Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad: En los apartados anteriores se hace referencia a sectores de población identificados con un criterio generalista o universal, es decir, sin tener en cuenta su potencial exposición a factores de riesgo específicos (sociedad general, familias, población adolescente y juvenil, etc). No obstante, esta Estrategia considera imprescindible tener en cuenta a determinados colectivos que, por diversas razones, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad, tanto en

lo que se refiere a su inserción en la sociedad, como, de una forma más concreta, en lo que esa situación pudiera afectarles en su relación con el consumo de drogas.

Entre estos colectivos cabe señalar poblaciones inmigrantes, minorías étnicas o culturales, así como la población con problemas de salud mental, jurídico-penales y, en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma.

El papel de la población inmigrante en la sociedad española es cada vez más relevante. No sólo es el grupo de población que más aumenta, con un índice de natalidad mayor, sino que su participación en diversos sectores y segmentos de nuestra economía y sociedad es creciente, impulsando también cambios socioculturales. Es preciso señalar la necesidad de diferenciar diversos colectivos dentro de la población inmigrante, así como la de conseguir la implicación de estos mismos colectivos en el diseño y desarrollo de las políticas de prevención.

En ningún caso es legítimo generalizar, y atribuir a esta población una incidencia mayor de problemas relacionados con las drogas a la de la población española en su conjunto, tanto en lo que se refiere al tráfico, como en relación con el consumo de drogas, pero sí puede ocurrir que, en algunas circunstancias, las drogodependencias u otros problemas relacionados con las drogas puedan afectar, con características propias, a algunos sectores de población inmigrante.

En la actualidad, es posible identificar una serie de condiciones personales y sociales que incrementan la vulnerabilidad hacia el consumo de drogas; la mayoría de ellas se relacionan con otras conductas problemáticas tales como el fracaso escolar, los problemas con la justicia, los embarazos no deseados en adolescentes, las conductas de riesgo para la salud, o el comportamiento violento, porque en la raíz de todas estas conductas se pueden encontrar procesos comunes.

Las conductas de riesgo y, dentro de ellas, el abuso de drogas, son procesos que suelen ir conformándose a lo largo del desarrollo del individuo, a veces desde las primeras etapas, a través de fracasos en los procesos de integración social.

Los colectivos en situación de marginación social han sido y son uno de los segmentos poblacionales más castigados por las drogodependencias. Si a esto sumamos el hecho de que se observa un mayor riesgo de que pueda producirse algún tipo de implicación en la distribución de drogas al por menor y de que, en muchas ocasiones, a personas de estos colectivos se les relaciona con la delincuencia, se comprenderá que debe seguir siendo una de las poblaciones con las que es preciso intensificar el trabajo en todas las facetas de la intervención en drogodependencias.

#### Contextos de actuación:

Como complemento al carácter global y transversal que caracteriza a las políticas sobre drogas, es necesario contar también con una serie de elementos y entornos con un claro potencial preventivo. En este sentido, y para obtener una adecuada eficacia en la prevención del consumo, es imprescindible contar con la implicación de sectores sociales que cumplen funciones clave de mediación, así como con la cooperación de los profesionales que trabajan en ellos.

En este punto, hay que destacar fundamentalmente el protagonismo de los medios de comunicación, de los sistemas sanitario y social, del sector económico vinculado a la oferta de opciones de ocio, así como de los agentes de seguridad vial y ciudadana. Esto no significa que haya que obviar otros contextos relevantes para la prevención, como el educativo, el laboral o el comunitario en los que se viene trabajando de manera intensa desde hace años, sino que es necesario reforzar el trabajo en aquellos contextos que han recibido una menor atención.

a) Medios de comunicación: En la sociedad actual, el papel de los medios de comunicación es clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión, así como a la formación de la ciudadanía para adquirir una visión informada sobre los principales temas que afectan a la sociedad y sobre los factores que los determinan. Por

ello, no sólo es necesario atender al contenido de la información difundida, sino a los mensajes más o menos explícitos que contiene dicha información.

Es conveniente potenciar el desarrollo del trabajo conjunto entre los responsables del Plan Nacional Sobre Drogas y los profesionales y representantes cualificados de los medios de comunicación para consensuar una serie de recomendaciones sobre el abordaje informativo de los temas relacionados con las drogas, sus condicionantes, su impacto y la evidencia de efectividad de las distintas opciones preventivas y asistenciales.

Existen precedentes que pueden facilitar esta tarea, entre los cuales merece la pena destacar «El decálogo general para periodistas» (elaborado en el marco del Foro «La Sociedad ante las Drogas»).

El decálogo plantea, entre otras recomendaciones, la necesidad de que, en relación con las drogodependencias, los medios de comunicación se refieran a los usos de drogas de forma que quede explícito que existen distintos tipos de «consumos» (esporádico, problemático, adicción, policonsumo, etc.) y distintas formas de relación con las drogas, se evite tanto la banalización del consumo experimental como el sensacionalismo, se equilibre la atención entre drogas legales e ilegales y se restrinja la promoción y publicidad de todo tipo de sustancias tóxicas adictivas.

En este tipo de documentos se señala, además, la necesidad de disponer, facilitar y promover una adecuada formación para incrementar la competencia de periodistas y profesionales de los medios de comunicación en general.

Un aspecto importante a considerar es el establecimiento de proyectos de colaboración entre profesionales del sector preventivo y realizadores de audiovisuales para la producción de espacios de ficción a emitir en los canales televisivos, cuidando que el tratamiento que se haga de las drogas en los mismos no tenga un carácter contrapreventivo.

b) Sistemas educativo sanitario y social: Para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación del sistema educativo, de los servicios sociales y sanitarios y, especialmente, del conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios en el ámbito de la atención primaria. Su contribución en tareas de educación, información y formación a los distintos grupos de población con los que trabajan cotidianamente es imprescindible.

En este contexto cabe señalar la necesidad de la implicación de las oficinas de farmacia, que deben desarrollar una función insustituible en la adecuada dispensación de medicamentos psicoactivos, en relación con la comunidad donde se encuentran situadas.

c) Industria del ocio y del entretenimiento: La oferta comercial de opciones de ocupación del ocio y el tiempo libre se ha convertido en una de las industrias más potentes de las sociedades desarrolladas. Para muchos grupos, especialmente los comprendidos en edades más jóvenes, el ocio en general y, señaladamente, el ocio nocturno, no sólo se produce mayoritariamente asociado al consumo abusivo de alcohol y otras drogas sino que, además, entre quienes practican estos estilos de vida, se observa una baja percepción del riesgo asociado a los consumos.

A fin de incrementar la percepción del riesgo, así como promover la adopción de opciones personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos y reducir los daños derivados de los consumos en contextos recreativos, es fundamental que las Administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y otros agentes económicos, relacionados con el sector recreativo, así como la formación necesaria del personal laboral que trabaja en dicho sector económico.

d) Seguridad vial y ciudadana: Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como aquellos otros que trabajan en los ámbitos territoriales autonómico y local, también tienen una función preventiva importante, tanto en el trabajo de velar por el cumplimiento del marco legal existente en aspectos de protección, regulación y control, como en el de contribuir a difundir las regulaciones existentes y las razones de convivencia democrática y de protección de la salud que las sustentan.

De hecho, los estamentos responsables de la seguridad vial y ciudadana ya desarrollan actividades que inciden de un modo especial en el campo de la prevención. Por ello, tanto desde los órganos centrales de la Administración General del Estado (y muy especialmente

desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) como desde los Planes Autonómicos, se potenciarán los recursos y oportunidades de formación en el campo preventivo, así como los canales de coordinación y comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para actuaciones de este tipo. De igual modo, desde los Planes Locales se deben llevar a cabo iniciativas en el mismo sentido.

5.1.2 Disminución del riesgo y reducción del daño.—Se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos, o las salas de venopunción asistida).

En cualquier caso, se trata de actividades y programas que, desde hace años, han experimentado un elevado nivel de desarrollo en España y en otros países, y que merecen una consideración especial en esta Estrategia.

Los objetivos a los que deben dirigirse las intervenciones en este ámbito son: evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado y, sobre todo, reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Las actividades que deben mantenerse y las que deberán mejorar en el marco de esta Estrategia son distintas cuando se relacionan tanto con los riesgos como con los daños producidos por el consumo de drogas legales, medicamentos y sustancias eventualmente adictivas de fácil acceso, que cuando se refieren al consumo de drogas ilegales, aunque, no obstante, comparten algunos aspectos.

Poblaciones diana:

Es razonable afirmar que la sociedad en su conjunto debe tener una información adecuada y suficiente sobre la intención, las características y la sólida evidencia de efectividad que informa aquellos programas y actividades dirigidos a disminuir los riesgos y reducir los daños que ocasiona el consumo de drogas. Al mismo tiempo, es preciso enfatizar la necesidad de velar para que programas, campañas y materiales específicos, no acaben utilizándose en contextos inadecuados (por ejemplo, con población general).

Los grupos de población beneficiarios de estos programas y actividades son:

Sectores de población consumidores de drogas, no susceptibles de inclusión en programas encaminados a la abstención del consumo.

Consumidores de heroína de larga duración.

Entornos de población en situación de marginalidad o exclusión social (por ejemplo, personas que viven en barrios marginales, grupos vinculados a los «mercados de las drogas», personas internas en centros penitenciarios, etc.).

Grupos de población que frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo (por ejemplo, concentraciones juveniles en contextos de ocio y fiesta, discotecas, etc.).

Colectivos que por determinadas circunstancias pueden verse especialmente afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, como pueden ser los conductores de vehículos o las mujeres embarazadas.

Este tipo de programas comprende una serie variada de actuaciones entre las que cabe citar: programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas y kits sanitarios, talleres de sexo seguro, etc. Si bien en un principio estuvieron muy relacionados con la prevención de la infección del VIH y el SIDA, y en estrecha relación con el consumo de heroína, estos programas han ido evolucionando y en la actualidad incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de alcohol y otras drogas, así como actuaciones de disminución de riesgos, especialmente en contextos de ocio nocturno.

En relación con lo anterior, los sectores de población que más se benefician de ellos se han ampliado desde unos colectivos de heroinómanos en situación marginal en sus inicios, a capas cada vez más amplias e integradas en la sociedad.

Contextos de actuación:

Para obtener un resultado eficaz en la disminución del riesgo y en la reducción del daño, las actuaciones deben llevarse a cabo, básicamente a nivel comunitario, en dos grandes ámbitos: el de la atención social, y el sanitario. En relación con ellos, cabe señalar los siguientes aspectos estratégicos:

En el ámbito de la atención social:

Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema de atención social, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (recursos de calle, dispositivos itinerantes, sistema judicial, servicios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.

Mejorar la cobertura y la accesibilidad de las personas internas en los centros penitenciarios a programas específicos de reducción de daños-intercambio de jeringuillas, metadona, etc.

Mejorar los programas de medidas alternativas a la prisión.

Facilitar la respuesta oportuna de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y otros colectivos dedicados a la atención ciudadana y de urgencias, frente a situaciones en las que es necesaria una intervención rápida para evitar muertes por sobredosis u otros daños evitables.

Ampliar la cobertura de programas de calle o de contacto, acceso y detección precoz de problemas que afectan a grupos de población en situación de riesgo.

Reforzar los sistemas de alerta y detección de nuevos consumos.

Mejorar la información relativa a los recursos asistenciales y optimizar los procesos de cribaje y derivación a los servicios pertinentes.

En el ámbito sanitario:

Fomentar la orientación comunitaria del conjunto del sistema sanitario y su coordinación con los recursos sociales, promoviendo y reforzando actividades coordinadas entre los distintos servicios existentes (Salud Pública, Atención Primaria, servicios sanitarios de urgencias, etc.), tanto autonómicos como locales.

Promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los dispositivos de apoyo, con el propósito de generar sinergias en el abordaje de los problemas ocasionados por el consumo de drogas.

Optimizar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de intercambio de jeringuillas y de información y consejo.

Mejorar la calidad de la actuación de los servicios de urgencias hospitalarios mediante la capacitación de los profesionales y el diseño conjunto de procedimientos de atención con el objetivo principal de la reducción de daños (morbimortalidad directa e indirecta) y la detección y derivación de los pacientes.

Mejorar la respuesta de los servicios de emergencias y de la atención especializada.

5.1.3 Asistencia e integración social.—El análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años en España permiten observar el cambio producido en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias. Quizás el más significativo resida en la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, en el reconocimiento de que los afectados por las mismas tienen derecho a la correspondiente atención sanitaria y social.

La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades, siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine e incremente la misma, desde la máxima de que cualquier programa está en función de las necesidades del individuo.

Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada

desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico.

El contexto asistencial en el que se desarrolla la desintoxicación y la deshabituación de la conducta adictiva es de relevante importancia, y cada vez está más extendida la conclusión de que existe una relación directamente proporcional entre las actuaciones sanitarias y sociales en el marco natural del entorno del paciente y el éxito terapéutico.

Por otro lado, al alto grado de calidad ya alcanzado por las redes asistenciales en el conjunto del Estado en la actualidad, se trata de añadir la máxima precocidad posible en las intervenciones (detección de factores de riesgo y cribaje, derivación, diagnóstico de la adicción, inicio de la deshabituación, y estrategias de mantenimiento y consolidación de la abstinencia), así como de garantizar la calidad (efectividad, eficiencia, equidad) de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, para lo cual es imprescindible la coordinación entre los servicios sociales, el sistema judicial y los servicios sanitarios.

Las recaídas en el consumo de drogas, una vez iniciado el proceso de tratamiento, forman parte del mismo, y como tal han de abordarse, tanto por los profesionales como por el propio paciente y el entorno familiar y social que le rodea.

Se debe tener en cuenta que, para muchas personas, el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una determinada sustancia, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores. En este sentido, se debe prestar una especial atención a la potenciación y mejora de los recursos de inserción social para aquellas personas que abandonan las instituciones penitenciarias.

Asimismo, es fundamental reforzar los mecanismos que promueven la «no desvinculación» de las personas en tratamiento de su medio laboral y, en todo caso, que faciliten la reinserción en el mismo. Se hace necesaria una atención integral y coordinada dirigida a la incorporación social de la persona, al acceso y disfrute de los derechos sociales básicos (vivienda, empleo, educación, salud, protección social, etc.), que, además, tenga en cuenta los distintos perfiles de las personas, no sólo desde las carencias, sino, sobre todo, desde sus potencialidades y capacidades, lo que exige la diversidad y personalización en la atención, acompañamiento y tratamiento.

Poblaciones diana:

En este apartado, los sectores de población sobre los que se debe trabajar son:

Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos de la red pública o específica de atención (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).

Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.

Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).

Personas que se hallan internas en centros penitenciarios o están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.

Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.

Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.

Las personas afectadas por patología dual, que presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.

Contextos de actuación:

Los entornos desde donde se desarrolla este ámbito de intervención son:

El sistema sanitario: Mediante la implicación de los servicios de atención primaria y de los dispositivos de apoyo específicos (centros de atención y seguimiento; centros de salud

mental, etc.), pero siempre tendiendo a la «no duplicación» de redes asistenciales. Adicionalmente, hay que prestar atención al fomento de la coordinación entre el primer escalón asistencial y la atención especializada.

Los servicios sociales: Mediante la coordinación entre trabajadores sociales de los sistemas social y sanitario.

El ámbito laboral: Asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales, los comités de empresa y los sindicatos, tanto con los servicios sanitarios como con los sociales.

El sistema judicial: Promoviendo la coordinación con el sector socio-sanitario y facilitando un enfoque judicial orientado a la incorporación social de las personas en situaciones vulnerables.

## 5.2 Reducción de la oferta.

La moderna criminalidad organizada se caracteriza por su capacidad para aprovechar las oportunidades que le facilita un nuevo modelo cultural basado en la globalización económica y social, configurada a partir de la revolución tecnológica que ha permitido un incremento extraordinario de la capacidad para mover personas y mercancías a través de los nuevos medios de comunicación, el aumento de los intercambios casi instantáneos de datos e información y la posibilidad para transferir capitales entre puntos muy distantes del planeta en un tiempo muy reducido.

Como parte básica de la amenaza derivada del crimen, el tráfico de drogas, el desvío de precursores y el blanqueo de capitales relacionado, constituyen fenómenos de la máxima importancia para explicar el crimen organizado, y deben formar parte fundamental de cualquier estrategia contra el delito.

En relación con este apartado, la Estrategia Europea 2005-2012 señala que el resultado a conseguir es una mejora apreciable de la efectividad, la eficacia y los conocimientos en las intervenciones y actuaciones de las fuerzas y cuerpos de seguridad de la UE y sus Estados miembros centradas en la producción y el tráfico de droga, el desvío de precursores, el tráfico de drogas de síntesis y el blanqueo de dinero en conexión con la delincuencia relacionada con la droga.

En este ámbito, las actuaciones son muy distintas según se trate de drogas de acceso legal (tabaco alcohol) y medicamentos o de drogas ilegales.

En el primer caso, se debe poner el énfasis en la normativa sobre publicidad, venta y consumo, haciendo especial referencia a las edades y lugares donde se puedan vender dichos productos y donde sea legal su consumo, junto con las circunstancias aplicadas en cada caso.

En lo que se refiere a las drogas ilegales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y especialmente la Fiscalía Antidroga, actúan en esta parte del proceso genérico oferta-demanda, afectando a cuatro grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales:

1. El proceso de producción de las drogas a partir de materias primas y precursores.
2. El proceso de distribución mayorista de las sustancias, incluyendo el tráfico internacional y el tráfico interno en cada Estado.
3. El proceso de distribución minorista, es decir, de distribución al consumidor final de la sustancia.
4. El proceso de transformación de las ganancias obtenidas en bienes económicamente cuantificables.

España no es un país caracterizado por la fabricación de sustancias ilegales a partir de materias primas cultivadas, ni a partir de procesamientos químicos que transformen los principios activos en sustancias consumibles por los demandantes.

Sin embargo, es necesario prestar atención a los eventuales procesos de desplazamiento de laboratorios de elaboración de toda clase de drogas, singularmente cocaína, heroína y drogas de síntesis que pueda tener como resultado la progresiva instalación de dichos laboratorios en nuestro país.

La lucha contra la distribución mayorista de ciertas drogas (hachís y cocaína singularmente) ha sido tradicionalmente un punto fuerte en las acciones españolas contra el tráfico mundial de drogas, especialmente en Europa. Durante años, España ha sido el país europeo líder en cantidades incautadas de resina de hachís y de clorhidrato de cocaína, y su posición en el ámbito mundial ha sido desde hace años una de las más altas en la relación de cantidades incautadas.

La creación, a finales de 2006, del Centro de Inteligencia contra el Crimen Organizado (CICO), una de cuyas funciones consiste en desarrollar Inteligencia Prospectiva sobre todas las modalidades de crimen organizado, incluyendo la derivada del tráfico de drogas y el blanqueo de capitales, ha supuesto un impulso considerable en lo que se refiere a estas tareas.

Consciente de la necesidad de formalizar mecanismos de coordinación eficaces entre las unidades y servicios competentes en la lucha contra el tráfico de drogas, el CICO asumió también funciones de coordinación operativa a fin de mejorar la eficacia policial y racionalizar los recursos empleados en la lucha contra esta modalidad de crimen organizado.

La mejora continuada de las medidas para reducir la oferta de drogas que se han puesto en marcha durante la vigencia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, junto con la adaptación de las mismas a las tendencias actuales ha marcado la orientación de los aspectos estratégicos concretos en el área de la reducción de la oferta de drogas.

Los aspectos estratégicos a considerar y de mayor relevancia son:

Perfeccionar las capacidades de Inteligencia sobre el fenómeno de las drogas, al objeto de comprender todas sus dimensiones, predecir sus tendencias y posibilitar la reacción anticipada ante las nuevas modalidades de tráfico de drogas ilegales y blanqueo de capitales.

Desarrollar y mejorar los mecanismos operativos de lucha contra la oferta de drogas a través de la optimización de los recursos judiciales y policiales especializados.

Reforzar la coordinación operativa entre Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera y Policías Autonómicas con competencias.

Profundizar en los mecanismos de colaboración policial y judicial internacional en los foros y áreas territoriales de interés estratégico para España, singularmente Unión Europea, América Latina, Norte de África, África Occidental, Este de Europa, Asia central y Extremo Oriente.

Desarrollar planes de formación específicos en la investigación del tráfico de drogas, así como en la investigación patrimonial y blanqueo de capitales relacionados con dicho tráfico, dirigidos a mandos intermedios y personal de base de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera y Policías Autonómicas.

Desarrollar planes de intervención policial contra el consumo de drogas en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1992, de Prevención de la Seguridad ciudadana. Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado diseñarán y aplicarán estos planes, procurando, en su caso, la participación de las policías autonómicas y locales.

Se mantendrán los Planes de Respuesta Policial al tráfico minorista y consumo de drogas en los centros educativos y sus entornos, y en las zonas, lugares y locales de ocio y diversión, de forma constante y su activación especial en períodos determinados (vacaciones de verano, festividades nacionales y locales), primordialmente orientadas a garantizar la seguridad de los jóvenes y los menores.

### 5.3. Mejora del conocimiento científico básico y aplicado.

En relación con la información y la investigación, la Estrategia europea 2005-2012, señala como resultado a conseguir: «una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una respuesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura».

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como objetivos en este ámbito «incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo y su prevención y tratamiento» y «potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones».



Un aumento de la evidencia científica redundará en una mayor eficacia y mejores resultados de las intervenciones a realizar, y la apropiada evaluación de éstas podrá sumarse a la evidencia disponible.

Las áreas estratégicas en este campo son las siguientes:

Impulsar la actividad investigadora en aspectos menos explorados como son los nuevos retos planteados en el ámbito de las drogodependencias, las motivaciones del consumo, las diferencias de género en el fenómeno de las drogodependencias y las características de la oferta.

Establecer líneas prioritarias de trabajo basadas en criterios de efectividad y de viabilidad.

Fomentar la realización de revisiones y metaanálisis en el ámbito del conocimiento científico, y en el de la eficacia y eficiencia de las intervenciones.

Promover activa y selectivamente la investigación aplicada y la evaluación de programas e intervenciones, haciendo especial hincapié en los criterios de eficiencia e igualdad.

Se debe garantizar el incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos de investigación evitando duplicidades, y buscando la complementariedad de objetivos y resultados desde las entidades que financian estos proyectos.

Los ámbitos en los que se deben promover y desarrollar las actividades se refieren a la investigación básica; la aplicada y la evaluativa. En consonancia con lo anteriormente expuesto, desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes Autonómicos, se marcarán las orientaciones y prioridades de los proyectos a realizar por las instituciones y organismos responsables del fomento y el desarrollo de la actividad investigadora.

En el ámbito preventivo es necesario promover y apoyar la recogida y análisis de nuevos indicadores relevantes para la toma de decisiones en prevención. Debe procurarse, también, la validación experimental de programas y materiales existentes o en desarrollo, así como la validación de instrumentos de medida de resultados que hayan sido desarrollados y validados en otros contextos culturales.

En el ámbito asistencial se promoverá la investigación sobre efectividad asistencial y sobre la satisfacción de los usuarios de las redes y recursos, incluidos los propios profesionales.

Para todo ello es necesario fomentar la difusión y transferencia de información sobre los resultados de los estudios y proyectos financiados desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los Planes Autonómicos y los Entes Locales.

Se debe contemplar:

La optimización de los datos disponibles en las bases de datos de los programas estatales, autonómicos y locales.

La recopilación y análisis de los datos procedentes de los estudios y proyectos subvencionados desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y otras fuentes financiadoras.

La monitorización y vigilancia periódica de la evolución de los distintos indicadores.

En este marco de trabajo los esfuerzos deben orientarse a:

La elaboración de criterios y requisitos para la presentación de proyectos que aspiren a recibir subvenciones en el ámbito de la investigación.

El establecimiento de prioridades operativas elaboradas de manera que disuadan efectivamente la presentación de proyectos que no se ajusten a las mismas.

La publicación y difusión de los resultados de las investigaciones financiadas.

El análisis del impacto de las actividades en términos de efectos sobre la prevención; la reducción de daños y el fomento de la equidad.

La promoción del análisis de costes y evaluación del impacto económico derivado de las actividades desarrolladas.

La facilitación, y fomento de la sostenibilidad de redes de investigación específica que permitan la cooperación multidisciplinar y multisectorial.

La promoción y desarrollo de la investigación participativa. La investigación, en este campo, no puede quedarse limitada a los grupos de profesionales o expertos que habitualmente se dedican a ello, sino que es necesario fomentar e implicar a otros actores que aporten visiones nuevas y complementarias de las ya existentes.

El impulso de programas de investigación específicos en los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Universidades, parques de investigación y empresas privadas.

El fomento de la participación y la cooperación con instituciones y organismos de ámbito internacional que lleven a cabo su actividad investigadora en el campo de las drogodependencias (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Consejo de Europa, etc.).

#### 5.4 Formación.

Aun tratándose de un ámbito transversal que impregna toda la Estrategia, se contempla también de manera individualizada, ya que se trata de una dimensión básica para conseguir mejorar la competencia de los actores implicados en la prevención y el control de los problemas relacionados con las drogas.

Por ello, los propósitos de este ámbito de actuación se refieren a la mejora de la calidad de todas las intervenciones y actuaciones contempladas en la Estrategia, con una marcada preferencia por el de la reducción de la demanda, y a la contribución a la mejora de la calidad de cualquiera de los otros ámbitos.

Se trata, pues, de contribuir a la mejora de las competencias profesionales de quienes desarrollan su trabajo en los servicios sociales, educativos y sanitarios. Especialmente, en los contextos concretos donde se realicen actuaciones destinadas a la promoción de estilos de vida saludables y a la difusión de contenidos relacionados con un mejor desarrollo de la salud en la comunidad (centros educativos, de recursos sociales y de salud de la atención primaria, así como de los recursos propios de la salud pública, etc.).

Se fomentará, también, la mejora de la capacitación de las personas que trabajan, remunerada o voluntariamente, en las entidades ciudadanas y comunitarias, así como la contribución al desarrollo de las competencias del resto de agentes implicados: profesionales de los servicios de prevención de riesgos laborales, educadores, responsables de los servicios de sanidad penitenciaria, trabajadores y profesionales del sector del ocio, profesionales de los medios de comunicación, etc.

Para conseguir llevar a cabo efectivamente este tipo de contribuciones, los aspectos que deben marcarse coordinadamente desde el Plan Nacional Sobre Drogas, en colaboración con los responsables del sistema educativo, son:

Establecer las prioridades, formular los objetivos y diseñar los procedimientos de evaluación de los programas de formación, tanto propios como subvencionados.

Elaborar criterios y procedimientos de acreditación de los programas de formación de los profesionales que trabajan en drogodependencias.

Aumentar y diversificar la oferta formativa estableciendo prioridades y requisitos que estimulen el diseño y el desarrollo de formación en aquellas facetas que se consideren más relevantes, o en las que se hayan detectado carencias.

Promover la formación en técnicas concretas de investigación y en la transmisión y difusión de los conocimientos en las áreas científica y social.

Los colectivos a los que se deben ofrecer las actividades y programas de formación son, entre otros:

Asociaciones y entidades ciudadanas: En este caso, la oferta formativa debe estar abierta a las demandas existentes, pero incorporando criterios de calidad, así como programas específicos para las entidades que reciban subvenciones de las distintas instancias que constituyen el Plan Nacional sobre Drogas. De especial relevancia se debe considerar el papel a desarrollar con y por las Asociación de Madres y Padres de Alumnos

(AMPAS) ya que debe suponer un refuerzo de complementariedad añadido al trabajo que desarrolla el personal docente.

Profesionales que integran la comunidad educativa: Facilitar al profesorado formación e información fiable que incluya criterios de valoración, así como de aplicación de contenidos y métodos apropiados a cada etapa evolutiva. Complementariamente, es conveniente promover y facilitar la implicación voluntaria de adolescentes con interés en participar en intervenciones de prevención entre iguales.

Profesionales de la salud y de los servicios sociales: Aunque ya se ha expuesto anteriormente, se debe hacer hincapié en la necesidad de formación y actualización permanente de los profesionales y trabajadores implicados en la asistencia a las personas afectadas por problemas de adicción relacionados con las drogas y a sus familias.

Profesionales de la comunicación: Se promoverán acciones dirigidas a la formación de profesionales de los medios de comunicación, a fin de mejorar su capacidad para que los mensajes que difunden se adecuen a los criterios mencionados anteriormente.

Población laboral: Debe realizarse en una doble dirección: Por un lado, dirigida a miembros de Comités de Empresa, servicios de prevención de riesgos laborales, sindicatos, etcétera, de manera que se les faciliten instrumentos de intervención en sus ámbitos de actuación. Por otro, a profesionales de servicios dedicados al ocio, particularmente de jóvenes, ya que es un ámbito en el que se produce una parte muy considerable de los consumos de drogas.

Agrupaciones familiares de personas afectadas: Se deben realizar ofertas formativas ágiles y adaptadas, dirigidas a mejorar la relación familiar y a promover su implicación en la prevención, el apoyo y la reinserción.

Profesionales que prestan sus servicios en los centros penitenciarios. Se fomentarán las acciones tendentes a mejorar la formación de los profesionales que trabajan en dicho sector.

Profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales: En este caso se deben realizar también acciones en doble dirección. Por un lado fomentando y mejorando sus capacidades en la lucha contra la oferta y por otro potenciando su vertiente de colaboración en la reducción de la demanda.

Profesionales de la Justicia: Se debe fomentar la sensibilización de dicho colectivo ante este problema que comprende aspectos legales, sanitarios y sociales.

#### 5.5 Cooperación internacional.

Los problemas generados por las drogas ilegales trascienden el ámbito nacional. La producción, el tráfico y sus delitos conexos así como el consumo de drogas poseen una dimensión mundial, más allá de áreas geográficas determinadas.

Los principios establecidos en la comunidad internacional pasan por tener en cuenta los siguientes aspectos:

Enfoque equilibrado: Las iniciativas dedicadas a hacer frente al fenómeno de las drogas han de regirse por un abordaje integral, por lo que han de incluirse las acciones destinadas a la reducción de la oferta de drogas, la prevención del consumo, y la atención a las personas con problemas de adicción.

Responsabilidad compartida: Los problemas relacionados con las drogas afectan a la comunidad internacional y todos los actores de la cooperación internacional juegan un papel en el que se comparten esfuerzos e iniciativas para así reforzar las actuaciones. Carece de sentido por ello hacer divisiones entre áreas geográficas determinadas, países o regiones, adjudicando la condición de productor, traficante o consumidor y estableciendo políticas discriminatorias al respecto.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, la cooperación internacional ha constituido un área de atención preferente para las autoridades españolas competentes en la materia, dado que dicha cooperación se desarrolla en diversos ámbitos de actuación y con la participación decidida de numerosos organismos e instituciones. Hay que tener en cuenta, además, las circunstancias que hacen de España un lugar estratégico para el tráfico de drogas ilegales en el contexto mundial y europeo, así como las crecientes dimensiones del consumo global de drogas que se tratan en otro apartado de esta Estrategia.

Ambos factores han consolidado una presencia permanente de representantes españoles en los foros de cooperación internacional sobre drogas, ya sean de ámbito mundial o regional. Al mismo tiempo, existe un reconocimiento internacional de la experiencia de los profesionales españoles, por lo que la presencia de éstos viene siendo solicitada por parte de diversas instancias para desarrollar actividades de formación, así como para el intercambio de informaciones y la constitución de equipos y redes de colaboración internacionales.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 cumple una doble función en el ámbito internacional: por un lado debe necesariamente encuadrarse en la unidad de representación y actuación del Estado español en el exterior y, por otro, consolidar todos los esfuerzos internacionales llevados a cabo hasta el presente. En este sentido, hay que recordar una vez más que el fenómeno de las drogas es dinámico y que es necesario disponer de instrumentos que permitan responder a las nuevas necesidades que puedan surgir, tanto en lo que se refiere a la aparición de nuevas sustancias y nuevos métodos de consumo, como al trazado de nuevas rutas para el tráfico ilícito de sustancias, lo que a nivel internacional podría dar lugar a nuevas áreas de cooperación. Todo ello hace necesaria la creación de un instrumento flexible, capaz de responder a la realidad cambiante ya descrita.

Es necesario destacar la dimensión profesional de esta cooperación, con una continuada transferencia de conocimientos y experiencias, tanto en aspectos de prevención y asistencia a las drogodependencias, como en la formación e investigación. La cooperación internacional sobre drogas incide en las políticas de cooperación al desarrollo en aquellos países donde esta dimensión resulta fundamental.

En el ámbito internacional, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 consolida todos los esfuerzos llevados a cabo hasta el presente, se encuadra en la necesaria unidad de representación y actuación del Estado español en el exterior y tiene la vocación de estar pendiente de nuevos desarrollos que puedan surgir en el dinámico campo de las drogas con objeto de avanzar en nuevas áreas de cooperación.

Cabe señalar los ámbitos de cooperación internacional siguientes:

Naciones Unidas:

La participación de España en las actividades de las Naciones Unidas constituye un ámbito destacado de la cooperación española sobre drogas. El Gobierno español coopera desde antiguo en los órganos de decisión política del sistema de Naciones Unidas y presta asistencia técnica y financiación de proyectos ejecutados por los órganos especializados en drogas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 impulsará la presencia activa de España en la cooperación con las Naciones Unidas sobre drogas.

Unión Europea:

La Unión Europea desarrolla su Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012 a través de la mejora de la coordinación entre los Estados miembros y la Comisión, así como en el fomento y la continuación de un planteamiento equilibrado de los problemas relacionados con las drogas.

La Estrategia Europea tiene un carácter horizontal y abarca actuaciones dirigidas a promover la salud pública en las personas que consumen drogas, luchar contra el tráfico de drogas y delitos conexos y promover la cooperación de la Unión Europea ante organizaciones y foros internacionales y en sus relaciones con países y áreas geográficas de todo el mundo.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se asociará estrechamente a las actuaciones que se deriven de la Estrategia Europea contenidas en el Plan de Acción 2009- 2012 que la desarrolla y promoverá las iniciativas españolas que se presenten en la Unión Europea.

Otros ámbitos de la cooperación internacional sobre drogas:

Son numerosos los foros de cooperación, general y especializada, en los que se desarrolla la cooperación internacional sobre drogas en las diversas dimensiones de los

problemas planteados por la producción, el tráfico y delitos conexos a la comercialización y el consumo de drogas.

Los Planes de Acción que desarrollan la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 incluirán las acciones a realizar por España en ámbitos específicos, y en los organismos internacionales correspondientes de la cooperación internacional sobre drogas.

Áreas geográficas de atención preferente:

La política exterior del Gobierno español señala, entre sus prioridades, la cooperación con Iberoamérica y la cuenca mediterránea. En esas áreas geográficas, la cooperación española en materia de drogas ha venido desarrollándose con continuidad de forma bilateral con países concretos o en las estructuras regionales existentes. Son numerosos los proyectos realizados para la prevención del consumo de drogas, la desaparición de cultivos ilícitos y la lucha contra el tráfico de drogas.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 promoverá la presencia activa de España en la cooperación sobre drogas que se desarrolla con Iberoamérica y con los Estados de la cuenca mediterránea.

## 6. *Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*

La evaluación de las políticas públicas se ha convertido, en los últimos años, en un requisito indispensable de la acción de la Administración, debido, por una parte, a la obligación de rendir cuentas a la sociedad sobre la utilización de los recursos públicos y, por otra parte, a la necesidad de mejorar el conocimiento sobre los efectos de las acciones llevadas a cabo y de los mecanismos que los explican. Sólo incrementando este conocimiento es posible mejorar, de forma paulatina, la efectividad y eficiencia de las actuaciones emprendidas.

La Estrategia 2009-2016, al igual que otras estrategias del sector público, incluye una propuesta de evaluación, cuyo objetivo general es hacer un juicio de valor de la misma mediante un abordaje científico. En concreto, esta evaluación persigue conocer si se están llevando a cabo en la forma prevista las intervenciones recogidas en la Estrategia, si se alcanzan sus objetivos y, si se producen desviaciones, detectarlas precozmente, en su caso, y proponer las medidas correctoras oportunas. Por tanto la evaluación debe considerarse como una parte de la propia estrategia y no como un elemento adyacente a la misma.

Su diseño debe contemplar los siguientes criterios:

Evaluación de la eficacia o efectividad en la consecución de los objetivos, así como la eficiencia de los recursos y mecanismos puestos en marcha para conseguir lo previsto.

Garantía de la credibilidad y solidez de los datos y resultados que aporte, mediante la adopción de una metodología objetiva y de calidad. Para ello es oportuno que se realice de forma mixta, contando con la colaboración de agentes externos que garanticen estos dos aspectos.

Participación en la evaluación de todos los agentes interesados en la Estrategia, incluyendo Administraciones Públicas, Organizaciones no Gubernamentales, sociedades científicas, asociaciones de consumidores, sindicatos, y pacientes, entre otros.

Análisis de su contribución a la promoción de valores finales como la equidad, la igualdad y la calidad de vida.

Establecimiento de los períodos idóneos para realizarla. Debe incluir una evaluación basal, que ofrezca un dibujo del estado de situación inicial, evaluaciones intermedias realizadas de forma periódica que permitan conocer precozmente si se producen desviaciones y proponer las medidas correctoras oportunas y una evaluación final que ofrezca una visión de los resultados obtenidos y de los mecanismos que los explican.

Los momentos en los que se realice la evaluación deben determinarse de manera que garanticen su contribución a un proceso continuo de toma de decisiones que permita conseguir los objetivos finales marcados.

Inclusión de mecanismos que permitan mejorar el conocimiento sobre las relaciones de causalidad, incluyendo el análisis de factores contextuales que ayuden a su comprensión.

Para establecer esos vínculos de causalidad, los Planes de Acción que desarrollen la Estrategia contemplarán las siguientes actividades:

Selección de intervenciones para las que, en la mayoría de los casos, haya evidencias razonables sobre su eficacia o efectividad.

Clasificación de los objetivos de las estrategias, en cada uno de sus ámbitos, en objetivos de proceso, producto y resultado.

Combinar de forma equilibrada la necesidad de saber con los recursos disponibles. En este sentido, se cuenta con algunos de los desarrollos metodológicos incluidos en la evaluación de la Estrategia 2000-2008, tales como la identificación de indicadores clave y fuentes de información que puedan servir para la monitorización de las acciones y los resultados.

Una buena parte de los indicadores que informen sobre la consecución de los objetivos serán comunes con los usados en la Estrategia 2000-2008, para poder realizar monitorización a largo plazo. Además, habrá de tener indicadores calculables con los sistemas de información sanitaria actualmente disponibles.

Una vez aprobada la Estrategia Nacional 2009-2016 y formulado el Plan de Acción 2009-2012, en colaboración con las instituciones implicadas, se establecerán los objetivos concretos de la evaluación y la metodología para llevarla a cabo.

Para detectar precozmente desviaciones en las intervenciones, la evaluación deberá incluir la revisión del progreso en los indicadores de proceso, y de resultados, lo que, además, supondrá un potente estímulo para conseguir los objetivos propuestos.