



## **Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años**

**Autores:**

FAD y colaboradores  
(cada autor para su texto)

**Madrid: FAD, 2002**

**©FAD,2002**

A Su Majestad la Reina, Presidenta de Honor de la FAD, con el máximo agradecimiento por su aliento, sensibilidad y dedicación, que han sido elementos fundamentales para el desarrollo de la FAD durante sus quince años de vida.

## Índice.

[Palabras de José Angel Sánchez Asiaín](#), Presidente de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (htm)

[La FAD, una experiencia vital.](#) (pdf)

**J. Ignacio Calderón Balanzategui**

[El consumo de Drogas](#) (pdf)

**José Navarro Botella**

[De la magia a la evidencia: desarrollo de las actuaciones preventivas en España](#) (pdf)

**Teresa Salvador Llivina, Isabel M. Martínez Higuera**

[Evolución de las estrategias y modelos asistenciales sobre drogas](#) (pdf)

**César Pascual Fernández**

[La percepción social de los problemas](#) (pdf)

**Domingo Comas Arnau**

[Aspectos de la cultura juvenil](#) (pdf)

**Javier Elzo Imaz**

[Pasado, presente y futuro de la escuela](#) (pdf)

**José Antonio Marina Torres**

[Relaciones y valores familiares en la prevención de las drogodependencias](#) (pdf)

**Juan Manuel Camacho Grande**

[El voluntariado y las Organizaciones no Gubernamentales](#) (pdf)

**Teresa Morgín Barquin**

[Exclusión social y drogas](#) (pdf)

**Quim Brugé Font, Ricard Gomá Carmona, Joan Subirats Humet**

[Contexto legislativo: de una cruzada fracasada a un replanteamiento ilusionante](#) (pdf)

**José Miguel Sánchez Tomás**

[Las políticas de las administraciones](#) (pdf)

**Miguel Araujo Gallego**

[Las drogas como problema de salud pública](#) (pdf)

**Joan Colom Farran**

[15 años de la FAD](#) (pdf)

**Eusebio Megías Valenzuela**

## Palabras de José Angel Sánchez Asiaín

Cuando tuve el honor de aceptar la Presidencia de la FAD, hace ya dos años, fui muy consciente de la responsabilidad de esta decisión frente a S.M. la Reina de España, frente al Patronato que tuvo a bien incorporarme a las tareas de la Institución, y especialmente frente a la sociedad española a la que siempre me he esforzado en servir.

No quiero ahorrar elogios ni reconocimiento a quienes me precedieron en este puesto de servicio, a quienes han venido permanentemente dedicando su tiempo, su sensibilidad, sus conocimientos y su prestigio, a prevenir, ayudar y educar a los que sufren, o corren el riesgo de sufrir las consecuencias de una cultura económica y social que, hasta ahora, genera grandes dificultades para evitar los excesos y abusos de consumo de productos psicotrópicos.

Ni tampoco quiero ahorrar aquí mis permanentes muestras de respeto, reconocimiento y admiración a S.M. la Reina, nuestra Presidenta de Honor y de corazón, e impulsora permanente e ilusionada de las más importantes iniciativas de la FAD. Siempre en un empeño encomiable por ayudar a construir una sociedad mejor, más libre y más preparada, para defenderse de las consecuencias perversas de sus propias apetencias.

Soy también consciente de que la ingente labor que la FAD ha venido desarrollando durante estos primeros quince años de su existencia, es ampliamente tributaria del apoyo incondicional de importantes empresarios y profesionales. Todos ellos empeñados en su responsabilidad de hacer frente, desde la sociedad civil, a los problemas y las consecuencias de una cultura contradictoria, que tiene dificultades para establecer sus propios límites al consumo de productos nocivos para su salud mental y física. Incapaz, incluso, muchas veces, de establecer los límites a su propia dignidad colectiva y a la de sus individuos.

En el relativamente corto espacio de tiempo que presido la FAD, he tenido suficientes oportunidades para comprobar la adecuación, la competencia y la eficacia de muchas de sus iniciativas y programas. Y he sabido también de las dificultades, teóricas y prácticas, que tiene su labor, así como la coordinación de sus esfuerzos con otras instituciones, públicas y privadas, de vocación y objetivos convergentes.

También he podido valorar en esta coordinación satisfacciones entrañables. Consciente de la firme voluntad de servicio de cuantos integramos la Fundación, en una u otra manera, desde una mayor o menor dedicación personal, pero siempre ilusionados y preocupados profundamente por los problemas de la drogadicción en España, acepto, desde la elocuencia de esta publicación, descriptiva del difícil camino que nuestra Fundación ha debido atravesar en sus quince años de historia, el compromiso, también difícil, de impulsar hacia nuevos horizontes un proyecto que nació de una gran preocupación social y que necesita alcanzar pronto las fronteras de una fundada esperanza de éxito general.

Esta decisión personal sólo puede instalarse en el contexto de una firme estructura de competencia y responsabilidad del magnífico equipo que integra la FAD, empeñado en hacer de ella una institución cada vez más útil a la sociedad, cada vez más prestigiosa en la comprensión de sus problemas, y cada vez más aplicada e ilusionada en resolver con acierto los grandes retos que sus objetivos fundacionales implican.

## LA FAD, UNA EXPERIENCIA VITAL

---

J. Ignacio Calderón Balanzategui

En 1986, el General Gutiérrez Mellado conoció por un íntimo amigo el problema que la heroína representaba para los afectados y su entorno más próximo. Impresionado por el destrozo tan profundo que producía un fenómeno hasta entonces desconocido para él, al menos en esa dimensión, decidió —como él decía— dejar de llorar junto a su amigo y hacer frente decididamente al problema. Decidió intentar ofrecer ayuda a las personas y familias que se encontraban atrapadas en las redes de las drogodependencias.

Esta decisión supuso el nacimiento de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). No fue una tarea fácil. El esfuerzo, la voluntad, determinación y prestigio del General fueron fundamentales para superar las dificultades y conseguir que un grupo de empresarios compartieran su proyecto y dispusieran los medios necesarios para su puesta en marcha. Nació la FAD en septiembre de 1986. S.M. la Reina aceptó desde el primer momento la Presidencia de Honor de la FAD, queriendo ponerse al frente de un proyecto que pretendía ayudar a paliar el sufrimiento de muchas personas y aliviar la angustia de una sociedad que percibía el avance de un grave problema desde la alarma y la inseguridad.

Cuando al principio de los años noventa me plantearon la posibilidad de incorporarme al proyecto que la FAD había iniciado unos años antes, eso supuso para mí una propuesta que tenía algo muy distinto a lo que, en mis más de veinte años de experiencia en muy diferentes empresas tanto nacionales como multinacionales, había estado acostumbrado a valorar. Se trataba de incorporarme a un proyecto cuyo objetivo fundamental y prácticamente absoluto era el de ayudar a los demás, a la sociedad, a defenderse de un serio problema, en este caso el de la drogodependencia.

El Tercer Sector, las organizaciones sin ánimo de lucro, eran algo desconocido para mí; y reconozco que este cambio cualitativo tan sustancial fue un claro incenti-

vo en mi decisión. Tuvo también una influencia determinante el que se tratara de una institución presidida por S. M. la Reina, creada por el General Gutiérrez Mellado y con un número importante de empresarios y profesionales, claramente representativos de una sociedad civil dispuesta a asumir sus propias responsabilidades en el abordaje de un fenómeno que sólo con el compromiso global de la sociedad puede ser enfrentado.

Acepté con la ilusión de un joven que va a entrar en contacto con una experiencia nueva y con el temor del adulto exactamente por la misma razón. No me equivoqué y me encontré con un proyecto profundo, amplio, que, como decía el General, "aún habiendo hecho mucho, tenía mucho más por hacer." Era un reto complejo, difícil pero fascinante.

Mi formación empresarial me llevó, consciente e inconscientemente (probablemente, desde mi experiencia, no podía hacer otra cosa), desde el primer momento, a intentar que la FAD actuara con el rigor y exigencia de cualquier empresa mercantil. Se trataba de utilizar lo mejor que tienen estas entidades e incorporarlo a las organizaciones sin ánimo de lucro. La FAD contaba con todas las posibilidades para conseguirlo.

Su Majestad la Reina, con Su aliento y Su presencia, siempre y donde eran necesarios, con Su decisión y Su exigencia de que la FAD fuera más útil para más personas, era un acicate constante para avanzar.

El General Gutiérrez Mellado, para mí una mezcla de presidente, General, padre y amigo, promovía un deseo de implicación y entrega absolutas, como el que él mismo empeñaba en las cosas en las que creía. Creó la FAD para ayudar a los que en aquel momento sufrían los problemas que las drogas provocan; creó la FAD y se enganchó en su obra; trabajó, pensó, pidió, nos motivó a todos para no desfallecer, dio las gracias y siguió siendo sensible a las dificultades de los demás. Durante sus largas noches de insomnio ideó y diseñó proyectos con la ilusión de que fueran útiles; proyectos que, con gran humildad, a la mañana siguiente planteaba en la FAD para que los técnicos los pudieran convertir en un elemento de ayuda (y, cuántas veces esos técnicos, un tanto vacilantes por el respeto que el General les inspiraba, le decían que su corazón, o su compromiso iban demasiado lejos o demasiado deprisa, que todavía la FAD no podía plantearse ciertos objetivos...).

Delgado y de imagen débil, su enfisema pulmonar le obligaba a limitar sus acciones; pero todo lo superaba con un inmenso empuje que le llevaba a no doblegarse ante nada, por inevitable que pareciese, y a enfrentarse a todo aquello que le pareciese injusto, y su enfermedad se lo parecía porque no le dejaba hacer lo que debía. La FAD fue su obra postrera, su última gran ilusión, en la que puso sus últimos alientos; y lo hizo como había hecho todo: decidido, serio, contundente, buscando el mejor resultado posible y sin buscar ningún protagonismo, casi sin aparecer. Se fue desde la FAD para no volver. Y lo hizo una fría mañana de invierno, envuelto en un manto blanco que cubrió Castilla para no dañar su ya frágil y castigado organis-

mo. Se fue cumpliendo lo que para él era un deber inexcusable: llevar su mensaje de esperanza y esfuerzo a los jóvenes que le esperaban en una Universidad de su muy amada Cataluña.

Para mí fue un honor haber podido trabajar con el General Gutiérrez Mellado en su último gran proyecto.

La FAD contaba y cuenta con un personal ávido por hacerlo bien, por cumplir hasta el límite de sus posibilidades, por ser lo más útil y eficaz posible. Una plantilla corta en número para la ambiciosa actividad a realizar, y consciente de lo ilimitado de las exigencias a cubrir.

Ha contado también con un grupo de voluntarios que desde el principio se acercaron y se han quedado como parte de ella y que han permitido que el teléfono de orientación, o las actividades del voluntariado juvenil, y tantas otras, hayan sido posibles. Han sido y son una muestra constante de la generosidad y esfuerzo del que posiblemente nuestra sociedad está tan necesitada.

Con todo esto, sin embargo, no hubiéramos sido capaces de hacer lo que se ha hecho. Necesitábamos ayuda de todos. Y muchas empresas e instituciones se acercaron para ofrecérnosla. Sería imposible citar a todos, pero a todos vaya mi recuerdo y agradecimiento.

En 1986 se toma la primera decisión estratégica, dedicar sus esfuerzos a la prevención de la drogodependencia en un momento en el que toda la sociedad demandaba medidas urgentes e inmediatas para paliar el problema que la heroína había presentado a la visión atemorizada de los españoles. Fue una decisión que el tiempo ha demostrado acertada, pero también fue una apuesta difícil cuando se tomó. Creo que esta determinación señaló ya lo que iba a ser una de las improntas más constantes de esta institución, buscar la máxima eficacia en aquello que había decidido hacer. La FAD iba a trabajar a largo plazo y por lo tanto sin buscar el éxito y el protagonismo que el corto plazo puede permitir.

El análisis que de las necesidades del momento hicieron los responsables de la FAD en los inicios de su actividad les llevó a poner en marcha unas acciones que consideraron prioritarias ante el estado de situación de los problemas. En 1986 el fenómeno de las drogodependencias se encontraba protagonizado por una crisis de heroína que conllevaba una visión estigmatizada de los usuarios, con una presencia importante en las calles de personas degradadas físicamente, marginadas socialmente, que en muchas ocasiones se veían envueltas en una delincuencia funcional añadida. Este panorama había provocado en la sociedad una importante alarma que desembocó en la demanda de medidas urgentes que paliaran el fenómeno, lo que supuso, entre otras cosas, la aparición de una serie de organizaciones dedicadas a hacer frente a los problemas de las drogodependencias y la creación de una red asistencial hasta entonces inexistente. Lo más fácil hubiera sido apoyar la línea del tratamiento donde un importante número de instituciones estaban ofertando ya sus posibilidades. Sin embargo, se optó por algo más complejo y posiblemente

menos comprendido en aquel momento: la prevención. Hoy todos los organismos nacionales e internacionales reconocen que esta vía es realmente esencial para intentar frenar los problemas derivados de los consumos de drogas.

La importancia de la información para una sociedad que sufría un problema hasta entonces desconocido en esa dimensión, la necesidad de consuelo y orientación para los afectados y sus familias, unidas a la importancia de ayudar a que la sociedad se dotara de los profesionales mejor cualificados para enfrentar las nuevas situaciones problemáticas, hizo que la FAD iniciara su andadura planteando estos tres objetivos.

Así, creó un centro de documentación que ha llegado a ser uno de los mejores de Europa, y que ha prestado apoyo e información a todas las personas, profesionales o no, que la han necesitado. Además, un teléfono de ayuda y orientación vino a ponerse a disposición de los afectados, y lo hizo de forma gratuita, contando para ello con un voluntariado adulto que, desde los inicios, viene dando respuesta a los cientos de miles de personas que se han dirigido a la FAD.

La formación de especialistas supuso que la FAD, en colaboración con las universidades, creara los Masters de Drogodependencias, que han permitido capacitar con el mejor nivel posible a miles de profesionales y técnicos, que se han sumado al esfuerzo de tantos otros para poner coto a un problema, en aquel momento excesivamente teñido de alarmismo y satanización.

Otra acción que la FAD entendió como necesaria fue la de conectar con la sociedad para ir dando unos mensajes que la tranquilizaran, sensibilizaran y ayudaran a construir un discurso social más alejado de la alarma y el miedo, y más próximo a las necesidades reales del problema. Esto no hubiera sido posible sin la generosa decisión de las agencias de publicidad y los medios de comunicación que aceptaron colaborar gratuitamente en la creación y difusión de los mensajes que la FAD quisiera dar, y que han llegado a constituir lo que hoy se considera la campaña de comunicación social más importante del mundo en sus características.

La FAD siempre ha mantenido una exigencia de análisis constante, no sólo de la realidad y evolución de los problemas, sino también de la percepción social de los mismos. Esto ha posibilitado evolucionar, adaptar las acciones y ofrecer aquello que en cada momento más se necesitaba. Así fue construyendo programas de intervención directa, dirigidos a ayudar a que la escuela y la familia pudieran cumplir las exigencias que la prevención plantea, sin olvidarse de estimular la colaboración de la comunidad y de muchos agentes de ésta.

El conocimiento de la realidad y de los aspectos parciales de ésta ha sido posible gracias a la existencia de una importante línea de investigación que nos ha permitido constatar los cambios producidos. Nos encontramos frente a una evolución acelerada de las normas de convivencia, de las pautas culturales, de los roles de referencia, de la jerarquía de valores sociales; frente a una crisis del modelo educa-

tivo general y de un alejamiento de la familia del compromiso con ese modelo educativo. Existe una clara interrelación de los problemas de consumos con otros conflictos, más genéricos, que afectan tanto a comportamientos individuales como colectivos: el fracaso escolar, la violencia juvenil, la intolerancia, los maltratos domésticos, la insolidaridad, la delincuencia..., que, entre otras razones, proceden de una distorsión en el desarrollo educativo de personas y grupos sociales. Por último, hemos constatado que las estrategias que hemos venido utilizando para prevenir los riesgos de los consumos son igualmente eficaces para la prevención de otras conductas antisociales (violencia, intolerancia, falta de solidaridad...), hoy ampliamente presentes en nuestra sociedad.

Estas realidades han llevado a la FAD a superar planteamientos preventivos excluyentes, específicamente sobre drogas, y a hacer más hincapié en la necesidad de educar en la discriminación y en el manejo de los riesgos sociales. Por ello, en los últimos años, y de forma rotunda, hemos apostado por la prevención educativa como línea más útil para poder enfrentar los problemas. Y lo hace desde el convencimiento, adquirido tras quince años de experiencia y trabajo, de que esta forma de prevención es clave, no sólo por reducir los consumos de drogas sino, también, por enfrentar otras conductas de riesgo social con orígenes muy similares, que además están interconectadas y se potencian. Capacitar a nuestros niños para cuando les llegue el momento de la toma autónoma de decisiones es la mejor forma de reducir las posibilidades de que se vean afectados por riesgos no deseados, potenciando al mismo tiempo la libertad individual para asumir la propia vida en las mejores condiciones posibles.

Por ello, las acciones a emprender deben ir encaminadas al desarrollo de capacidades individuales y sociales para manejar los riesgos, a ampliar el conocimiento sobre los mismos, ahondando en su significado personal y social. Todo ello en el marco de las distintas etapas del desarrollo evolutivo individual y, en cualquier caso, comenzando a trabajar desde las edades más tempranas a través de estrategias entre las que la educación en valores tiene un importante protagonismo. Para ello es necesario que escuela, familia y comunidad se impliquen aún más en el cumplimiento de la función educativa que les es propia e indelegable.

Es un proyecto ambicioso y exigente en el que, como siempre, la FAD se ofrece para cubrir una parcela, sumando su esfuerzo al del resto de agentes sociales necesarios para el mismo.

He querido añadir la narración de mi propia experiencia a este documento que, con motivo de los 15 años de su vida, la FAD ha realizado, por un lado, como una reflexión sobre la evolución de distintos aspectos fundamentales en este periodo de tiempo, y por otro, como un recuerdo a aquellos que estuvieron y ya no están, y como agradecimiento a tantos y tantos colaboradores cuya suma ha hecho posible lo que hoy somos y lo que hemos sido durante estos 15 años. Y lo he querido hacer desde la profunda satisfacción y orgullo que para mí ha representado la posibilidad de haber participado en el desarrollo del proyecto que la FAD supone.

Quiero aprovechar este espacio para pedir la continuidad de la colaboración y el esfuerzo común bajo la comprensión de que nos enfrentamos a un problema de todos, y que sin contar con todos no seremos capaces de controlar.

Mis recuerdos se juntan con las esperanzas y la ilusión por enfrentar un futuro en el que las dificultades y las exigencias estarán presentes de nuevo; pero también lo estarán la ilusión, la fuerza y la decisión de todos los que componen la FAD, para superar día a día esas dificultades y para seguir contribuyendo a que la juventud y la sociedad en su conjunto crezcan cada vez más libres y más capaces de solventar sus propios problemas.

Este es mi deseo, mi esperanza y mi disposición.

**J. Ignacio Calderón Balanzategui**

Director General  
Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

Una comprensión cabal de la realidad del consumo de drogas en nuestro país, y de su evolución y cambios de paradigmas, requiere retrotraer la mirada unas tres décadas atrás. Si así lo hacemos nos encontraremos con tres tiempos en los que dichos consumos de drogas, con sus características y significación, son específicamente distintos. Un primer período sería aquél en el que, existiendo consumos diversos, las drogas aún no son consideradas un problema social. El segundo momento vendría caracterizado por la eclosión de determinados consumos, con consecuencias muy conflictivas, y su progresiva conceptualización como problema social. Es la época en que se constituyen el Plan Nacional sobre Drogas, la FAD y otras instituciones y asociaciones de actuación ante las drogas. Por último, como consecuencia de la disminución de los consumos que habían producido una mayor alarma social, y el surgimiento de nuevas sustancias y el cambio de patrones de consumo en algunas de las anteriores, se produce un nuevo cambio de paradigma, cuyo rasgo esencial sería una cierta normalización del fenómeno y la consecuente disminución del conflicto social.

En las páginas siguientes vamos a ver el primer período de un modo conciso, en lo que a datos se refiere, dada la escasa elaboración del tema en aquellos momentos; y ya con cierto detalle, los dos períodos nucleares siguientes.

### **CUANDO LOS CONSUMOS DE DROGAS AÚN NO SON UN PROBLEMA SOCIAL**

Para que la mirada retrospectiva sea razonablemente mensurable, el comienzo de este período lo situaríamos en los finales de los años sesenta y principios de los setenta, y se extendería hasta los últimos años de dicha década.

Aunque de la primera mitad de este período no existen datos epidemiológicos de cierta solvencia, lo cierto es que es bien conocido que ya se daban consumos de sustancias muy diversas; el tabaco y muy especialmente el alcohol en usos abusivos eran consumidos por amplias capas de la población; el cannabis tenía también un consumo relativamente amplio, asociado a connotaciones contraculturales y políticas en la España predemocrática; así como los consumos de ciertos psicoestimulantes, como las anfetaminas y la cocaína, en ciertos sectores de élites culturales y sociales; o el uso abusivo de hipnosedantes en segmentos poblacionales más populares, principalmente, entre las mujeres y personas de mediana edad o mayores.

Sin embargo, no eran percibidos en sí mismos como un problema social. Algunos de ellos sí tenían una serie de consecuencias negativas sobre sus consumidores, como en la salud el tabaco y el alcohol abusivo. Los consumos de cannabis, alucinógenos y otras sustancias con connotaciones contraculturales, en principio no eran consideradas más que como una excentricidad de grupos radicales muy minoritarios. El consumo de cocaína tenía una cierta imagen de prestigio y estatus social, y los casos de abuso problemático se llevaban con gran secretismo. Por su parte, los hipnosedantes aún no habían perdido su consideración casi exclusiva de productos terapéuticos.

Entre los consumos de todas estas sustancias psicoactivas, el primero que se va problematizando progresivamente es el del alcohol abusivo, que en aquel tiempo se denominaba de modo muy común como el "alcoholismo". Y esto ocurre debido a dos causas principales; por una parte, a los cambios que experimenta la sociedad española en la época del "desarrollismo", iniciado en los años sesenta, con el paso de una sociedad rural y una familia extensa, a otra industrial y urbana, con un nuevo modelo de familia nuclear. En esta nueva situación, los consumos abusivos de alcohol se tornan muy disfuncionales por sus consecuencias en el ámbito laboral y en el creciente proceso de urbanización, al tiempo que la más reducida familia nuclear carece de espacio y de recursos para absorber el impacto que producen los casos de "alcoholismo".

La progresiva emergencia de este conflicto coincide, por otra parte, con una mayor capacidad profesional y científica para su análisis y racionalización. En el mundo de la medicina y la psiquiatría, este nuevo fenómeno social atrae la atención de una generación de brillantes profesionales (Santodomingo, Freixa, Bogani, Alonso Fernández, Alcalá-Santaella, Seva Díaz, etc.), que realizan lúcidos análisis de la dimensión social del problema del "alcoholismo", al tiempo que de su mano o en su cercanía florece un importante movimiento asociativo (Socidrogalcohol, Alcohólicos Rehabilitados, Asociación de Ex-alcohólicos...). En el mundo de la sociología se dan pasos muy importantes en los enfoques y metodología de investigación empírica, realizándose los primeros estudios solventes en este tema.

El primero de estos estudios, con una metodología suficiente, quizás sea el realizado en la ciudad de Vitoria (Alonso, J., 1976); en él se estima que en torno al **10%**

de los ciudadanos mayores de 15 años eran “bebedores **excesivos**”, detectándose claros problemas familiares, laborales, de tráfico y de salud mental derivados del alcohol. Dicho estudio contenía también las conclusiones de una mesa redonda con el sugerente título de *El alcoholismo como problema social*. Otros dos estudios importantes, esta vez de ámbito nacional, abordaban el tema del consumo de bebidas alcohólicas (Metra Seis, 1978) y los hábitos de consumo de alcohol (ICSA-GALLUP, 1980). Aquí se obtienen **prevalencias de consumos abusivos del 7%** en promedio nacional, que alcanzan un 12% en los hombres e, incluso, un 20% en días festivos.

A finales de la década de los setenta convergen profesionales de la medicina y la psiquiatría con los de la sociología en un Simposio significativamente denominado *Sociedad y alcoholismo* (AAVV, 1979). Obsérvese que el término sociedad precede ya al de alcoholismo. En él se ofrecen prevalencias semejantes a las anteriores y se profundiza en las causas y las consecuencias sociales de los consumos abusivos de alcohol. En estos años setenta predominan las pautas de consumo de alcohol regular, y en los denominados unas veces bebedores abusivos y otras alcohólicos, el perfil dominante es el de varones de mediana edad. No obstante, ya empiezan a emerger los consumidores abusivos jóvenes en “días festivos”, así como una paulatina incorporación de la mujer en estos consumos.

También en 1979 se realizan dos estudios empíricos que marcan el linde entre este primer período y el siguiente, pues apuntan a dos elementos que van a ser la clave de la plena conceptualización de los consumos de drogas como problema social, trascendiendo incluso la problematización ya realizada en el alcohol. Una primera cuestión es la de la inseguridad, la “victimización y droga” (CIS, 1979). El segundo elemento sería el de la extensión de los consumos de drogas ilegales, más allá de los grupos minoritarios contraculturales o de élites, y muy especialmente entre la juventud (CIDUR-EDIS, 1979). Así pues, mientras sectores relativamente amplios de la población acusan ya una cierta intranquilidad ante un posible riesgo derivado de las drogas, se van perfilando las dimensiones de los consumos.

Algunos de los datos más relevantes de los consumos de drogas de los jóvenes españoles eran entonces los siguientes: un **34.6%** han **probado** alguna vez alguna de ellas, siendo un **24.4%** los que las consumían “**actualmente**” en aquellos momentos: un 17.8% ocasional o periódicamente y un 6.6% habitualmente.

## LOS CONSUMOS DE DROGAS COMO PROBLEMA SOCIAL

Durante toda la década de los ochenta se conceptúa ya claramente la realidad de los consumos de drogas como un problema social; problema que, con el impacto que producen algunas de ellas, va a generar una intensa alarma social y un fuerte rechazo, de ciertos tipos de consumos, por amplios sectores de la población espa-

ñola. Después de la expectación producida por los resultados de los dos estudios anteriores, se realiza una amplia investigación, esta vez en el conjunto de la población española de 15 a 64 años, (Recio, J.L., y Canales, R., 1980).

Los datos de consumos más relevantes de este estudio eran los siguientes: tabaco diario 48.9%, en los últimos seis meses: cannabis 20%, opiáceos (incluyendo heroína) 2%, cocaína 3.5%, anfetaminas 6%, LSD 2.6%, tranquilizantes 13% e hipnóticos 5.3%. En el alcohol no se ofrecen datos sobre bebedores abusivos, aunque sí se indica que lo consumen diariamente un 41.6% de los hombres y el 16% de las mujeres.

En los dos o tres años posteriores la presencia social de las drogas se intensifica, y aumenta, al tiempo, la alarma social de la población. En un estudio nacional sobre seguridad ciudadana (EDIS, 1983), el 71% de la población de 15 años en adelante cree que la inseguridad ciudadana ha aumentado, y en otro algo posterior (Sánchez Moro, C., 1985) un 91.7% cree que el consumo de drogas constituye un problema muy o bastante importante, siendo un 44.8% los que, además, piensan que crea problemas de "delincuencia e inseguridad ciudadana".

En este clima de preocupación social se produce una fuerte implicación de las autoridades públicas, de modo que desde tres organismos distintos se encarga la realización de tres estudios específicos; uno sobre los hábitos de consumo de alcohol (Alvira, F. et al., 1985), otro sobre el uso de drogas en la juventud (Comas, D., 1985) y un tercero sobre el consumo de drogas en el conjunto de la población de 12 y más años (Navarro, J. et al., 1985).

Aunque los tres estudios presentan algunas diferencias de contenido y metodológicas, el recién constituido Plan Nacional sobre Drogas los toma como referencia en su documento de presentación (PNSD, 1985) y ofrece las estimaciones, en términos absolutos, de consumidores de distintas sustancias que se recogen en la tabla1 siguiente:

**Tabla 1.** Estimación indicativa del número de consumidores de cada sustancia, en 1985

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

Datos estos que van acompañados de las siguientes consideraciones:

- «Protagonismo de la “heroína” como mito de una potencialidad social considerable que se asocia a una serie de factores y efectos, lo cual contribuye a que éstos aparezcan y se reproduzcan por contagio social y funcionen como un estereotipo de gran impacto y efectividad.
- Aumento del consumo de cocaína, cuyos resultados están más enmascarados, dado que la cocaína tiene un período de “silencio clínico” de tres a cinco años, y es a partir de esta etapa cuando aparecen los problemas de salud.
- Polémica en torno a la peligrosidad de los efectos del cannabis para la salud y su aceptación entre los jóvenes como producto menos peligroso, convirtiéndose entre los adolescentes y los menores, junto con el alcohol, en un factor multiplicador de riesgo para el consumo de otras drogas.
- Asociación entre el consumo de drogas ilegales y el aumento de la inseguridad ciudadana, identificando drogadicto-delincuente y droga-factor de criminalidad en un discurso más ideológico que científico ya que, normalmente, las drogas vienen a reforzar procesos de desviación social ya existentes.
- Tendencia a identificar o circunscribir el consumo de drogas, y especialmente las drogas ilegales, al ámbito juvenil. El problema de la toxicomanía afecta, en estos momentos, a todos los grupos sociales y a toda la geografía española, y si bien es cierto que los jóvenes se encuentran en una situación de riesgo considerablemente mayor, también lo es que la sociedad tiene dos escalas a la hora de valorar determinados comportamientos, según sean los de un joven o los de un adulto.»

Como puede verse, se apunta aquí al protagonismo de la heroína en aquellos momentos, al consumo creciente pero enmascarado de la cocaína, a la polémica en torno a la peligrosidad del cannabis sobre la salud, a la asociación ideologizada del consumo de drogas ilegales y la inseguridad ciudadana, y a que el problema de la toxicomanía afecta, además de a los jóvenes, a todos los grupos sociales.

Poco después, en el primer número de la revista *Comunidad y drogas*, editada por el propio Plan Nacional, se publica un artículo (en base a los datos del estudio en población general de 1985) sobre el perfil básico de las toxicomanías en España (Navarro, J., 1986) en el que, además de recogerse las estimaciones de consumidores vistas anteriormente, se ofrecen una serie de datos sobre los principales perfiles, uso múltiple de drogas y otras cuestiones (motivaciones, factores de riesgo, consecuencias...). Tomando del estudio general los datos de prevalencias y del artículo los datos de perfiles y usos múltiples de drogas podemos ver lo siguiente:

- **En prevalencias generales:** fumadores diarios de tabaco el 41.4%, alcohol abusivo 11.2%; y en el período de los últimos seis meses: cannabis 14.3%, anfetaminas 4.4%, tranquilizantes 8.5%, hipnóticos 7.2%, alucinógenos 2.1%, cocaína 1.8%, heroína 1.1%, otros opiáceos 1%.

Estas prevalencias, aunque porcentualmente un poco menores, son muy similares a las del estudio de 1980. Aunque las diferencias se deberían, principalmente, a la distinta base poblacional de ambos estudios: 15 a 64 años en el de 1980 y 12 años en adelante en el de 1985.

- **En perfiles básicos:** en función de las principales prevalencias alcanzadas según el género y la edad, en 1985 los varones eran los principales consumidores entre los 18 y los 29 años en cannabis, alucinógenos, heroína y cocaína, y entre los 18 y los 44 años en tabaco y alcohol. Por su parte, las mujeres entre 35 y 49 años lo eran en analgésicos, tranquilizantes e hipnóticos.
- **En las pautas de consumo:** aquí vemos que el consumo abusivo de alcohol sigue siendo, principalmente, un consumo regular en varones adultos, aunque ya cobran cierta relevancia los consumos abusivos de fin de semana en jóvenes, y con creciente presencia de las mujeres. El cannabis, la cocaína, los alucinógenos y las anfetaminas presentan un patrón de consumo principal un tanto ocasional; mientras que la heroína y otros opiáceos y los hipnosedantes tienden a crear un patrón más continuado o habitual.
- **En el uso múltiple de drogas:** una parte de los consumidores de sustancias lo son de varias de ellas, pero las numerosas combinaciones, en un 65% de la varianza, se concentran en unos pocos modelos básicos de policonsumo.

En 1985, sin incluir el tabaco y el alcohol, el principal modelo es el que se nuclea en torno a la heroína, el segundo lo constituyen los psicoestimulantes, mientras que el tercero lo forman los psicofármacos. Por su parte, el cannabis aparece en los dos primeros modelos.

Cuando en posteriores estudios se incluyó en el análisis el tabaco y el alcohol abusivo, se configuró un cuarto modelo de policonsumo con estas dos sustancias, con cierta presencia también del cannabis.

Estos datos y características de los consumidores expresan, en realidad, la amplitud y pluralidad del fenómeno de los consumos de drogas que "afecta a todos los grupos sociales". No obstante, a pesar de su carácter minoritario, el consumo de heroína, como mucho en torno al 1%, con sus graves consecuencias sobre los consumidores (muertes por sobredosis y adulteración, desestructuración personal y familiar, procesos de marginalidad y exclusión, etc.), junto a la comisión de delitos y generación de inseguridad ciudadana, y al tratamiento sensacionalista que dan a esta situación determinados medios de comunicación, hacen que el problema social de las drogas gire en torno a esta sustancia, y que de un modo muy singular se definía como: "la droga". Todo esto, unido a su carácter epidémico y a la gran cantidad de recursos asistenciales que demanda, hace que se convierta en la "crisis de la heroína" (Gamella, J., 1997).

Sin embargo, las subsiguientes investigaciones vuelven a aportar nuevo conocimiento que trasciende esta visión sesgada del problema. En 1987 se realiza el primer estudio empírico en España en población laboral (EDIS-UGT, 1987). En él se obser-

va que entre población normalizada se dan también consumos de distintas sustancias, incluso en algunas de ellas con prevalencias aún más altas: tabaco diario un 54%, un 16% de consumo abusivo de alcohol, y en el período de los últimos doce meses: un 13% de cannabis, un 3.2% de cocaína, un 1.9% de anfetaminas y un 4.2% de tranquilizantes. Tan sólo la heroína tiene en este colectivo una prevalencia menor que en la población general: el 0.7%.

Estos datos suscitan nuevas expectativas de racionalización de los estereotipos de marginalidad dominantes. En el editorial del número siete de la revista del Plan Nacional (*Comunidad y drogas*, 1988) —cuyo anónimo autor era Jaume Funes— con el título “Toxicomanías de la normalidad” se hace una lúcida reflexión al respecto, y que, entre otras cosas, señala que «Atender a la realidad drogodependiente de nuestra sociedad comporta ya variar los enfoques, entrar en nuevas consideraciones, tener en cuenta cómo los usos y abusos se imbrican cada vez más con la normalidad, con la cotidianidad.»

Pero en aquellos momentos lo cierto es que las diversas consecuencias de los consumos de heroína, iniciados unos años antes, arrecian duramente. Las tasas de mortalidad y atención hospitalaria urgente se disparan y, junto a ello, surge con fuerza una nueva pandemia: el contagio por HIV en la población de drogodependientes. En el mismo número de la revista *Comunidad y drogas* se publica también un excelente trabajo sobre prevención del sida en drogodependientes (Megías, E., 1988), allí podemos leer que «nuestro país, junto con Italia, constituyen la única muestra de una situación invertida en la que los toxicómanos por vía endovenosa forman el grueso de los enfermos de sida (...) La administración parenteral de drogas es el factor de riesgo presente en el 59.77% del total de los casos de sida.»

Todas estas circunstancias desfavorables, más la intensa alarma social, con más de un 50% de la población que considera las drogas uno de los tres problemas más importantes del país, junto al paro y el terrorismo (en 2001 la mención de las drogas y el alcoholismo es tan sólo un 16.5%), hacen que la conceptualización de las drogas como problema social, se resista a abandonar el sesgo adquirido de marginalidad, exclusión y criminalidad. Habrá que esperar a los primeros años noventa para que, con la consolidación de los cambios que se dan en los consumos —nuevas sustancias, nuevos patrones de consumo, disminución de la heroína—, aparezca un nuevo paradigma. No obstante, el año de 1987 anticipa ya uno de sus aspectos claves: la conversión de un problema político, la intensa inseguridad provocada por la heroína, en otro de salud pública.

## LOS CAMBIOS EN LOS CONSUMOS Y UN NUEVO PARADIGMA

En los primeros años noventa se van a consolidar una serie de cambios en los consumos y en las valoraciones sobre los mismos que, poco a poco, van a ir modificando la realidad del fenómeno de las drogas en España y su conceptualización como problema social. Los cambios más relevantes que se observan son los siguientes: el

estancamiento y después un descenso del consumo de heroína; el surgimiento del éxtasis y de otras drogas de síntesis; el cambio de ciertas pautas y perfiles de consumo de algunas sustancias, en especial el tabaco, el alcohol y el cannabis; el liderazgo de los psicoestimulantes como principal modelo de policonsumo, desplazando al de los narcóticos; y, una vez estigmatizada la heroína, un uso más festivo y lúdico (Elzo, J. et al., 2000) (Calafat, A. et al., 2000) de las restantes sustancias.

Otro paso muy importante en un mejor conocimiento de la realidad de las drogas, y los cambios que en ella se van produciendo, es la realización de una amplia y documentada investigación sobre los jóvenes y el uso de drogas en los años noventa (Comas, D., 1994). Los datos que aporta este estudio sobre la reiteración del consumo, después de la primera experiencia, y el uso habitual de diversas sustancias, podemos verlos de forma resumida en la tabla 2:

**Tabla 2.** Reiteran experiencia y usuario habitual de drogas, en jóvenes de 15 a 29 años (en %)

	Reiteran experiencia	Usuario habitual
Cannabis	19.8	7.2
Cocaína	5.6	2.0
Heroína	0.8	0.4
Crack	0.1	0.1
Drogas de diseño	2.8	1.1
Speed	1.5	1.3
Inhalantes	0.2	0.2

Respecto al tabaco, son fumadores diarios un 41.5% de este colectivo de jóvenes. Y en lo que se refiere al alcohol el 18% son "grandes bebedores". A pesar de algunas diferencias metodológicas con los estudios de 1980 y 1985, en estos segmentos etarios ya se aprecian algunos cambios en los consumos de algunas sustancias y en determinadas pautas de consumo: desciende el consumo de heroína, se mantiene el de cannabis, aumenta el de alcohol abusivo, especialmente en el patrón de fin de semana, y aparecen los consumos de éxtasis y otras drogas de síntesis.

En los perfiles de los consumidores habituales de las distintas sustancias, se encuentran en el estudio jóvenes con situaciones problemáticas, principalmente, "por contradicciones del sistema de integración", pero también otros en situaciones bastante normalizadas, con estudios y trabajo, y muy especialmente en los consumos aún no tan habituales.

En el apartado dedicado en el estudio al proceso social de las drogas, este autor señala lo siguiente: «El uso de drogas, incluido el uso experimental o habitual de drogas ilegales, no constituye una conducta subterránea, sino que representa valores sociales positivos y explícitos, son objetivos esenciales para cualquier joven: tener amigos, sentirse parte de la colectividad, tener relaciones sexuales y de pareja. Sin embargo, por sus propiedades las drogas entrañan ciertos riesgos, pueden incluso producir exclusión, en especial el alcohol y algunas ilegales.»

En la misma línea de esta visión ponderada del fenómeno de los consumos de drogas, con la observación y denuncia de las situaciones problemáticas o de riesgo, al tiempo que se desdramatiza el discurso en un nuevo contexto de normalización, se realiza una segunda investigación en el ámbito laboral (Megías, E. y Navarro, J., 1996). Los principales resultados respecto a los consumos de las diversas sustancias son los siguientes: tabaco diario 47.3%, alcohol abusivo 14.4%; y en los últimos doce meses: cannabis 12.7%, cocaína 4.5%, heroína 0.4%, drogas de síntesis 2.3%, tranquilizantes 5.4%. Respecto al estudio laboral de 1987 se observa una cierta disminución en los consumos de tabaco, alcohol abusivo y heroína; un mantenimiento del cannabis; un aumento de la cocaína y los tranquilizantes, y el surgimiento de las drogas de síntesis. En 2001 se ha realizado un tercer estudio en el medio laboral, aún inédito, cuyos resultados y tendencias van en la misma línea de lo observado en el de 1996.

Sobre las nuevas sustancias que irrumpen con fuerza en estos primeros años noventa, "el éxtasis y otras sustancias análogas", primero englobadas bajo la denominación de drogas de diseño y posteriormente con la de drogas de síntesis, además de su inclusión ya en todas las encuestas epidemiológicas, en 1994 y 1995 se realiza una investigación específica (Gamella, J. y Álvarez, A., 1997) con consumidores de estas sustancias. Entre las muchas y muy interesantes conclusiones a las que llega el estudio, queremos reproducir aquí una de ellas, muy en línea con lo que venimos exponiendo.

«Hacia 1987 se puede establecer un cambio de tendencia en el problema social de "la droga" en España. Entonces comienza a fraguarse una nueva configuración de las pautas más comunes de usos de drogas en nuestro país. En primer lugar, en esos años puede datarse un punto de inflexión en la "crisis de la heroína", que va transformándose de un problema eminentemente sociopolítico (de "seguridad ciudadana") en un problema de salud pública. En segundo lugar, ese año se inicia la popularización de "nuevas" pautas de consumo de drogas, algunas de las cuales venían extendiéndose desde años atrás, aunque alcanzarán desde entonces el centro del escenario público. Tres de esas pautas se han masificado y han generado considerable alarma social aunque en ningún caso "crisis de drogas" comparables a la causada por la heroínomanía:

1. La extensión entre los jóvenes de formas de uso excesivo de bebidas alcohólicas, caracterizadas por frecuentes intoxicaciones y unos cambios notables en las pautas y motivaciones de ingesta de alcohol respecto a generaciones anteriores.

2. La expansión e intensificación del uso de cocaína entre sectores de la población que desconocían previamente esa droga y que no usaban heroína.
3. La más reciente popularización de ciertas drogas de síntesis producidas en laboratorios clandestinos y entre las que destacan ciertos derivados anfetamínicos de anillo sustituido, como la MDMA o "éxtasis" y sus congéneres, que, además de efectos estimulantes, producen otros que podríamos considerar psicodélicos o de distorsión perceptiva.»

También a mediados de los noventa, el Plan Nacional sobre Drogas pone en marcha dos ambiciosos programas de investigación epidemiológica y social; el primero de ellos, con escolares, se inicia con una encuesta en 1994, que se repite en 1996, 1998 y 2000; el segundo es con población general, con una encuesta en 1995, que se replica en 1997 y 1999<sup>25</sup>. Igualmente, desde 1987 hasta la fecha varias Comunidades Autónomas y Ayuntamientos importantes (Andalucía, Galicia, País Vasco, Aragón, Comunidad Valenciana, Madrid, Cataluña, Canarias...) realizan este tipo de estudios con muestras adaptadas a sus peculiaridades territoriales y sociodemográficas.

En algunas de ellas, con series históricas ya de cierta longitud (con seis y siete estudios y trece o catorce años de perspectiva) como Andalucía y Galicia o el País Vasco, se captan todos estos cambios a finales de los ochenta. Siendo, además, los primeros en que se detectan cuestiones tan importantes como el desplazamiento del modelo de policonsumo de los narcóticos (heroína y otros opiáceos), que venía ocupando el primer lugar en la varianza explicada, por el de los psicoestimulantes, que, nucleado en torno a la cocaína y las drogas de síntesis, pasa a ser el modelo dominante en la década de los noventa.

Si tomamos ahora los datos sobre consumos de las distintas sustancias obtenidas en las encuestas nacionales del Plan Nacional sobre Drogas en escolares de 14 a 18 años (1994-2000) y en población general de 15 a 64 años (1995-1999) podemos ver las tablas 3 y 4 siguientes:

**Tabla 3.** Consumos de las distintas sustancias en escolares, 1994 a 2000

Sustancias	1994	1996	1998	2000
Tabaco (últimos 30 días)	28.1	29.2	28.3	30.5
Y en los últimos doce meses:				
Alcohol	82.4	81.7	81.9	75.2
Tranquilizantes	4.3	4.4	4.7	4.8
Cannabis	18.1	23.2	25.1	26.8
Cocaína	1.7	2.6	4.1	4.0
Speed y anfetaminas	3.3	4.1	3.8	3.1
Alucinógenos	4.0	5.3	4.1	3.7
Sustancias volátiles	1.8	2.1	2.7	2.5
Éxtasis	3.0	3.9	2.5	4.6

**Tabla 4.** Consumos de las distintas sustancias en población general, 1995 a 1999

Sustancias	1995	1997	1999
Tabaco (diario)	34.8	32.9	32.6
Bebedores abusivos:			
Días laborables	*	9.9	6.0
Fin de semana	*	10.1	7.7
Y en los últimos doce meses:			
Cannabis	6.8	7.5	6.8
Cocaína	1.8	1.5	1.5
Heroína	0.5	0.2	0.1
Speed y anfetaminas	*	0.9	0.7
Éxtasis	1.2	1.0	0.8
Alucinógenos	*	0.9	0.6
Inhalables	*	0.2	0.1
Crack	*	0.1	0.2

\* No se ofrecen datos en estas sustancias

Dado que el segmento de los escolares (14-18 años) es menor que el que cubrían las encuestas a jóvenes anteriormente mencionadas (15-29 años) nos limitaremos a comentar la evolución observada en los escolares entre la primera encuesta de 1994 y la última de 2000.

Según estos datos podemos ver que entre 1994 y 2000 aumentan entre los escolares, con cierta intensidad, los consumos de cannabis, cocaína, éxtasis y tabaco; y ya más moderadamente, los de tranquilizantes y sustancias volátiles. Por el contrario, descienden ligeramente el speed y anfetaminas y los alucinógenos. El consumo de alcohol en los últimos 12 meses desciende algo más, pero no hay datos sobre los consumos más relevantes, los abusivos (sobre éstos volveremos más adelante desde la encuesta nacional en los consumos de los grupos etarios de adolescentes y jóvenes). Sobre la heroína no se observan consumos en este colectivo.

En lo que se refiere a los consumos en la población general, tampoco resulta fácil una comparación estricta con los estudios anteriores, por algunas diferencias metodológicas en la toma de datos, y también de la población contemplada, según los límites etarios. No obstante, las posibles desviaciones que pudieran producirse quedarían ya más amortiguadas dada la gran amplitud del segmento poblacional de referencia.

Con las necesarias cautelas, se puede apreciar un descenso bastante probable de los consumos en población general, respecto a 1980 y 1985, en el tabaco diario, el alcohol abusivo, el cannabis y la heroína. Dadas las menores diferencias, no es posible establecer conclusiones sobre la cocaína y los alucinógenos. Los consumos

de éxtasis y otras drogas de síntesis son, como ya hemos dicho, de aparición más reciente, por lo que en términos netos sería un incremento en relación a los estudios anteriores, aunque entre 1995 y 1999 parece apreciarse un cierto descenso de estas drogas en población general.

Volviendo al fenómeno, quizás más relevante en los consumos actuales de los adolescentes y los jóvenes, el de alcohol abusivo, en la encuesta nacional de 1999 del Plan Nacional sobre Drogas sí se recogen las prevalencias desagregadas de bebedores abusivos por grupos de edad, tanto para los días laborables como para los de fin de semana. Si tomamos los grupos de 15-19, 20-24 y 25-29 años y, como referencia la del conjunto de la población de 15 a 64 años, podemos ver la tabla 5 siguiente:

**Tabla 5.** Los consumos abusivos de alcohol de los adolescentes y los jóvenes, en días laborables y de fin de semana, en 1999 (en %)

	Días laborables	Fin de semana
15-19	4.3	11.8
20-24	5.8	16.2
25-29	7.3	12.2
Conjunto población	6.0	7.7

Según estos datos vemos que, en los dos primeros grupos etarios, 15-19 y 20-24 años, el consumo abusivo de alcohol en días laborables es inferior al promedio del conjunto de la población, que sólo lo supera el grupo tercero, los de 25-29, con un 7.3%. Pero en los de fines de semana los tres grupos de adolescentes y jóvenes sobrepasan largamente la prevalencia general, llegando a alcanzar hasta un 16.2% en los de 20 a 24 años. La gravedad de este fenómeno es evidente, especialmente por su gestación en la misma adolescencia (Pons, J. y Berjano, E., 1999) y aún más importante que esta gestación, en el alcohol y en todas las demás sustancias, como dice Javier Elzo en un brillante trabajo (Elzo, J., 1999). «Lo esencial está en la gestión del tránsito de la infancia al mundo adulto, en el ser y hacerse adolescente, en el ser y hacerse joven, en el ser y hacerse persona.»

En lo que se refiere al género, aunque, en general, los consumos abusivos de alcohol y de drogas ilegales (no así en los psicofármacos) son mayores en los hombres que en las mujeres, ya se observa que en los grupos jóvenes las prevalencias en algunas sustancias (tabaco, alcohol, cannabis...) tienden a igualarse en ambos géneros, e incluso entre los escolares ya hay más fumadoras diarias que fumadores. También en estudios recientes de varias Comunidades Autónomas se empieza ya a detectar un consumo abusivo de alcohol mayor entre las mujeres que entre los hombres en los grupos etarios más jóvenes.

El aumento progresivo del consumo de drogas por las mujeres, especialmente las jóvenes, más allá de los tradicionales psicofármacos, es un hecho probado y probablemente irreversible. Y según se ha investigado en un reciente estudio específico en el colectivo femenino (Navarro, J., 2000) esta incorporación se produce desde la normalidad. Obviamente, con la presencia de factores de riesgo, pero en situaciones en general no desestructuradas, e incluso funcionalmente en procesos de igualdad en el mundo laboral y de integración social y política de la mujer.

Este proceso de normalización de los consumos de drogas tiene, sin duda, un aspecto positivo: la descriminalización del tema. Pero no debemos confundirnos: los consumos de drogas, especialmente los abusivos, no son en sí mismos un hecho positivo. El aumento del consumo de varias sustancias en los escolares, las altas prevalencias de consumos abusivos de alcohol entre los jóvenes, los consumos en población laboral, la incorporación de la mujer, la presencia relevante de la cocaína y las drogas de síntesis, y su liderazgo en el hoy principal modelo de policonsumo, el de los psicoestimulantes, son hechos de consecuencias aún imprevisibles.

Ciertamente, los consumos de drogas han sido conceptuados como problema social, y de un primer paradigma de marginalidad y exclusión se ha pasado a otro de mayor normalidad y tolerancia, pero sigue siendo un problema social, tanto por los factores de riesgo que en muchas ocasiones están en la base de los consumos, incluidos los asociados al proceso de integración laboral y social de las mujeres, como por sus repercusiones en el conjunto de la sociedad. Aunque, en honor a la verdad, hay que decir que, afortunadamente, desde hace algunos años, organismos públicos y entidades privadas ya están trabajando en esta línea, con análisis y planteamientos actualizados, así como con actuaciones más acordes a las nuevas necesidades y desafíos.

**José Navarro Botella**

Sociólogo. Director de Estudios de EDIS.

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

AAW (1979). "Sociedad y alcoholismo". *Documentación Social*. nº 35.

Alonso Torrens, J. (1976). *El alcoholismo en la ciudad de Vitoria*. Vitoria: Cáritas.

Alvira, F. y Enriquez de Salamanca, R. (1985). *Los hábitos del consumo de alcohol en población adulta*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.

Calafat, A. et al. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- CIDUR-EDIS (1979). *Juventud y droga*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- CIS (1979). "Victimización y droga". *REIS*, (18 y 20).
- Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Instituto de la Juventud. Madrid: Ministerio de Cultura.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años noventa*. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Asuntos Sociales.
- EDIS (1983). *La Seguridad Ciudadana*. Madrid: Ministerio del Interior.
- EDIS-UGT (1987). *Las drogodependencias en el mundo laboral*. Madrid. Departamento Confederal de Servicios Sociales. UGT.
- Elzo, J. (1999). "Sociología y epidemiología de los nuevos consumos." En: *Drogas: Nuevos patrones y tendencias de consumo*. Madrid: Fundación de Ciencias para la Salud.
- Elzo, J. (Dir.) (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes. Ritos y fiestas*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Funes, J. (1988). "Toxicomanías de la normalidad." *Comunidad y drogas*. (7).
- Gamella, J. y Álvarez, A. (1997). *Las drogas de síntesis en España*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Gamella, J. (1997). "Heroína en España 1977-1996". *Claves* (72).
- ICSA-GALLUP (1980). *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Megías, E. (1988). "Prevención del sida en drogodependientes y grupos de riesgo afines." *Comunidad y drogas* (7)
- Megías, E. y Navarro, J. (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Metraseis (1978). *El consumo de bebidas alcohólicas*.
- Navarro, J.; Lorente, S. y Varo, J. (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Dirección General de Acción Social/Cruz Roja Española.
- Navarro, J. (1986). "El perfil de las toxicomanías en España." *Comunidad y drogas*. (1)
- Navarro, J. (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Informe nº 3 y Avance Encuesta Escolares 2000*. Madrid: Ministerio del Interior.

Observatorio Español sobre Drogas (2001). *Informe nº 4*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1985). *Documento Base*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Recio, J.L. y Canales, R. (1980). "La población española ante las drogas." *Documentación Social* nº 42.

Sánchez Moro, C. (1985). *Conocimiento y valoración de las medidas y atención a toxicómanos*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

# DE LA MAGIA A LA EVIDENCIA: DESARROLLO DE LAS ACTUACIONES PREVENTIVAS EN ESPAÑA

---

Teresa Salvador Llivina, Isabel M. Martínez Higuera

## INTRODUCCIÓN

Los usos de drogas se mantuvieron durante siglos en el seno de diversas culturas —incluida la nuestra— sin que ello implicara graves problemas de carácter sanitario o social. Sin embargo, a lo largo de la primera mitad del siglo XX, las industrias vinculadas a la producción y comercialización de sustancias psicoactivas, alcanzaron un grado de sofisticación y eficacia inimaginable hasta entonces. Esta realidad, propia de un modelo de sociedad industrial basada en el consumo, y aplicable a todos los productos de necesidad real o ficticia que se lanzan al mercado, modificó considerablemente los significados y los usos de las drogas tanto legales como ilegales, ya fueran éstas tradicionales o de reciente implantación. Este nuevo marco productivo y económico disparó, a mediados del siglo XX, el consumo de muchas sustancias psicoactivas en los países industrializados, pasando —en algunos casos— a presentar un carácter epidémico. Al igual que en el resto de países de nuestro entorno, este fenómeno despertó una gran preocupación en España. La creciente sensibilidad social respecto a este tema se plasmó a finales de los años setenta en la eclosión de una serie de respuestas que intentaban reducir, paliar, atender y, a ser posible evitar, un número creciente de problemas relacionados con las drogas.

En este capítulo presentamos un breve análisis de cómo ha evolucionado hasta hoy la respuesta preventiva ante el fenómeno de las drogodependencias en España. Cualquier intento de recoger más de dos décadas de una rica actividad multisectorial, como es la experimentada en nuestro país a lo largo de estos años en el ámbito preventivo, resulta siempre un trabajo difícil y no exento de riesgos.

En primer lugar, es difícil sintetizar la extensa experiencia acumulada a través de múltiples iniciativas profesionales e institucionales, sin caer en el previsible sesgo derivado de la experiencia profesional desde donde se realice el análisis. A partir

del reconocimiento de nuestras limitaciones, intentamos que la revisión que sigue se base no sólo en nuestras vivencias profesionales sino, además, en la amplia documentación publicada a lo largo del periodo en el que se centra esta revisión. En segundo lugar, pero no por ello menos importante, debemos señalar la dificultad de acotar lo que entendemos por intervenciones encaminadas a la prevención del abuso de drogas.

El concepto de prevención está profundamente arraigado en nuestra cultura desde hace siglos (“más vale prevenir que curar” reza el dicho popular), y tal vez por ello, bajo el amplio paraguas de la prevención se han venido situando de forma recurrente muy distintas iniciativas, actuaciones, programas y estrategias de carácter específico e inespecífico. El limitado espacio disponible en este capítulo nos obliga a limitar el presente análisis, tomando como punto de referencia el concepto de prevención del abuso de drogas consensuado en la actualidad por la mayoría de instituciones que, tanto desde el ámbito científico, como profesional, político y social, coinciden en considerar que la prevención del abuso de drogas engloba a todas cuantas iniciativas (políticas, estrategias, programas o actividades) intentan específicamente, y en base a la evidencia disponible en cada momento, reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad del primer consumo de las distintas drogas, así como evitar o reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo, el uso inadecuado o el abuso de drogas (Ferrer Pérez y Sánchez Perucho, 1988; Comas Arnau, Espín Martín y Ramírez Goicoechea, 1989; García-Rodríguez y Ruiz Fernández, 1993; Maciá Antón, 1993; Álvarez-Vara y Salvador-Llivina, 1994; Plan Nacional sobre Drogas, 1996; National Institute on Drug Abuse, 1997; Becoña, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000b).

## IMPLICACIÓN DE LAS ADMINISTRACIONES EN EL DESARROLLO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

La preocupación social en relación con las drogas que emergió en España durante los años setenta, llevó a la eclosión espontánea de intervenciones aisladas, puntuales y en su mayor parte individuales, que desde una óptica mecanicista, pretendían aportar soluciones puntuales a los problemas relacionados con las drogas, considerándolos como una realidad única, descontextualizada y negativa en sí misma, y como tal, fácil de modificar mediante charlas informativas dirigidas a padres, o a través de conferencias informativas dirigidas a niños y adolescentes en sus propias escuelas. En general, dichas iniciativas nacieron impulsadas por la alarma social que los nuevos consumos generaban y se articularon sobre la base de planteamientos ideológicos e intuitivos, más que en base a la evidencia sobre adecuación y efectividad. Durante esta época la sociedad reclamaba actuaciones preventivas y, sin disponer de las claves críticas necesarias, acogía y simpatizaba con cualquier iniciativa que se auto-etiquetase de preventiva, asumiendo la necesidad de “hacer algo”, y deseando que el trabajo realizado, aunque parecía no obtener los esperados cambios de forma inmediata, fuera eficaz “a largo plazo”.

A finales de esta década, que podríamos calificar como la del pensamiento mágico en prevención del abuso de drogas, empiezan a surgir algunas experiencias institucionales aisladas, con la explícita intención de plantear racionalmente programas de prevención, teniendo en cuenta el conocimiento previo de la realidad en la que se pretende intervenir, la definición de prioridades, la delimitación de unos objetivos —en general, todavía excesivamente amplios, ambiciosos y difusos—, y la mención a la necesidad de prever algún tipo de evaluación. La mayor parte de estas iniciativas parten de administraciones municipales o autonómicas que en su mayoría disponen ya de algún tipo de recurso asistencial para el tratamiento del alcoholismo y otras toxicomanías. Por citar sólo algunos ejemplos documentados, se describe durante estos años, la creación de equipos preventivos y la puesta en marcha de actividades en el Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya (Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias), en el Centro Coordinador de Drogodependencias del Gobierno Vasco (DAK), en diversas áreas del Ayuntamiento de Barcelona (Sanidad, Servicios Sociales y Juventud), en los servicios Sociales de la Diputación de Barcelona (SPOTT), en algunos Centros Municipales de Madrid y su cinturón industrial, y en el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías de Navarra. Al mismo tiempo, en el ámbito nacional se inicia el debate sobre la importancia de la prevención con la creación, en 1978, de la Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas, y se realiza por primera vez una tímida campaña preventiva sobre alcoholismo, patrocinada por el entonces denominado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (Oñate Gómez, 1984; DAK, 1986; Martí, 1986; Ferrer y Alonso, 1987; Diputació de Barcelona, 1988; Fernandez Gesalí y Mateos Mosqueda, 1988; Ferrer Pérez y Sánchez Perucho, 1988; Larrazábal Salazar, 1988; Ayuntamiento de Madrid, 1989; Salvador y Mendoza, 1990; Plan Nacional sobre Drogas, 1997).

Paralelamente, el tema de la prevención empieza a debatirse en los foros de drogodependencias: jornadas, congresos, simposios, mesas redondas, cursos y encuentros de diversa índole que se organizan bajo el patrocinio de sociedades científicas, ONGs, partidos políticos o las propias administraciones públicas. De estas iniciativas institucionales aisladas, escasas e insuficientes desde una perspectiva global, emerge un debate fructífero y enriquecedor entre los profesionales que, además de su creciente experiencia práctica en este ámbito, empiezan a mirar hacia el exterior (mayoritariamente a la incipiente investigación anglosajona relevante para el sector y al modelo italiano de educación para la salud) para enriquecer su trabajo preventivo, tanto desde el ámbito comunitario como escolar. Hasta mediados de los años ochenta, la mayor parte de iniciativas preventivas comparten, además, ciertas características comunes (Salvador y Mendoza, 1990; Ferrer, Sánchez y Salvador, 1991; Plan Nacional sobre Drogas, 1997), entre las que destacan:

- Consenso teórico sobre la multicausalidad de los problemas vinculados a las drogas y sobre la necesidad de plantear respuestas multisectoriales.
- En la práctica, sin embargo, la mayoría de las iniciativas se basan en el modelo de Educación para la Salud.

- Ello imprime un marcado carácter informativo y sanitarista a las intervenciones, con énfasis en las drogas ilegales. En la mayor parte de los contextos, las actuaciones se desarrollan bajo el formato de charlas realizadas por un "experto" ajeno al contexto escolar o familiar.
- Se trabaja desde el enfoque denominado "prevención primaria".
- Desarrollo de intervenciones en el ámbito escolar, con algunas iniciativas en el ámbito familiar, y muy pocas en el medio laboral.
- Actividades de carácter puntual y sin continuidad.
- Escasa credibilidad de los programas debido a marcadas deficiencias de diseño, en la definición de objetivos (sorprendentemente ambiciosos o literalmente inalcanzables), y en la falta de definición de indicadores necesarios para permitir la evaluación de los efectos producidos por las intervenciones.

La progresiva comprensión política de la multicausalidad de los problemas vinculados a las drogas sirve de base para que, a partir de la aprobación y puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, se articule una respuesta preventiva descentralizada que empieza a pivotar sobre las administraciones autonómicas y que se traduce en el sucesivo desarrollo de los Planes Autonómicos sobre Drogas. Con ello, la prevención pasa de ser un discurso más o menos teórico, mantenido entre los profesionales de las drogas, a una necesidad progresivamente comprendida y asumida tanto desde niveles de responsabilidad política como desde el tejido de participación social. En este marco se articulan los primeros planes de prevención que inicialmente contemplan el desarrollo de planes comunitarios locales, programas de formación de mediadores en prevención, apoyo al movimiento asociativo en el desarrollo de actividades de prevención, y edición de materiales y recursos para el desarrollo de los programas y actividades preventivos (Salvador y Mendoza, 1990).

Un creciente compromiso institucional en prevención se traduce también en el paulatino aumento de los presupuestos públicos dedicados a la prevención. Al final del siglo XX, el gasto directo de las Comunidades y Ciudades Autónomas explícitamente dedicado a prevención ocupaba casi el 16% del gasto total invertido en el abordaje de los problemas relacionados con las drogas por parte de las instituciones autonómicas, a estos fondos hay que añadir un 43% del total de subvenciones concedidas por la DGPNSD a ONGs desde los fondos propios de Plan Nacional sobre Drogas, y un 55% de las subvenciones también concedidas por la DGPNSD a ONGs con cargo a la Ley del Fondo (Plan Nacional sobre Drogas, 2000a).

A pesar de la fragilidad inicial de las intervenciones en prevención, desde mediados de los años ochenta se empiezan a plantear algunas reflexiones derivadas de la experiencia adquirida con la aplicación de las primeras actuaciones escolares y comunitarias. Estas primeras miradas críticas al sector señalan los principales retos a los que habrá que ir dando respuesta, y se refieren a diversos aspectos tanto de carácter técnico como político. Por una parte se señala la necesidad de diseñar pro-

gramas a partir de marcos conceptuales definidos, especificando el contexto de partida que los justifica, delimitando los objetivos previstos, la metodología y las técnicas concretas para desarrollarlos, y se apunta la necesidad de realizar algún tipo de evaluación (Mendoza, Vilarrasa y Ferrer, 1986; 1988; Mayol, 1988; Ferrer Pérez y Sánchez Perucho, 1988; Larrazábal Salazar, 1988; Ayuntamiento de Madrid, 1989). Por otro lado, se valora la necesidad de que la prevención pase a formar parte integral de la política sobre drogas (Comas Arnau, Espín Martín y Ramírez Goicoechea, 1989; Ferrer, Sánchez y Salvador, 1991).

## DESARROLLOS LEGISLATIVOS

Desde inicios de la década de los ochenta, destaca el despliegue de medidas legislativas de carácter estatal, autonómico y local, concernientes no sólo al tratamiento jurídico de las personas afectadas por algún tipo de drogodependencias, sino también encaminadas a ordenar temas que hasta la fecha carecían de respuesta legal concreta (por ejemplo, aspectos relativos a la oferta y el consumo de drogas ilegales, a la producción, promoción, venta y consumo de drogas legales, normas de coordinación policial, aduanas y medidas penales, civiles, laborales, fiscales, administrativas, etc.). Solamente, en el ámbito estatal, las medidas legislativas casi se duplican en los ochenta, con respecto al período comprendido entre principios de siglo y final de los setenta, mientras que en la década de los noventa, la cifra se duplica respecto de la década anterior (Plan Nacional sobre Drogas, 1999), (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Producción de textos legales de carácter estatal en España con impacto en el ámbito de las drogas y las drogodependencias

Período	Nº de textos legales
1900-1979	30
1980-1989	52
1990-1999	117

Fuente: <http://www.mir.es/pnd/legisla/pdf/0.pdf>

Un hito legislativo relevante en el ámbito de la prevención es la aprobación en 1990 de la Ley Orgánica 3/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) que, entre otros aspectos más generales, contempla por primera vez la introducción de la Educación para la Salud como asignatura transversal en el currículo escolar. La LOGSE, junto a otras leyes autonómicas que apuntan en la misma dirección, inaugura una nueva etapa: la de la implicación institucional que enmarca y, en teoría, debe facilitar el desarrollo de la prevención del abuso de drogas desde la escuela. Si bien estos desarrollos constituyen un avance decisivo

para facilitar la inclusión de la prevención en el ámbito escolar, su introducción no es una panacea que venga a resolver de forma mágica las dificultades implícitas en la práctica. Se trata sin embargo de una ley de ordenación educativa de carácter general, que habla de Educación para la Salud sin desarrollar los aspectos específicos de prevención del abuso de drogas, como no lo hace sobre otros temas (educación sexual, consumo, prevención de accidentes, etc.). Además, la aprobación de la Ley no se acompaña de la ampliación presupuestaria necesaria para garantizar la correcta puesta en práctica de los desarrollos contemplados por la nueva legislación. Tampoco define estrategias operacionales para asegurar la formación pregraduada de profesores en las nuevas materias. Finalmente, si la transversalidad es una estrategia pedagógica eficaz, no se puede esperar que su aplicación se produzca de forma espontánea, en una materia como la Educación para la Salud que, como acabamos de comentar, no ha sido suficientemente desarrollada en la Ley.

Aunque desde mediados de los años ochenta, se incrementó sensiblemente la legislación con impacto preventivo (especialmente en relación con las drogas legales: restricciones publicitarias, aumento de impuestos, restricción del uso en lugares públicos, etiquetaje, etc.), el primer texto legal de ámbito estatal que desarrolla medidas preventivas amplias como parte integral de la política global sobre drogas, no se publica hasta 1999. Se trata del Real Decreto 1911/199, de 17 de diciembre, donde se describe la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000b). Dicho texto, que nace del consenso entre las administraciones que integran el Plan Nacional sobre Drogas, aborda el problema del abuso de drogas desde una perspectiva global y considera, también por primera vez, todas las sustancias que pueden ser objeto de consumo y/o abuso, incluidas las drogas legales. En este marco, se prioriza la prevención de los consumos y sus consecuencias, con especial atención al alcohol, el tabaco y los usos emergentes de sustancias de carácter recreativo. Y todo ello, mediante la formulación de objetivos evaluables dentro de plazos establecidos. Entre estos objetivos, destacan los relacionados con promover la información sobre riesgos; formar a los docentes de Educación Primaria y Secundaria; transmitir información objetiva y formación adecuada entre adolescentes y jóvenes; y desarrollar medidas de control de publicidad y promoción de drogas legales.

Además, la Estrategia contempla objetivos cuantificables en los ámbitos de: acreditación de la formación del profesorado; homologación de materiales didácticos; promoción de estrategias preventivas en el medio laboral; desarrollo de proyectos de investigación sobre prevención en el medio escolar, familiar y comunitario; promoción de la formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores juveniles; desarrollo de instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y protección y faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones; colaboración con servicios sociales, AMPAs y otras entidades sociales para el desarrollo de programas de prevención con familias y con poblaciones en situación de riesgo; impulso del desarrollo de programas basados en la evidencia científica, difundiendo para ello las mejores prácticas; incorporación de

estrategias preventivas en el medio penitenciario; acercamiento a los profesionales de los medios de comunicación para potenciar acciones de sensibilización; y desarrollo de programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales de utilidad para los equipos de Atención Primaria de Salud. El Plan contempla asimismo el desarrollo de proyectos de investigación sobre prevención, la promoción de actividades de formación y reciclaje de los profesionales de este campo y, en general, la estimulación de actuaciones informativas, formativas y de modificación de actitudes, comportamientos y factores de riesgo, tanto en grupos de población específicos, como en población general. En definitiva, este Plan constituye un esfuerzo de concreción para el afianzamiento de las políticas de prevención iniciadas en nuestro país desde mediados de los años ochenta, tanto por la administración central, como las autonómicas y locales, que en cada territorio han articulado un vasto cuerpo legislativo de relevancia en prevención.

## LA PARTICIPACIÓN DE INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES

La implicación ciudadana activa encaminada al abordaje de distintos problemas vinculados a las drogas ha experimentado una importante evolución en los últimos 20 años. A mediados de la década de los setenta, ante el vacío institucional frente al nuevo fenómeno que suponían las drogas y sus problemas asociados, algunas ONGs empezaron a dar respuestas específicas, fundamentalmente de carácter asistencial (Martínez Higuera, Pedrero Pérez, Aguilar Gil, 1998). A finales de los ochenta, se evidencia una progresiva comprensión, por parte de la sociedad civil, sobre la necesidad de adoptar enfoques preventivos, no sólo desde las instancias públicas, sino también desde la participación decidida de todos los elementos que integran el tejido social.

Este cambio de enfoque desde la óptica ciudadana marcó el punto de partida de crecientes y mejor estructuradas iniciativas de carácter preventivo desde las ONGs (asociaciones de padres, de vecinos, entidades ciudadanas, asociaciones de voluntariado, iniciativas promovidas por iglesias, asociaciones de profesionales especializados en el tema, sindicatos, etc.). Además de la prevención, las organizaciones sin ánimo de lucro se ocupan también de actividades de formación, asistencia e incorporación social. Las intervenciones o proyectos preventivos dirigidos al ámbito escolar y comunitario suponen, al final de la década de los noventa, el 60% de las actividades de prevención de las ONGs de carácter nacional (Plan Nacional sobre Drogas, 2000a). Un factor a tener en cuenta en la consolidación de las ONGs como canales de participación comunitaria ha sido el creciente apoyo institucional a sus iniciativas, tanto en cuanto a la acreditación y reconocimiento de sus programas, como en el apoyo económico prestado para poder desarrollarlos (convocatorias anuales de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y participación en la asignación tributaria del 0,52% del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, administrada por el Ministerio de Asuntos Sociales, así como diversas líneas de financiación de carácter autonómico y local).

## RECURSOS DE APOYO A LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS

Además de los desarrollos de carácter político y social, se han producido también avances tendentes a promover intervenciones preventivas de calidad creciente. Para el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención se han desarrollado durante los últimos años múltiples iniciativas desde las distintas instituciones.

Presentamos a continuación algunas de las que pueden considerarse como más relevantes.

### Formación especializada

En los últimos quince años, se ha desarrollado una importante oferta de formación de mediadores sociales desde los distintos niveles de la administración: Central, Autonómica y Local, así como desde universidades y ONGs. Entre los grupos mediadores más importantes, la oferta formativa va dirigida fundamentalmente a profesionales socio-sanitarios y otros mediadores sociales (en el ámbito familiar, educativo y del voluntariado). En el caso de la formación dirigida a los profesores, generalmente, se trata de cursos de formación continuada por los que pasan anualmente varios miles de profesores de todo el país.

Probablemente, el punto más frágil en relación a las oportunidades de formación sea el ámbito de pre-grado en los estudios universitarios de carácter socio-sanitario. Se observa una presencia desigual —y en cualquier caso excesivamente general— de los temas relativos al abordaje de los problemas relacionados con las drogas, quedando pendiente el desarrollo de una formación adecuada por parte del sistema educativo, tanto respecto al abordaje general de los temas relacionados con las drogas, como en prevención (CEPS, 1993; CEPS, 1994; Ferrer, Torres, Durán et al., 1995).

En este sentido, la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000b) tiene entre sus diez metas principales abordar la formación de técnicos y especialistas en diversos ámbitos de actuación; “concretamente, se indica el objetivo de garantizar la formación básica, especializada y continuada de los universitarios y profesionales, así como el acceso a la documentación y creación y desarrollo de centros y equipos de investigación aplicada en materia de drogodependencias.”

### Publicaciones y otros recursos de apoyo a las intervenciones preventivas

Otro importante esfuerzo desarrollado a lo largo de los últimos quince años, ha sido el progresivo interés institucional en elaborar y editar documentos técnicos, así como materiales y recursos de apoyo a las intervenciones.

Estos recursos pueden agruparse en cuatro grandes bloques:

- **Publicaciones:** desde mediados de los años ochenta, se observa una creciente producción de materiales didácticos y documentos técnicos de calidad, editados por distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y presentados en distintos soportes. Con ello, en la actualidad se dispone de una importante base de materiales preventivos consistente en libros, revistas, boletines especializados, manuales para padres o profesores, CD-ROM, vídeos, webs, etc. Todo ello proporciona una información amplia y de diverso calado para cubrir las necesidades de los equipos que trabajan en prevención. Aunque no exista una forma directa de cuantificar esta significativa producción de documentos técnicos y materiales de apoyo relevantes en prevención, una medida indirecta que puede aproximarnos a estos desarrollos es el importante volumen de documentos y materiales españoles indexados en los principales centros de documentación sobre drogas de nuestro país, como el Centro de Documentación del Plan Nacional sobre Drogas, el INDID (FAD), el REDOC (Comunidad Valenciana), SIIS (País Vasco) y otros muchos con importantes fondos preventivos.

- **Guías de evaluación:** se han elaborado algunos documentos técnicos para ayudar en la planificación y evaluación de las intervenciones preventivas, entre ellos, el más conocido es la *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias: Manual para responsables de planificación y evaluación de programas* (Kröger, Winter y Shaw, 1998), publicada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT). La Guía proporciona un procedimiento "paso a paso" que permite estructurar las intervenciones de una forma coherente, preparándolas así desde su inicio para la evaluación (versión española en: [http://www.idea-prevencion.com/docs/evaluación\\_int\\_prev.rtf](http://www.idea-prevencion.com/docs/evaluación_int_prev.rtf)).

Por su parte, la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid ha puesto a disposición de los técnicos en prevención un Manual (Alvira Martín, 1999) que proporciona procedimientos, reglas, criterios, métodos y técnicas para poner en marcha intervenciones preventivas o ajustar las que ya están funcionando (<http://www.idea-prevencion.org/PDF's/manual.elaboracion.pdf>).

- **Banco de instrumentos de evaluación del OEDT:** el OEDT gestiona un banco de instrumentos, permanentemente actualizado, para la evaluación ([http://eibdata.emcdda.org/databases\\_eib.shtml](http://eibdata.emcdda.org/databases_eib.shtml)). Contiene escalas e ítems básicos y validados para medir distintos indicadores de prevención y de tratamiento del abuso de drogas. Actualmente, contiene cerca de 200 instrumentos en distintas lenguas. De relevancia para el sector preventivo, se pueden encontrar instrumentos para la evaluación formativa, para la planificación de programas, para medir distintas variables estimadoras de influencia sobre el riesgo o protección para el consumo de drogas, así como escalas útiles para la evaluación sumativa o de resultados.

- **Acceso a información especializada:** en 1988 se puso en marcha, como proyecto piloto, el Sistema de Información Técnica sobre Prevención del Abuso de Drogas, IDEA-Prevención, en respuesta a la necesidad profesional percibida de disponer de un mecanismo capaz de proporcionar información científica y técnica relevante para el diseño, aplicación y evaluación de programas preventivos, así como facilitar el intercambio de información entre equipos. Esta red multisectorial funciona gracias a la participación activa de profesionales y equipos del sector y al apoyo de las administraciones que integran el Plan Nacional sobre Drogas.

IDEA-Prevención selecciona información sobre intervenciones en prevención realizadas en todo el Estado, documentos, recursos técnicos, investigación clave y materiales que proporcionan a los usuarios de la red apoyo técnico para su trabajo. Actualmente, el Sistema cuenta con casi 700 programas de prevención en su base de datos (1989-2001), ha seleccionado y catalogado más de 6.000 referencias especializadas y, a partir del año 2000, ha incorporado una base de datos sobre investigación que recoge hoy en día más de 300 trabajos. La red IDEA-Prevención cuenta hoy con 3.920 usuarios. La web del Sistema, [www.idea-prevencion.org](http://www.idea-prevencion.org), está en funcionamiento desde 1997 y actualmente recibe una media mensual de 528 consultas, el 60% de las cuales proceden de España.

## CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los avances en prevención —tales como el consenso en los objetivos, la posibilidad de definir objetivos evaluables y la identificación de programas eficaces— han sido posibles gracias a dos factores clave: por un lado, al acopio de una importante experiencia profesional, y a las crecientes aportaciones de la investigación relevante en prevención.

### Aportaciones de la investigación internacional

Gracias a la investigación, en los últimos veinticinco años se han producido sensibles avances en el conocimiento de los factores que intervienen en el inicio y mantenimiento del uso problemático de sustancias psicoactivas. Las bases de este progreso se hallan en el análisis conjunto de los resultados proporcionados por estudios epidemiológicos (longitudinales y transversales), experimentos en neurociencias, estudios sociales prospectivos y diseños experimentales para evaluar la eficacia de las distintas propuestas teóricas encaminadas a producir cambios de comportamientos y de actitudes con relación a las drogas. Estos desarrollos han permitido, igualmente, identificar factores cuyo control o modificación contribuye a una disminución significativa de los usos problemáticos de drogas y, por tanto, a elaborar un modelo de análisis y de intervención centrado en los factores de riesgo y de protección. Dado el importante vacío de estudios experimentales en nuestro contexto, en Europa ha sido necesario recurrir a la revisión de investigaciones desarrolladas en EEUU duran-

te las últimas dos décadas y, en especial, la línea de investigación en este campo abierta por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) (Bell y Battjes, 1985; Bukoski, 1995 y 1997; Cázares y Betty, 1994; Collins y Seit 1994; De la Rosa y Recio, 1993; Dorm y Thompson, 1976; Goostadt, 1986; Gordon y Glantz, 1996; Gossop y Grant, 1990; Hansen y Graham, 1992; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Petraitis, Flay y Miller, 1995; Petraitis et al., 1998; Leukefeld y Bukoski, 1991 y 1995; Leukefeld y Moskowitz, 1983; Mrazek y Haggerty, 1994; National Institute on Drug Abuse, 1997a y 1997b; Ray, 1988; Schaps et al., 1981; Schroeder, Laflin y Weis, 1993; Sharp, Beauvais y Spence, 1992).

Son muchas las aportaciones de la investigación centrada en medir la eficacia de la prevención del abuso de drogas. La mayor parte de estudios se han centrado en intervenciones escolares (Tobler, 1986; 1993 y 1997) y, más recientemente, se está empezando a disponer de estudios también en el ámbito comunitario (Cheadle et al., 2001; Chou, Montgomery, Pentz, 1998). Esta investigación ha servido para confirmar que la escuela tiene un papel importante en la prevención del abuso de drogas, que hay intervenciones más eficaces que otras, que no todo vale, y que merece la pena invertir recursos en hacerlo bien. La investigación confirma, además, que para ser eficaces, los programas escolares deben estar enmarcados en una política preventiva global, que contemple aspectos de modificación normativa y de protección —relativa al control de la accesibilidad, la disponibilidad, de los usos públicos de las distintas drogas—; de mejora del entorno inmediato de los individuos expuestos a importantes factores de riesgo; y de refuerzo y/o mejora de las habilidades personales y sociales de dichas personas.

Aparte de estas evidencias de carácter global, la investigación ha aportado otros elementos para la reflexión que deberíamos empezar a tener en cuenta. Entre ellos:

- En el contexto escolar, dado que los factores etiológicos para el abuso de drogas son múltiples, se debe ampliar el alcance de las intervenciones, tanto en lo referido al intervalo de edades donde se aplican los programas, como en lo tocante a tipos de elementos que se incorporan a estos programas.
- Históricamente, se había considerado que el grupo de afiliación era un potencial facilitador del inicio al abuso de drogas, es decir, que el grupo podía tener una gran influencia en el inicio de determinados consumos de sustancias. Los datos disponibles al respecto indican que no solamente es el grupo el que influye sobre el individuo, sino que el individuo tiene tendencia a afiliarse a grupos afines.
- Los riesgos asociados a los consumos no son uniformes ni similares entre grupos. Cuando las intervenciones se realizan sobre grupos que soportan riesgos específicos, deben ser más intensas y prolongarse por largos períodos. Hasta ahora, se han ido aplicando programas de prevención que técnicamente parecen estar en la línea de lo "correcto", pero sin tener en cuenta las necesidades preventivas de la población general o escolar, sometiéndolas a intervenciones de "alta exigencia" sin justificación. En este marco, se debería profundizar más en el conocimiento de las circunstancias de riesgo de grupos

socioeconómicos vulnerables y destinarles el mayor esfuerzo e inversión de recursos, mientras que los grandes grupos de población requerirían intervenciones más generales, de corte breve y repetidas en el tiempo.

- La investigación también ha aportado luz al tema de la transmisión de información como elemento necesario de los programas de prevención. A comienzos de los años ochenta se cuestionaba que la información sobre riesgos pudiese ser preventiva. Los estudios epidemiológicos de series temporales realizados durante más de 25 años han permitido describir tendencias referidas a la relación entre indicadores de consumo y otros factores. Estos estudios muestran que los cambios en los consumos de drogas han ido paralelos a cambios en la percepción de los jóvenes sobre los efectos nocivos de cada sustancia y sobre su percepción respecto al grado de aceptación social del uso. Así, el incremento de la percepción del riesgo asociado al consumo de las distintas drogas ha coincidido con la disminución del uso de dichas sustancias, mientras que en el momento que estas percepciones negativas empiezan a erosionarse, el consumo aumenta (Bachman et al, 1990; Sloboda, 1997). Los datos disponibles indican que la información es necesaria y sólo resulta contrapreventiva cuando se transmite de forma indiscriminada, alarmista y no se basa en hechos, sino en prejuicios ideológicos. La información correcta, basada en la evidencia, adaptada a las edades con las cuales se está trabajando y transmitida por canales de información que tengan credibilidad para las poblaciones destinatarias, constituye un elemento preventivo importante.

## **Desarrollo de la investigación en España**

La Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000b) recoge entre sus principales objetivos la creación de un Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas que tiene, entre sus funciones, la de ordenar e inventariar los estudios realizados, impulsar en España la investigación sobre drogodependencias, y definir las líneas prioritarias de investigación, así como fomentar la creación de grupos estables de investigadores. Es de desear que, en este marco, haya un espacio para la investigación relevante en prevención y pueda superarse el importante vacío existente hasta ahora en lo relativo a estudios experimentales sobre eficacia de las diversas intervenciones preventivas. Un breve repaso de lo realizado hasta ahora muestra que, si bien nuestro país dispone de los estudios epidemiológicos necesarios para marcar de forma adecuada las prioridades en prevención, la experimentación sobre la eficacia y la eficiencia de las intervenciones no ha hecho más que empezar.

### **ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS**

Inicialmente, la investigación relevante en prevención desarrollada en España se centra en la realización de estudios epidemiológicos sobre prevalencia del consumo de drogas, así como sobre los conocimientos y actitudes respecto a las drogas de la población. Estos estudios eran prioritarios en la década de los ochenta, debido a

la práctica inexistencia de datos al respecto y la necesidad de contar con un “mapa” de la realidad sobre drogas donde fundamentar la necesidad de intervención. Así, se vienen realizando encuestas periódicas sobre los consumos, actitudes, opiniones y percepciones de los españoles con respecto a las distintas sustancias psicoactivas. Los análisis de tendencias que facilitan los estudios epidemiológicos longitudinales han permitido reunir series temporales que posibilitan:

- Identificar edades de inicio para las distintas drogas.
- Definir grupos poblacionales sometidos a diversos factores de riesgo.
- Describir actitudes y conductas relacionadas con las drogas.
- Apuntar la complejidad de los múltiples factores implicados en el consumo.
- Indicar que a mayor número de factores facilitadores del consumo, mayor riesgo de conductas de abuso o de uso problemático de drogas.
- Describir tendencias referidas a los usos de las distintas sustancias psicoactivas.
- Evaluar el impacto preventivo de determinadas medidas políticas de protección y control.
- Observar que la percepción social sobre el fenómeno de las drogas ha sufrido transformaciones importantes en nuestro país.

Todos estos aspectos quedan ampliamente expuestos en otros capítulos de esta monografía.

#### ESTUDIOS SOBRE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES

El primer estudio documentado de este tipo realizado en España se propone evaluar la eficacia de un programa escolar de educación sobre drogas para su aplicación en la Enseñanza Media (alumnos entre 14 y 18 años), centrado en la toma de decisiones, comparando dos opciones de tratamiento (Calafat et al., 1982 y 1984). A partir de este estudio, y de datos sobre actitudes y conductas de los adolescentes y los profesores de Mallorca, en relación con las drogas (Calafat et al. 1983 y 1985a), se diseña en 1985 el programa *Tú decides* para su aplicación en el aula por profesores previamente formados (Calafat et al., 1985b). El programa combina diversas estrategias, haciendo especial énfasis en el entrenamiento sobre toma de decisiones relacionadas con las drogas y otros aspectos que afectan el estilo de vida de los adolescentes. La metodología en clase exige la neutralidad del profesor y la utilización de técnicas pedagógicas activas. A lo largo de sus más de diez años de historia, el programa ha sido evaluado en varias ocasiones: en 1982, en 1987-88, en 1989-92 y en 1995 (Calafat et al, 1989 y 1995; De la Rosa, 1995).

Los alentadores resultados obtenidos en los sucesivos estudios de evaluación de *Tú decides*, así como su buena acogida por parte de profesores y alumnos, han contribuido a la extensión del programa en España. En la actualidad alcanza una cober-

tura de 15.000 alumnos cada año y se aplica de forma institucionalizada en las Islas Baleares (35% de los centros escolares de Mallorca) y en las ciudades de Barcelona (17% de los centros educativos), Reus (50% de las escuelas públicas), así como en Vigo y Benidorm.

El segundo estudio documentado en nuestro país, se inicia a comienzos de los años noventa, como trabajo de doctorado, sobre la base de la experiencia práctica acumulada durante diez años desde los Servicios de Prevención de las Drogodependencias del Ayuntamiento de Barcelona (Ferrer, 1993). A partir de la evaluación de las dificultades identificadas para conseguir la participación activa de los padres en los programas escolares de prevención del abuso de drogas, se diseñó en 1989 una investigación para "evaluar la eficacia, la eficiencia y el alcance de tres técnicas diferentes de formación de padres en materia de prevención de drogas (charlas coloquio, vídeo enviado a los domicilios y distribución de material impreso)". Para ello, se realizó un diseño experimental comparando cuatro grupos aleatorios, en una muestra de 3.686 padres y/o madres de alumnos de 1º a 6º de Enseñanza Primaria.

Este estudio aportó datos relevantes para el desarrollo de intervenciones posteriores, sugiriendo que no parece justificable —al menos como primera opción— el método de convocar a los padres para impartir charlas presenciales, por cuanto implica la peor cobertura de la población diana, sin ofrecer a cambio menor coste ni mayor eficacia (Ferrer y España, 1995). La imposibilidad de estudiar posteriormente con mayor profundidad algunos de los hallazgos de este estudio mantiene todavía hoy vigente la necesidad de identificar un conjunto de intervenciones eficaces dirigidas a la familia que sirvan como modelos de referencia. Esta necesidad se recoge en el Objetivo 6 de Prevención de la Estrategia Nacional (PNSD, 2000a).

En la década de los años noventa aparecen otros estudios de evaluación de intervenciones de prevención desde el marco escolar, que vienen a confirmar que los programas educativos basados en el desarrollo de habilidades y la adquisición de información, mediante métodos interactivos, se muestran eficaces para fomentar entre los alumnos: la adquisición de conocimientos veraces y no sesgados sobre drogas, el incremento de una posición más crítica frente a los mensajes publicitarios y de promoción de las drogas legales, cambios actitudinales positivos con relación a diversos aspectos relacionados con los usos y abusos de drogas, una mayor conciencia crítica respecto a los mecanismos de presión del grupo, la valoración positiva de los efectos beneficiosos de estilos de vida saludables, el desarrollo de hábitos de orden y la toma de decisiones en función de criterios razonables, entre otros valores (Escámez et al., 1993; Delgado, Pablos y Sánchez, 1996).

A finales de los noventa, aparecen en nuestro país nuevos estudios de eficacia de programas de prevención escolar, ofreciendo un panorama más rico que en décadas anteriores (Martínez Higuera y Salvador Llivina, 1999; Antón, Martínez y Salvador, 2000).

En esta nueva etapa destacan:

- *Construyendo salud*. Resultado de la ampliación y adaptación a nuestro país del programa *Life Skill Training* desarrollado por J.G. Botvin, *Construyendo salud* consta de 7 componentes (informativo, autoestima, toma de decisiones, control emocional, habilidades sociales, tolerancia y cooperación y ocio) que se aplican en el aula por un profesor entrenado, durante 17 sesiones. Para la evaluación de su eficacia se utilizó un diseño cuasi-experimental pretest-postest de grupos control no equivalentes. Con una muestra de escolares de distintas Comunidades Autónomas los resultados más destacados sobre su eficacia son: retraso en el inicio del consumo de tabaco y alcohol, disminución de consumos en los ya iniciados a estas sustancias y reducción de la intención de consumir sustancias psicoactivas (Luengo et al., 2000).
- *Tabaco, alcohol y educación*. Programa de actuación intensiva para la prevención del consumo de tabaco y alcohol en el primer curso de ESO. Elaborado en la Comunidad de Castilla-La Mancha por técnicos del Plan Regional de Drogas, se puede aplicar en dos versiones: con y sin compañeros líderes. En la versión sin líderes es el profesor quien imparte los contenidos y realiza las dinámicas. El programa se estructura alrededor de 2 componentes sobre los cuales se organizan las áreas de trabajo: 1) prevención específica, que articula 7 sesiones sobre temas relacionados con el tabaco, el alcohol y la publicidad relacionada con estas sustancias; 2) prevención inespecífica, que se desarrolla en 6 sesiones sobre temas de habilidades sociales, autoimagen, toma de decisiones, habilidades de resistencia, etc. El estudio de eficacia elaborado (Alonso y del Barrio, 1997; Alonso y del Barrio, 1998) se basa en un diseño cuasi-experimental de grupo control no equivalente, con medidas pre y post intervención. Los resultados indican mayor eficacia de la versión aplicada por el profesor y efectos positivos más claros sobre el consumo de alcohol que sobre el tabaco.
- *Prevención del abuso de sustancias en la escuela (PASE)*. Elaborado por el equipo del Instituto Municipal de la Salud del Ayuntamiento de Barcelona, es aplicado en los colegios por los profesores, para lo cual cuentan con el apoyo de los equipos municipales de prevención de drogodependencias. El programa se estructura en 10 sesiones, siendo la última de ellas específica para los padres, quienes reciben material informativo sobre el programa. Los contenidos de PASE trabajan la identificación del papel de las presiones sociales y grupales en la generación de problemas, los mecanismos de la publicidad y su influencia en el comportamiento, la expresión de la opinión propia, las dificultades del abandono de una dependencia. El estudio de eficacia del programa se realizó con un diseño cuasi-experimental con grupo control. Desde 1992, cada dos años se recoge información sistemática del programa. La participación en el programa produce cambios significativos (Villalbí et al., 1997 y 1998) en actitudes y creencias respecto al tabaco, aumenta las expectativas de abstenerse de su consumo en el futuro y produce efectos moderados sobre el consumo abusivo de alcohol.

- *Programa de prevención del consumo de drogas entre adolescentes de la ciudad de Granada.* Elaborado desde la Universidad de Granada, el programa está diseñado para ser aplicado en 6º de EPO y 1º de ESO. Consta de 23 sesiones el primer año y 13 el segundo. Los componentes que incluye son: entrenamiento en habilidades sociales, preparación para los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, información sobre las consecuencias para la salud del consumo de tabaco y alcohol, entrenamiento en solución de problemas, aprender a ser descriptivos y corrección de la sobreestimación del consumo de tabaco. En cada uno de los períodos se dedican varias sesiones a la recogida de información sobre el consumo de drogas, utilizando la técnica Bogus Pipeline, y las habilidades sociales de los alumnos. El programa es aplicado por personas ajenas al marco escolar, especialmente entrenados en los contenidos y habilidades necesarias para aplicarlo. La evaluación se ha realizado utilizando un diseño cuasi-experimental pre-post test con grupo de comparación y un estudio de seguimiento al año de la aplicación del programa. Los principales resultados, de momento sobre el tabaco, indican (Carrasco y Luna, 1999) que no afecta al consumo de tabaco y que produce cambios en los componentes que trabaja: habilidades sociales, resolución de problemas e información.
- *Programa de prevención del consumo de drogas en la escuela (PPCDE).* Elaborado desde el Plan de Drogas de Galicia, pretende influir en la tríada información-actitud-conducta, utilizando un conjunto de actividades acordes con la edad de los destinatarios, abarcando desde la Educación Infantil al Bachillerado (5 a 18 años). El PPCDE no plantea un procedimiento estandarizado y estructurado de aplicación, sino que se ofrece como una propuesta flexible donde los profesores deciden las sesiones y asignaturas en las que aplicar la intervención. La evaluación sobre la eficacia del programa se ha realizado, de momento, en alumnos de ESO durante el curso escolar 1998/99, utilizando un diseño cuasi-experimental con medida pre y post intervención y grupo de comparación no equivalente. Los principales resultados muestran (Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas, 2000) que la intensidad y la calidad de la intervención influye en los efectos que produce el PPCDE, que aumentan las actitudes no favorables al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias y que disminuye la prevalencia del consumo expresado en autoinforme.
- *Programa de prevención del tabaquismo en ESO.* Elaborado por EDEX, pretende reducir el inicio en el consumo de tabaco entre escolares de 12 a 16 años. Se estructura en 10 actividades organizadas en cuatro bloques temáticos y desarrollados en el aula bajo la dirección del profesor, quien recibe una formación previa. Cada tema del programa encaja en un área curricular concreta: ciencias de la naturaleza, sociales, geografía e historia, plástica, literatura, matemáticas, etc. La evaluación cuasi-experimental con grupo control y medias pre y post intervención, comprueba que el programa modifica positivamente las tres dimensiones a las que se dirige: información, actitudes y conductas de consumo de tabaco. En este último punto, el estudio observa que, si

bien en los dos grupos de comparación aumenta el número de estudiantes que han probado el tabaco al momento de realizar la medida post-intervención, este aumento es mayor en el grupo que no recibe el programa. Por otra parte, se produce una disminución en la proporción de escolares que consumen tabaco con regularidad en el grupo en el que se aplica el programa, variable que aumenta en el grupo que no se aplica (Melero, 1998; Melero, Flores y Pérez Oñate, 1999).

Existen otra serie de intervenciones, la mayoría realizadas en el entorno escolar, que están siendo sometidas a importantes evaluaciones de proceso, con datos de resultados todavía en desarrollo y que presentan una amplia difusión en el terreno preventivo español. Brevemente hacemos referencia a ellas:

- *Programa de prevención de drogodependencias (PPD)*. Programa escolar que, tras diez años de aplicación en 258 centros de 51 Ayuntamientos de la Comunidad de Madrid, emprendió una evaluación de resultados realizada por una entidad externa, utilizando un diseño post intervención con grupo de comparación no equivalente, así como grupos de discusión con los alumnos. El programa es fruto de un convenio entre el MEC, la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid.
- *La aventura de la vida*. Programa del Gobierno Vasco, en colaboración con EDEX Kolektiboa, puesto en marcha en 1989. En la actualidad se está aplicando en más de la mitad de los escolares (8-11 años) del País Vasco, en Cataluña y otros territorios de España, así como en 15 países de América Latina. Se han realizado dos evaluaciones de proceso: en la tercera edición (curso 1991-92) y en la sexta (curso 94-95), combinando en la metodología métodos cualitativos y cuantitativos.
- *En la huerta con mis amigos*. Entre 1992-93 la entidad AGIPAD (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de Drogas) adaptó del original canadiense este programa dirigido a niños entre 5 y 9 años. El programa está ampliamente extendido en el País Vasco, Navarra, Asturias, Cataluña, Murcia y Madrid. En el curso escolar 1999-2000, se desarrolló un estudio de evaluación de la aplicación realizada en la Comunidad de Madrid, por medio de un diseño de medida post-intervención con grupo control. Durante este curso escolar, el programa se aplicó a 5.900 niños de 17 municipios. La intervención se realizó, mayoritariamente, en los cursos de 1º y 2º de Educación Primaria Obligatoria. La evaluación ha mostrado que el programa es eficaz en producir cambios en los factores relacionados con el desarrollo psico-afectivo a los que va dirigido: afrontamiento y solución de problemas, conductas de salud e integración social y autoimagen (Martínez Higuera y Garrido Gutiérrez, 2000).
- *Plan integral de prevención escolar (PIPES)*. En 1993, la FAD puso en marcha este programa, inicialmente como experiencia piloto en dos ciudades españolas (Madrid y Sevilla), destinado a alumnos de EPO y ESO (6 a 16 años). El PIPES proporciona una serie de actividades pedagógicas, a seleccionar por

el profesor, para abordar 4 áreas de trabajo: valores, actitudes, competencia individual para la interacción y toma de decisiones. La FAD supervisa y apoya las aplicaciones realizadas por los profesores, quienes son formados previamente. También colabora en el análisis de necesidades, proporciona materiales de apoyo e intervenciones complementarias, así como instrumentos para la evaluación de resultados y el seguimiento. A nivel global se ha evaluado la implantación y la extensión del PIPES. En 1997 el programa había llegado a 672 instituciones escolares de las Comunidades de Madrid, Andalucía, Valencia, Castilla-La Mancha y La Rioja.

- *Beber no es vivir*. Programa municipal de prevención del alcoholismo juvenil. En 1994 el Ayuntamiento de Madrid desarrolla esta intervención multicomponente, incluyendo un subprograma educativo desarrollado desde el ámbito escolar. A través de un diseño cuasi-experimental se comprueba que la intervención educativa: incrementa en un 11% la actitud crítica ante la publicidad de alcohol, triplica el rechazo a la presión de grupo, incrementa en un 12% las respuestas asertivas de rechazo.
- *Alcazul*. En 1996, el Plan Regional de Drogas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha pone en marcha, inicialmente en fase piloto, esta intervención de tipo comunitaria, dirigida a jóvenes de 14 a 18 años. *Alcazul*, en ejecución desde 1998, se organiza alrededor de los recursos ya existentes y disponibles en la localidad donde se aplica. Combina actividades de ocio y tiempo libre, de relación interpersonal y de información sobre drogas. Requiere la participación de un coordinador de zona, otro local, monitores y voluntarios. Su implantación ha ido incrementándose desde su puesta en funcionamiento, pasando de 67 municipios en 1998, a 76 en 1999 y 112 en 2000. El número de actividades desarrolladas por el programa, el número de horas dedicadas y el número de participantes se duplicó entre 1998 y 2000.
- *Alfil*. A diferencia de lo que acabamos de revisar, *Alfil* es un programa que pretende reducir el riesgo de alcoholismo y otros trastornos psicosociales relacionados en hijos de alcohólicos, aplicable en distintos contextos terapéuticos o de autoayuda. El programa consta de dos partes: un estudio de los factores de riesgo de los destinatarios (12-16 años) y un módulo de intervención psicoeducativo grupal desarrollado por terapeutas entrenados, que sean especialistas en alcoholismo y adolescentes en riesgo, así como en la utilización de técnicas de grupo. De las 11 sesiones de que consta, 9 están dirigidas a la población diana y 2 a los padres. Están previstos estudios de seguimiento a los 5 y 10 años de la intervención. Los resultados, de momento provisionales, sobre los 11 programas piloto realizados, indican cambios en la dinámica de algunas familias y en los conocimientos sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol (Díaz et al., 2000).

De forma sintética, podemos concluir que la investigación sobre eficacia de las intervenciones en nuestro país se ha centrado en el ámbito escolar, y que probablemente gracias a la información derivada de los estudios nacionales e internacionales

disponibles, los programas preventivos con mayor implantación en España, responden en su mayoría a las exigencias básicas deseables, tanto en lo relativo a los contenidos trabajados (Tabla 2), como en lo relativo a la metodología empleada (Tabla 3), mientras se mantiene el reto de conseguir una cobertura universal de toda la población escolar (Tabla 3).

**Tabla 2.** Componentes de los programas de prevención escolar en España (% de programas que incluye cada componente)

COMPONENTE	%
Informativo	91,7
Autoimagen y superación	62,5
Control emocional	54,2
Toma de decisiones	95,8
Habilidades de resistencia	100,0
Tolerancia y cooperación	58,3
Ocio y tiempo libre	79,2

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD (2001).

## PRINCIPALES RETOS AL COMIENZO DEL SIGLO XXI

La nueva Estrategia sobre Drogas propone un plan comprehensivo en el ámbito de la prevención que, además de apuntar las líneas, criterios y ámbitos de intervención en detalle, establece para cada ámbito, y a lo largo del período comprendido entre los años 2003 y 2008, un conjunto de objetivos generales y específicos a cumplir en nuestro país, así como la especificación de indicadores de consecución de tales objetivos. Esta Estrategia comprometida, junto con el estado actual del conocimiento en materia de prevención, exige incorporar la evidencia disponible y plantea la exigencia de continuar avanzando tanto en aspectos de coherencia como en términos de calidad.

Desde un punto de vista global, en la actualidad, la mayoría de las intervenciones que se realizan son estrategias dirigidas a la información y/o sensibilización de la población o un grupo determinado (estrategias de influencia), así como de desarrollo de competencias (programas escolares centrados en trabajar habilidades sociales, cognitivas, afectivas y de toma de decisiones). Si bien es necesario continuar avanzando en esta línea, incorporando los avances de la investigación y los marcos teóricos que son más adecuados, es necesario ampliar el espectro de actuación poniendo en marcha otro tipo de estrategias preventivas, tales como las estrategias de protección o de mejora y modificación medio-ambiental.

**Tabla 3.** Programas de prevención escolar: características y datos de implantación

Nombre del programa	Edad	Formación profesores (horas)	Aplic. aula (sesiones)	Intervención familiar
PIPES	6 - 15	40	Variable	Sí
La experiencia de educar para la salud en la escuela	5 - 18	25	10 - 11	
Cine (El cine en la enseñanza, Cine y educación en valores)	6 - 18		Variable	
Programa prevención drogodependencias en centros educativos	6 - 18	40	Variable	Sí
Discover, aprendiendo a vivir	5 - 18	25	30	Sí
Programa de prevención de drogodependencias	3 - 18		Variable 5 a 25	Sí
En la huerta con mis amigos	6 - 11	4	18	Sí
La aventura de la vida	8 - 11	4	Variable	Sí
Prevenir en colección	6 - 11	4	6-7	Sí
Tú y la música	8 - 11		17	
El valor de un cuento	8 - 11		Variable	Sí
Atilano, gusano sano	9 - 11			
Valores en la literatura	12 - 15		Variable	
Órdago	12 - 15	4	20*	Sí
Construyendo salud	11 - 13	55	17	
Barbacana	12 - 15	15	8	Sí
Tú decides	12 - 15	10	4 - 8	Sí
Prevención del consumo de tabaco y alcohol	12 - 14		6	
Prevención consumo de drogas de síntesis	14 - 15		2	
Clases sin humo	12 - 14		8	
Prevención drogodependencias	12 - 15		4	
¿Y tú que piensas?	15 - 18	3	≥6	
Desmitifícate	+ 16	5		
De marcha	+ 17		14	Sí

\* Las 20 sesiones, se reparten a lo largo de los cuatro cursos de la ESO.

CCAA	Nº	Nº	Nº
	escuelas	alumnos	profesores
Asturias, Baleares, C.-La Mancha, Extremadura, Valencia, Murcia, Andalucía, La Rioja, Madrid	290	No disponible	965
Galicia	572	101.952	4.912
País Vasco, La Rioja, Madrid, Cantabria, Extremadura, Murcia, Galicia	173	67.452	682
Madrid	90	45.000	1.242
Castilla y León, País Vasco, Ceuta	55	7.844	522
País Vasco	80	9.720	450
Baleares, Cantabria, Cataluña, Madrid, Murcia, Navarra, Canarias	936	36.779	929
Cataluña, P. Vasco, C. y León, Canarias, Murcia	367	29.980	1386
Madrid	167	10.000	378
Valencia	13	4.236	13
Extremadura, Valencia	14	2.068	
Castilla y León	23	1.747	64
Murcia		978	
Andalucía, Cantabria, C. y León, Valencia, Canarias, Murcia	1.397	67.169	2.075
Asturias, C. y León, C.-La Mancha, La Rioja, Ceuta, Madrid, Melilla, Murcia, Extremadura, Cantabria, Aragón	92	11.805	461
Valencia	112	4.788	160
Baleares	43	2.789	91
La Rioja	78	2.941	
La Rioja	38	2.907	
País Vasco	11	1.285	
Baleares	4	1.340	60
Andalucía, Baleares, Cataluña, Cantabria, C.-La Mancha, Extremadura	612	228.878	
Extremadura	250	indefinido	
Extremadura	8	200	

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD (2001).

En este marco es preciso incorporar a la política de prevención medidas dirigidas a modificar las normas sociales escritas (leyes, normativas) o tácitas (códigos sociales, actitudes y normas de comportamientos públicos) en relación con las drogas. Las medidas de protección se han mostrado eficaces en reducir sensiblemente la demanda de drogas, afectando a la disponibilidad, la accesibilidad y el uso público de estas sustancias. Por ello, la política preventiva debe continuar avanzando en los desarrollos legislativos, especialmente aquellos que promueven la protección de la comunidad frente a los abusos de los intereses vinculados a la producción y comercialización de drogas, tanto legales como ilegales.

Igualmente, hay que incorporar estrategias de diseño ambiental, capaces de promover una atmósfera social y unos servicios comunitarios más efectivos, cambiando los entornos inmediatos de grupos sometidos a condiciones concretas de riesgo. La investigación disponible sugiere que la modificación o modelación de los factores de riesgo y protección son más eficaces en la reducción del abuso de drogas que las intervenciones exclusivamente basadas en estrategias de influencia.

En lo referido a las intervenciones realizadas desde el ámbito escolar, con ser las más frecuentes entre las medidas preventivas actualmente aplicadas, su generalización está lejos de ser completa y siguen siendo discontinuas. Es frecuente que muchos profesores, una vez formados para realizar actividades de prevención en el marco del aula, no lleguen a desarrollar estas intervenciones. En un interesante análisis (Granados, 1994) se ofrecen algunas claves para explicar esta realidad:

- La oferta de programas de prevención escolar existentes tienden a ser intervenciones de "alta exigencia" diseñados por expertos desde fuera del sistema educativo.
- Se utiliza un discurso excesivamente especulativo en detrimento de propuestas prácticas concretas.
- La política de incentivos existentes para que los profesores se impliquen como mediadores en los programas de prevención parece ser poco adecuada, a tenor de las dificultades.
- La colaboración multidisciplinar que requiere la prevención se evidencia complicada en el medio escolar, donde los roles y métodos de trabajo están muy marcados y la flexibilidad es escasa.

Globalmente, para la mayor parte de centros educativos en nuestro país y su implicación en la prevención del consumo de drogas, los problemas apuntados por Granados continúan vigentes y deben abordarse de forma rigurosa si se desea avanzar en la eficacia de la prevención desarrollada desde el ámbito escolar.

Desde el punto de vista de la calidad de las intervenciones preventivas, si bien durante los 20 años de andadura en nuestro país se ha avanzado respecto de las primeras actuaciones con intención preventiva, quedan todavía retos por superar. En lo referido a la planificación y diseño de las intervenciones preventivas, aunque en

la actualidad los programas suelen tener en cuenta el contexto general donde se va a intervenir, todavía muchas intervenciones se inician sin disponer de un mapa preciso respecto a la presencia de factores de riesgo y protección. Este mapa debe permitir, no sólo justificar la necesidad de la intervención sino elegir la que sea más adecuada en base a la evidencia disponible, a los recursos con los que se cuenta y a la receptividad de la población con la que se va a trabajar. Si se parte de este conocimiento antes de realizar la intervención, se está en mejor disposición de identificar un marco teórico adecuado que nos permita elegir estrategias eficientes y plantear hipótesis. Consecuentemente, también facilita la selección de indicadores adecuados, así como la evaluación de los resultados obtenidos. Actuando en este sentido podremos ir avanzando en mejorar la coherencia interna de las intervenciones, o lo que es lo mismo, la conexión lógica entre objetivos, actividades, indicadores y resultados. La evaluación de proceso y de resultados, sobre todo en las primeras fases de implantación de un programa, ayuda a realizar ajustes en la implementación del mismo y a mostrar cómo funcionó, así como a valorar si la intervención tuvo los efectos esperados en los comportamientos, actitudes o habilidades.

No existen respuestas mágicas para mejorar la calidad metodológica de los programas. La evaluación es uno de sus puntales. La clave ahora está en convertir la retórica constante respecto a la “necesidad de evaluar” en la aplicación práctica y sistemática de los distintos niveles de evaluación, como parte integrante de las intervenciones preventivas, para que, de cada intervención se pueda derivar un avance en la eficacia de los programas. Esta necesidad implica también un esfuerzo en las asignaciones presupuestarias invertidas en evaluación (Salvador Llivina, 1995).

## CONCLUSIONES

Desde comienzos del siglo XX, las diversas industrias —legales e ilegales— vinculadas a la producción, procesamiento y comercialización de las distintas drogas disponibles en el mercado, han invertido importantes esfuerzos y recursos en mejorar la eficacia de sus estrategias comerciales para incrementar sus márgenes de beneficios. La industrialización aplicada a los procesos productivos de las distintas drogas e iniciada a comienzos del siglo XX, propició un ritmo de aumento de la producción de las diversas sustancias psicoactivas inimaginable a finales del siglo XIX. Paralelamente, y a mayor disponibilidad de productos, se generó un incremento sensible de la cobertura y profesionalización de las redes de distribución de drogas, tanto de las estructuras formales como informales, legalizadas o ilegales. Así, las estrategias de comercialización —a partir de la segunda mitad del siglo XX— alcanzaron un grado de sofisticación y complejidad difícilmente previsible unas pocas décadas atrás.

Estos desarrollos, que en buena medida encontraron a nuestra sociedad desprevenida, han tenido un fuerte impacto en los consumos. Sin embargo, los usos modernos de drogas requieren una reflexión serena y basada en los datos de prevalencia e

incidencia disponibles a comienzos del siglo XXI. Los estudios longitudinales de los que hoy disponemos muestran cómo, por encima de las “modas” emergentes, en cada momento y a pesar de los “picos” alcanzados en distintos periodos por las diversas sustancias (heroína, cocaína, drogas de síntesis, tabaco, determinadas formas de consumo de alcohol, cannabis, policonsumos, etc.), entre grupos de población, más o menos amplios, la mayor parte de los consumos, o se han estabilizado o han disminuido de forma significativa.

Frecuentemente, análisis situacionales concretos parecen olvidar que este fenómeno de freno o disminución de los distintos usos y abusos de drogas, se producen en contextos donde la presión hacia el consumo no sólo no ha disminuido, sino que muy al contrario, se ha incrementado cuantitativa y cualitativamente en términos de oferta, cobertura de la oferta y sofisticación, tanto de técnicas como de recursos comerciales y de marketing que, sin duda, explican, además, incrementos puntuales y localizados —no por ello menos preocupantes— del consumo de determinadas drogas.

El hecho de que los problemas relacionados con las drogas no se hayan incrementado en la misma proporción que las presiones al consumo, puede explicarse en parte por el efecto que obtienen algunas de las intervenciones preventivas y, en parte, porque es posible que la sociedad, de forma natural, disponga de mecanismos de auto-protección ante estas presiones. Una política coherente de prevención en drogodependencias continua siendo más necesaria que nunca para reforzar dichos factores “naturales” de protección, especialmente en aquellos sectores sociales sometidos a mayores presiones hacia el consumo y a situaciones de alto riesgo relacionadas con las drogas. Ante estas situaciones la sociedad no puede adoptar una actitud pasiva. A lo largo de este capítulo hemos intentado demostrar que el futuro de la política preventiva pasa por la integración equilibrada y equitativa de elementos normativos, de elementos educativos o de desarrollo de competencias, de estrategias normativas o de protección y de programas de información. Avanzar hacia una mayor coherencia global de la política preventiva, así como hacia una mayor calidad de los programas, requerirá un esfuerzo redoblado de todas las instancias científicas, profesionales, políticas y sociales que hasta el momento han afrontado los múltiples retos que plantean las drogas y los intereses mercantiles que sustentan su expansión. Los ineludibles avances que deben producirse en el ámbito de la prevención constituyen, por tanto, un desafío que nos incumbe a todos.

**Teresa Salvador Llivina**

Psicólogo. Directora del Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS).

**Isabel M. Martínez Higuera**

Psicólogo clínico. Colabora con la entidad CEPS.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Alonso, C. y Del Barrio, V. (1997). "Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar." *Revista de Psicología General y Aplicada* **50** (2): 223-241.

Alonso, C. y Del Barrio (1998). "Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela." *Análisis y modificación de conducta* **24** (97): 679-701.

Álvarez Vara, C. y Salvador Llivina T. (1994). "Evaluation: A challenge for the 1990s." *Drugs: Education, Prevention and Policy* **1** (1).

Alvira Martín, F. (1999). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga.

Antón, A.; Martínez, I. y Salvador, T. (2000). *Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias*. 2. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Ayuntamiento de Madrid (1989). *Plan Municipal contra las Drogas: documento marco de prevención de drogodependencias*. Madrid: Área de Servicios Sociales.

Bachman, J.G.; Johnston, L.D. y O'Malley, P.M. (1990). "Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: Further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduce drug use." *Journal of Health and Social Behavior*. **31** (2): 173-184.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Bell, C. y Battjes, R. (eds.) (1985). *Prevention Research: Deterring Drug Abuse Among Children and Adolescents*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, Núm. 63. Rockville: NIDA.

Bukoski, W.J. (1995). "Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas." En: *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Capítulo 2.

Bukoski, W.J. (1997). *Meta-Análisis of Drug Abuse Prevention Programs*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, Núm. 170. Rockville: NIDA.

Calafat, A.; Amengual, L.; Farres, C. y Montserrat, M. (1982). *Programa de investigación y educación sobre el uso de drogas*. Palma: Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca.

Calafat, A.; Amengual, L.; Farres, C. y Montserrat, M. (1983). "Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de Enseñanza Media de Mallorca." *Drogalcohol* **8** (4):155-174.

- Calafat, A.; Amengual, L.; Farres, C. y Montserrat, M. (1984). "Eficacia de un programa de prevención sobre drogas, especialmente centrado en la toma de decisiones, según sea desarrollado por especialistas o profesores de los alumnos." *Drogalcohol* 9 (3):147-179.
- Calafat, A.; Amengual, L.; Farres, C. y Montserrat, M. y Pacher, A. (1985a). "Actitudes de los profesores hacia la prevención escolar del abuso de drogas en Mallorca." *Drogalcohol* X (4):131-140.
- Calafat, A.; Amengual, L.; Farres, C. y Borrás, M. (1985b). "Tú decides". *Programa de educación sobre drogas*. Palma: Servei d'Informació sobre Drogues. Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Calafat, A.; Amengual, M.; Mejías, G.; Borrás, M. y Pacher, A. (1989). "Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones* 1 (2):96-111.
- Calafat, A.; Amengual, M.; Guimerans, C.; Rodríguez Martos, A. y Ruíz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar". *Adicciones* 7 (4): 509-526.
- Carrasco, T.J.; y Luna, M. (1999). "El programa de prevención del consumo de drogas entre adolescentes de la ciudad de Granada." En: F. Arce (Ed.). *Prevención municipal de la drogodependencia*. Alcorcón: Ayuntamiento de Alcorcón.
- Cázares, A. y Beatty, L. eds. (1994). *Scientific Methods for Prevention Intervention Research*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, núm. 139. Rockville: NIDA.
- Centro de estudios sobre promoción de la salud (1993). "La formación en drogodependencias (I)". *Boletín IDEA-Prevención* (7): 73-81.
- Centro de estudios sobre promoción de la salud (1994). "La formación en drogodependencias (II)". *Boletín IDEA-Prevención* (8): 67-90.
- Collins, L. y Seitz, L. (eds.) (1994). *Advances in Data Analysis for Prevention Intervention Research*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, núm. 142. Rockville: NIDA.
- Comas Arnau, D.; Espín Martín M. y Ramírez Goicoechea, E. (1989) *Fundamentos teórico-metodológicos en la prevención del uso de drogas: elaboración y codificación de un marco referencial básico*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas (2000). *Avalliaci3n de proceso e resultados da aplicaci3n dos materiais did3cticos na ESO*. Colecci3n Drogodependencias, nº 24. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Versi3n bilingüe gallego-castellano.

Cheadle, A.; Wagner, E.; Walls, M.; Diehr, P.; Bell, M.; Anderman, C.; McBride, C.; Catalano, R.F.; Pettigrew, E.; Simmons, R. y Neckerman, H. (2001). "The effect of neighborhood-based community organizing: results from the Seattle Minority Youth Health Project". *Health Serv Res* **36** (4):671-89.

Chou, C.P.; Montgomery, S.; Pentz, M.A.; Rohrbach, L.A.; Johnson, C.A.; Flay, B.R.; y Mackinnon, D.P. (1998). "Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents." *Am J Public Health* **88** (6):944-8.

D.A.K. (sin fecha). *La erradicación de la droga en la calle como medida preventiva en un plan de actuación municipal*. Bilbao: Gobierno Vasco.

D.A.K. (1986). *Notas para una política municipal sobre prevención de las drogodependencias*. Bilbao: Gobierno Vasco.

De la Rosa, M. y Recio, S.L. (eds.) (1993). *Drug Abuse Among Minority Youth: Methodological Issues and Recent Research Advances*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, núm. 130. Rockville: NIDA.

De la Rosa, M. (1995). *La prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Una experiencia práctica evaluada*. Tesis doctoral. Barcelona.

Delgado, E.; Pablos, M. y Sánchez, D. (1996). *Programa de prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la Educación Primaria. Memoria de investigación*. Sevilla: Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.

Díaz, R.; Gual, A.; Serrano, L.; Costa, S.; Ferri, M.J.; y Grau, C. (2000). "Programa Alfíl: evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos". *Adicciones* **13** (1): 39-49.

Diputació de Barcelona (1988). *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Servei de Serveis Socials.

Dorm, N. y Thompson, A. (1976). "Evaluation of drug education in the longer term is not an optional extra". *Community Health* (7): 154-161.

Escámez, J.; Falcó, P.; García, R.; Altabella, J. y Aznar, B. (1993) *Educación para la Salud*. Valencia: Generalitat Valenciana, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y NAU Llibres.

Fernández Gesalí, L. y Mateos Mosqueda, M. LL. (1988). "La prevenció de les drogodependències: un repte cap a la inespecificitat". En *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

Ferrer, X. y Sánchez, J.L. (1988). "Importància del problema i necessitat de la prevenció". En: *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Servei de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.

- Ferrer, X. y Ayneto, X. (1991). "La formación de padres para la prevención del abuso de drogas." En: *Avances de drogodependencias* I. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno Autónomo de Canarias.
- Ferrer, X.; Sánchez, J.L. y Salvador, T. (1991). "Prevención y drogas: la asignatura pendiente". *Anuario de Psicología* **49** (2): 79-96.
- Ferrer, X. (1993). *La formación de padres para la prevención del abuso de drogas*. Barcelona: Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica. Universidad de Barcelona. Tesis doctoral.
- Ferrer, X. y España, R.M. (1995). "La formación de padres para la prevención del abuso de drogas". *Boletín IDEA-Prevención* (10) :47.
- Ferrer, X.; Torres, M.A.; Duran, A. y cols. (1995). *La situación de la formación sobre drogas y drogodependencias en las universidades españolas*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- García Rodríguez, J.A. y Ruíz Fernandez, J. (1993). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco y EDEX Kolektiboa.
- Goodstadt, M.J. (1986). "School-based drug education in North-America: What is wrong? What can be done?" *Journal of School Health* **56** (7): 278-281.
- Gordon, H.W. y Glantz, M.D. (1996). *Individual differences in the biobehavioral etiology of drug abuse*. NIDA Research Monograph Series Núm. 159. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Gpsop, M. y Grant, M. (1990). *Preventing and controlling drug abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Granados, O. (1994). "Los problemas de prevención de drogodependencia en el medio escolar, contexto, teoría y práctica". En CREFAT: *Políticas de prevención de las drogodependencias en el medio escolar*. Madrid: Fundación CREFAT.
- Hasen, W.B. y Graham, J.W. (1992). "Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms". *Preventive Medicine* (20): 414-430.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention". *Psychological Bulletin* **112** (1): 64-105.
- Kröger, C.; Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias*. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas. (En Internet: [http://www.idea-prevencion.com/docs/evaluación\\_int\\_prev.rtf](http://www.idea-prevencion.com/docs/evaluación_int_prev.rtf))

Larrazabal Salazar, L. (1988). "Plan global de prevención de las toxicomanías en el municipio de Bermeo". En: *Congreso de Drogodependencias: Análisis Multidisciplinario. II Congreso Mundial Vasco*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Leukefeld, C. y Moskowitz, J. (1983). "Discussions and recommendations". En: Glynn et. al. *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. Research Monograph 47. Washington DC: National Institute on Drug Abuse.

Leukefeld, C. y Bukoski, W. (eds.) (1991). *Drug Abuse Prevention Intervention Research: Methodological Issues*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, núm. 107. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Leukefeld, CG y Bukoski, J. (1995). "Una introducción a la investigación en programas de prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos". En: *Estudios sobre intervencione en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Luengo, M.A.; Romero, E.; GÓómez, J.A.; Garra, A. y Lence, M. (2000). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Informe sobre la implantación y evaluación del Programa de Entrenamiento en Habilidades de Vida*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Maciá Antón, D. (1993). "La valoración de programas en la intervención comportamental-educativa para la prevención de la drogodependencia". En: *Tratado sobre Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Secretaría General de Drogodependencias del Gobierno Vasco y EDEX Kolektiboa.

Martí, V. (1986). "El Proyecto Joven de Barcelona, una estrategia en promoción de la salud". *Comunidad y Drogas* (1): 45-64.

Martínez Higuera, I.M.; Pedrero Pérez, E.J. y Aguilar Gil, I. (1998). "Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) en la lucha contra las drogodependencias y el sida". En: *Curso de Máster en Drogodependencias y Sida*. Volumen VIII. Málaga: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales (ACIP AIS) e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Málaga.

Martínez Higuera, I.M. y Salvador LLIVINA, T. (1999). *Catálogo de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Martínez Higuera, I.M. y Garrido Gutiérrez, I. (2000). *Evaluación de los cambios producidos tras la aplicación del programa de prevención sobre drogas de edad temprana "En la huerta con mis amigos"*. Primer Premio de Investigación en Prevención del Abuso de Drogas de la Agencia Antidroga. Madrid: Agencia Antidroga. No publicado.

- Mayol, I. (1988). "Planificació i intervenció en la prevenció de les drogodependències". En: *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Servei de Serveis Socials. Diputació de Barcelona.
- Melero, J.C. (1998). *Smoking prevention in Secondary Education. Evaluation*. Edex. Bilbao: Gobierno Vasco. FARES. Comisión Europea.
- Melero, J.C.; Flores, R. y Pérez Oñate, I. (1999). "Evaluación del programa de prevención del tabaquismo en Educación Secundaria Obligatoria". *Itaca* 4 (2): 7-28.
- Mendoza, R.; Vilarrasa, A. y Ferrer, X. (1986). *La educación sobre drogas en el ciclo superior de la EGB*. Colección Estudios de Educación. Núm. 21. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (eds.) (1994). *Reducing the risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press for the Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders.
- National Institute on Drug Abuse (1997a). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research-Base Guide*. NIH Publication Núm. 97-4212.
- National Institute on Drug Abuse (1997b). *Drug Abuse Prevention for AT-Risk Individuals*. Rockville: National Institute on Drug Abuse. National Institutes for Health.
- Observatorio Español sobre Drogas (2001). *Informe nº 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oñate Gomez, P. (1984). *Prevención de las toxicomanías y educación*. Cuadernos Técnicos de Toxicomanía, 2. Madrid: Dirección General de Acción Social (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). Asamblea de Madrid de la Cruz Roja Española.
- Petratis, J.; Flay, B.R. y Miller, T.Q. (1995). "Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces of the puzzle". *Psychological Bulletin* 117 (1): 67-86.
- Petratis, J.; Flay, B.R.; Miller, T.Q.; Torpy, E.J. y Greiner, B. (1998). "Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors". *Substance Use and Misuse* 33 (13): 2561-2604.
- Plan nacional sobre Drogas (1987). *Memoria 1986*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Plan Nacional sobre Drogas (1990). *Memoria 1989*. Madrid: DGPNSD.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: DGPNSD.

Plan Nacional sobre Drogas (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Legislación Española sobre Drogas (I) Legislación Estatal*. <http://www.mir.es/pnd/legisla/pdf/ic.pdf>

Plan Nacional sobre Drogas (2000a). *Memoria 1999*. Madrid: DGPNSD.

Plan Nacional sobre Drogas (2000b). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: DGPNSD. Ministerio del Interior.

Ray, B. ( ed.) (1988). *Learning Factors in Substance Abuse*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series. Núm. 84. Rockville: NIDA.

Salvador, T. y Mendoza, L. (1990). "Diez años de prevención comunitaria en España: características esenciales y perspectivas de futuro". *Libro de Ponencias. XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Barcelona 26, 27, 28 de Septiembre 1990*. Madrid: Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, el Alcoholismo y las otras Drogodependencias.

Salvador Llivina, T. (1995). "Situación y condicionantes de la evaluación de programas de prevención del abuso de drogas en España". En: *Metodología de evaluación de los programas de prevención del consumo de drogas*. Cuenca: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Schaps, E.; Dibartolo, R.; Moskowitz, J.; Palley, C. y Churgin S (1981). "Primary Prevention evaluation research: A review of 127 impact studies". *The Journal of Drug Issues* (11): 17-43.

Schroederd, S.; Laflin, M.T. y Weis, D. (1993). "Is there a relationship between self-esteem and drug use? Methodological and statistical limitations of research". *The Journal of Drug Issues* 23 (4): 645-665.

Sharp, C.; Beauvais, F. y Spence, R. (eds.) (1992). *Inhalant Abuse: A Volatile Research Agenda*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, Núm. 1992. Rockville: NIDA.

Sloboda, Z. (1997). *State-of-the-art of prevention research in the United States*. Ponencia presentada a la reunión Prevention Evaluation organizada por el "European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction". Lisboa.

Tobler, N. (1986). "Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group". *Journal of Drug Issues* 16 (4): 537-567.

Tobler, N. (1993). "Up-dated meta-analysis of adolescent drug prevention programs". En: Ringwalt, Ryan y Zimmerman (ed.). *Evaluating School-Linked Prevention*

*Strategies: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. San Diego: UCSD Extension, University of California: 71-86.

Tobler, N. (1997). "Aspectos del meta-análisis en la investigación de intervenciones preventivas". En: *Progresos en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Villabi, J.R.; Ballestín, M.; Nebot, M. y cols. (1997). "The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardized education module". *Promotion & Education* (1):1-13.

Villabi, J.R.; Vives, R.; Nebot, M.; Díez, E.; Ballestín, M. (1998). "El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamientos". *Med. Clin. (Barc.)* (110): 579-581.

## EVOLUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS Y MODELOS ASISTENCIALES SOBRE DROGAS

---

César Pascual Fernández

Que las drogas han representado y representan un escenario de conflictividad de la sociedad y la ambivalente relación que ésta mantiene con ellas es un hecho que no puede negarse. Las distintas formas de afrontar los problemas derivados de los usos indebidos de drogas e incluso de la propia conceptualización del término "droga" tienen mucho que ver con las construcciones sociales y las representaciones culturales que en los diferentes contextos políticos y socioeconómicos de las sociedades se han venido dando. Siempre las sustancias diferentes o exóticas han tenido para las distintas sociedades un atractivo especial, en muchas ocasiones asociado a lo religioso o lo espiritual, aunque no siempre.

Las drogas, en sus distintas presentaciones, han estado vinculadas al hombre a lo largo de la historia. Sus usos han estado condicionados por una gran variedad de factores sociales, culturales, religiosos, mediáticos, etc., sin olvidar su presencia en procesos empresariales e incluso su utilización por parte de profesionales de la salud mental como coadyuvantes en procesos terapéuticos.

Por tanto, para realizar un análisis sobre lo que en términos globales entendemos por el fenómeno de las drogas, es necesario comenzar por señalar que dicho fenómeno abarca y comprende una serie de dificultades que tienen que ver con aspectos muy diversos que pueden estar enmascarando una realidad muy compleja en la que los usos de drogas pueden representar tan sólo un elemento secundario. La realidad es que debido a circunstancias extraordinariamente complejas relacionadas con la cultura, la moda, el desarrollo de nuevos hábitos sociales, la modificación de valores sociales tradicionales, con las libertades que en cada momento se gozan, por la desaparición de fronteras, etc. se han venido generando toda una serie de razones y móviles que contribuyen a explicar una realidad que preocupa a la sociedad: el hecho de que una parte de la población utilice sustancias que por un lado pueden ser conflictivas en sí mismas (provocan trastornos de personalidad, cambios

de conducta, modificaciones en la percepción social, que pueden generar dependencia) y por otro lado, sin que necesariamente sean dañinas, su uso indebido puede acarrear resultados no deseados de grave riesgo. Como consecuencia de todo ello algunas de estas sustancias o sus usos causan problemas, no sólo de salud sino también sociales, económicos, de seguridad..., que en cualquier caso han exigido y exigen una respuesta.

Las respuestas inexcusablemente pasan en primer lugar por considerar que nos encontramos ante un fenómeno de características universales y con una dimensión de desarrollo longitudinal que requiere, por tanto, de procesos de intervención planificados y acordes con los diferentes contextos donde han de desarrollarse.

El alcohol históricamente, desde la Antigüedad, ha generado problemas individuales y sociales de distinto orden. De hecho ya tenemos referentes escritos de la época grecorromana acerca de ello. Ahora bien, los usos de drogas diferentes del alcohol no comienzan a plantearse en términos de problema hasta prácticamente finales del siglo XIX. Hasta entonces existía un control social y religioso que permitía una convivencia en los usos de sustancias. En estos casos, los Estados se limitaban a intervenir en los procesos de producción estableciendo las tasas fiscales y los mecanismos de control al efecto. Los consumos, hasta entonces básicamente ritualizados, no tenían consideración alguna de problema y su abuso era más bien visto como un accidente.

Sin embargo, desde la última parte del siglo XIX se desencadenan una serie de acontecimientos a partir de los cuales los Estados comienzan a intervenir no sólo en los procesos productivos y de distribución, sino también en los consumos requiriendo para ello mecanismos de regularización y mayor control. Ciertamente los intereses fundamentalmente eran políticos y económicos aunque en ocasiones no se dudó en recurrir a justificaciones étnicas y de salud pública. Estos mecanismos de control por parte de los Estados desembocaron generalmente en políticas prohibicionistas de diferente intensidad pero que han dejado una profunda huella en el desarrollo del fenómeno y la evolución de los modelos asistenciales en el final del pasado siglo. Son conocidas las repercusiones que sobre el consumo de opio tuvieron las guerras del opio entre China y Gran Bretaña, la prohibición de esta sustancia en EEUU y en Filipinas o el Opium Act de 1925. Estos acontecimientos dirigidos hacia el control del uso de opiáceos, sin embargo, marcaron pautas políticas y sociales que incluso tuvieron su reflejo en el mundo científico y que se trasladaron a otras sustancias tal como ocurrió con el LSD, el éxtasis, la cocaína... Qué decir de la Ley Volstead en EEUU (conocida como Ley Seca) y sus consecuencias sociopolíticas y económicas...

Obviamente no pueden achacarse en exclusiva a las políticas prohibicionistas las consecuencias del abuso de sustancias. Otra serie de hechos también tuvieron una profunda influencia en la eclosión de consumos y la génesis de problemas relacionados con el consumo de drogas diferentes al tabaco y alcohol. Desde los contextos culturales y la evolución tecnológica propias de la sociedad de los siglos XIX y

XX se constituyeron las bases para el establecimiento y consolidación de relaciones conflictivas y pérdidas de control en el uso de sustancias. Por tanto los factores desencadenantes o favorecedores de conductas asociadas a usos problemáticos de drogas no pueden justificarse únicamente sobre la base de consideraciones socio-políticas tendentes al establecimiento de controles sociales.

Ciertamente, en estos momentos nos encontramos ante un proceso de intervención que es el resultado, en gran medida, de una visión mediatizada por las graves consecuencias que las conductas de abuso han tenido en un momento determinado sobre la sociedad.

En este proceso podemos diferenciar tres aspectos fundamentales:

- En primer lugar, si bien es cierto que nos encontramos ante un proceso de alto dinamismo, no lo es menos que apenas tiene 25-30 años de historia en nuestro país.
- Por otro lado, el fenómeno de las drogas se caracteriza por ser el causante de un fuerte impacto en el nivel y calidad de vida de los ciudadanos y de la comunidad.
- Finalmente hay que tener presente, en la evolución del proceso de intervención, un punto de inflexión, un antes y un después de la eclosión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

La intervención en el ámbito de las drogodependencias no plantea diferencias con otros ámbitos sanitarios o sociales: es necesario realizar un análisis del contexto en que deben inscribirse la prevención y atención a los problemas relacionados con las drogas, es decir, es preciso un conocimiento profundo de las condiciones sociales y políticas donde desarrollar la intervención puesto que van a determinar las líneas de actuación.

Por tanto, es necesario analizar de entrada el marco general en que se ha inscrito la intervención en drogodependencias para poder describir los cambios producidos y determinar cuáles han sido y son los objetivos y los resultados de las políticas de intervención que, en el tiempo, han definido y definen la situación de la atención a los problemas relacionados con las drogas en nuestro medio. Y quizá lo primero sea recordar que dicho medio estuvo en su origen condicionado por la brusca eclosión de las drogas ilegales sobre unas culturas de uso de drogas claramente asentadas en el uso social integrado del alcohol, los psicofármacos y el tabaco.

Varios son los modelos o enfoques terapéuticos que clásicamente se han desarrollado y que, aunque en distinta proporción, han venido conviviendo. Estos modelos asistenciales han condicionado las diferentes políticas de intervención y su evolución en el tiempo. La Organización Mundial de la Salud distingue hasta seis tipos de filosofías en el abordaje de la dependencia de drogas y los problemas relacionados con sus consumos. Todas estas formas de afrontar las drogodependencias están fundamentadas en los diferentes factores etiológicos.

En forma resumida podríamos hablar de:

- En primer lugar lo que podemos denominar **modelo moralista**. En este modelo se considera al adicto como responsable tanto de la adquisición de la dependencia como de su modificación o abandono. El consumidor de drogas es etiquetado de "vicioso" y, por tanto, desde este modelo se propugnan propuestas coercitivas y punitivas de intervención. No se reconoce, pues, el concepto de enfermedad en ninguna de sus vertientes y ni siquiera se tiene en consideración la posibilidad de entender la dependencia como consecuencia de otros posibles procesos patológicos.
- En segundo lugar encontramos el **modelo espiritual, iluminativo, existencial o religioso**. Este modelo tuvo una gran representación en nuestro país y en general en Occidente. En este caso, al adicto se le hace responsable de la adquisición de su proceso de dependencia pero, al no ser responsable de su solución, es incapaz de conseguir y mantenerse abstinentemente y necesita para conseguirlo de la ayuda de un "poder superior".

Ambos modelos prestan coartada a las propuestas prohibicionistas y las propuestas de abstinencia obligatoria.

- El **modelo médico tradicional o biologicista** considera que el adicto no es responsable ni de la adquisición de su adicción ni de su solución. Asume que el factor etiológico predominante radica en algún tipo de anomalía fisiológica o metabólica, de base genética generalmente. En este caso, la dependencia adquiere la consideración de enfermedad transmisible que la Medicina con sus artes y farmacoterapia está en condiciones de solucionar *per se*. Este modelo, aun cuando también puede rendir soporte a políticas prohibicionistas, se muestra abierto a otras consideraciones.
- Otro de los enfoques a considerar, similar al anterior, es el **modelo psicológico**. En este caso se defiende una relación causa-efecto entre el abuso de drogas y una psicopatología que predispone o francamente etiológica. La drogodependencia no adquiere la condición de enfermedad *per se* sino como consecuencia de su carácter psicopatológico. En general, este modelo tiene soporte en la "teoría de la automedicación" en tanto que el uso de drogas constituiría una conducta instrumental para aliviar la sintomatología propia de una disfunción emocional o proceso disfórico patológico, o bien se fundamenta en la "teoría del aprendizaje" considerando la dependencia una consecuencia de un proceso de aprendizaje desadaptativo en el marco, bien de un proceso de condicionamiento clásico, bien de uno de aprendizaje instrumental.
- Otro modelo es el **socio-cultural**. En este caso nos encontramos ante la consideración de la dependencia química como resultado de procesos de socialización y adaptación en contextos sociales y culturales determinados. Este modelo se caracteriza por una ambigüedad en su definición y un determinismo que ha constituido, en no pocas ocasiones, una coartada para la falta de alternativas reales y en otras muchas, sin duda, ha significado una fuente de dificultades para la implantación de alternativas terapéuticas o preventivas

con soporte científico riguroso. Ciertamente da cabida a la demagogia y coyunturalmente permite la justificación de la inhibición ante el fenómeno.

- Finalmente podemos hablar de un **modelo biopsicosocial, integrador o compensatorio** en el que a la persona con problemas adictivos no se la contempla como responsable de su problema (el trastorno adictivo es el resultado de múltiples determinantes biopsicosociales que escapan del control personal del sujeto). Sin embargo sí se le reconoce la responsabilidad de buscar soluciones tomando parte activa en el proceso de cambio ("compensarlo").

Estas seis formas de entender el fenómeno han tenido diferente representación en el tiempo, con una consideración sociocultural (e incluso geográfica) distinta y su influencia en las políticas de intervención asistenciales ha sido también variable.

Si los problemas derivados de los usos de drogas se establecen desde una perspectiva de localización temporal determinada, es decir, en el marco de un proceso evolutivo continuo, la historia de las respuestas asistenciales también viene determinada por ser un proceso evolutivo. Al objeto de facilitar su estudio, podemos estructurar el proceso de intervención en drogodependencias en España, desde un punto de vista histórico, en varios períodos:

### **Primera etapa: hasta mediados de los años setenta**

Hasta mediados los setenta, en España podemos hablar de la existencia de un tipo de drogodependientes "socialmente aceptable": los alcohólicos. Ciertamente, la visión que la sociedad española tenía acerca de los problemas relacionados con el alcohol difería notablemente de la que hoy en día posee. Entonces estaba consolidada la creencia de que los dependientes del alcohol lo eran por su voluntad y el paradigma conceptual imperante era claramente moral. Solamente los afectados y sus familias sufrían las consecuencias directas de la adicción y socialmente no se consideraba necesario, por tanto, dar una respuesta institucional. Pese a ello, los servicios de psiquiatría prestaban una atención altamente cualificada, pero carente del apoyo comunitario necesario para incrementar su eficacia.

El consumo de otras sustancias no planteaba, en principio, demandas asistenciales ni generaba graves problemas sociales. Los derivados del cannabis (grifa) eran las sustancias más relevantes, especialmente en la zona sur de la península y las islas Canarias, y por supuesto, las zonas norteafricanas pertenecientes al país. El consumo de morfina, heroína y cocaína, aunque presente, era prácticamente irrelevante en el ámbito cuantitativo, e incluso cualitativamente tampoco generaron una problemática que originase una necesidad social sentida de dar una respuesta contundente.

Solamente se aprecian las primeras señales de alarma al final de la década de los sesenta, pero más en el ámbito profesional (fundamentalmente médico) que en otros y, por supuesto, no tienen un traslado al terreno institucional o administrativo.

Los programas asistenciales se configuraban en torno al alcoholismo en las redes de tratamiento psiquiátrico, con o sin internamiento, y con abordajes fundamentalmente farmacológicos fundamentados en interdictores.

## Segunda etapa: 1975-1985

La década entre 1975 y 1985 representa el periodo de introducción escalonada de los usos de diferentes sustancias alejadas de la cultura tradicional y su consolidación, especialmente el cannabis y la heroína.

A finales de los setenta la sociedad española se encontraba, por un parte ante una carencia de datos reales sobre un fenómeno que empezaba a despertar un alto grado de preocupación y, por otra, ante una falta de recursos y criterios para dar una respuesta organizada a unos hechos que genéricamente se achacaban a la droga. Además, esta falta de información veraz y rigurosa era sustituida constantemente por enfoques sensacionalistas y dramáticos que en nada contribuían a facilitar un análisis racional y sereno del fenómeno y contribuyeron de forma notable al enquistamiento del mismo.

La atención al fenómeno de las drogas durante esta década se caracterizó fundamentalmente por:

- La presencia de un sustrato moral condicionante con una manifiesta tendencia a la no-aceptación de los usos de drogas.
- La coexistencia entre los usuarios de las nuevas drogas ilegales de personas conexas con movimientos culturales y filosofías de vida que de alguna manera justificaban dichos consumos, especialmente de sustancias depresoras en un marco definido por la búsqueda de nuevos horizontes personales y sociales.

La respuesta a la incipiente demanda asistencial, de alguna forma, estuvo condicionada por la existencia de recursos tradicionales asistenciales para la atención a los problemas relacionados con el abuso de alcohol que, por razones de diversa índole, no pudieron o no quisieron asumir la atención a las nuevas necesidades que se planteaban y que generaron un vacío asistencial.

En este contexto aparecieron las dos grandes alternativas de atención con diferente grado de implantación en el Estado:

- Las comunidades terapéuticas para drogodependientes que consolidaban el aislamiento en medio rural para solucionar el problema que, de forma individual, presentaban estos nuevos usuarios de drogas. Nacidas en EEUU bajo el modelo del mito fundacional de SYNANON y de DAYTOP VILLAGE rápidamente se extendieron por todo el Estado, constituyendo una amplia red articuladas en torno a la Iglesia evangelista REMAR y el colectivo de ex-toxicómanos de El Patriarca.
- La oferta de la medicina privada con programas de mantenimiento con metadona, alejada de la filosofía imperante del aislamiento que hizo que en ocasiones fuera percibida como mala praxis.

En todos los casos el fundamento de las prestaciones asistenciales no era otro que el intercambio de asistencia por abstinencia. Por otra parte, la inexistencia de recursos

adecuados condicionó la necesidad en muchas zonas de España de que los ciudadanos afectados tuvieran que acudir a otros territorios para la búsqueda de atención. De esta manera, la teoría del desplazamiento y aislamiento del medio acabaría reforzándose.

El paradigma de la abstinencia también condicionó las primeras aproximaciones de carácter preventivo que se realizaban y colaboró a que se consolidasen los estereotipos de sustancia igual a problema y drogodependiente igual a delincuente.

Los objetivos asistenciales planteados como prioritarios durante esta época podrían resumirse en los siguientes:

1. Por un lado, se trataba de procurar una oferta de programas de tratamiento a pacientes que deseaban y se planteaban la curación de su proceso adictivo. Se trataba generalmente de procesos individualizados a pacientes drogodependientes, fundamentalmente heroínómanos.
2. Por otro lado, en el marco de los objetivos de los programas asistenciales, se perseguía sin duda reducir la delincuencia asociada a los consumos de drogas. Esta pretensión estaba dirigida especialmente a disminuir la delincuencia vinculada a la necesidad de autofinanciarse la compra de sustancias para el consumo propio.
3. Finalmente, no es menos cierto que, en la medida de lo posible, se pretendía complacer una necesidad social sentida y se buscaba reducir la visibilidad pública de los consumos y la presencia de los propios usuarios de drogas.

Se trataba de una época en la que no existía un marco jurídico específico que diera soporte a las intervenciones, ni disposiciones reglamentarias que regularan éstas, consolidándose un vacío en el que cualquier actuación era bienvenida y la coartada del "todo vale" daba cabida a todo tipo de recursos y, de alguna manera, justificaba la falta de intervención de las diferentes administraciones implicadas.

Más aún, muchas de las iniciativas que se ponían en marcha poseían un marcado carácter altruista y eran bien acogidas por la población. Sin embargo, gran cantidad de las veces se hizo frente a los diversos aspectos que abarca el fenómeno social de las drogas con mucho más voluntarismo que conocimientos y medios. Las administraciones no otorgaban el soporte financiero necesario y suficiente. Esta ausencia de financiación pública (y por tanto control) y el carácter altruista de la mayoría de las iniciativas posibilitó, sin embargo, la aparición e implantación de otras iniciativas y organizaciones de dudosos objetivos y métodos. Estas en ningún momento fueron puestas en cuestión socialmente, por cuanto venían a solucionar un vacío asistencial e incluso otorgaban cierto soporte ideológico que justificaba determinadas intervenciones.

En este tiempo surgieron y se consolidaron las primeras iniciativas promovidas por entidades locales para estructurar la intervención en la búsqueda de soluciones para el fenómeno, destacando especialmente el programa SPOTT de la Diputación de Barcelona o el inicio de programas tales como DROSS del Ayuntamiento de

Barcelona o el Plan Municipal de Drogas de Madrid. También merece la pena destacar la iniciativa DAK, que supuso la puesta en marcha de una primera red asistencial en el País Vasco configurada específicamente para la atención a los drogodependientes.

En aquel momento jugaron también un importante papel en la práctica asistencial los recursos de otras entidades. Así ocurrió con los dispensarios antialcohólicos dependientes generalmente de las Diputaciones Provinciales. Se trataba, en muchos casos, de la única respuesta profesional que desde las administraciones públicas se prestaba a los drogodependientes de heroína. Junto a ello, las Direcciones Provinciales de Sanidad expedían y controlaban los denominados carnets extradosis que permitían a los heroinomanos el acceso a la metadona.

Sin embargo hay un elemento que caracteriza las intervenciones en esta época: la tendencia de los diferentes recursos específicos que se van creando a actuar independientemente y como respuesta global a todo el fenómeno. Quizá fruto de la urgencia del momento y de la presión asistencial o bien de la falta de reflexión acerca de la complejidad del fenómeno y de las posibilidades y límites de la intervención, es posible observar en este tiempo una propensión de los recursos a considerarse totalitarios y como fetiches de solución global de todos los problemas que genera un fenómeno como el del consumo de drogas.

A escala internacional la situación era parecida: aun cuando el tiempo de presencia de los problemas relacionados con las drogas era superior al de nuestro país, lo cierto es que las estrategias estaban orientadas paralelamente tanto hacia la reducción de la oferta como de la demanda priorizando las intervenciones preventivas primarias (prevención del consumo) y las secundarias (abstinencia) en el marco de la denominada "guerra a las drogas".

Evidentemente, algunas excepciones planteaban alternativas con programas de intervención alejados de esta filosofía imperante que, sin embargo, no eran bien entendidos por la sociedad y, en muchos casos, eran puestos en cuestión por profesionales y líderes sociales.

### **Tercera etapa: 1985 - 1995**

Socialmente, en este periodo merece la pena reseñar dos aspectos importantes que definen el mismo:

- En primer lugar el proceso de desindustrialización y el fuerte aumento del paro en las ciudades, que conllevó una gran carga de deterioro de las áreas marginales y un aumento de la delincuencia urbana. Ello generó una sensación de gran inseguridad ciudadana que, sin embargo, era achacada prácticamente en su totalidad al consumo de drogas. Como consecuencia se produjo una gran reivindicación ciudadana de soluciones al "problema de la droga", ciertamente la mayoría simplistas y demagógicas, dando paso

en muchas ocasiones a la presencia de “líderes de opinión” que contribuyeron a complicar aún más el problema al que hipotéticamente pretendían aportar soluciones.

- En segundo lugar y más importante, se desató un fenómeno de sensibilización de la opinión pública ante el sida que tuvo su traducción en la implantación de estrategias de prevención de la infección entre las personas que tenían prácticas de riesgo.

Pues bien, precisamente en este contexto, en 1985 se produjeron dos hechos especialmente relevantes para la intervención en drogodependencias en España:

- Por un lado la definición de un marco legal en el ámbito estatal con la creación del Plan Nacional sobre Drogas, que en realidad también se constituyó sobre una práctica ausencia de datos reales pero que representó un notable avance en la intervención y, especialmente, constituyó el referente de consenso nacional con el intento de catalizar un proceso, procurando la colaboración de distintas administraciones y siendo la voluntad expresa del mismo en aquel momento la prevención del consumo y la atención a aquellas personas que deseaban estar abstinentes. A escala autonómica durante este lustro se pusieron en marcha los diferentes planes autonómicos y muchos municipales.
- Por otra parte, la aparición de una Orden Ministerial de trascendentes consecuencias posteriores que limitaba la posibilidad de intervención terapéutica con metadona y descartaba la alternativa privada, planteando la necesidad ineludible de la existencia de una Comisión Pública de Autorización responsable de la prescripción y dispensación de metadona. Este hecho condicionó sin duda una determinada respuesta asistencial y no ha quedado establecida su hipotética cuota de responsabilidad en la deficiente respuesta inicial para la contención de la epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Durante esta época se pusieron en marcha las redes asistenciales dirigidas a drogodependientes en todas las Comunidades Autónomas, si bien es cierto que no fue un proceso homogéneo ni en muchas ocasiones coherente con los postulados definidos tras el consenso alcanzado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas. Así, en este periodo se vertebraron estructuras asistenciales paralelas al Sistema Nacional de Salud que en ningún momento asumió su cuota de responsabilidad en la prestación asistencial. Los modelos desarrollados fueron diversos e implicaron a diferentes agentes: desde administraciones autonómicas y municipales a organizaciones no gubernamentales y entidades empresariales.

Los programas asistenciales sufrieron una auténtica redefinición hacia un modelo de abordaje globalizador sobre los usos de sustancias y no tanto sobre las sustancias en sí mismas, es decir, en lo que podríamos denominar un modelo asistencial de carácter integrador. Además, dicho modelo se caracterizó por una paulatina consolidación de la financiación pública por parte de las diferentes administraciones que asumieron su responsabilidad en los procesos de planificación y provisión asistencial.

Sin embargo constituye, de forma paralela, el periodo donde los problemas asociados a los usos de drogas muestran su mayor crudeza:

- El incremento de prevalencia del sida sobre el colectivo de usuarios de drogas alcanza su mayor magnitud.
- La mortalidad asociada a reacciones adversas a drogas o sobredosis también se encuentra en su punto más álgido.
- La marginalidad consecuente al consumo crónico de sustancias se magnifica hasta sus máximos extremos.

Todo ello se produjo en sinergismo con un entorno socioeconómico que se va generando en el país y que representó finalmente el punto de inflexión donde las consecuencias y problemas asociados a los usos de drogas fueron más graves desde el punto de vista de su impacto social y de salud pública.

El sida se convirtió en el catalizador de los nuevos modelos preventivos y terapéuticos orientados hacia la filosofía de la reducción de daños. Se trata de un periodo donde se produce el hecho paradójico de que, al tiempo de presentarse las manifestaciones más graves de los problemas asociados a los usos de drogas, comienzan a estructurarse profundos cambios en la intervención en drogodependencias. De hecho, ésta ya no se limita tan sólo a la búsqueda de la prevención de consumos o la atención a drogodependientes para la búsqueda de la abstinencia sino que los objetivos preventivos se amplían hacia otros aspectos relacionados con el consumo (consumos más seguros, reducción o eliminación de prácticas o conductas de riesgo asociadas al mismo, etc.) o la atención a aquellas personas que no desean o no pueden conseguir la abstinencia. Estas modificaciones en la estrategia de intervención tuvieron durante esta época un difícil, y en ocasiones traumático, traslado a las políticas de las administraciones responsables.

Fruto de todo ello se produjeron importantes avances, consecuencia sin duda del proceso planificador anterior y del esfuerzo de profesionales que procuraron evitar sucumbir en la inercia paralizadora a que se vieron abocados otros programas.

A escala internacional las estrategias de reducción de daños comienzan especialmente en Europa con un amplio despliegue de intervenciones. Si bien es cierto que algunas medidas de gran espectacularidad han sido llevadas a cabo en algunos países como Holanda o Suiza, no lo es menos que en la mayoría de los países de nuestro entorno la filosofía de la reducción de daños es la imperante en los modelos asistenciales. Sin embargo, es de señalar el cambio en esta tendencia experimentado en algunos países como EEUU (donde incluso se dificultan programas y experiencias de reducción de daños de gran tradición como los existentes en Chicago desde los años sesenta para evitar la transmisión de la hepatitis, en Nueva York donde desde los años setenta existían unidades móviles para minimizar los daños relacionados con las drogas o en San Francisco donde las experiencias de prevención del sida son ejemplares). También países como Suecia y algunos otros han planteado una reconducción en sus modelos de intervención.

Asimismo, es reseñable la gran dificultad de introducir políticas de reducción de daños en países subdesarrollados o en vías de desarrollo donde su efectividad sería más evidente.

No obstante, en esta época se generó un amplio debate, tanto entre los profesionales como entre la población, tanto fuera como dentro de nuestro país, acerca de la filosofía de la reducción de daños que se tradujo en la práctica en su introducción en los distintos territorios aunque a diferentes velocidades.

### **Cuarta época: 1995 hasta la fecha**

A partir de mediados de los noventa podemos afirmar que se generaron mayores líneas de responsabilidad política en las diferentes administraciones competentes dirigidas a conseguir los objetivos asistenciales siguientes:

1. Priorizar las actuaciones de carácter preventivo.
2. Conseguir un buen pronóstico de vida de:
  - El ciudadano con consumos crónicos de sustancias.
  - Su entorno sociofamiliar.
  - Las personas que tienen usos esporádicos o no conflictivos de drogas.
3. Contar con la participación ciudadana.

En este sentido, el modelo de intervención generalizado en todo el Estado pretende garantizar una cobertura universal, exigiendo una optimización de todos los recursos disponibles y, por tanto, unos criterios de eficacia y eficiencia en las actuaciones desarrolladas para este fin.

La implantación y desarrollo en estos años de los Planes Autonómicos han permitido que nuestro país disponga de estructuras de intervención con un grado de coordinación eficaz y se hayan desarrollado redes asistenciales y programas preventivos resultado de los compromisos de las diferentes administraciones implicadas y la coparticipación de organizaciones y entidades diversas. La confluencia de todas las actuaciones ha determinado un modelo de intervención reconocido que nos sitúa en una posición relevante. Ahora bien este hecho no debe en modo alguno significar una coartada para la autocomplacencia por cuanto aún existen lagunas y espacios donde seguir avanzando en la intervención.

Toda esta actividad quedó reflejada en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 que, reconociendo los evidentes logros de 15 años de actuaciones en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, establece una serie de metas y objetivos para estos 8 años que sin duda constituyen el marco referencial general para las políticas asistenciales.

Las diferentes estrategias sobre drogas priorizan las intervenciones de carácter preventivo procurando las actuaciones sobre los factores más relevantes que incurren en el fenómeno, no sólo incidiendo sobre el consumo en sí mismo, sino además poten-

ciendo las necesarias medidas de control de sustancias y la puesta en marcha de medidas de protección de terceros, especialmente menores. En este sentido, destacaría algunos aspectos que representan un marco de especial interés:

- La incidencia sobre los usos de alcohol y tabaco.
- La precocidad en la instauración de las actuaciones preventivas.
- La persistencia en el tiempo de las intervenciones preventivas.
- El trabajo sobre pautas de norma social.
- La búsqueda de la sinergia de actuaciones y la corresponsabilidad social.
- La insistencia en las actuaciones en los campos escolar, familiar y laboral.

En el ámbito asistencial y de incorporación social de aquellas personas que han tenido problemas relacionados con el consumo de drogas, los modelos asistenciales claramente deben dirigirse hacia lograr la universalización de las prestaciones y, especialmente, la calidad de los servicios ofertados:

- En este momento nos encontramos en condiciones de afirmar que en términos generales la cobertura de las redes existentes, específicas o no, se adecúan a los objetivos programados.
- Por otra parte podemos evidenciar que los criterios de actividad, productividad y costes de la asistencia se ajustan a estándares similares de recursos asistenciales de otros países de nuestro entorno e incluso los mejoran aún cuando no son totalmente uniformes. Ello es debido a la diversa forma de funcionar de los distintos patrones de producción que se corresponden a equipos de trabajo diferentes que, aun cuando trabajan bajo protocolos uniformes, no pueden sustraerse a la impregnación particularizada definida por la diferente composición y formación de sus integrantes.
- Con relación a la eficiencia disponemos de indicadores (retención de los pacientes, calidad de vida de aquellos que quedan retenidos en los tratamientos, incidencia de sida y tuberculosis pulmonar, delincuencia asociada, mortalidad) que reflejan una relación claramente eficiente.

Por tanto, tal como he señalado, en la actualidad, conseguidos los objetivos generales de universalización, la gran apuesta debe dirigirse fundamentalmente a la consolidación de procesos de mejora continua de la calidad asistencial y del resto de prestaciones que se generan en la intervención en drogodependencias, consideraciones que éticamente en estos momentos no pueden obviarse.

Actualmente en nuestro país el proceso de intervención, tanto en el ámbito preventivo como en el asistencial, procura una convivencia y complementariedad entre las estrategias orientadas hacia la abstinencia y aquellas dirigidas a minimizar los riesgos o reducir los daños asociados al consumo de drogas. Es evidente que el grado de compatibilidad y desarrollo de las mismas no es uniforme en todo el Estado y que el nivel de implementación de alguna de ellas aún requiere de esfuerzos de

todos los implicados. Sin embargo, la evolución que ha tenido el proceso de intervención con una progresiva tendencia a la adaptación a la realidad y las necesidades del consumidor hace pensar que la convivencia entre ambos tipos de estrategias (evitando los compartimentos estancos y buscando adaptarse a cada sujeto en el momento en que se encuentra y con las posibilidades reales de que dispone) supone la mejor alternativa que además se está consolidando de forma imparable.

Evidentemente, el escenario futuro de los diferentes programas de intervención en drogodependencias de una u otra forma tenderá a la convergencia en una Europa cada vez más definida. Ahora bien, mientras este hecho se produce y consolida, es necesario considerar que en la búsqueda del objetivo de déficit cero en que se encuentran los países de la Unión Europea nos dirigimos a un contexto de posible congelación o restricción de recursos disponibles, que demandará inexcusablemente incrementar la calidad y eficiencia de los mismos. Indudablemente pasará a tener una importancia capital la atención en las desigualdades, que el panorama venidero es previsible pueda tender a incrementarse, especialmente considerando los movimientos sociales y migratorios que se están produciendo. Asimismo esta tendencia a la convergencia habrá de influir decisivamente en los análisis evaluativos de los programas y las intervenciones. Posiblemente adquirirán mayor relevancia y peso las consideraciones técnicas sobre las políticas y sobre los propios modelos de intervención. En este sentido no cabe duda de que la evaluación tenderá a adquirir una mayor relevancia y protagonismo ante la gravedad de los problemas planteados.

Ahora bien, en los países más desarrollados ya pueden observarse algunos aspectos preocupantes que debieran constituir señales de alarma en tanto pueden percibirse ya claras tendencias de fraccionamiento en el grado de cobertura así como de segregación de los grupos de riesgo. Estos hechos sin embargo no parecen tener la consideración suficiente, al menos por el momento, como para influir decisivamente en la búsqueda de nuevas aproximaciones a los diferentes fenómenos que en torno a los usos de drogas se están atisbando.

Ciertamente los retos son importantes, y queda mucho por mejorar, pero también es justo el reconocimiento de los importantes avances conseguidos, fruto del esfuerzo de muchos agentes implicados. En este sentido cabe señalar que es posible seguir progresando en la intervención en drogodependencias si los esfuerzos se basan en un sólido conocimiento de la realidad y una evaluación sistemática y, como no puede ser de otra manera, en la necesaria voluntad social y política de seguir abordando y avanzando en esta cuestión.

**César Pascual Fernández**

Licenciado en Medicina y Cirugía. Director General de Acción Social. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Diputación Regional de Cantabria.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Megías Valenzuela, E. y otros (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Megías, E. y otros (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Pascual Fernández, C. (1998). "El Abuso de sustancias desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud." En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Ed. Prof. Vázquez Barquero. Madrid: Grupo Aula Médica.

Pascual, C.; Mendieta, S. (1998). "La Prevención en Drogodependencias desde Atención Primaria de Salud." En *Psiquiatría en Atención Primaria*. Ed. Prof. Vázquez Barquero. Madrid: Grupo Aula Médica.

Pascual Fernández, C. (2001). "Plan Regional sobre Drogas de Cantabria: gestión y evolución en estos 15 años". *Trastornos Adictivos* 3 (3): 193-198.

Pérez Gálvez, B. (2001). "¿Hacia dónde avanza el modelo asistencial al drogodependiente?" *Trastornos Adictivos* 3 (3):205-213.

Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.

Varios autores (1995). *Compulsory Treatment of Drug Abuse Research and Clinic Practice*. Rockville: NIDA. 1988. Ed. Española: Tratamiento obligatorio de la drogadicción. FAD.

Varios autores (2000). *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Ayuntamiento de Barcelona y FAD.

Varios autores (2000). *Drogas: Nuevos patrones y tendencias de consumo*. Fundación Ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Doce calles.

Varios autores (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Varios autores (1999). *Las drogas a debate: Ética y programas de sustitución*. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid: Ediciones Doce calles.

World Health Organization (1993). *Approaches to Treatment of Substance Abuse*. Geneva.

## LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS PROBLEMAS

---

Domingo Comas Arnau

### ¿QUÉ ES ESTO DE LA PERCEPCIÓN SOCIAL?

La **percepción social** viene a ser lo que el conjunto de la gente, que forma parte de una sociedad concreta, piensa, interpreta o imagina sobre una "cosa" determinada. En este sentido se supone que la percepción social es el modo habitual mediante el cual un conjunto social visualiza la realidad, siendo, además, la forma colectiva de entender esta realidad. Por ello la percepción social no es lo mismo que la **opinión pública**, porque esta última implica más bien una toma de posición personal o grupal en relación con cualquier cuestión.

Desde esta perspectiva la percepción social, bien sea de las drogas o de cualquier otra cuestión, se refiere a la imagen global que la sociedad mantiene sobre las mismas, mientras que la opinión pública se refiere más bien a la distribución social de las diferentes posiciones que adopta cada ciudadano o cada grupo de ciudadanos en relación con una cuestión en particular. Por ejemplo existe una percepción social en torno a los efectos negativos de las drogas sobre la salud, pero mientras una parte de la opinión pública considera que se trata de consecuencias poco relevantes frente a los problemas de inseguridad ciudadana, otra parte de esta misma opinión pública manifiesta que los problemas más importantes son justamente los de salud.

Por este motivo la opinión pública aparece más fragmentada, ya que hay una parte de gente que piensa una cosa y otra parte que puede sostener lo contrario, con todas las posiciones y matices intermedios que uno pueda imaginar. En cambio la percepción social sobre el tema es mucho más unánime. Por este motivo podemos estudiar mediante encuestas la distribución social de la opinión pública, es decir, qué porcentaje de ciudadanos piensa que las drogas son básicamente un problema de seguridad frente a aquellos que creen que es básicamente un problema de salud, mientras que la percepción social es menos aprensible, porque refleja cosas que se supone piensan, en ocasiones sin darse cuenta, todos los ciudadanos.

En la misma línea se supone que la percepción social es más estable, mientras que la opinión pública es más variable y cambia rápidamente según se van modificando las circunstancias. Por este motivo, en los últimos treinta años, se supone que la percepción social de las drogas ha cambiado muy poco, mientras que la opinión pública ha ido adoptando posiciones diferentes en cada uno de los momentos o circunstancias por las que ha atravesado el consumo y los problemas asociados al mismo.

También hay que tener cuidado, al manejar estos términos, de no confundir la idea de "percepción" propia de la psicología y que se puede identificar con "lo que el sujeto puede percibir a través de los sentidos" con el término "percepción social" más propio de la sociología y que pertenece al terreno de lo que Durkheim llamaba "hechos sociales".

Quizás porque la delimitación entre percepción social y opinión pública es un tanto complicada, en ámbitos profesionales suele utilizarse mucho el término "**representaciones sociales**". Un concepto equivalente al de percepción social pero que no es exactamente lo mismo, porque se refiere a un nivel más profundo, aquel que condensa los elementos simbólicos que se articulan sobre un nivel colectivo casi inconsciente, al que habitualmente se le ha denominado "cultura" y en algunos casos "civilización". Porque se supone que es un conjunto de creencias y valores compartido por todos los miembros de una comunidad aunque éstos no lo sepan. Este es un tema, aunque últimamente se ha banalizado un tanto, del que sabemos muy poco, ya que se trata de una caja negra, objeto de discusión entre especialistas, y que apenas se ha entreabierto.

Otro concepto que conviene aclarar es el de **valores sociales**, que se refiere al conjunto de creencias a las que cada sociedad otorga un valor positivo o, a la inversa, negativo, en términos tanto morales como de vida cotidiana.

En todo caso también se supone que la percepción social (o las representaciones sociales) modelan los contenidos de la opinión pública y que, a su vez, ésta se debe mover dentro de los parámetros que delimitan los valores sociales. En este sentido, si la opinión pública es la manifestación de valores, percepciones y representaciones sociales, su estudio nos puede decir mucho sobre estos valores y percepciones.

Por si el asunto no pareciera lo bastante complicado, en los últimos cincuenta años se le ha añadido un intenso debate en torno al creciente papel de los **medios de comunicación** como configuradores de los valores y las percepciones sociales. Para algunos, como Noan Chomsky o los teóricos de la persuasión, ya no existen ni percepciones ni valores sociales independientes de aquello que los medios de comunicación transmiten y que se relaciona de forma unidireccional con un determinado modelo de sociedad; para otros, en cambio, los medios se limitan a proyectar y expandir los valores y las percepciones previamente existentes. En lo que todos

están de acuerdo es en que los **medios de comunicación** influyen decisivamente en la conformación de la opinión pública.

A todo ello hay que añadirle que se considera que las percepciones, los valores y las representaciones sociales sirven para orientar el comportamiento de los ciudadanos, por lo que las relacionan con las **actitudes**, que serían la agenda o la guía inmediata para la acción, para responder a situaciones concretas.

No acaban ahí los conceptos porque otras orientaciones, como la teoría de las generaciones, introducen nuevos términos como el de "**mentalidades**" para referirse a lo que diferencia un grupo etario (una generación) de otro. Siendo en este caso más trascendente la mentalidad particular de una generación que la percepción social global.

En todo caso parece que hay un cierto consenso sobre el hecho de que hay un nivel profundo, global y colectivo, propio de cada cultura o de cada civilización, apenas aprensible, en el que se mantiene un mundo poco conocido de percepciones, valores y representaciones sociales, las cuales determinan un segundo nivel menos profundo, mejor conocido y estudiado, en el que se manifiestan diversidad de valores y opiniones. Para cualquier sociedad el primer nivel supondría "la realidad" (la única realidad posible) mientras que el segundo sería el nivel de debate entre los diferentes actores sociales en torno a la configuración concreta y cotidiana de esta realidad.

El primer nivel, que vamos a llamar a partir de ahora percepción social, determinaría, con un estricto reglamento, las actitudes más profundas y los comportamientos más generales; mientras que el segundo nivel, al que vamos a llamar a partir de ahora opinión pública, posibilita diferentes actitudes y conductas sociales. Es decir, el primer nivel nos identifica rigidamente con una cultura, mientras que el segundo nos permite tomar opciones y alternativas personales o propias de un determinado subconjunto social.

Una vez definidos ambos niveles, la primera pregunta que nos podemos hacer es ¿qué sabemos en torno a la percepción social de las drogas? Y la respuesta es que sabemos "algunas cosas" porque, de una forma un tanto paradójica, conocemos bastante bien lo que piensa la opinión pública en torno al tema. Al saber lo que la gente dice que piensa podemos intuir algo de sus percepciones más profundas. Ciertamente son pocas las cosas que sabemos, pero suficientes para presentir cómo influyen sobre las actitudes y los comportamientos concretos de los ciudadanos ante las drogas. Por esto resulta de interés mostrar estos conocimientos que nos ayudarán a comprender mejor, y por tanto a prevenir, algunas conductas de riesgo.

Personalmente sostengo, además, desde la perspectiva de la teoría de las generaciones, que en los últimos decenios las percepciones sociales, es decir el nivel profundo de las imágenes sociales sobre las drogas, han experimentado diversos cambios, algunos muy sustanciales. Por este motivo la única forma de explicarlas es describiendo este proceso de cambio.

## LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES

La cuestión de la percepción social es un tema un tanto controvertido sometido a frecuentes debates políticos y mediáticos, por lo que para hablar del mismo parecería necesario referirse al menos a las diversas interpretaciones que aparecen en tales debates. Pero no es ésta la orientación de este artículo, aunque no se trata de evitar el debate, sino de posicionarse al margen de un conjunto de argumentos y contrargumentos que se desprenden de otras polémicas sociales y que suelen tener poco que ver con un conocimiento cabal del tema de las drogas. Aquí me voy a limitar a ofrecer la información científica disponible sobre el tema. Si alguien quiere utilizar luego estos datos en un debate es otra cuestión, por este motivo sólo voy a proporcionar elementos empíricos y algunas interpretaciones plausibles sobre los mismos. Obviamente para hacerlo tengo que referirme a las fuentes de datos disponibles.

Ciertamente disponemos de una buena base empírica en las numerosas investigaciones realizadas desde mitad de los años ochenta hasta la actualidad. Esta disponibilidad se explica, al menos en parte, porque las metodologías para conocer lo que piensa la opinión pública no son muy complicadas, el problema reside en que tampoco es un tema que haya interesado mucho, por lo que se ha hecho con un cierto desorden y hay pocas síntesis. También disponemos de algunas investigaciones orientadas a conocer explícitamente las percepciones y los valores sociales.

En todo caso vamos a intentar ofrecer esta síntesis, para lo cual parece necesario ofrecer un cierto recorrido sobre las fuentes de información que vamos a utilizar. No se trata de un recorrido sistemático, sino de una visión general de las principales fuentes disponibles que nos permiten realizar este recorrido.

Los primeros trabajos sobre las percepciones de las drogas fueron realizados sobre los propios usuarios, sus familias o con colectivos de jóvenes de riesgo (Comas, 1988; Blanco, 1986; Comas, 1986; Comas, 1989). El objetivo declarado de estas primeras investigaciones era el de conocer estas percepciones para poder actuar de una forma coherente sobre aquellas personas que tenían problemas. La idea general sostenía que un buen conocimiento de las percepciones sociales ayudaría a resolver mejor los problemas que ocasionaban las drogas (Romaní, 1995), por lo que los resultados de las investigaciones se dirigían básicamente a los profesionales de la asistencia y la prevención, con la idea de que los "utilizarán". De hecho no fueron muy útiles porque los resultados se limitaban en poner en evidencia la inconsistencia y la falta de fundamentación de estas percepciones sociales. Quizás la única excepción fue el tema del alcohol (Paez, 1992), ya que se relacionó efectivamente la evidencia de la banalización social de sus efectos con los riesgos asociados a su consumo.

De manera paralela, uno de los temas asociados y recurrentes en aquel periodo fue el intento de determinar el papel de los medios de comunicación en la conformación de estas percepciones (Autores Varios, 1991; Costa y Pérez, 1989; Espín, 1993; Pérez, 1986), lo que permitió mostrar el estrecho ajuste que existía entre las

percepciones sociales y los mensajes de los medios. Pero nadie pudo demostrar cuál era el orden causal que ligaba ambos territorios.

Al mismo tiempo desde ámbitos más institucionales se medían a través de encuestas, y al menos desde 1979, las actitudes y las opiniones de la población (Navarro, 1985). Por ejemplo el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), aparte de incluirlo en numerosas encuestas y en los barómetros de opinión mensuales, realizó al menos cinco grandes encuestas entre 1986 y 1991 en torno al tema de las drogas (Comas, 1992). Esta recogida de información se mantuvo en los años noventa a través del "Sistema de Encuestas continuas sobre Drogas" que realiza el Observatorio Español sobre Drogas en el nivel nacional, a lo que hay que añadir las encuestas realizadas de forma continua o esporádica en un territorio determinado. Por ejemplo diversas comunidades autónomas mantienen un sistema continuo, como la Comunidad Autónoma Vasca (Calvo, 1996; Elzo, 1992) y las series que ha realizado EDIS para la Comunidad Autónoma de Andalucía (la serie *Los andaluces ante las drogas*) y la de Galicia.

A mitad de los años noventa los estudios sobre la cuestión de la percepción social parecieron sufrir un cierto retroceso cuantitativo, es decir se hicieron menos frecuentes, lo que en parte se puede atribuir a los cambios producidos en el modelo asistencial. Ocurría que, al menos parte de los trabajos realizados en los años anteriores, tenían como finalidad explícita criticar un modelo de intervención asistencial que se consideraba ajustado a los criterios de la percepción social, pero no a las necesidades de los adictos. La aparición del sida modifica el panorama, cambia el modelo de intervención y comienza una etapa dominada por los programas de reducción del daño.

En este nuevo contexto, muchos profesionales suponen que ya no hay que trabajar más sobre las percepciones sociales, porque éstas han sido convenientemente domesticadas y la opinión pública "acepta" mejor la lógica asistencial. Como la intervención es ya "correctamente profesional" no hay que preocuparse por el tema. Obviamente esta posición es un error, primero porque los discursos sociales en torno a las drogas siguen existiendo, mantienen su influencia sobre actitudes y comportamientos y segundo porque lo que ha ocurrido es que han producido algunos cambios en la percepción social, lo que como veremos se llamó la "normalización social del tema drogas", pero esto no significa que estas percepciones sean más funcionales en lo que se refiere a la coherencia de las respuestas. Simplemente son diferentes, aunque ahora se ajustan mejor a las necesidades de los profesionales.

Además este proceso se presenta como una pugna en la que una de las partes, aquella que, a través de su acción, se supone que ha producido el cambio en la percepción social de las drogas (y las respuestas políticas e institucionales), se presenta como vencedora. La idea del ajuste ideológico entre necesidades y oferta asistencial se concreta en el discurso de los profesionales, especialmente tras el logotipo de los programas de reducción de daño (Comas, 1994; Ibáñez, 1993; Ramírez, 1993; Román, 1998).

Se trata de una vieja confusión corporativa que supone que hay percepciones sociales “buenas” y percepciones sociales “malas”, cada una de las cuales provoca una determinada política y que una vez adoptada la política correcta ya no tenemos que preocuparnos más de estas percepciones sociales. Cada periodo o fase histórica comete el mismo error de cálculo, cuando da por supuesto que el pasado es vana ideología repleta de ignorancia, mientras que el presente es el territorio de la sabiduría y la razón. Un territorio desde el que podemos dominar y cambiar las falsas percepciones sociales sobre “la realidad”. El engaño dura hasta que un nuevo periodo histórico devuelve las cosas, que ya son pasado, a su lugar.

En todo caso la crisis en la producción masiva de investigaciones sobre el tema abre paso, en la segunda mitad de los noventa, a un trabajo más reposado, con una conceptualización y una teorización más estricta, así como una focalización en la necesidad de construir un saber sobre las propias percepciones sociales. La nueva etapa se inicia con un artículo que propone abrir este campo (Alonso et al., 1995), en un contexto en el que el tema de los valores sociales generales comienza a adquirir un cierto protagonismo en el campo de la sociología (Andrés, 1996).

Por ello no es extraño que finalmente, en medio de un creciente desinterés de los profesionales, en especial los de la asistencia, se produzcan tanto la primera visión teórica compleja en torno a la cuestión de la percepción social (Comas, 1996), como la descripción de las relaciones entre estas percepciones y los consumos en un territorio determinado (Elzo, 1999), la aplicación al profesorado (Ortí, 1997), o las dos primeras investigaciones sistemáticas y específicas sobre el tema promovidas por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Megías, 2000a y Megías, 2000b). A su vez estos avances permiten ofrecer nuevas explicaciones de algunos fenómenos sociales que, al menos hasta ahora, nos limitábamos a describir, como el ocio de fin de semana de los jóvenes (Comas, 2001b).

## ETAPAS HISTÓRICAS Y CAMBIOS GENERACIONALES

Olvidada durante años, la teoría de las generaciones, que fue formulada en su origen por dos españoles, José Ortega y Julián Marías, ha adquirido en los últimos años una renovada fuerza en los ámbitos sociológicos internacionales. Su interés reside en el hecho de que permite captar el cambio social y de una forma muy precisa cómo los sistemas de mentalidades se van reemplazando al ritmo que cambian las generaciones. Una parte de la teoría sostiene, además, que las percepciones sociales sobre un tema concreto, las drogas por ejemplo, pueden cambiar de una forma radical entre una generación y otra.

A pesar de su origen español, en nuestro país la teoría se ha aplicado poco en los últimos años, apenas hay alguna referencia en el tema de los ciclos electorales y el papel de las élites políticas y en la sustitución de las vanguardias culturales. Un trabajo sociológico interesante de carácter empírico utilizó la base de las encuestas del INJUVE para mostrar la existencia de cuatro posibles generaciones de jóvenes

españoles entre el fin de la Guerra Civil y el inicio de la década de los noventa (Martín, 1994). El mismo modelo se proyectó con éxito al campo de las drogas (Comas, 1995) y desde entonces ha sido aplicado en diversas ocasiones (Megías, 2000a).

Utilizando las aportaciones que nos ofrece la teoría de las generaciones, la clave del cambio de mentalidad de los jóvenes en relación con las drogas se puede relacionar con dos series de acontecimientos, por una parte el momento que ocupa en su propio ciclo vital y por otra parte, la presencia y las características de los problemas que causan las drogas en nuestra sociedad.

Desde la primera perspectiva sabemos que el joven mantiene su identidad, y se reconoce como parte de una determinada generación, en el periodo de su vida previo a la adquisición social de un rol de adulto. Es decir, cada uno nos identificamos con una generación, con su estética, con su forma de hablar y quizás de pensar, mientras somos sujetos dependientes, incluso hasta cuando nos hayamos emancipado y seamos padres, asimismo quedaremos indeleblemente unidos a dicha generación.

En España, hasta los años ochenta, este cambio de rol se relacionaba con la emancipación del hogar de los padres, que a la vez implicaba matrimonio y un primer hijo y ocurría para las mujeres a los 23-24 años y para los varones a los 24-25 años. En cambio, en la última década, el retraso en la edad de emancipación ha modificado esta situación; ahora los jóvenes se emancipan más tarde, a los 30-31 años por término medio, pero con una gran dispersión por edades, pero a la vez parecen adquirir ciertos rasgos de madurez a la misma edad (23-25 años) que en generaciones anteriores (Megías, 2000a).

En cuanto a la segunda perspectiva, es decir, los acontecimientos relacionados con las drogas en la segunda mitad del siglo XX, éstos parecen ser esencialmente dos, el primero la irrupción del consumo de drogas ilegales (con sus problemas asociados y un notable impacto social) en la primera mitad de los años setenta y el segundo el proceso de "normalización" institucional y social vivido en la primera mitad de los noventa y al que ya me he referido más arriba.

Si combinamos estas dos series de acontecimientos, es decir los cambios en el ciclo vital y los cambios en las drogas en nuestra sociedad, podemos describir tres generaciones muy diferentes, con tres mentalidades muy distintas en relación con las drogas, lo que a su vez nos proporcionará una visión evolutiva (en tres fases) con relación a la percepción social del tema en España.

La primera será una generación de **ajenos** que se emanciparon y fueron padres antes de que las drogas ilegales comenzaran a ocasionar problemas en nuestro país, la segunda una generación de **acosados** que vivieron la eclosión cultural de las drogas con muy pocos recursos (sociales y personales) para hacerles frente en su adolescencia y la tercera una generación de **informados** que se sienten más segu-

ros aún cuando consumen. Los ajenos son los padres de los acosados, por lo que pudieron ayudarles poco y vivieron la situación de impotencia con mucha angustia, mientras que los acosados son los padres de la actual generación de **informados**, que no saben muy bien cómo reaccionar ante la aparente tranquilidad de sus hijos.

En todo caso, estas tres generaciones representan tres etapas históricas en la percepción social de las drogas que voy a describir a continuación.

## EL TIEMPO PASADO

Desde una perspectiva muy global podemos afirmar que históricamente los españoles nunca tuvieron una mala relación con las drogas, ni en los tiempos que se prolongan hasta principios del siglo XX, en los que todas ellas se vendían de forma más o menos controlada, ni después cuando algunas se convirtieron en legales y otras en ilegales. No tuvieron una mala relación porque éste no fue un país en el que se produjeran ni consumos desmedidos ni problemas de gran magnitud, ni tan siquiera ocurrió con el tabaco, del que fuimos los promotores mundiales, ni con el alcohol del que también se supone que como, país del Mediterráneo, éramos unos consumidores tradicionales. Los primeros conatos de problemas no surgieron, con esta última droga, hasta la fase de industrialización ligada al desarrollo del ferrocarril en las últimas décadas del siglo XIX y se conformaron como tales en los años veinte del siglo XX (Comas, 1985). En esta misma década se produjo un cierto consumo de cocaína, pero fue siempre un comportamiento de minorías que no afectó a la dinámica social global.

Posteriormente, las difíciles condiciones de la Guerra Civil y la posguerra acentuaron esta desvinculación con las drogas. Está claro que no se puede consumir sustancias caras cuando una sociedad no tiene medios para adquirirlas, ni pueden ocupar un lugar relevante en las percepciones sociales cuando otros problemas más perentorios, como alimentarse todos los días, reclaman nuestra atención.

En este contexto las drogas se perciben sólo como el comportamiento desviado de ciertas personas, cuya naturaleza "viciosa" les lleva a adquirir estos hábitos, y por tanto no representan un riesgo muy importante ni para la sociedad ni para las familias, porque sólo afectan a estos "individuos viciosos" los cuales son, por sí mismos, una desgracia inevitable para las familias, que se manifiesta a través de las drogas de la misma forma que podría hacerlo a través de otra cosa. Esta visión social incluye el alcoholismo entendido como tener "demasiado vicio" con el alcohol, algo que contrasta con una conducta de consumo "normal" de alcohol que, lo mismo que con el tabaco, practican el resto de los hombres, que por ser hombres y "ya se sabe como son" fuman y beben pero controlando que para eso también son hombres. Obviamente si una mujer bebe o fuma fuera de las ocasiones prescritas, rápidamente adquiere la connotación de viciosa y, por supuesto, por ser mujer, de más viciosa que cualquier hombre.

Al llegar a los años sesenta ésta era una notable diferencia entre España y los países de su entorno cultural. Las condiciones de pobreza nos habían mantenido al margen de un problema y la percepción social es que “de esto aquí no había” aunque sí se sabía que en otros países más desarrollados existía un problema con las drogas.

Pero en la propia década de los años sesenta todo cambia, comienza a incrementarse el consumo de alcohol, después el tabaco cuyo consumo se amplía hacia los adolescentes y las mujeres, al final de la década comienza a consumirse cannabis y hacia 1973 se inicia el consumo de heroína. Este es un proceso que surge en paralelo al desarrollismo económico y al impacto cultural que supuso el turismo. De una forma sintética podemos decir que los españoles salimos de pobres, nos asomamos al mundo, comenzamos a consumir y las drogas aparecieron entre nosotros.

Durante un tiempo la percepción social sigue pensando que éste era un tema que afectaba exclusivamente a los “viciosos” (y a los extranjeros), pero cuando el consumo se disparó a mitad de los setenta, en plena transición política, se produjo un cambio radical en la percepción social y el “aquí no pasa nada” se transformó en una auténtica situación de alarma social.

## EL TIEMPO DE LA ALARMA SOCIAL

En la primera mitad de los años ochenta, cuando la FAD inició su andadura, los españoles vivían muy agobiados por el tema de las drogas. Durante casi una década, desde finales de los años setenta hasta finales de los años ochenta las encuestas, en especial los barómetros de opinión mensuales del CIS entre 1984 y 1989, demuestran que las drogas eran la principal preocupación de los españoles. Algunos meses ocupaban la segunda posición, tras el terrorismo o el desempleo, pero a lo largo de casi diez años, las drogas ocuparon el primer lugar en el ranking de los barómetros con mucha mayor frecuencia que cualquier otro tema.

Es bien cierto que esta preocupación parecía conformarse mezclando dos cosas un poco distintas, según muestran las numerosas investigaciones realizadas en aquel momento.

En primer lugar, la preocupación por las drogas tenía que ver con la **inseguridad ciudadana**. Los españoles, los ciudadanos de este país, la gente en general, vivió desde finales de los años setenta y gran parte de los ochenta, con el miedo que le producía toda una transición; desde un modelo de delincuencia integrado, típico de las sociedades europeas menos desarrolladas hacia otro modelo de delincuencia, más marginal, transgresor y atrevido en el que cada vez había menos hurtos y muchos más atracos. Los atracadores eran “drogadictos” y esta condición aumentaba el temor de los ciudadanos. Un temor que no sólo se relacionaba con la condición de posible víctima, sino que además se refrendaba con la ocupación, por

parte de los adictos, tanto para trapichear como para consumir, de los centros históricos y los lugares más emblemáticos de las ciudades. Se sentía que la calle pertenecía los delincuentes y éstos eran especialmente los adictos a la heroína.

Todo esto era cierto, pero en parte era exagerado, porque de hecho cuando en 1992 entró en vigor la Ley de Protección a la Seguridad Ciudadana, la acción policial subsiguiente sirvió para “trasladar” a los adictos desde los centros urbanos hacia los núcleos marginales y, aunque la delincuencia se mantuvo en tasas similares, los ciudadanos se sintieron relajados porque ahora ya no veían a los adictos (ni sus actitudes a veces muy provocativas) en los lugares de paseo. Sólo los veían en la televisión en los poblados de chabolas. Como consecuencia, esta sensación de inseguridad ciudadana ligada a las drogas se fue reduciendo y, de hecho, a partir de 1992, las drogas comenzaron a ocupar puestos menos relevantes en las encuestas del CIS e incluso en algunos barómetros de opinión desaparecieron como problema.

Pero la preocupación de los ciudadanos tenía una segunda arista, relacionada, esta, con el riesgo que corrían los jóvenes en general y los hijos, así como los hijos de los amigos y vecinos, los sobrinos y otros conocidos, en particular. Era **el riesgo de “caer en la droga”** y las consecuencias, peores que la muerte, que esto acarrearba, no sólo para el joven en cuestión sino para toda su familia. La “droga” era una “desgracia” frente a la que prácticamente nada podía hacerse. El miedo, la preocupación, consistía entonces en que estos jóvenes, estos hijos o vecinos “cayeran” y arrastraran a todo el mundo en su caída. Era el miedo a algo que contaminaba y de lo que no se sabía cómo defenderse. Se trataba además de una contaminación que parecía elegir a sus víctimas al azar, entre cualquier tipo de familia, aun entre los buenos estudiantes de las familias más integradas, lo que implicaba que ya no se trataba de “sujetos viciosos” sin más, sino más bien de tener o no tener “suerte” porque “la droga es una lotería, si te toca...”

La combinación de ambos factores, es decir inseguridad ciudadana y temor a que afectara, supuestamente por puro azar, a la familia o al entorno inmediato, explica el dramatismo y la preocupación con la que se vivía el tema. Pero, especialmente en el segundo caso, este dramatismo, como ya he dicho, se relacionaba muy intensamente con la sensación de que no había solución, es decir que la adicción era un problema irreversible. La exigencia social de “desdrogamiento”, el término que surgió en un trabajo con familias de adictos que realicé con Alfonso Ortí, (Rodríguez-Cabrero, 1988), coincidía exactamente con esta percepción social: en la droga se entraba pero no se podía salir y lo que debían hacer las autoridades y los profesionales era encontrar las fórmulas adecuadas para propiciar una salida, casi imposible, del “encierro” al que las drogas sometían a los adictos.

En un primer momento, la aparición del sida no se enlazó demasiado con el tema, ya que los medios de comunicación, siguiendo la estela de lo que había ocurrido en EEUU, lo relacionaron más bien con la homosexualidad. Pero hacia 1986, cuando los primeros datos españoles que vinculaban sida y consumo de drogas por vía

parental se dieron a conocer a la opinión pública, se reforzó el grado de alarma de la percepción social, pero a la vez se establecieron las bases de los elementos que, de forma paradójica, redujeron esta sensación de alarma. Ahora las drogas ya no eran algo desconocido sino una enfermedad que se podía tratar.

Ciertamente el sida era una enfermedad mortal, pero era una enfermedad que aparece en un momento en el que las drogas ya se trataban en comunidades terapéuticas, centros ambulatorios y de día. Además se podía prevenir con el preservativo (y no pinchándose con jeringuillas previamente usadas), es decir, tenía solución. A la vez, la red asistencial específica alcanzó una notable expansión y el resultado es que ya en los noventa, los ciudadanos comenzaron a visualizar las drogas como una carretera de doble dirección en la que además los profesionales de la asistencia podían ordenar el tráfico de salida.

No podemos obviar que además los programas de reducción del daño introdujeron la idea de "enfermedad crónica pero controlable", que resultaba muy congruente con la percepción social de "que las drogas no se salía" y que había propiciado a principios de los años ochenta una notable expansión de las comunidades terapéuticas como un recurso de exclusión física "para alejarse de la calle". Los programas de reducción del daño fueron visualizados, al menos por una parte importante de la opinión pública, como una estrategia virtual de exclusión que permitía también "alejar de la calle la delincuencia", con menos costes y una mayor efectividad.

En todo caso, al llegar a este momento, los ciudadanos respiraron tranquilos, porque si alguien "sabía" cómo hacerlo el problema tenía solución. Una solución que, por tanto, **se delegaba** en aquellos que tenían conocimientos para que adoptaran las medidas y las estrategias de afrontamiento adecuadas. De hecho, en los noventa no cambió tanto el consumo y los problemas asociados como la percepción social que pasó de la alarma extrema a una cierta despreocupación porque ahora unos especialistas, es decir profesionales e instituciones, se iban a ocupar del tema. Obviamente esto no se vivió así sino desde una perspectiva muy diferente: se pensaba que había menos drogas y los pocos consumidores que quedaban disponían de una oferta asistencial adecuada y suficiente.

## EL COMPLEJO EQUILIBRIO DEL PRESENTE

Al final de la década de los noventa la cuestión se vive en términos de un difícil equilibrio, ya que por una parte la opinión pública mayoritaria afirma que ya no hay graves problemas con las drogas, que se trata de una cuestión del pasado que no debemos incluir entre nuestras preocupaciones prioritarias. Esta es una percepción que se ha construido a partir de la "crisis del modelo de inseguridad ciudadana" a partir de la puesta en vigor de la Ley de Protección a la Seguridad Ciudadana en 1992, y especialmente por la emergencia de la imagen de que las drogas tienen solución si su afrontamiento se delega a los profesionales e institucio-

nes adecuados. De hecho la “normalización” del tema ha implicado su desaparición social y sólo reaparece episódicamente, como el monstruo del lago Ness, cuando no hay otras informaciones que dar.

Pero, por otra parte, los problemas de drogas no sólo no han desaparecido sino que han aumentado (cada vez hay más jóvenes consumidores experimentales o habituales), se han cronificado (el número de adictos a la heroína con graves problemas de salud se mantiene estable y aparecen nuevos consumidores), mientras que los recursos efectivamente destinados a la respuesta asistencial y preventiva van disminuyendo, especialmente en algunas Comunidades Autónomas y en la Administración Central.

Esta contradicción, que podemos visualizar como una especie de equilibrio entre ambas realidades, se sustenta sobre las percepciones sociales: como las drogas “no se ven”, no puede exigirse ningún tipo de respuesta. Claro que éste es, al menos desde la perspectiva del profesional o del investigador que quieren visualizar la totalidad de los acontecimientos, un equilibrio muy poco funcional, porque no resulta fácil implicar ni a una sociedad que de nuevo piensa que no pasa nada, ni a unos afectados que también de nuevo vuelven a sentirse solos e impotentes.

Claro que para algunos, este relajo ha sido positivo porque no se podía trabajar bien en las condiciones de alarma social que caracterizaron la década de los ochenta y que impedían una reflexión serena y reposada sobre las drogas.

En cambio, para otros, el relajo ha sido un desarme social frente a un peligro que aún subsiste y al que seguramente tendremos que enfrentarnos de nuevo los próximos años, porque hemos sido incapaces de mantener nuestra vigilia.

En mi opinión ambas posiciones son ciertas, porque se trata de una cuestión cíclica que reúne de un lado la realidad de los consumos y de otro las percepciones sociales de esta realidad, en una dialéctica que se manifiesta en un constante cambio de comportamientos por parte de los jóvenes. Cada generación de jóvenes adopta una conducta cultural diferente en relación a las drogas, porque las condiciones de socialización son, para cada una de ellas, distintas, al ser las percepciones sociales de los adultos diferentes entre un momento histórico y otro.

## ¿CÓMO INFLUYE LA PERCEPCIÓN SOCIAL EN LOS COMPORTAMIENTOS?

Al llegar a este punto hay que preguntarse por qué es tan importante la cuestión de la percepción social y ahí todo el mundo estará de acuerdo en que es importante para “saber lo que piensa la gente” para que nuestras actuaciones preventivas sean coherentes y produzcan efectos sociales positivos. Pero esto no es todo, porque como hemos dicho, si las percepciones orientan los comportamientos, podemos pensar que modificando algunos elementos de la percepción social de las drogas conseguiremos aplacar o reducir los comportamientos de riesgo.

Desde una perspectiva elemental está claro que si la percepción que se posee de las drogas orienta el tipo de relación que se mantiene con ellas, hay que suponer que si se las visualiza como extremadamente peligrosas, una mayoría de jóvenes, en especial en este momento histórico, considerará que no merece la pena arriesgarse en probarlas, no se experimentará con ellas; en cambio, si se piensa que probarlas no implica ningún riesgo, seguramente esta mayoría social al menos se iniciará en ellas.

Pero esta relación tan elemental se complica cuando consideramos que quizás algunos jóvenes, justamente los de mayor riesgo aunque sea por otras circunstancias, seguramente se acerquen a las drogas porque se las considera muy peligrosas. Como consecuencia, parece necesario adoptar posiciones equilibradas en el eje peligro *versus* banalización de las drogas, para no dar argumentos, bien a la mayoría temerosa o bien a la minoría atrevida.

Pero el tema aún es más complicado porque estas cosas no dependen de nosotros mismos. Si resulta cierta la visión cíclica que venimos apuntando en estas páginas y que se podría describir como: alarma social, reacciones de rechazo, disminución del consumo (o de su percepción), normalización social y banalización de las sustancias, aumento del consumo y otra vez una situación de alarma social para volver a recomenzar el ciclo, entonces nuestras acciones se encuentran sometidas a esta lógica cíclica y por tanto el punto de equilibrio es muy distinto en cada momento.

Por si fuera poco, la idea de un equilibrio cíclicamente determinado hay que corregirla con las retroalimentaciones que cualquier percepción social introduce sobre la realidad. Porque en numerosas ocasiones lo que se piensa es lo que finalmente ocurre, aunque si no se hubiera pensado así no habría ocurrido. Es algo así como el efecto placebo: como uno imagina que al tomar una sustancia va a sentir determinados efectos, cuando lo tome notará tales efectos esperados, aunque no tengan nada que ver con las propiedades de esta droga. En España se han hecho algunos experimentos que demuestran que, con las drogas de diseño, hay jóvenes que en las discotecas creen que las están consumiendo y sintiendo sus efectos cuando en realidad es nicotina o cafeína. Se lo creen porque la "cultura de la discoteca" define muy bien estos efectos y los relaciona con una pastilla determinada.

Pero el efecto placebo no sólo se produce con los efectos de las sustancias, sino con los propios comportamientos e incluso con conductas sociales complejas. Así, por ejemplo, en los años ochenta los consumidores habituales de cocaína se volvían apáticos, marginales o contraculturales e incluso adoptaban un estilo de vida delincuenciales porque esto es lo que se esperaba de "la droga"; en cambio en los años noventa, cuando la cocaína adquirió un carácter diferencial y fue presentada como la droga de los ejecutivos de éxito, hay jóvenes consumidores habituales de cocaína, que trabajan en precario y en empleos muy subordinados ganando poco dinero, pero que adoptan la pose del triunfador e incluso delinquen, pero sin adoptar el estilo de vida del delincuente, para poder consumir las ropas de marca que se identifican con el éxito.

Un ejemplo más extremo, y que habría que trabajar más profundamente, lo constituye el tema de las actitudes de los padres hacia sus hijos. En los años setenta cuando el consumo se relacionaba, en las representaciones sociales de los jóvenes, con el autoritarismo y la intolerancia de los padres (hay una maravillosa encuesta del CIS sobre este tema en el año 81), los inicios del consumo se producían con mayor frecuencia entre las familias más rígidas; en cambio en los años noventa, cuando se supone que el consumo tiene más que ver con "la falta de límites" es esta carencia la que explica muchos de los comportamientos de riesgo de los hijos.

A pesar de ello, pero teniendo en cuenta tanta complejidad, podemos avanzar un poco y dirigir una cierta mirada hacia el futuro para preguntarnos ¿qué va a pasar con las percepciones sociales y cómo se van a relacionar con el consumo de drogas? Una pregunta que debemos hacernos para reflexionar en torno a las prácticas preventivas del presente.

## LA MIRADA HACIA EL FUTURO

La esperanza en una evolución histórica positiva, la creencia en el progreso social, orienta nuestras mentes, al menos desde que vivimos instalados en la Modernidad. Por ello imaginamos, o queremos imaginar, un futuro en el que la percepción social de las drogas se muestre lo más acorde posible con "la realidad", un futuro en el que los mensajes preventivos formen parte natural de esta percepción social y un futuro en el que las respuestas que la sociedad proporciona a las contingencias derivadas de las drogas sean lo más razonables posibles. Pero las cosas no son tan sencillas, el hecho de que nos hayamos acostumbrado a manejar la mirada en la dirección del progreso no significa que se produzcan siempre avances, es decir avances en el sentido adecuado y además avances sin que nadie los provoque.

Hemos visto cómo la percepción social se construye alrededor de los acontecimientos, cómo los interpreta y a la vez cómo provoca una respuesta social que permite reconsiderar estos mismos acontecimientos y, en ocasiones, modifica su propio contenido.

Por suerte no existe aún una ingeniería social con capacidad para modelar las percepciones sociales que parecen gozar de una considerable libertad a la hora de manifestarse e influir sobre la vida de las personas y las sociedades. Parece ser una libertad un tanto caprichosa, pero es lo que hay. Seguramente, si fuéramos capaces de organizar las percepciones sociales, quizás la situación sería peor, porque ya sabemos que los sueños de la razón también pueden producir monstruos.

Por este motivo aquello que, desde una perspectiva preventiva, consideramos en este momento avances significativos en las tareas preventivas, pueden devenir, en una fase subsiguiente, en elementos que inciten al consumo. Lo que implica la necesidad de una intervención permanente, adecuada a las condiciones de cada momento histórico, ya que aquello que se suponía que habíamos resuelto en un momento determinado, puede desmoronarse en el momento siguiente.

La ciencia se supone que avanza mediante experimentos realizados en condiciones de control, los cuales permiten deducir leyes generales sobre la naturaleza; pero en el campo social esto es bastante improbable, por dos razones principales, la primera la dificultad de establecer estas condiciones de control en el contexto de la complejidad social y la segunda la "indeterminación reflexiva" que introduce cualquier experimento en el ámbito social y que, más o menos, viene a afirmar que cualquier acción, por muy experimental que la consideremos, modifica las condiciones y sobre todo la propia información de los participantes, lo que implica que su comportamiento final será muy diferente al que habrían tenido de no participar en el experimento. Por ejemplo, hoy sabemos empíricamente que la diseminación social de la información sobre bolsa, modifica el comportamiento de los inversores, lo que implica que la información ofrecida al público no puede ser nunca válida aunque sea cierta, porque cuando el público lo sabe los inversores actúan de una forma distinta.

Otro ejemplo más cercano lo constituye el tabaco que nos demuestra como la información, introducida por los programas de prevención, modifica las condiciones de consumo e incluso realimenta nuevas formas de consumo ente los adolescentes (Comas, 2001<sup>a</sup>). Así, tras casi dos décadas de descenso en el consumo, el tabaquismo muestra un importante repunte, apareciendo una generación, formada por los que tienen ahora menos de 21 años, que adopta un nivel de consumo de tabaco equiparable al de los años setenta y hasta es posible que superándolo.

¿Qué ha pasado con el tabaco que parecía casi una cosa del pasado? Algo que se suponía que los programas de prevención entre los escolares habían dejado reducido a su mínima expresión. Pues que la percepción social sobre el tabaco, a pesar de que la opinión pública, aun entre los fumadores, diga que el tabaco es malo para la salud y que los gobiernos deben tomar medidas para garantizar los derechos de los no fumadores, sigue sosteniendo que el consumo de tabaco no es peor que la contaminación y que los derechos verdaderamente amenazados son los de los fumadores. El hecho de que se trate de una percepción social que se mantiene gracias a la publicidad y las campañas de las tabaqueras, no modifica su carácter básico: la percepción social del tabaco opera contra los mensajes preventivos, y esto ocurre cuando creíamos que ya habíamos impuesto, entre los adolescentes, un mensaje de salud que les evitaría tener que fumar.

En última instancia el hecho de que en muchos países, como es el caso del nuestro, el descenso del consumo de tabaco se haya detenido e incluso comience un lento ascenso, se relaciona con la falta de implantación de políticas globales contra el tabaco y con la debilidad de una sociedad civil que no puede ni asumir ni impulsar estas políticas globales.

Algo parecido creo que podría ocurrir si no está ya ocurriendo con las drogas ilegales, porque de una parte la percepción social mayoritaria las considera una parte del pasado, de otra parte la respuesta institucional se ha debilitado notablemente. Una percepción que sólo puede modificarse desde la propia sociedad civil, pero

claro, en España tenemos una sociedad civil débil que sólo se ocupa de los casos extremos cuando son muy sangrantes y están de moda. Y ahora el tema de las drogas no está de moda porque se considera un tema del pasado, algo ya resuelto de lo que se encargan los especialistas. Pero esto no es cierto, porque aunque no se vean en la calle, sabemos que hay más casos de adictos que nunca y con mayores problemas de salud. Estamos seguramente en el umbral de un nuevo ciclo de "problemas con las drogas" que no es percibido porque la percepción social lo niega. Seguramente por ello, en los próximos años, cuando la realidad nos alcance, volverán los excesos dramáticos que tanto mal hicieron a esta sociedad.

### Domingo Comas Arnau

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología. Presidente del grupo GID y de la Sociedad ITACA-España.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Alonso, C.; Comas, D.; Megías, E. y Pedrero, Y. (1995). "Los valores de los adolescentes y el consumo de drogas." *Adicciones*, 7 (1).

Andrés, F. (1996). *Sistemas de valores en la España de los 90*. Madrid: CIS.

Autores varios (1991). *Medios de comunicación, "El problema drogas" y la percepción de soluciones*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

Blanco, J. (1986). "El consumo de drogas en la provincia de Cádiz: un análisis cualitativo." *Comunidad y Drogas* 2.

Calvo, F. (1996). "Evolución de la mentalidad vasca sobre las drogodependencias." *Revista española de drogodependencias* 1 (3).

Comas, D. (1988). "La imagen social y la demanda de tratamiento." En Comas, D. (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*, Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

Comas, D. (1989). "La construcción social de la imagen del drogodependiente: consecuencias para la prevención y la atención." En AAVV (1989). *Psicología de la intervención social*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Comas, D. (1992). *Evolución de las opiniones, actitudes y comportamientos de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas ilegales entre 1979 y 1992*. Madrid: CIS.

Comas, D. (1994). *Los jóvenes y las drogas desde la perspectiva de los años 90*. Madrid: INJUVE.

Comas, D. (1995). "La familia española y las drogas: una perspectiva generacional." En AAVV (1995). *Actas congreso nacional Proyecto Hombre*, Vitoria: Proyecto Hombre.

Comas, D. (1996). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español." En AAVV (1996). *Aprender y cambiar. Balance y perspectivas del futuro de la intervención sobre drogas en Europa*. Barcelona: ITACA.

Comas, D. (2001). "El tabaco. Una adicción forzada y persistente." En AAVV (2001) *Jóvenes Vascos 2000*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Comas, D. (2001). "La representación social del fin de semana de los jóvenes." *Revista de estudios de juventud* **54**: 71-78.

Costa, P. y Pérez, J.M. (1989). *Droga, televisión y sociedad*. Madrid: Delegación del gobierno para el PNSD.

Elzo, J. (1992). *Euskadi ante las drogas 1992*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Elzo, J. (dir) (1999). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Espín, M. (1993). "Las drogas en los medios de comunicación: los estereotipos y el mercado." *Interdependencias* nº 3. Barcelona: IGIA.

Ibáñez, J. (1993). "El discurso de la droga y los discursos sobre la droga." En AAVV (1993). *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en CP y S.

Martín, M. (1994). *Historia de los cambios de mentalidades de los jóvenes entre 1960 y 1990*. Madrid: INJUVE.

Megías, E. (dir) (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J. y Román, O. (2000). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD.

Navarro, J. (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: CRE.

Ortí, M.; Carrón, J. y Comas, D. (1997). *El profesorado y la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Grupo GID.

Páez, D. (1992). "Las representaciones sociales del alcohol." *Revista de Psicología Social Aplicada*, **2** (2-3).

Pérez, M. (1986). "Los medios de comunicación social ante las drogodependencias." *Comunidad y drogas* 1.

Ramírez, E. (1993). "Drogodependencias: de la periferia a la estética pasando por la técnica." En AAVV (1993). *Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales*. Madrid: Colegio de Doctores y Licenciados en CP y S.

Rodríguez-Cabrero, G. (1988). *La integración social de drogodependientes*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

Romaní, O. (1995). *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: un modelo de interpretación*. Barcelona: IGIA.

Romaní, O. (1998). *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

En estas páginas vamos a abordar diferentes aspectos socioculturales de los jóvenes de hoy y su evolución en los últimos años. Nos basaremos básicamente en nuestros propios trabajos y de forma preeminente en el estudio *Jóvenes españoles* de la Fundación Santa María pues, dada su continuidad con investigaciones quinquenales, nos permite ver de forma rigurosa (se mantienen algunas preguntas a efectos comparativos) la evolución de los jóvenes españoles estos quince años de presencia de la FAD en la sociedad española. Nos detendremos en los siguientes aspectos: actitudes los jóvenes ante los movimientos sociales así como el movimiento asociativo en la juventud; la evolución de los valores en los jóvenes: el dilema de la permisividad; los jóvenes entre el localismo y la globalidad; la socialización juvenil y, por último, dos apuntes sobre su religiosidad.

### LOS MOVIMIENTOS SOCIALES Y EL ASOCIACIONISMO JUVENIL

La época exultante de los movimientos sociales de los años setenta tiempo ha que es historia. Historia mitificada. La gente joven ha ido rebajando su entusiasmo por ellos y lo ha hecho muy especialmente la juventud de los últimos quince años, más o menos, que nos ocupan, que tan escaso entusiasmo está mostrando en todos los aspectos.

Tampoco es que la juventud europea en general los muestre mayores. Ya en 1990 mostraban más interés y disposición a la intervención social los adultos europeos de 40 a 54 años, que los jóvenes de 15 a 24, como puede verse en la Tabla 1.

Las diferencias no son muy grandes en lo que respecta a las cuestiones que les interesan y les preocupan. No obstante, puede verse el mayor interés de los adultos por: el medio ambiente, los problemas sociales, el movimiento pacifista, el regionalismo y la política. Los jóvenes sólo ganaban en deporte y acontecimientos culturales y artísticos.

Las diferencias ya son mayores en cuanto a las causas por las que a uno le valdría la pena asumir riesgos o hacer sacrificios. Los adultos lucharían, más que los jóvenes, por: la paz en el mundo, la pobreza, la libertad individual, la defensa del propio país, unificación de Europa y fe religiosa. Los jóvenes: contra el racismo, por ayudar al Tercer Mundo y por la igualdad de los sexos.

Estas diferencias son, en parte, una diferencia intergeneracional entre los jóvenes y unos adultos que tuvieron su experiencia política y, en la otra parte, constituyen una consecuencia del ciclo de vida. A estos jóvenes de 15 a 24 años les queda todavía un camino por recorrer en su proceso de socialización. Por lo que no nos puede extrañar el talante que exhiben, que podría tildarse de un tanto pasivo, acomodaticio, en *stand by*.

**Tabla 1.** Cuestiones que interesan y causas por las que valdría la pena asumir riesgos o hacer sacrificios (%)

	Edad (años)	
	15-24	40-54
<b>Cuestiones que interesan:</b>		
Medio ambiente	51	59
Deporte	46	32
Problemas sociales	44	49
Acontecimientos culturales y artísticos	39	31
Tercer Mundo	28	27
Ciencia y tecnología	27	25
Vida en otros países	23	26
Movimiento pacifista	15	18
Regionalismo	14	19
Política internacional	14	23
Política nacional	13	29
<b>Causas por las que lucharía:</b>		
Paz en el mundo	60	70
Medio ambiente	56	57
Derechos humanos	46	48
Combatir la pobreza	37	43
Combatir el racismo	36	26
Libertad individual	34	39
Ayudar al Tercer Mundo	29	25
Igualdad de los sexos	22	17
Defender el propio país	16	21
Unificación de Europa	12	17
Fe religiosa	7	13
Revolución	3	3

Fuente: European Commission (1997a): 100-101.

Es evidente, sin embargo, que hoy se aceptan, claro está, los movimientos sociales pero se ha disipado en parte el entusiasmo por los mismos. Aparte las campañas públicas sobre el sida y contra el racismo, las presencias públicas más significativas se están produciendo (o se han producido últimamente) con los insumisos, con las manifestaciones y días del orgullo gay (gran evolución de signo planetario como indica con fuerza Inglehart en los estudios del *Worldwide Values Study*) y hace pocos años con la plataforma del O'7, ya de "capa caída".

Los movimientos feministas y pacifistas de los años setenta se han quedado atrás. Hoy, además, hablamos de movimientos de la mujer, de tal suerte que en las manifestaciones feministas la media de edad ronda los cuarenta y más años. Reseñemos, por último el movimiento *okupa* (herederos de los antiguos *squatters*), que parece ir obteniendo una cierta resonancia y favor del público, hasta el punto de que el Defensor del Pueblo ha hablado de despenalizar su acción de ocupación<sup>1</sup>.

La evolución en los últimos años la resumimos en la Tabla 2. Resulta espectacular constatar el "enfriamiento" de la juventud hacia los movimientos "pro derechos humanos", "contra la segregación racial" y "ecologistas" a lo largo de la década de los noventa.

Hoy por hoy, el orden de aprobación de la serie de movimientos de una lista es el que sigue:

1)	De apoyo y pro enfermos de sida. Pro derechos humanos. Contra la segregación racial.
2)	Ecologistas o de protección de la naturaleza. Movimientos de la mujer. Pacifistas.
3)	De apoyo y acogida a refugiados e inmigrantes. Objeción de conciencia, insumisión. Gays o lesbianas
4)	Pro-vida (contra el aborto). Patrióticos. Nacionalistas.

---

1. Una alumna nuestra acaba de presentar una tesina de final de licenciatura sobre este tema donde, con pertenencia sociológica, plantea con fuerza la vigencia, aunque minoritaria y transitoria en la mayoría de sus miembros.

**Tabla 2.** Aprueban “totalmente” los siguientes grupos o movimientos (%)

	1999	1994a	1994	1990 <sup>b</sup>
1. De apoyo y pro enfermos de sida	47	44	46	
2. Pro derechos humanos	45	47	48	71
3. Contra la segregación racial <sup>c</sup>	45	47	50	64
4. Ecologistas o de protección de la naturaleza	40	53	52	66
5. Movimientos de la mujer <sup>d</sup>	38	32	31	28
6. Pacifistas <sup>e</sup>	35	46	45	60
7. De apoyo y acogida a refugiados e inmigrantes	32	34	35	
8. Objeción de conciencia, insumisión	29	28	25	
9. Gays o lesbianas		28	22	23
10. Pro vida (contra el aborto)	17	20	21	
11. Patrióticos		14	13	
12. Nacionalistas	8	8	9	

b. Jóvenes de 18-24 años.

c. En 1990: movimiento anti-apartheid (contra la segregación racial).

d. En 1990: movimiento feminista.

e. Pro desarme en 1990.

El primero es el de apoyo y pro enfermos de sida, lo que se corresponde con la importancia que, como problema social, se atribuía al sida, aunque en los dos últimos años, en la transición del siglo que coincide con el milenio, esta preocupación, en España, también está descendiendo.

Los que le siguen han perdido fuerza desde el año 90 hasta la fecha, excepto el que después titulamos como “movimientos de la mujer”, que ha ascendido en aceptación, dentro de esa revolución silenciosa que se está produciendo hacia la desaparición de las discriminaciones de género y el más activo papel de la mujer dentro de la sociedad.

Pero, lo repetimos, los movimientos pro derechos humanos y contra la segregación racial pierden terreno. Y mucho más lo pierden los pacifistas y los ecologistas.

Los que tienden al ascenso —aunque se ubican en el último tercio de las prioridades de la lista— son los de objeción de conciencia/insumisión y de gays/lesbianas.

Como señala Sidney Tarrow (Tarrow, 1997: 175) los movimientos generan sus contramovimientos: el aborto genera el pro vida, minoritario y en descenso, aunque está por ver lo que nos deparan los próximos años en los que la justificación de la eutanasia irá *in crescendo* en detrimento de la justificación del aborto. Es probable que gane en adeptos un "derecho a la vida", desde el momento de la fecundación, a condición de que esa vida mantenga unos mínimos niveles de calidad. Los patrióticos, también minoritarios, se plantean contra terrorismos y separatismos, aunque, ya lo vemos en el País Vasco, el patriotismo y el terrorismo no son necesariamente contrapuestos. De todas formas, estos movimientos son los que menos entusiasmo suscitan en la gran mayoría de los jóvenes españoles. De ahí su posición al final de la lista presentada.

Ahora bien, las propiedades que deben tener los movimientos para poder ser considerados como fuerza colectiva capaz de promover un cambio social, a saber: desafíos colectivos, objetivos comunes, solidaridad entre sus miembros; interacción mantenida con las élites, oponentes y autoridades (Tarrow, 1997: 21 y ss.), se cumplen cada vez menos entre nuestros jóvenes (y en nuestra sociedad en su conjunto, cabría añadir). De esos grandes objetivos se ha pasado a objetivos locales, sectoriales, de barrio, y a acciones puntuales. O se ha trasladado la atención hacia los países del Tercer Mundo a través de las ONGs, frente a los que se tiene una actitud de aceptación distante, indolora y descomprometida, más allá de un apoyo puntual y esporádico. No deja de ser llamativo constatar que, preguntados los jóvenes españoles por sus actividades realmente efectuadas en el tiempo libre en comparación con las que desearían hacer, la mayor distancia se da en el campo de las ONGs, indicador evidente de que se responde por el deber ser, por lo "políticamente correcto", por el "yo ideal" y no por lo que verdaderamente se desea hacer. Todos los que trabajan en labores humanitarias saben lo difícil que es reclutar ayudas estables. Eso sí, su labor es muy considerada...

Porque no sólo hay crisis en los grandes movimientos sociales, sino que también continúan las bajas tasas de pertenencia a asociaciones y organizaciones, incluso han bajado todavía más en los últimos tiempos. Ya en 1997 el asociacionismo español era el más bajo de Europa, junto con el griego (European Commission 1997b: 21/166). En la Tabla 3 podemos ver la evolución del asociacionismo español en los últimos quince años. Nada menos que un 70% de jóvenes no está integrado en ninguna asociación u organización. Además esta cifra se mantiene, comparativamente a los estudios de otros años precedentes, porque hemos añadido las sociedades locales y regionales, como las peñas, cofradías etc. Caso contrario, la comparación nos hubiera dado un descenso en el asociacionismo juvenil español.

La explicación hay que verla en que lo que se desea son vínculos más sueltos y flexibles, que no le aten ni le obliguen a uno. Lo comunal, los grupos y los líderes, las banderas, no se desean estables sino que puedan cambiar en cada momento. Se quieren espacios de maniobrabilidad y preservar siempre el propio bienestar, que se piensa compatible con los esfuerzos por la igualdad y la solidaridad.

**Tabla 3.** Pertenencia a asociaciones de los jóvenes españoles (1984-1989-1994-1999) (%)

	1984	1989	1994	1999
Sociedades benéficas interesadas por el bienestar de la gente <sup>a</sup>	1	1	2	3.0
Sociedades y asociaciones de tipo religioso <sup>b</sup>	6	4	4	3.5
Grupos educativos, artísticos o culturales <sup>c</sup>	7	4	6	5.5
Sindicatos	1	1	1	0.8
Partidos políticos	1	1	1	0.8
Organizaciones interesadas por los derechos humanos a nivel nacional e internacional	1	1	1	0.5
Grupos ecologistas, de conservación de la naturaleza o de protección de los animales	2	2	2	1.6
Organizaciones y grupos juveniles (por ejemplo: scouts, guías, clubes juveniles) <sup>d</sup>	5	5	6	6.0
Asociaciones y clubes deportivos <sup>e</sup>	17	8	12	12.0
Peñas futbolísticas	-	-	4	
Grupos relacionados con la mujer/feministas				0.3
Asociaciones de ayuda y cooperación al desarrollo del Tercer Mundo				1.0
Sociedades locales y regionales: peñas de fiestas, cofradías, etc.				6.4
SUMA	41	28	41	41.4
Ninguna de ellas <sup>f</sup>	67.0	74.0	69.0	69.7
NS/NC	1	6	-	-
N	3.343	4.548	2.028	3.853

Respuestas múltiples.

Fuente: *Estudios de Juventud* de la Fundación Santa María.

a. En 1999, asociaciones y organizaciones de carácter benéfico-social, de ayuda a los demás o interesadas por el bienestar de la gente.

b. En 1984 y 1989, iglesias u organizaciones religiosas; en 1999, asociaciones y organizaciones de tipo religioso.

c. En 1999, asociaciones y grupos educativos, artísticos o culturales.

d. En 1984 y 1989, trabajo con grupos juveniles (por ejemplo: scouts, guías, clubes juveniles).

e. En 1999, asociaciones y grupos deportivos.

f. En 1999, a ninguna.

Las nuevas solidaridades, además, están basadas en la emoción, pero es una emoción despegada, parcelada, pre-envasada, que incluso puede controlarse a distancia por vía mediática. Hay quien dice que los sentimientos de indignación y simpatía son lo que nos queda de las viejas emociones del pasado (Mestrovic, 1997). Los que trabajan en movimientos solidarios dicen que “está de moda ser solidario, pero sin moverse del sillón ni luchar contra las injusticias” (L. Aranguren, de Caritas Española. *El País*, 16 marzo 1999). Y no serían tanto los sentimientos de culpa los que estén detrás, sino los de vergüenza, que han sustituido a los primeros (Giddens, 1995: 88 y ss.).

Lo que pasa al final es que, con la difuminación de movimientos y asociaciones, se ha reducido el espacio público, de manera que se busca en la vida privada personal lo que al joven se le niega (y se niega él mismo) en el ámbito público. Las dos esferas se superponen y se confunden, pasando los medios de comunicación a actuar como ventana abierta a lo público, por la que se asoma y mira la vida privada personal y la pública. No es azar que a la chismorrería de los famosos y famososillos que ocupan los medios de comunicación se haya unido el éxito del Gran Hermano, como manifestación suprema de la necesidad de externalizar la banalidad de los banales en los que, desde la butaca del salón privado o público (el bar) millones de españoles (no necesariamente jóvenes) siguen sus imaginarias peripecias a los que dan vida “gente corriente” como ellos.

## LA EVOLUCIÓN DE LOS VALORES: ENTRE LA TOLERANCIA Y LA INDIFERENCIA CON UNA BÚSQUEDA BÁSICA DE BIENESTAR

El estudio de los valores está ocupando últimamente un espacio importante en la reflexión sociológica española. En la FAD se acaba de publicar precisamente un trabajo en este sentido analizando los valores de los españoles y su relación con las drogas (Megías, 2000). Volveremos a este trabajo al final de este epígrafe. Veamos ahora, en base a los estudios de juventud, la evolución de valores, limitándonos básicamente a los asociados a comportamientos por problemas de espacio.

El telón de fondo es lo que se ha dado en llamar “relativismo moral” que nosotros, siguiendo una expresión en boga en los años sesenta y setenta preferimos denominar “moral de situación”, o “moral adaptativa” significando con ello el dato de que más de dos tercios de los jóvenes piensan que no hay reglas o directrices definitivas y absolutas sobre lo que es el bien y el mal y que lo que es bueno o malo depende de las circunstancias del momento. Talante relativista del que, en buena medida, también participan los adultos. De ahí la tan traída y llevada permisividad. Como dice Andrés Orizo en el libro *Jóvenes españoles 99*, “la orientación hacia la permisividad forma parte en primera instancia, del valor último de la “tolerancia” cuando se refiere a una aceptación de la pluralidad (del derecho a ella) de opciones y opiniones del prójimo. Pero deja de formar parte de ese valor cuando significa desen-

tendimiento, inhibición e indiferencia por los demás, por lo que hagan los demás, porque entonces ya ha perdido su dimensión moral y cívica, entrando en un "sálvese quien pueda". Por eso es tan importante distinguir la tolerancia del respeto al diferente (lo que algunos denominan tolerancia activa) de la indiferencia hacia el otro (tolerancia pasiva).

La tendencia que se viene registrando desde las primeras encuestas de valores y de la juventud es la de un ascenso continuo de las pautas de tolerancia y permisividad en lo que podríamos denominar, siguiendo a Victoria Camps, las "virtudes privadas" pero hay un stop o una estabilización en las "virtudes públicas", las de tipo social y cívico (contravenciones y desórdenes).

Puede decirse que el valor de la tolerancia ha cobrado fuerza en la sociedad española en general a lo largo de las últimas dos décadas. Se trata de un valor emergente dentro de nuestro sistema, que contrasta con rigideces morales y sociales anteriores, con absolutismos y totalizaciones, con los modelos de nuestra antigua tradición moral y civil, por todo lo cual su emergencia ha resultado espectacular. Piénsese que la tolerancia ideológica ha llevado a la primacía en España de unos valores acompañantes: el transaccionismo (lo que en la transición política se llamó tendencia al diálogo y al consenso) y el reformismo (político y otros), en donde la sociedad española ha superado con mucho las cotas europeas (A. Orizo, 1991).

En este contexto debemos introducir el fenómeno de la **permisividad**, en unos casos expresión de tolerancia, en otros manifestación del "todo vale", consecuencia de un cierto relajamiento y flojera moral. En cualquier caso, como siempre señala Andrés Orizo, el hecho es que en todos los indicadores de tolerancia y permisividad nos colocamos por delante de una mayoría de países europeos, por encima de la media europea, y esto tanto en nuestras Encuestas Europeas de Valores como en los Eurobarómetros de la Comisión Europea.

En 1997, por ejemplo, los jóvenes españoles estaban más a favor que los europeos de la eutanasia, del derecho de los homosexuales a casarse y adoptar niños, de que la gente con bajos ingresos no tenga demasiados hijos, del sexo prematrimonial y fuera del matrimonio, de la clonación en general. Y estaban más en contra que los otros jóvenes europeos de la pena de muerte y del servicio militar obligatorio (European Commission, 1997: 85-87/166).

Traslado aquí la evolución en los últimos 15 de estos valores de justificación siguiendo la construcción que realizó Andrés Orizo para el estudio *Jóvenes españoles 99* (Tabla 4).

Anotemos la persistencia del aumento de las actitudes favorables a las rupturas de la vida y la familia: divorcio, eutanasia, aborto y suicidio. Un ascenso relativo sustantivo se produce con la eutanasia y el aborto. Así mismo, la actitud justificativa con la homosexualidad ha ido creciendo.

**Tabla 4.** Índices de permisividad moral en el ámbito privado (medias 1-10)

	1999	1994a	1994	1989	1984
<b>Rupturas de la vida y la familia</b>					
– Divorcio	6.44	6.44	6.18	6.09	6.36
– Eutanasia	5.57	5.48	5.05	4.80	4.12
– Aborto	4.91	4.62	4.61	4.48	4.54
– Suicidio	3.30	3.34	3.06	2.88	2.37
<b>Libertad sexual</b>					
– Homosexualidad		5.87			4.0 <sup>a</sup>
– Relaciones sexuales entre menores edad	4.54	4.60	4.41	4.46	4.30
– Prostitución		4.28	3.83	3.61	3.30 <sup>a</sup>
– El tener una aventura fuera del matrimonio hombres y mujeres casados	3.31	3.51	3.52	3.15	3.57
– Libertad de reproducción: clonación de personas humanas con fines terapéuticos y de investigación	2.64				
<b>Contravenciones cívicas</b>					
– Mentir en el propio interés personal	3.96	4.00	4.00	3.80	3.18
– No pagar billete en transporte público	3.66	3.75	4.02	4.00	3.49
– Comprar algo que sabía era robado		3.21		3.20	2.70
– Engañar en el pago de impuestos	3.17	3.16	3.74	4.05	3.45
– No informar de los desperfectos que haya podido provocar accidentalmente a un coche aparcado		2.60	2.82	3.04	2.61
– Que alguien acepte un soborno en el cumplimiento de sus obligaciones	2.13	1.98	2.03	2.23	1.96
– Tirar basura en un lugar público		1.95			
– Causar destrozos en la calle como rayar un coche, romper papeleras y farolas	1.57				
<b>Adicciones y desorden social</b>					
– Emborracharse a propósito	3.85	4.03	3.77		
– Hacer ruido las noches de los fines de semana, impidiendo el descanso vecinos	3.47	3.67			
– Conducir bajo los efectos del alcohol		3.21			
– Oponerse violentamente a agentes policía		3.24	2.97	3.16	2.81
– Pena de muerte	2.54	2.88	2.95		
– Tomar drogas (marihuana o hachís)	2.89	2.43	2.37	2.62	2.52
– Amenazar a trabajadores que rehúsan ir a una huelga		2.20		1.90 <sup>b</sup>	1.80 <sup>a</sup>
– Terrorismo	1.30	1.34	1.26		

Medias: 1 = Nunca se puede justificar; 10 = Siempre se puede justificar.

a. Jóvenes de 18-24 años de la Encuesta Europea de Valores de 1981

b. Jóvenes de 18-24 años en la Encuesta Europea de Valores de 1990.

Los jóvenes, también, miran por sí mismos y se presentan siempre relativamente permisivos con las relaciones sexuales entre menores de edad. Pero no sube la permisividad con las aventuras fuera del matrimonio de hombres y mujeres casados. En realidad, los jóvenes valoran la fidelidad, dentro y fuera del matrimonio, aunque acuden al divorcio, que es lo que más justifican, cuando el matrimonio ha fracasado. Anotemos también que la permisividad con la prostitución es notable.

De manera que lo que se justifica relativamente es lo que se entiende como el derecho a la libre y personal expresión sexual de las personas: para ser homosexual, para ejercer la prostitución, para relacionarse sexualmente con otros. En definitiva, la admisión de una libertad sexual personal.

Detrás de todo esto está operando también: a) el culto al cuerpo y la libre disposición del mismo, el reconocimiento del derecho de cada uno a hacer con su cuerpo lo que quiera; b) el hedonismo y la búsqueda del placer, más propio de los jóvenes que de los adultos; c) el reconocimiento de todos los posibles asentamientos de la libertad personal.

Pero las justificaciones no son totales y absolutas. En una escala de 1 a 10 (1 = nunca, 10 = siempre se puede justificar) se pasa de un 6.44 con el divorcio a un 3.30 con el suicidio. Estamos, pues, hablando en términos relativos, de comparación, o sea, de tendencias, que se producen dentro de unos límites. Realmente, las rupturas que superan la media de la escala (5.5) son el divorcio, la homosexualidad y la eutanasia. Luego el aborto, las relaciones sexuales entre menores y la prostitución se ubican cercanas pero sin llegar a la media. Y en los últimos lugares las aventuras extramatrimoniales y el suicidio.

Donde ya no se producen avances de permisividad es en el área **de la moral y cultura cívicas**, no suben las contravenciones cívicas, y en la social, de **adicciones y desorden social**, que tampoco aumentan excepto en esa droga (marihuana o hachís), que ya se presenta como antigua, ordinaria, liviana e incluso con efectos terapéuticos.

Lo que más se justifica aquí —más que la aventura extramatrimonial— es el mentir en el propio interés personal y el no pagar billete en un transporte público, dos supuestos que pueden aparecer con frecuencia en la vida cotidiana de los jóvenes: el primero afecta a las relaciones interpersonales y entra en conflicto con el valor de "autenticidad"; el segundo constituye una cierta desobediencia civil, pero más bien forma parte de una dinámica de juego estrictamente juvenil.

Lo que menos se justifica es el soborno, el tirar basura en un lugar público y el causar destrozos en la calle.

En conjunto, podríamos decir que, si la permisividad aumenta en el orden privado, no lo hace con la (in)cultura cívica y social. Parece reconocerse el lugar que corresponde a una ética ciudadana, lo que no deja de ser un signo de optimismo.

Y, excepto con la droga (marihuana/hachís), y aquí en los últimos años, también se produce un descenso —o, a lo sumo, una estabilidad— en la permisividad con respecto a las adicciones y el desorden social. Lo que más se tolera es el emborracharse o el armar ruido las noches de los fines de semana, elementos tan importantes en los ocios de estos jóvenes de 15 a 24 años. No obstante, han descendido.

Y lo que menos se justifica es el terrorismo, sobre todo. Luego, la amenaza a trabajadores; el tomar esas drogas, a pesar de su subida; y la pena de muerte, tan asocial como el terrorismo.

Si nos detenemos brevemente en el estudio de la FAD al que hacíamos mención más arriba, observaremos una gran concordancia. Para no hacer una comparación como la que acabamos de ofrecer, en la que nos hemos limitado a los valores asociados a comportamientos, vamos a abrir la comparación a los valores asociados a finalidades. Observaremos que el *ranking* básico se mantiene y, lo que nos interesa más en este texto, situaremos a los jóvenes en el todo social.

Resumiendo una larga batería de valores agruparíamos las respuestas dadas por los 2.800 entrevistados para el estudio en el siguiente gráfico recapitulativo:

**Gráfico 1.** Importancia concedida a diferentes sistemas de valores



Evidentemente no todas las personas valoran uno u otro ámbito, uno u otro valor, con la misma intensidad. Nos limitamos a exponer en estas páginas las diferencias en las valoraciones referidas a la edad.

No descubriremos nada diciendo que la edad es una variable muy discriminante. Los estudios sobre valores lo repiten machaconamente. Pero la edad no siempre influye de forma lineal de suerte que se pudiera generalizar, como si de una ley se tratara, que “a más edad más (o menos) de tal característica o de tal valor”. La linealidad clara, límpida y absoluta se da en varios casos, como veremos, pero es más la excepción que la regla lo que obliga, absolutamente, a introducir el criterio generacional a la hora de analizar el factor edad como variable explicativa. Veámoslo sucintamente.

La edad se correlaciona en linealidad absoluta en tres ítems: en la importancia que se otorga al respeto a las normas y a la autoridad, en los que a medida que avanzamos en edad, aumenta la importancia que se concede a estos valores del orden así como cuando de “arriesgarse ante las cosas nuevas e inciertas” se trata, donde la linealidad opera con signo contrario, pues son los jóvenes, los más jóvenes, los que en mayor grado apuestan por el riesgo. Cuando decimos que la linealidad solamente juega en estos tres casos no significamos que la edad no tenga un papel importante. Es claro, por ejemplo que a los más jóvenes les preocupa más que a las personas mayores disponer de mucho tiempo libre y de ocio, pero no hay linealidad estadística absoluta pues, por ejemplo en este caso, las personas de 30 a 34 años valoran aún más que los de 15 a 19 años tener mucho tiempo libre.

Los más jóvenes, los que tiene entre 15 a 19 años, sitúan por encima de todos los demás en el *ranking* de importancia los siguientes valores: vivir al día, invertir tiempo y dinero en estar guapas (ya sabemos que es un valor más presente en las chicas), tener amigos y ganar dinero. Por el contrario, valoran notoriamente menos que los demás la dimensión ideológica, no solamente la religiosa sino también la política, corroborando lo que sabemos por otros estudios.

Vale la pena anotar que los que tienen edades comprendidas entre los 30 y 34 años se sitúan a la cabeza a la hora de obtener un buen nivel de capacitación cultural y profesional, seguidos de cerca por los que tienen entre 20 y 30 años (obvio teniendo en cuenta su necesidad de situarse en la vida). Es también el corte de edad de más de 30 años el que muestra mayor preocupación por el medio ambiente, corroborando lo que más arriba señalamos. Estamos hablando de la generación joven de los ochenta... asentada en los noventa, que guarda muchos de los ideales de aquellos adolescentes y jóvenes (aunque no en la dimensión política, que los encontraremos en los que ahora tienen entre más de 40 años, si no 50) y que ahora compaginan con una búsqueda de bienestar y éxito profesional. Acabamos de decir dónde está la principal singularidad de los que hicieron la transición política en su juventud, bien distinta de la actual que se encontró con la transición y con la democracia ya resuelta.

## ENTRE EL LOCALISMO Y LA GLOBALIDAD

Es un lugar común decir que vivimos en un mundo globalizado. Por ejemplo, la globalización —en lo que se refiere a las comunicaciones instantáneas por satélite e Internet— está ya en casa.

Aunque también se ha podido decir que, gracias precisamente a Internet y a todo lo que hace posible universalmente la instantaneidad de la comunicación, el mundo se ha convertido en un espacio inmediato de relaciones entre personas. De manera que las coordenadas geográficas pierden su significado para confundirse con un espacio único.

Además, y a manera de compensación, se vuelve a los orígenes y se recuperan las raíces de la tierra, de la religión y del espíritu, no siempre sin riesgo de fanatismos con consecuencias de violencia. Se recupera lo local, el pueblo, la ciudad en que se vive, la tierra sobre la que uno tiene los pies. “Ahí me suceden las cosas importantes. Y desde mi pueblo, desde mi casa, puedo acceder y llegar a todo el mundo”, es lo que se piensa, no pocas veces como reacción ante la globalización que nos hace sentirnos infinitamente pequeños, dependientes e insignificantes.

Pero se aspira a que sean dos polos que no se contrapongan. Dicho de otro modo, esto ya se está produciendo así: globalización y homogeneización coexisten con heterogeneidad y diversidad cultural, no están sucediendo como procesos antagónicos sino complementarios, produciéndose una mezcla a la que se ha llamado “globalización” o, también, “globalización de la diversidad” o “universalización del particularismo”... (Hemos trabajado en este punto recientemente en nuestro trabajo *España 2000, entre el localismo y la globalidad*. Vid. Bibliografía citada).

De manera que en este nuevo escenario se está produciendo, no solamente una redistribución del poder territorial (traspaso de competencias del Estado a las Autonomías y de ambas a instancias supranacionales), sino también una nueva lectura de la identidad personal.

Las identidades se hacen complejas, plurales, compartidas, como las soberanías. La confrontación entre lo universal y lo particular adquiere nuevos perfiles. Hay una particularización del universalismo, una búsqueda de lo particular en lo universal. En realidad hay diferentes escalas y niveles de pertenencia.

Desde esta perspectiva es desde la que hay que interpretar las pertenencias territoriales que ahora vamos a considerar y su evolución en los últimos años.

En las encuestas de valores y de jóvenes venimos utilizando una cuestión que pretende medir el espacio de identificación primero. Nuestra pregunta es la siguiente “¿A cuál de estas agrupaciones geográficas dirías que perteneces, ante todo? ¿Y luego?” con lo que exigimos del entrevistado que dé unas prioridades. He aquí los resultados obtenidos en las dos últimas décadas (Tabla 5).

**Tabla 5.** Agrupación geográfica a la que diría que pertenece, por edad, a lo largo de varios años (%)

	15-24 años			18-24 años			
	1989	1994	1999	1981	1990	1994	1999
<b>1º Ante todo</b>							
– Localidad, pueblo o ciudad en que vive	44	45	52	42	40	44	51
– Región o país	15	17	13	18	22	1	13
– El país en su conjunto, España	26	24	23	27	28	25	23
– Europa	2	4	2	1	1	4	2
– El mundo entero	9	10	10	10	9	10	10
<b>1º + 2º lugar</b>							
– Localidad, pueblo o ciudad	59	62	70	59	59	61	69
– Región o país	48	49	48	51	54	49	48
– España	54	52	52	56	55	53	52
– Europa	11	16	12	8	10	16	12
– Mundo	18	18	16	20	18	18	17

Podríamos decir que los sentimientos de identidad territorial han bajado un escalón. Se concede prioridad a la comunidad primaria, que es menos rígida, y se debilitan los centros (la nación-estado, pero también la región o país).

En la base de este giro están operando los siguientes factores:

a) El talante de unos jóvenes, de 15 a 24 años, cuya educación y socialización ha pasado por muy poco de españolismo, y con muchos mensajes referidos a su región o nacionalidad. Han vivido con un repertorio de recuperaciones regionales/nacionalistas, que forman parte ya del establecimiento social. Han estudiado o estudian en euskera y catalán, hablan gallego o asturiano con normalidad. De manera que acuden a espacios más cercanos para buscar su diferenciación. Los universalismos quedan un tanto alejados, especialmente el sentimiento de pertenencia a Europa, que no ha lograda calar en nuestra juventud.

b) Entre la fragmentación y multiplicidad de identidades que el escenario postmoderno presenta a la gente joven, ésta elige unas u otras según la situación y el momento, unas se comparten y otras se van sustituyendo. Una identidad que se vincula a la comunidad territorial primaria en la que se vive puede aportar unas dosis de seguridad y estabilidad (las de estar firmemente asentados en la tierra) en un entorno complejo y conflictivo. Constituye una fuente importante de confianza.

c) Esta reducción a lo local puede considerarse como expresión de un cierto comunitarismo —o de tribalismo, si se quiere— en cuanto se distancia de una acción social individualista, en la que el individuo va más solo. No pocas de las manifestaciones de violencia juvenil cabe entender desde esta búsqueda de identidad grupal que adquiere, ciertamente, tintes de tribalidad. No es fortuito que haya hecho fortuna la expresión de “tribus urbanas” para denominar no pocos movimientos juveniles que así aparecen como la lógica final de un proceso en el que los grandes proyectos, las identidades nacionales, las utopías holistas se reducen al grupo de pares, a la tribu de afinidad emocional, a veces con “base” o “pretexto” ideológico.

No extrañará que añadamos, de acuerdo con lo que venimos diciendo, que la prioridad local venga apoyada, en primer lugar, por los que se descartan del juego político del voto, esto es: votantes en blanco, no votantes y los que no contestan. Que son también los que se resisten a alinearse en ninguna posición del espectro político, de la escala política izquierda-derecha, a la que no contestan cerca de la mitad de ellos. Estos son los que se sienten, sobre todo, del pueblo o ciudad en el que viven. También los más jóvenes (15 a 20 años) y las chicas.

## LA SOCIALIZACIÓN DE LOS JÓVENES

En la Tabla 6 transcribimos un dato que no por conocido es menos importante. Los jóvenes españoles, junto a los italianos, son los europeos que en mayor proporción de toda Europa viven con sus padres. Además se emancipan muy tarde. Pero lo que quizás es menos sabido es que en los últimos 40 años —cuarenta— esta situación no se ha modificado. Es un invariante de la juventud española. No salen de casa y todas las transformaciones que se han dado en la sociedad española en estos años no han movido un ápice esta realidad. No podemos entrar aquí en este punto, pero no podemos dejar de señalarlo.

**Tabla 6.** Con quien viven los jóvenes españoles

	1960	1989	1994	1999
Con los padres	90,5	89	90	93
Con alguien de la familia*	3,6	–	–	–
Con mujer/marido		6	6	2
Con compañera/compañero		1	1	2
Con amigo/a o grupo amigos		1	1	1
Solo/a		1	1	1
Otros		3	1	1

En residencia o pensión	2,4			
En piso de alquiler o propio	1,2			
Colegio Mayor	0,5			
No contesta	1,8			
N	1.316	4.548	2.208	3.853

\*Esta opción sólo se incluyó en 1960

Fuente: *Jóvenes españoles 99*.

Sin embargo donde sí se ha producido una evolución es en los factores de socialización. En la Tabla 7 podemos ver su evolución en los últimos años.

**Tabla 7.** Opiniones de los jóvenes españoles respecto a dónde se dicen las cosas de interés referidas a distintos aspectos de la vida (1989, 1994 y 1999) (%)

	1989	1994	1999
En casa, en familia	23	50,5	53
Entre los amigos	31	34,6	47
En los libros	28	20,2	22
En los MCS	34	30,5	34
En los centros de enseñanza	14	21,3	19
En los partidos políticos*	16	3,8	–
En la Iglesia	16	4,0	3
En ningún sitio	8	1,6	3
Otros	0	1,4	1
NS/NC	4	0,4	
N	4.548	2.028	3.853

\*Esta opción sólo se incluyó en 1989 y 1994

Dos factores a destacar: la importancia que han adquirido, recientemente, la familia y, sobre todo en su evolución, el grupo de amigos, así como el descalabro de la Iglesia como factor de socialización.

Como dice Juan González Anleo "la Iglesia y los partidos políticos, asociaciones de carácter ideológico en sentido amplio, han dejado prácticamente de contar como agencias de socialización. En 1989 eran citadas cada una por el 16% de jóvenes;

en 1994 por un 4%. En 1999 se omitió por irrelevante la cuestión sobre la influencia socializadora de los partidos políticos y se mantuvo la de la Iglesia. ¿Resultado? Sólo la citaron el 3%. Voz débil, casi imperceptible, la de la Iglesia Católica en este esencial terreno. Y en disminución." (*Jóvenes españoles 99*: 125).

Tan importante como lo anterior es detectar el modo de socialización dominante en la última década. Nos hemos extendido en este punto en repetidas ocasiones<sup>2</sup>. Los adolescentes actuales son, comparativamente con los adolescentes de otras generaciones, más autónomos o al menos pretenden ser más autónomos, quieren construir sus propias normas. De hecho, la creación de sus sistemas de valores, de sus cosmovisiones, sus normas, se hacen mucho más bajo el modo de la experimentación en el grupo de amigos, que bajo el modo de la reproducción aun crítica de lo transmitido por las agencias tradicionales de transmisión que son la escuela, las iglesias, los partidos políticos, los sindicatos, incluso los medios de comunicación social.

Precisando más, cabría decir que, respecto de los agentes tradicionales de socialización que acabo de señalar, los jóvenes actuales adoptan una actitud de recepción distante, lo que hace que, más que reproductores aun críticos de normas, valores, cosmovisiones, etc., los jóvenes deconstruyen y reconstruyen, desde sus experiencias —principalmente, aunque no exclusivamente, en el grupo de amigos, lo repito— lo que los agentes tradicionales de socialización les transmiten. Construyen así, de forma poco tematizada pero no por ello menos real, sistemas de valores personales que, desde la perspectiva de los padres, profesores y adultos en general, pueden ser vistas como incoherentes, fragmentarias, heterodoxas, etc., pero que, sin embargo, para los jóvenes tienen la virtualidad de ser propias, por construidas por ellos mismos y, no pocas veces aunque no siempre ni mucho menos, con una coherencia interna, bien que difícil de percibir desde fuera, sustantiva para ellos. Incluso en la incoherencia. De ahí que quepa hablar que estamos, muy probablemente, ante la juventud más pretendidamente autónoma de todos los tiempos.

En este proceso, precario muchas veces, los jóvenes construyen sus propios esquemas y modelos de comprensión de la realidad social en la que viven y con la que se hacen. Es como un gigantesco puzzle conformado por fichas de diversas características, (imperativas, sugerentes, provocativas...) provenientes de diferentes instancias (familiares, escolares, mediáticas, del grupo de pares...) con las que elaboran, generalmente sin modelo referencial, sus propios e individuales constructos adaptados a las diferentes realidades que conforman su vida (recreativa, de estudios, de trabajo, familiar, amorosa...), constructos que hacen validar por el tamiz de la experimentación y de su utilidad personal. Construyen su vida como si de un puzzle se tratara, en efecto, con todo tipo de fichas, pero, y esto es capital, a diferencia de lo que sucede con los puzzles en cuya tapa está el modelo a construir, muchos adolescentes no tienen modelo. Hacen el puzzle sin la tapa. Tienen las fichas, muchas

---

2. Por ejemplo en nuestro libro (2000) *El silencio de los adolescentes*. Madrid: Temas de Hoy, ver páginas 144 y siguientes.

fichas, pero construyen el puzzle en gran medida a ciegas, tanteando, experimentando, quitando y poniendo piezas. Muy pocos lo terminan. Algunos se quedan con un pequeño fragmento del puzzle. Otros con una cuarta parte... Otros nada de nada. Desde esta perspectiva sitúo yo la calificación de "individualista" que se atribuye al joven de hoy, sin dar necesariamente (ni sobre todo únicamente) a esta apelación la connotación de egoísmo o autismo social, sino más bien la de autoconstrucción del ser joven de los adolescentes de hoy.

En definitiva, nos encontramos con unos adolescentes que, por una serie de condicionamientos que habría que explicitar, son mucho más autónomos, o pretenden ser mucho más autónomos que los adolescentes de generaciones anteriores. Y aquí justamente viene para mí uno de los factores principales de fragilización de colectivos importantes de jóvenes. La ausencia de modelos exteriores claros, la constante experimentación hace que, a la postre, el último referente en la construcción del puzzle es el propio joven, según las cosas le vayan bien o no al propio joven. Esto es, el adolescente y joven español de hoy construye su identidad teniéndose a sí mismo como modelo, hasta que lo que vaya construyendo en su puzzle particular, autónomo, le satisfaga, le centre, le dé identidad, consistencia, seguridad. Pero en este proceso no es fácil llegar a construir sistemas de valores relativamente potentes, relativamente estables, relativamente seguros. Depende de muchos factores de los que, ya lo veremos en una próxima publicación de la FAD, la relación familiar será capital. De ahí que nos encontremos con muchos jóvenes con una profunda fragilización junto con otros que nos asombran a los 18 ó 20 años, con una potencia, una seguridad y con una capacidad de dar respuesta a las cosas que realmente llama la atención. El joven que triunfa con muy pocos años, frente al que va dando tumbos en la vida sin despegarse del nicho familiar hasta bien avanzada la treintena. En medio los demás, muchos más, la gran mayoría, que, en mayor o menor grado, están bastante desbrujulados, muchos de los cuales, y que por mil azares de la vida se encuentran con no pocas dificultades para afrontar la vida y sus propias responsabilidades.

En este punto debemos señalar la importancia de no generalizar en exceso cuando de adolescentes y jóvenes hablamos y recordar que más que de juventud hay que hablar de jóvenes. De ahí la necesidad de hablar de tipologías de juventud. Pero esto nos llevaría a prolongar en exceso estas páginas.

## **DOS APUNTES SOBRE LA EVOLUCIÓN RELIGIOSA**

En los últimos quince años se ha consolidado la secularización de la religiosidad institucional en la sociedad española hasta el punto de que en la juventud de cambio de milenio encontramos, por primera vez en España, jóvenes que nunca han sido socializados religiosamente, esto es, no como hasta ahora donde una mayoría de jóvenes que de pequeños habían seguido algún tipo de socialización religiosa, en la familia, en la escuela o en las parroquias para abandonar después a lo largo de la adolescencia y juventud toda práctica o referencia religiosa en su vida. Ahora

hay jóvenes que nunca han recibido ningún tipo de formación, educación, catequización o socialización religiosa. Para ellos la valencia religiosa sencillamente no significa nada ni nunca ha significado nada. Esto es absolutamente novedoso en España. Vamos a ilustrar este declive de la dimensión religiosa en los jóvenes a través de dos indicadores: la práctica religiosa y la forma de matrimonio elegido. Recuérdese también el descenso del papel de la Iglesia, como espacio donde se dicen cosas para orientarse en la vida, que acabamos de presentar.

## La práctica dominical

La constante, continua y acelerada ruptura del tiempo cronológico en un tiempo de trabajo y estudio frente a un tiempo de ocio y de fiesta nos parece, dentro de su aparente banalidad, una de las notas definitorias del tiempo que vivimos. Lo hemos señalado en repetidos lugares (Elzo, 1996). Así mismo, los usos y maneras de diversión nocturna de gran parte de la juventud española difícilmente se acomodan con la práctica religiosa dominical. Ya sabemos cuáles son los hábitos festivos de los jóvenes durante los fines de semana. Estos factores no ayudan precisamente a una práctica dominical habitual hasta la generación precedente en los niños y adolescentes: ir a misa. A estos factores cabe añadir, entre otros, el peso negativo de la influencia de los pares; la poca importancia que la propia pastoral religiosa ha concedido en tiempos todavía no lejanos a la práctica dominical; la menor asistencia de los padres a la misa dominical, cuando no la pérdida total de la práctica regular de muchos adultos (en la sociología europea se entiende ya como práctica regular la mensual); la acomodación de los padres practicantes a los "nuevos tiempos", habiendo quedado para la historia los conflictos (y engaños) de los hijos con sus padres en lo referente a la misa dominical; la cada día mayor movilidad espacial durante los fines de semana (sin hablar de puentes y acueductos) con separación entre los espacios vitales de trabajo y los del ocio y tiempo libre (especialmente, como es obvio, en las clases líderes y rompedoras de moldes antiguos); el nuevo papel de las nuevas madres en la socialización religiosa (y en la socialización, sin más) en el seno de las familias y un largo etcétera. Sitúese como telón de fondo la profunda secularización de la sociedad europea en general y de la española en particular, y se entenderá el descenso de la práctica religiosa en la juventud española. Es lo que puede leerse en la Tabla 8.

El continuo descenso no ofrece lugar a dudas, máxime teniendo en cuenta que a partir del año 1994 ofrecimos la posibilidad de respuestas múltiples al introducir dos nuevos ítems: la práctica religiosa con ocasión de algún acontecimiento concreto (romerías, peregrinaciones, fiestas locales...) o en razón de ocasiones concretas (exámenes, problemas afectivos, etc.), que evidentemente no excluyen la práctica dominical. En otros trabajos hemos hipotetizado sobre la posibilidad de un traslado de la práctica religiosa de un ritmo semanal a otro más dilatado en el tiempo y en razón de acontecimientos y circunstancias determinadas, algunas de las cuales hemos referenciado más arriba, sin ser, sin embargo, las únicas. Ciertamente, el traslado es real, pero dentro de una tónica generalizada de menor práctica religio-

sa en cualquier momento. Del 20% de adolescentes y jóvenes españoles que decían ir semanalmente a la iglesia el año 1984, se ha descendido hasta llegar al 12% en el año 1999. Así mismo, constatamos un ligero retroceso de la práctica religiosa en razón de acontecimientos concretos (Navidad, Semana Santa, festividades concretas, romerías, peregrinaciones, etc.), que se compensa, en parte, por una mayor asiduidad en razón de ocasiones comprometidas, exámenes, enfermedades, etc. En todo caso un descenso lineal y continuado durante escasos quince años, con una disminución de cerca del 50% en la proporción de jóvenes practicantes semanales, es un hecho socio-religioso de primera magnitud. Todo hace pensar que el descenso de esta modalidad de práctica religiosa no ha terminado.

**Tabla 8.** Evolución de la práctica religiosa (ir a la iglesia) de los jóvenes españoles en los últimos años, excluyendo bodas, bautizos, funerales (en %)

Asistencia a misa	1984	1989	1994	1999
Más de una vez a la semana	3	4	2	1
Una vez a la semana	17	17	15	11
Una vez al mes	10	10	9	9
Por Navidad, Semana Santa y en algunas festividades concretas	13	16	16	14
Con ocasión de una romería, reunión de confirmación, peregrinación, año santo, visita a monasterios, fiestas de la localidad donde vivo, etc.			12	10
En ocasiones comprometidas (exámenes, enfermedades, búsqueda de trabajo, problemas afectivos, etc.)			5	8
Una vez al año o con menos frecuencia	12	16		
Nunca, prácticamente nunca	43	37	50	53
Total (N)	3.343	4.585	2.028	3.853

Posibilidad de respuestas múltiples los años 94 y 99.

### ¿Casarse por la Iglesia?

El bautismo, el matrimonio y los funerales conforman tres ritos de paso que jalonan la vida de las personas con sensibilidad religiosa. De estos tres, los dos últimos, el matrimonio y el funeral (o ceremonia de despedida) son también ritos de paso con rango universal. En todas las civilizaciones y en todo los lugares. Para el universo de estudio que aquí presentamos, los jóvenes españoles de 15 a 24 años, el

matrimonio es el que más próximo está a sus inquietudes y siempre nos hemos interrogado, y en consecuencia les hemos interrogado, sobre el particular. Veamos su evolución “a la hora de decidirse por una u otra forma de matrimonio”, en los últimos quince años.

**Tabla 9.** Evolución de las preferencias de los jóvenes “a la hora de decidirse por el matrimonio” en cuatro momentos distintos (en %)

	1984	1989	1994	1999
Por la Iglesia	54	63	64	57
Matrimonio civil sólo	23	15	15	15
Unión libre, sin contrato legal ninguno	14	13	15	20
No piensa casarse ni unirse establemente con nadie	6	5	6	7
NS/NC	4	3	1	2
N	3.343	4.548	2.028	3.853

Fuente: Estudios de Juventud de la Fundación Santa María. (Vid. Bibliografía).

La evolución de los resultados indica una vuelta a la situación de 1984 en lo que a preferencias por un matrimonio “por la Iglesia”<sup>3</sup> se refiere, a la par que un aumento de las preferencias por la “unión libre y sin contrato legal alguno” en el momento actual, permaneciendo estable, desde el año 1989, la opción por el matrimonio civil que sufre un descenso en las preferencias de los jóvenes después del *boom* (eran los inicios de la modalidad) de 1984. En otras palabras, desaparecido el matrimonio canónico obligatorio, la opción matrimonio civil sólo (hasta el propio ítem se nos ha quedado viejo y se ve que es propio del tiempo, aunque lo hemos mantenido por mor de la comparabilidad) recibe un fuerte apoyo pues casi uno de cada cuatro jóvenes lo avalan. Después, fruto de los primeros cuestionamientos de la secularización externa, desciende la opción “matrimonio civil”, volviendo algunos jóvenes a la fórmula “por la Iglesia”. Ahora con una total secularización en el seno de muchas (nuevas) familias, desciende la demanda de matrimonio “por la Iglesia”, a la par que sube de forma nítida la “unión libre, sin contrato legal alguno”. Es la postmodernidad, y no dudo en vaticinar que esta fórmula irá en aumento en los próximos años.

3. Somos conscientes de que la fórmula “por la Iglesia” no indica adhesión al matrimonio canónico y que en esa modalidad de celebración hay tantos aspectos externos a la dimensión religiosa como propiamente religiosos. En la gran mayoría de jóvenes son más los aspectos no religiosos que los propiamente religiosos.

Vale la pena resaltar que la inmensa mayoría de los jóvenes españoles piensa casarse, ya que solamente un escaso 7% dice que “no piensa casarse ni unirse establemente con nadie”. El matrimonio goza de buena salud, la familia es una institución muy querida y valorada por los jóvenes, lo cual no quiere decir que las modalidades del matrimonio no estén modificándose y que la alta valoración de la familia no vaya a la par con su fragilidad. Pero, lo trabajaremos más en detalle en el nuevo estudio de la FAD, ya arriba mentado, tan importante como la modalidad estructural del matrimonio (monoparental, entre miembros del mismo sexo, entre divorciados, con o sin papeles, etc.), lo es la organización interna de los papeles de los cónyuges y de éstos con sus hijos, el clima y nivel de comunicación en el seno de la familia, el carácter más o menos endogámico o abierto de ésta, etc.

### TERMINANDO...

Hace años, como resumen de los estudios que llevé a cabo en la segunda mitad de los ochenta, señalaba que los jóvenes querían insertarse, aun críticamente, en la sociedad, a diferencia de la generación anterior, la mítica y mitificada de los sesenta y setenta que pretendió cambiarla, e incluso algunos, los más pudientes, los de clase social más alta y sin problemas de empleo y dinero, pretendieron cambiarla radicalmente. Pues bien, los jóvenes de hoy, ya lo apunté tímidamente tras el estudio del año 94, han dejado de lado, no solamente toda ínfula revolucionaria sino también las demandas de integración social: sencillamente se saben dentro, aunque aparcados, en *stand by*. Además muchos se sienten felizmente aparcados, temerosos de pasar de la realidad virtual del nicho escolar y familiar a la realidad real de una intemperie competitiva, dura, ramplona y pesetera, en la que el que vale vale y el que no se queda en la cuneta por muchos padrinos que pueda tener, una vez llegados a cierta edad.

Tienen unos equipamientos materiales como generación alguna ha tenido. Consejerías, concejalías, institutos y demás entidades específicas para la juventud, por doquier. Nunca se han construido más equipamientos juveniles que estos años. Tienen descuentos en mil sitios o circunstancias. Para viajar por ejemplo.

Se sienten y, cuando se les pregunta, se dicen libres, pero no están libres. Tienen fuertes ataduras con la familia de origen y viven muchos años, demasiados años, en la dependencia familiar, escolar, social, experimentando en lo que quieren, pero sin la responsabilidad de tener que dar cuenta de lo que hacen. Nunca tantos jóvenes han tenido tantas posibilidades de construir sus esquemas referenciales, sus propios valores, hasta sus propios proyectos de vida. Nunca estos proyectos han estado menos determinados por su familia de origen, lo que no quiere decir, en absoluto, que no estén muy condicionados por la impronta familiar. Quiero significar que nunca generación alguna ha sido tan autónoma, con un horizonte menos predeterminado, más abierto. Esta es su ventaja y su riesgo. Todo se juega en el itinerario personal, en el tránsito individual de la adolescencia a la vida adulta, precisamente en la juventud.

Aunque consideren el paro como el principal problema, de hecho se nota ya que sienten menos angustia ante el futuro que los jóvenes de la generación antecedente. Rechazan algunos trabajos que deben ocupar jóvenes inmigrantes. Hace 15 años había muchos jóvenes y el mercado de trabajo era escaso. Hoy son pocos y ya no protestan, los que protestan, por no tener trabajo sino por la calidad del trabajo que se les ofrece. El cambio, en sólo quince años, es gigantesco.

**Javier Elzo Imaz**

Catedrático de Sociología en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Deusto.

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

Aguinaga, J. y Comas, D. (1997). *Cambios de hábito en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Juventud.

Andrés Orizo, F. (1991). *Los nuevos valores de los españoles. España en la Encuesta Europea de Valores*. Madrid: Fundación Santa María (SM).

Andrés Orizo, F. (1996). *Sistemas de valores en la España de los 90*. Madrid: CiS, Siglo XXI.

Andrés Orizo, F. y Elzo, J. (dirs) (2000). *España 2000. Entre el localismo y la globalidad*. Madrid: (SM).

Camps, V. (1996). *El malestar de la vida pública*. Barcelona: Grijalbo.

Elzo, J. et al. (1994). *Jóvenes españoles 94*. Madrid: Fundación Santa María (SM).

Elzo, J. y Laespada, M.T. (1996). "El alcohol y la noche." En *Revista de Estudios de Juventud*, (37). Madrid: INJUVE.

Elzo, J.; Orizo, F.A.; González, J.; González, P.; Laespada, M.T. y Salazar, L. (1999). *Jóvenes españoles 99*. Madrid: Fundación Santa María (SM).

Elzo, J. (dir.) (2000). *Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas*. Vitoria: Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

Elzo, J. (2000). *El silencio de los adolescentes*. Madrid: Temas de Hoy.

Ester, P.; Halman, L. y Moor, Ruud De (1993). *The Individualizing Society*. Tilburg University Press.

European Commission (1993). *Age and Attitudes*. Eurobarometer 1993.

- European Commission (1997a). *Youth in the European Union*. Eurostat. March 1997.
- European Commission (1997b). "Young Europeans." Eurobaromètre 47.2 Julio 1997.
- Futuribles N° 200 (Juillet-Août 1995). *L'évolution des valeurs des Européens*. París 1995.
- Giddens, A. (1995) (1ª ed. en inglés en 1991). *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Península.
- González Blasco, P. et al. (1989). *Jóvenes españoles 89*. Madrid: Fundación Santa María (SM).
- Inglehart, R. (1998) (1ª edic. en inglés: 1997). *Modernización y posmodernización. El cambio cultural, económico y político en 43 sociedades*. Madrid: CiS, Siglo XXI.
- Martín Serrano, M. (1994). *Historia de los cambios de mentalidades de los jóvenes entre 1960-1990*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Martín Serrano, M. y Velarde, O. (1996). *Informe juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Megías, E. (dir); Comas, D.; Elzo, J.; Megías, I.; Navarro, J.; Rodríguez, E. y Romaní, O. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), Fundación La Caixa.
- Mestrovic, S.G. (1997). *Postemotional Society*. Londres: SAGE.
- Petrella, R. (1997). *El bien común. Elogio de la solidaridad*. Madrid: Ed. Debate.
- Pinillos, J.L. (1997). *El corazón del laberinto*. Editorial Espasa.
- Sartori, G. (1998). *Homo videns. La sociedad teledirigida*. Madrid: Taurus.
- Tarrow, S. (1997) (edición en inglés de 1994). *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza Universidad.

## PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA ESCUELA

---

José Antonio Marina Torres

### 1

No voy a hacer un estudio sociológico sino una meditación desde la trinchera. Soy profesor de bachillerato y una complicada (y no sé si disparatada) mezcla de psicólogo, antropólogo, sociólogo y ético. Por ambas cosas la juventud me interesa profesional y teóricamente, lo que hace que no pueda inhibirme en el tema de las drogas. Tengo mi biblioteca llena de libros sobre este asunto, que no suelen aclararme mucho. Intento hacerme una idea precisa de la envergadura del problema, de las causas, de sus mecanismos, de los modos de prevención, de los cambios legislativos que hemos de realizar, pero me resulta difícil. En estas páginas voy a ocuparme de las drogas desde la escuela. Quiero contemplar su pasado y también sus dos futuros: el previsible y el deseable.

¿Qué ha sucedido durante estos últimos quince años en el mundo educativo? Se ha universalizado la enseñanza obligatoria, se ha elevado la edad de escolaridad hasta los 16 años, y la LOGSE ha entrado en funcionamiento. Este es el comunicado oficial. Vista desde dentro, la escuela se ha vuelto conflictiva. Los profesores se sienten incapaces de educar en una sociedad que no les ayuda; los padres se quejan del sistema educativo porque no resuelve el futuro laboral de sus hijos; y todos se quejan de los medios de comunicación, que en su opinión son los que verdaderamente influyen en las ideas, en los sentimientos y en las conductas. La falta de certezas morales y de pautas claras de disciplina es general, dentro y fuera de la escuela; se ha confundido autoridad con autoritarismo y se ha arrojado a los dos juntos por la cloaca. La familia ha perdido coherencia, estabilidad y eficacia educativa. Hay tantos fracasos parentales que resulta difícil que los hijos tengan confianza en algo. Aumentan las familias mercuriales, en estado de recomposición y de sálvese quien pueda. La infancia se ha reducido, y se ha ampliado extraordinariamente la adolescencia —edad sin responsabilidades y con gran poder adquisiti-

vo—, al haberse retrasado mucho la incorporación al mundo del trabajo, y vivir durante más años bajo el paraguas familiar. Hay prisa por conseguirlo todo. Mis alumnos se sintieron fascinados por la película *El club de los poetas muertos*, que es un canto al *carpe diem*, al “aprovecha el instante”. Viven una situación de provisionalidad, “disfrútalo mientras dure” es la consigna. No esperan grandes cosas, y por ello no sufren grandes decepciones. Por lo general se han instalado en un “confortable desencanto”.

El alumnado se ha hecho heterogéneo y multicultural, lo que dificulta la integración escolar. También han cambiado drásticamente los hábitos de relación y diversión. Este último asunto es de especial relevancia para nuestro tema. Dentro de la dinámica de la diversión han entrado el botellón y las “pastis”. No se trata tanto de beber como de “haber bebido”, de estar colocado. Según la última encuesta escolar, realizada entre jóvenes de 14 a 18 años por el Plan Nacional sobre Drogas, la edad de iniciación al alcohol ha bajado a los 13 años. En esa franja de edad hay más chicas que beben alcohol que chicos, aunque son ellos los que ingieren mayores cantidades.

En una reciente encuesta sobre el sistema educativo español, dirigida por Víctor Pérez Díaz, se comprobó que los padres españoles son muy poco exigentes con sus hijos. Se ha impuesto una “psicología de bibelot” y los amantísimos padres prefieren que sus retoños trabajen poco a que estén estresados. Parece que fueran a romperse si se llevan trabajo a casa. La escuela también ha disminuido sus exigencias, y con frecuencia se convierte en un coladero. Las protestas ante los exámenes de reválida o de selectividad son ridículas, sobre todo teniendo en cuenta que hasta no hace mucho tiempo los españolitos tenían que pasar a los diez años un examen de ingreso en el bachillerato, a los 14 una reválida y a los 17 otra reválida llamada pomposamente “examen de Estado”, y no consta que hubiera grandes tragedias.

Aunque parezca risible, muchos padres están convencidos de que el “derecho a la educación” significa “derecho a un título escolar o universitario”. Las expectativas suben —por ejemplo, casi todo el mundo puede estudiar una carrera universitaria— pero, como era de esperar, los resultados no satisfacen tales expectativas —por ejemplo, decenas de miles de universitarios trabajan en puestos que no necesitan esa capacitación— con lo que el número de personas desencantadas aumenta. La decepción educativa prolifera entre padres, alumnos y maestros. La tasa de fracaso escolar es muy alta, aunque con frecuencia se maquilla, y en toda nuestra área cultural la enseñanza secundaria está desconcertada y sin un modelo eficaz.

Corren aires de claudicación educativa, y muchas veces se arroja la toalla antes de que empiece el combate. En Estados Unidos hay toque de queda para adolescentes en más de trescientas ciudades, también se ha ensayado el procedimiento en algunos lugares de Francia, y algunos países rebajan la edad penal. Este fenómeno es tan significativo que merece un comentario.

Las sociedades necesitan un sistema de normas que regule las conductas. A lo largo de la historia hemos inventado un sistema de coacción suave (la moral, que se impone por presión social y por convicción) y un sistema de coacción fuerte (el jurídico, que se impone por la fuerza). Como las sociedades no pueden vivir en un vacío normativo, cuando la moral decae el derecho penal entra a llenar su hueco, con desastrosas consecuencias. Este es un hecho relevante para el problema de las drogas. Se está extendiendo la idea de que lo que no está prohibido por la ley está permitido, lo cual es radicalmente falso. Hay cosas inmorales o perjudiciales o incorrectas que no tienen por qué ser delitos. Más aún, que no deben ser delitos.

Los docentes corremos el riesgo de dramatizar. Se está extendiendo la idea de que dar clase es una actividad casi peligrosa, aumenta el número de profesores que acuden a psicólogos y psiquiatras, y los periódicos airean y exageran el problema de la violencia en las aulas. Hay una alarma social respecto de los jóvenes, que me parece injustificada y que hay que interpretar como una alarma de la sociedad sobre sí misma. Me explico o, mejor dicho, me cito: «¿Qué nos preocupa? Está claro que no todos los que beben y toman drogas de síntesis van a convertirse en drogadictos. Está también claro que esas conductas son compatibles con un comportamiento social correcto durante el resto de la semana. Pero padres, educadores y profesionales de la salud andan preocupados. ¿Por qué? He leído un estudio muy interesante de Norbert Schindler, publicado en la *Historia de los jóvenes* (Levi y Schmitt, 1996). Recuerda que el comportamiento de los jóvenes ha sido siempre transgresor, y cita textos del siglo XVI, memoriales de protesta en que los jóvenes eran considerados “los reyes de la noche”. Sin embargo, esos comportamientos no despertaban alarma porque los adultos tenían la certeza de que tales escapadas juveniles eran irremediables pero transitorias. Pasarían unos años y los revoltosos jóvenes se integrarían sin problemas en la vida social. Esa confianza es la que ha desaparecido. Estamos preocupados porque no sabemos si hay un marco social o moral que sirva para mantener los comportamientos controlados» (Marina, 2000). No sabemos si nuestros jóvenes tienen sistema de frenado.

En estos asuntos, la escuela es un reflejo de la sociedad. El escepticismo moral de la sociedad se ha contagiado a la escuela. Muchos profesores, sobre todo en la conflictiva enseñanza secundaria, consideran que su obligación se reduce a enseñar su asignatura y que ni están capacitados para hacer otras cosas, ni quieren hacerlas.

Durante la redacción de la LOGSE hubo serias polémicas sobre la conveniencia de introducir la ética dentro de los currículos. En un principio se pensó que eso sería una forma larvada de adoctrinamiento. Se sustituyó la palabra “ética” por “educación en valores”, que parecía menos comprometida, y se consideró que todas las asignaturas debían colaborar a su realización. Aparecieron las “materias transversales”, que a mi juicio no han funcionado en absoluto. Muchos docentes están de acuerdo en su importancia, pero todos andan a vueltas con su propio programa y no saben cómo introducir en ellos los valores. Por fin se introdujo una asignatura de “Ética”, pero con tan poca convicción que es una asignatura teóricamente enco-

mendada al departamento de Filosofía, pero que en muchos centros imparte cualquier profesor que tenga horas libres. Es decir, no se toma en serio por parte de las autoridades educativas.

La situación resulta paradójica: si queremos mejorar la escuela tenemos que mejorar primero la sociedad y, como la mejora de la sociedad comienza en la escuela, parece que nos estamos moviendo en un círculo vicioso.

## 2

Todo el mundo está de acuerdo en que el abuso de sustancias tóxicas es peligroso individual y socialmente. Lo difícil es conseguir evitarlo. Y en mi caso concreto, saber cómo puede intervenir la escuela. Las drogas han venido para quedarse. Contar con que van a desaparecer de nuestro entorno cultural es una ingenuidad. Necesitamos, pues, un plan educativo que prepare a nuestros niños para vivir en un mundo donde la droga habrá sido legalizada. Y deberíamos hacerlo contemplando la hipótesis de que en diez-quince años puedan estar legalizadas algunas drogas. De hecho, la que me parece más peligrosa está legalizada: el alcohol.

La primera dificultad que tiene la escuela para afrontar esta tarea estriba en que el "modelo de drogadicción" que tenemos que manejar en ella es completamente distinto del que se maneja en los procesos de desintoxicación, rehabilitación y reinserción de toxicómanos. Estos utilizan un modelo médico: el toxicómano es un enfermo al que no se pueden pedir responsabilidades ni culpabilizar, porque eso complicaría aún más su recuperación. Sin embargo, en la escuela ese modelo es nocivo, porque tenemos que apelar, precisamente, a la responsabilidad personal. Tampoco podemos contentarnos con una mera prevención sanitaria, advirtiendo que la droga es mala para la salud, porque este argumento no es convincente para los jóvenes. Lo mismo sucede con la educación de la sexualidad: si se reduce a una educación sanitaria y profiláctica, a saber evitar un contagio venéreo o un embarazo indeseado, esa educación, sin duda imprescindible, no basta. Saber conducir un automóvil no consiste sólo en saber evitar un accidente.

Antes de proseguir, quiero hacerles una confesión pedagógica. Después de mis incursiones por la bibliografía especializada, tengo que reconocer que todo lo que sé de pedagogía lo he aprendido de un caballo. Se llamaba Hans el listo, y su historia merece ser contada. En los años veinte apareció en Berlín un tal profesor von Osten diciendo que había enseñado a un caballo las cuatro reglas aritméticas, y que solicitaba de la Academia de Ciencias que enviara una comisión para estudiar tan asombroso caso. Se constituyó la comisión pedida, que asistió reiteradamente al siguiente proceso: Se presentaba a Hans un cartón con el enunciado de una operación matemática, después se le mostraban una serie de cartones, uno con la solución correcta, y otros con soluciones incorrectas. Al ver la solución correcta, el caballo daba con la pata en el suelo, demostrando así su pericia. Los científicos, muy a su pesar, tuvieron que certificar que ocurría lo que ocurría. Sólo se resistió a aceptarlo el profesor Pfungst que decidió continuar la investigación. Por casualidad descu-

brió que si al presentar los cartones no sabía si le estaba enseñando a Hans la solución verdadera o la falsa, el caballo se desconcertaba y no daba pata con bola. El enigma estaba resuelto. Lo que Hans había aprendido no era a sumar, restar, etcétera, sino a reconocer algún gesto de tensión que el experimentador realizaba sin saberlo cada vez que enseñaba el resultado verdadero. De este hecho he sacado mi principio pedagógico básico: Los alumnos siempre aprenden, pero no sabemos qué. Lo más que puede hacer un educador competente es aumentar la probabilidad de que el alumno aprenda lo que el educador quiere que aprenda.

Ni en educación ni en prevención se producen procesos deterministas ni mecánicos, del tipo "Si hago A el alumno hará B". A lo más que llegamos es a poder decir: "Si hago A aumentará la probabilidad de que el alumno haga B". Es una cura de humildad y una llamada a la astucia. Les pondré un ejemplo. Quiero que los alumnos entiendan la demostración del teorema de Pitágoras. Se la explico procurando llamar su atención, siguiendo los pasos, trazando los dibujos, haciendo los comentarios que me parecen más eficaces. Unos alumnos comprenden y otros no. Vuelvo a la carga, cambiando ligeramente el procedimiento. Lo único que pretendo es conseguir que se haga la luz en la cabeza del aprendiz. Todos los consejos didácticos, todos los trucos de la motivación, los premios y los castigos, las amenazas y los halagos, la educación en la responsabilidad, intentan sólo aumentar la probabilidad de que suceda lo deseado. Cuando los tratadistas clásicos hacían tanto hincapié en la importancia de fomentar "hábitos buenos" estaban reconociendo que un hábito es un patrón muy estable de conducta. Establecido un hábito, el comportamiento se hace fácilmente predecible.

Cada vez nos resulta más evidente que un alumno está expuesto a influencias variadas: los padres, los profesores, el grupo de amigos, la sociedad en general, los medios de comunicación en particular. Por ello, si un sistema educativo quiere ser eficaz, quiere aumentar la probabilidad de que suceda lo conveniente, ha de aplicar una pedagogía individual y una pedagogía social. Debemos educar al alumno directa y también indirectamente, es decir, a través del grupo a que pertenece y a través de la sociedad. Hay que explicar con paciencia y energía que sólo podremos ser eficaces si actuamos por esa doble vía.

Esto rompe los límites tradicionales de la escuela, como han reconocido las ciudades que han elaborado "planes educativos de ciudad". Barcelona, por ejemplo. La escuela tiene que convertirse en el núcleo duro, formal, de la enseñanza, que debe estar apoyado por una serie de actividades satélites, paraeducativas. Campos de juego, bibliotecas, actividades en la naturaleza, ludotecas, lugares de reunión gestionados por personal competente, escuelas de padres, departamentos de orientación abiertos a la sociedad, resultan complementos educativos imprescindibles. Las ludotecas de 12 a 14 años, por ejemplo, pueden facilitar la incierta travesía de la preadolescencia. Tenemos, pues, que sacar al sistema educativo de las aulas, para que no se emperece. Y también aprovechar los recursos que tiene. Acabo de leer que en la Comunidad de Madrid los centros de enseñanza van a estar abiertos los fines de semana. Llevo tantos años pidiéndolo que lo leo pero no lo creo.

La escuela no tiene sólo que ampliar sus modos de actuación, sino también su alumnado. En una sociedad vertiginosa, donde la información y el conocimiento son la materia prima, todos somos alumnos perpetuos. Por eso resulta tan necesaria una pedagogía social. Volviendo a nuestro tema, en una evaluación de los programas preventivos, publicada en *The International Journal of the Addictions* (nº 2, 1992), O'Connor y Saunders concluían que "la educación de los individuos sólo puede tener éxito si el mensaje transmitido es congruente con los mensajes que recibe de otros niveles del sistema social." De puro evidente lo estamos olvidando.

Tenemos que explicar a la sociedad cómo se van formando las creencias básicas, las costumbres, los modos de vida, las vigencias culturales, y hasta qué punto acaban influyendo en nuestros comportamientos. Es un proceso de interacción compleja que necesitamos conocer para recuperar nuestra condición de protagonistas. Los problemas sociales tienen múltiples causas, y éso produce un sentimiento de impotencia cuando una de las partes pretende enfrentarse con el problema total. Si en el consumo abusivo de drogas influyen las situaciones económicas, familiares, educativas, sociales, ¿qué puedo hacer yo para intentar cambiar esas circunstancias? Esa pregunta —¿qué puedo hacer?— la oigo muchas veces a padres, colegas, políticos, en reuniones, conferencias o coloquios. Lo primero que podemos hacer es comprender cómo ocurren los fenómenos sociales. Cada uno de nosotros emitimos múltiples mensajes con nuestras palabras, comportamientos, actos de compra, votos, etc. Nada de lo que hacemos deja de tener relevancia pública. Esa infinidad de expresiones van configurando nuestro medio social. Se consolidan en instituciones, costumbres, prejuicios, modas, creencias, prestigios. Cada una de nuestras aportaciones se mezcla e interacciona con todas las demás, de modo que acabamos siendo parcialmente autores de algo común en lo que tal vez no nos reconozcamos. Algo que se nos impone como ajeno y que tenemos que aceptar o rechazar, con lo que colaboramos a su mantenimiento o a su cambio. Si nos dejamos llevar por las modas, las corroboramos. Si no nos dejamos llevar, aunque parezca que nuestro comportamiento es indiferente para su supervivencia, estamos erosionando su poder.

Así pues, todos participamos en la construcción de los fenómenos culturales, al menos de dos maneras. En primer lugar, con nuestra aportación expresiva, con nuestros mensajes y comportamiento. En segundo lugar, aceptando o rechazando los mensajes culturales que nos llegan de la sociedad, transmitiéndolos o bloqueándolos. Como resultado de esta interacción, las sociedades en su conjunto se hacen inteligentes o torpes. Es precisamente esta inteligencia de los grupos o de las sociedades lo que nos exige que elaboremos una nueva pedagogía. Llamo **sociedades inteligentes** a aquellas que aumentan el bienestar y las posibilidades vitales de sus ciudadanos. Ambas cosas. Son, por ello, sociedades estimulantes, que animan y capacitan para resolver los problemas, que saben gestionar bien los conflictos que inevitablemente surgirán, que disponen de buena información compartida, que han desarrollado formas de interacción cooperadoras, comprensivas y justas. Se trata de sociedades que valoran a la vez la ayuda y la exigencia, que se rigen simultánea-

mente por las necesidades básicas que deben atender, y por el mérito que deben premiar. Es terrible que hayamos construido una versión blandengue de la democracia, que ha facilitado una cultura de la reclamación y de la queja en vez de una cultura de la responsabilidad ética y creadora. La democracia es un proyecto ético exigente, que se degrada cuando lo olvida.

Desde la escuela hemos colaborado a una perversa pedagogía de la democracia, y hemos transmitido una mala idea de nuestra cultura. No es ahora el momento de buscar culpables, sino de buscar soluciones. Una buena educación social ayudará a ampliar la probabilidad de que la droga no provoque serios daños. Como he dicho muchas veces, la droga no es un problema, sino una mala solución a un problema. Es una solución que propone con excesiva facilidad una sociedad poco inteligente. Tal vez estemos creando entre todos una cultura de la adicción. Acabaremos llamándola "fidelización", aprovechando el horrendo término mercantil. Según algunos especialistas, como Arnold M. Washton, "somos más vulnerables que nunca a las drogodependencias y a todas las adicciones en general, y la susceptibilidad a padecer procesos de dependencia está aumentando en nuestro ambiente cultural" (Washton, 1995, 21).

#### 4

Para aplicar estos principios pedagógicos a la prevención de toxicomanías, para poner en marcha esa escuela expandida que necesitamos, tenemos en primer lugar que comprender el abuso de drogas como un fenómeno individual y cultural. Si no comprendemos la dialéctica existente entre persona y sociedad, entre psicología y creencias ambientales poco podremos hacer.

Para explicarlo comenzaré con una pregunta muy elemental. ¿Por qué ha aumentado tanto el consumo de drogas? Durante toda mi juventud, las anfetaminas eran de venta libre. La "Simpatina" o la "Centramina" eran fármacos baratísimos, que los estudiantes usábamos en época de exámenes, y que se podían comprar sin restricción en las farmacias. Se consumían en situaciones de esfuerzo o de estudio, y todo el mundo estaba deseando que esas situaciones desaparecieran, y con ellas el consumo de anfetaminas. Era rarísimo que una persona se hiciera adicta. En general había muy pocos casos de drogadicción. El más frecuente dentro de su infrecuencia era la adicción a la morfina. Este fue el panorama hasta mediados de los setenta cuando el consumo de heroína empezó a preocupar. En 1978 se crea la Comisión Interministerial para el Estudio de las Drogadicciones. Sospecho que este interés estaba causado por los problemas de orden público que estas toxicomanías provocaban. La situación era parecida en otros países. Durante casi todo el siglo XIX las drogas psicoactivas, especialmente los narcóticos, se distribuían ampliamente en EEUU. El opio y la cocaína eran legales y estaban a disposición del público en las farmacias.

¿Por qué se convirtieron en un problema? ¿Qué había cambiado? ¿Por qué aumentó tanto el consumo? En España no creo que fueran sólo problemas económicos

—aunque en esa época comenzó a aumentar el paro— porque el nivel de vida había subido espectacularmente. Es probable que influyeran más los problemas de desarraigo. En ese momento llegaban a la edad adulta los hijos de los emigrantes a las grandes ciudades. Pero intervienen otros asuntos más poderosos y universales. Hay un cambio cultural profundo, en España y en el resto de mundo. Y los cambios culturales producen “sentimientos” y “motivaciones nuevas”. Este es el tema que me interesa, porque si lo que digo es verdad, la única solución para resolver el problema es otro cambio cultural y ningún cambio cultural puede hacerse sin contar con el sistema de enseñanza. O contando sólo con el sistema de enseñanza.

Pero comenzaré por el principio. Hay muchos estudios sobre los motivos que llevan a iniciarse en el consumo de drogas. Se habla de una búsqueda de nuevas experiencias, de una necesidad de afiliación e integración en un grupo, de una especie de autoterapia para resolver los problemas afectivos o personales, de una posible personalidad adictiva, y muchos motivos más. Voy a simplificar sin faltar a la verdad, fijándome sobre todo en los jóvenes que trato en el aula.

Lo primero que tenemos que saber para entender algo acerca de las drogas es **qué función cumple el consumo en la vida del consumidor**. La drogodependencia, o el abuso de drogas, tiene como característica común ser una mala solución a un problema. Atención: es una mala solución que el paciente percibe, al menos en su comienzo, como buena. Después ya saben ustedes que el problema revierte sobre sí mismo y se entra en la fase de bucle cerrado, cuando la adicción se perpetúa para eliminar el malestar que la propia adicción causa.

¿De qué problemas se trata? Fundamentalmente de dos: cómo librarse de una situación aversiva, o cómo colocarse en un estado gratificante. Esta división es clara en sus casos extremos y menos clara en sus zonas medias. Las drogas que evitan la angustia, que permiten al chico evadirse de unas circunstancias dolorosas o estresantes funcionan como una especie de autoterapia. En cambio, cuando las drogas aumentan la capacidad, la euforia, la concentración, la excitación sexual, mejoran el estado de ánimo, cumplen la función de poner al sujeto en una órbita distinta, permitiéndole disfrutar de una sensación de poder. O alcanzando un espejismo de comprensión del universo, como sostienen todos los místicos de la ebriedad, afortunadamente ahora en decadencia. Como las sustancias psicoactivas están relacionadas con lo que llamo “yo ocurrente”, podríamos decir que unas drogas evitan las ocurrencias dolorosas y otras suscitan las ocurrencias agradables.

Hay dos situaciones, muy frecuentes en la juventud, en las que ambas funciones se mezclan. Las drogas se emplean para resolver dos problemas que no son problemas graves, pero que en muchas ocasiones se soportan muy mal. Me voy a concentrar en ellos porque todos los educadores los vemos con mucha frecuencia. Me refiero a la necesidad de **integrarse y ser aceptado por un grupo** y, en segundo lugar, al modo de soportar el **aburrimiento**. Quiero subrayar que estos dos problemas son normales, no patológicos. Hay otros casos más dramáticos en los que el origen de las drogadicciones está en malos ajustes familiares, o en problemas de paro, pobre-

za y marginación social. Y todos ellos necesitan acción urgente. Pero los dos problemas que he mencionado se dan en todas partes, en todos los niveles sociales y educativos. El perfil de las drogas ha cambiado en los últimos tiempos. Aunque las autoridades americanas han advertido a Europa de que se nos viene encima una inundación de heroína a bajo precio que no necesita inyectarse, parece que el consumo de heroína decrece y aumenta la cocaína y las drogas de síntesis. Son abusos de fin de semana, que incluyen las drogas en el circuito de la diversión. Parece comprobado, en experimentos con animales y en estudios humanos, que los ambientes empobrecidos pueden inclinar a las drogas como fuente única de satisfacción (Peele, 1985).

He mencionado los problemas de integración en un grupo y el problema de soportar el aburrimiento. Pero estos problemas han existido siempre. ¿Qué es lo que ha cambiado? ¿Por qué ahora se elige una solución tan mala? Cada cultura, en cada momento histórico, proporciona una serie de roles, de problemas, de soluciones. Eso es lo que, fundamentalmente, ha cambiado: el sistema de creencias y expectativas que determinan nuestro estilo afectivo, es decir, nuestros sentimientos y nuestras motivaciones. Al hablar de creencias no me refiero especialmente a las religiosas o a las morales, sino a todas aquellas que nos dan la visión del mundo en que vivimos. A las que definen nuestra manera de interpretar el mundo, nuestros deseos, expectativas, proyectos. A las que sirven de punto de referencia para los sentimientos de frustración o éxito, de confianza o desconfianza, de optimismo o pesimismo. Parte de estas creencias se reciben o aprenden en la escuela, por lo que los docentes necesitamos imperiosamente conocer sus mecanismos.

Me van a permitir que me detenga brevemente en este asunto. Está muy extendida la idea de que nuestros sentimientos y nuestros deseos o impulsos pertenecen a un territorio oscuro, ineducable y selvático de nuestra personalidad. Esto es, en efecto, lo que nuestra cultura nos ha enseñado. Podemos educar la razón, decimos, pero las emociones nos zarandean. Incluso un sentimiento tan pacífico como la calma "nos invade". Esto, sin embargo, no es verdad. Cada cultura selecciona y fomenta un estilo sentimental, un modelo de personalidad afectiva, que transmite por muchos procedimientos, aumentando la probabilidad de que ocurran. Por esa razón hay culturas agresivas y culturas pacíficas, culturas egoístas y culturas comunitarias, culturas de la culpa y culturas de la vergüenza, culturas de la autonomía y culturas de la adicción. Tengan en cuenta que una disciplina de reciente creación —la psiquiatría cultural— estudia seriamente si los trastornos mentales, por ejemplo, la depresión, son enfermedades universales o culturales. Tenemos que convencernos de que cada cultura produce un arte, una religión, unas costumbres, una estructura familiar, pero también, un modelo sentimental, unos modelos de personalidad afectiva, unos sistemas de motivación, unos modos de enfermar.

Y algo más importante aún: aprendemos gran parte de los miedos, de las angustias, de las violencias. Les pondré un ejemplo. Estamos construyendo nuestra cultura, la cultura occidental, sobre un sentimiento de insatisfacción. No lo hacemos por perversidad: fomentamos este sentimiento porque creemos que es el único modo de estimu-

lar el progreso. No se nos ocurre nada mejor. Estar conformes, satisfechos, contentos con lo que se tiene nos parece desastroso. Queremos personas competitiva, agresivas, luchadoras, que nunca estén satisfechas con lo que tienen, ambiciosas. Esto está muy bien, pero tiene algunas consecuencias desastrosas. La lógica sentimental es implacable. Una insatisfacción permanente tiene dos derivaciones. Una de ellas, la depresión. Si me esfuerzo por una cosa y me decepciona, por otra y me decepciona, acabaré pensando que nada vale la pena. La segunda derivación está recogida en todos los libros. Una frustración continuada lleva a la violencia. Las depresiones en la adolescencia están aumentando. Y también la violencia. Hace poco leía las estadísticas policiales francesas. Las estadísticas nos dicen que aumentan espectacularmente los delitos cometidos por jóvenes (Rutter, Giller, Hagell, 2000).

Si conociéramos bien el dinamismo de estas creaciones sociales, de esos modelos de creencias y de afectividad, podríamos introducirlos dentro del sistema educativo. A eso se encaminan mis investigaciones. Lo primero que necesitamos hacer es cambiar nuestras ideas acerca de la inteligencia, dejar de pensar que su función es conocer, para admitir que es también una facultad de evaluación, de elaboración de planes, que su índole no es meramente teórica sino fundamentalmente práctica. En una palabra: su función esencial es dirigir el comportamiento para poder salir bien parados de la situación en que estemos. No es sensato que hayamos elegido, incluso científicamente, una idea de inteligencia que considera mejor demostración de inteligencia resolver ecuaciones diferenciales que resolver problemas personales, organizar una familia feliz, ser capaz de disfrutar con lo que se tiene o construir una sociedad justa. Por todas partes empieza a hablarse de inteligencia emocional, de programas de habilidades sociales, de educación en valores. Hay una preocupación generalizada porque parece que nuestros sistemas de educación y de socialización están fracasando.

Ahora podemos emprender esa renovación educativa porque empezamos a saber muchas cosas sobre la génesis de nuestros estilos sentimentales. ¿Por qué unas personas sienten demasiados miedos, demasiada angustia, demasiada vergüenza? ¿Por qué hay personalidades optimistas y pesimistas? ¿Por qué unos ansían la novedad y otros la temen?

¿Por qué unos se enganchan a las drogas y otros no?

## 5

Forzosamente tengo que ser muy conciso. Las explicaciones detalladas de lo que voy a resumir las he dado en mis libros (Marina, 1996, 1997) y a ellos me remito. Los estilos sentimentales que pueden configurar una cultura, una familia o una persona, son el resultado, a mi juicio, de cuatro ingredientes principales: (1) La situación real. (2) El sistema de deseos y proyectos. (3) Las creencias básicas acerca de como funciona la realidad. (4) La idea que el sujeto tiene de sí mismo y de su capacidad para enfrentarse con los problemas. Para nuestro propósito, lo importante es destacar que al menos tres de ellos dependen de la educación familiar, social o formal.

El primero de los cuatro ingredientes es la **situación real**, sea social o física. Es indudable que una situación de miseria produce sentimientos de impotencia o de marginación, y que sufrir abusos en la infancia marca la vida afectiva, y que una alteración fisiológica provoca depresiones o ansiedad. En estos casos, lo mejor para cambiar el estilo afectivo es cambiar la situación real, lo que unas veces puede hacerse y otras no. Los que se dedican a rehabilitar toxicómanos saben hasta qué punto es deseable que el paciente cambie de entorno social, de amistades, de trabajo, de barrio. Es bien sabido que muchos soldados estadounidenses en Vietnam consumieron drogas asiduamente, sin que la costumbre se mantuviera al volver a la vida civil (Robin, Davis, y Goodwin, 1974). Todo esto es verdad, pero lo que complica las cosas es que no nos afectan las situaciones, sino cómo percibimos las situaciones, lo que permite que varias personas puedan experimentar una misma situación de maneras distintas. Hay personas que viven todas las situaciones sociales como aterradoras, todas las situaciones de estrés como insufribles, todas las relaciones amorosas como falsas. Son estos rasgos personales los que nos interesa aclarar porque son fruto de un aprendizaje. Constituyen los otros tres ingredientes del estilo afectivo, los que interpretan las situaciones reales. Hace muchos siglos, Epicteto dijo: "No sufrimos por las cosas que nos pasan, sino por la interpretación que damos a esas cosas." Nuestros sistemas de interpretación hacen que vivamos de distinta manera una misma situación. Y que a unos les impulse a acogerse a las drogas y a otros no.

El primero de estos ingredientes interpretativos es el **sistema de deseos y proyectos**. No todos deseamos lo mismo, ni con la misma fuerza. Los deseos, a su vez, se concretan y diversifican en proyectos, mediante los cuales interpretamos el mundo y las situaciones que vivimos. Un proyecto es un sistema para seleccionar información y dar significado a la realidad. Por eso es tan grave no tener ningún proyecto. En este nivel influyen rasgos temperamentales, innatos, pero también elementos aprendidos. Cada momento cultural trata de una manera los deseos. Los filósofos orientales recomendaban eliminarlos, y los griegos consideraban que tener muchos deseos —la pleixonía— era un desarreglo moral. Nuestra cultura, en cambio, ha elegido incitar al deseo, nos hemos vuelto todos caprichosos. Pensamos que desear es la esencia de la vida, la fuente del progreso material, de la satisfacción, la entrada a la felicidad. Todo el gigantesco sistema publicitario, todos los recursos de la sociedad de consumo, se emplean a fondo para estimular el deseo y hacerlo insaciable. Hasta el punto de que no tenemos reposo para disfrutar lo que tenemos, puesto que toda nuestra atención está pendiente de lo que no poseemos aún. No me cabe duda de que esta ansiedad deriva de un tipo de adicción. La compulsión a comprar me parece un rasgo característico de nuestra situación.

La presión social es también aquí determinante. Según Girard, los deseos nacen de la imitación. Somos muy poco originales al desear. Hacemos nuestros los deseos de los demás. Son los otros, con su deseo, los que nos indican lo que es deseable. Cada cultura fomenta determinados deseos. O, para ser más exactos, da contenidos concretos a deseos universales. Pero, además, las culturas determinan el modo de satisfacerlos. Todo el mundo desea tener éxito, pero en cada sociedad y en

cada momento histórico se cifra el éxito masculino y femenino en una cosa concreta. Hay necesidades básicas, por ejemplo la necesidad de estimulación. Pero no en todas las culturas se prescribe la misma intensidad en su realización. Nuestra cultura, en estos momentos, soporta especialmente mal la ausencia de estimulaciones. La televisión nos mantiene a todos divertidos. Dense cuenta de que la mala tolerancia al aburrimiento es un problema de mayor cuantía, porque una de las funciones que va a cumplir la droga es mantener un estado de estimulación que el sujeto considera satisfactorio. Por esta razón, en este momento el problema de la droga no es solo el de los circuitos de marginación, sino el de los circuitos de la diversión normal del fin de semana. Les recuerdo que la palabra "movida", que ha terminado por designar la cultura de la diversión juvenil, procede del mundo de la droga. Es el intercambio de droga entre camellos y consumidores.

Lo que acabo de decir enlaza con el segundo ingrediente interpretativo: **las creencias y expectativas acerca del mundo** y de las personas. La psicología cognitiva, y sus aplicaciones terapéuticas, han puesto de manifiesto la importancia de las creencias básicas, con frecuencia implícitas y no formuladas. En la escuela revisten especial importancia aquéllas que se refieren a la atribución de responsabilidad, a la idea de libertad, al nivel de estrés soportable, y al modelo de adolescente.

La atribución de responsabilidad sitúa el origen de la acción dentro del sujeto o fuera de él. Durante los últimos años hemos estado transmitiendo un modelo externo de responsabilidad. Incluso los profesores achacamos los males de la educación a los demás: el Ministerio, la sociedad, los padres, la televisión. Una parte importante del pensamiento pseudoprogresista ha insistido más en la responsabilidad social que en la personal. Y una parte importante del pensamiento psicológico, también: el conductismo repitió hasta la saciedad que el ambiente esculpe la conducta. Por último, el énfasis puesto en la "motivación", que es un sistema determinista de explicación de la conducta, colaboró al desmantelamiento de la idea de responsabilidad personal. Uno de los argumentos que esgrimen los hijos contra los padres es que fueron ellos los que se empeñaron en traerles al mundo y, por lo tanto, suya es la responsabilidad. Un estilo atributivo exterior favorece el acercamiento a las drogas.

La idea de libertad es otra creencia importante. Estamos repitiendo en la escuela, con notoria frivolidad, que la libertad es el valor principal de nuestra cultura, sin darnos cuenta de que en ese caso no hay forma de limitar la libertad apelando a algún valor más alto. Jessor y Kandel descubrieron que los jóvenes que estaban en situación de riesgo se caracterizaban por (1) ser independientes, (2) valoración inadecuada de las instituciones sociales, (3) visión crítica de su entorno social y (4) tolerancia y permisividad con la transgresión social.

Otra creencia básica de la cultura: el nivel de malestar que se juzga soportable. Leía hace unos días un estudio de un psiquiatra de Sri Lanka, educado en universidades occidentales, en el que sostenía que parte de los síntomas que en Occidente se consideran difíciles de soportar en Sri Lanka se consideran accidentes normales

de la vida (Kleinman y Good, 1985). Hace unos años, el profesor Nicolas Cummings, en su alocución inaugural como presidente de la Asociación Psicológica Americana, hizo una advertencia que sonó a muchos como exagerada: "El movimiento profundo de la salud mental, prometiendo una liberación de la angustia, que es un imposible, puede haber jugado un papel significativo en la común persuasión de que hay un derecho a gozar de bienestar mental, con lo que se está contribuyendo a un exagerado consumo de alcohol y a la casi universal prescripción de tranquilizantes por los médicos." Me llama la atención que dejar de fumar se haya convertido, desde hace algunos años, en un problema que necesita asistencia profesional. Cuando yo dejé de fumar a nadie se le ocurría tomárselo tan dramáticamente.

Por último, la idea de "adolescente", el modelo que aceptamos, transmitimos o soportamos, forma parte de las creencias importantes para el estilo afectivo de los adolescentes. Creo que el modelo actual se basa en una gran sumisión disfrazada de rebeldía. Las encuestas que he realizado entre mis alumnos sobre el peso de las "modas" —por ejemplo, sobre las marcas de prendas de vestir— demuestran que ejercen un poder enorme sobre la juventud. La larga permanencia de los jóvenes en casa de sus padres puede también interpretarse como una cómoda sumisión, que permite rebeldías controladas de fin de semana.

El último ingrediente de nuestro estilo sentimental es **la idea que tenemos de nosotros mismos** (lo que los psicólogos anglosajones llaman "self") y de **nuestra capacidad para enfrentarnos con los problemas** (lo que llaman "coping"). Todos los psicólogos especializados en drogodependencias hablan de la frecuencia con que aparecen situaciones depresivas y de baja autoestima. La escuela colabora activamente, por variados caminos, a la construcción de estas creencias. No lo estamos haciendo bien y ésta es una de las razones por las que está aumentando la violencia en la escuela. Debemos educar para la conflictividad. La nueva idea de inteligencia que antes mencioné no tiene como finalidad resolver sólo problemas teóricos, sino sobre todo problemas prácticos. La convivencia está siempre llena de conflictos y es imperativo educar para superar la conflictividad.

El estilo afectivo incita al comportamiento, pero salvo en los casos de una impulsividad descontrolada, o de una compulsividad enfermiza, entre el sentimiento y la acción, entran en juego los sistemas de control de la propia conducta. Según las encuestas, la impulsividad de nuestros jóvenes alumnos está creciendo, lo que ha provocado un aumento de la violencia en las aulas (Bornas y Servera, 1996). En la escuela empezamos a tomarnos en serio que el fin de la educación es favorecer la aparición de "personalidades autónomas", capaces de dirigir bien sus comportamientos. Por eso, después de un eclipse absoluto y absurdo, está reapareciendo la idea de voluntad.

Detengo aquí mi análisis. La escuela actual vive con la lengua fuera, agobiada por los problemas que plantea una sociedad cambiante. Sirva este escrito como reconocimiento de carencias y llamada a la acción. Necesitamos una escuela de todos

y para todos, que sea consciente de su eficacia y de la importancia que tiene para elevar el nivel vital de los ciudadanos. Necesitamos también construir una sociedad más inteligente, capaz de resolver mejor los problemas. Tenemos que darnos cuenta de que las creencias y las actitudes que mantenemos facilitan la aparición de comportamientos que después nos repugnan o sobresaltan, como, por ejemplo, el abuso de drogas, la violencia, los embarazos adolescentes, y otras conductas de alto riesgo.

En cuanto nos descuidamos, todos nos convertimos en colaboracionistas.

José Antonio Marina Torres

Catedrático de Filosofía.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Bornas, X. y Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil*. Madrid: Siglo XXI.

Levi, G. y Schmitt, J.C. (eds.) (1996). *Historia de los jóvenes*. Madrid: Taurus.

Marina, J.A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama.

Marina, J.A. (1997). *El misterio de la voluntad perdida*. Barcelona.

Marina, J.A. (2000). *Crónicas de la ultramodernidad*. Barcelona: Anagrama.

Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington: Lexington Books.

Robin, L.N.; Davis, D.H. y Goodwin, D.W. (1974). "Drug use by U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-up on their Return Home." *American Journal of Epidemiology* **99**.

Rutter, M.; Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Madrid: Cambridge University Press.

Washton, A.M. (1995). *Adicción a la cocaína*. Barcelona: Paidós.

# RELACIONES Y VALORES FAMILIARES EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

---

Juan Manuel Camacho Grande

## A MODO DE PREÁMBULO

Hablar de prevención de las drogodependencias es, entre otras cosas, poner sobre la mesa aquello que queremos deseable para nuestra sociedad. No es una utopía imaginarnos un mundo sin drogas o, al menos, sin drogodependientes. Hablamos de utopía cuando dirigimos nuestra mirada no hacia aquello inalcanzable por ilusorio o quimérico sino hacia lo que deseamos construir en unas concretas condiciones que impiden su consecución.

La humanidad ha sido testigo a lo largo de su historia de constantes intentos por desarrollar esos mundos posibles en los que la existencia humana no estaba condicionada más que por la voluntad del hombre y de la mujer por alcanzar la felicidad. Algunos los llamaron sociedades utópicas en las que unos y otros podrían alcanzar la armonía con los demás y con lo que les rodeaba. Experiencias que lograron enfrentar a las sociedades de su tiempo con nuevas fórmulas de relacionarse, de organizarse y de utilizar los recursos de la naturaleza. Los valores y creencias que movían a sus impulsores permanecen, aún hoy, vigentes y, en cierta forma, son todavía valiosos referentes para nuestra vida. La solidaridad, la tolerancia, la justicia, la igualdad o la libertad son valores de plena actualidad que atraviesan nuestra forma de ser y la manera con la que nos enfrentamos a lo que nos rodea. Son ideales a veces abstractos que representan las creencias de una persona sobre cómo actuar y sobre lo que aspira para su sociedad. La prevención de las drogodependencias está imbuida, también, de esos valores.

Al mismo tiempo debemos ser conscientes de que cada sociedad refuerza unos valores frente a otros que son asumidos colectivamente. Y a la familia como institución le corresponde integrar unos y poner en tela de juicio otros. De esta forma, contemplamos cómo emergen valores relacionados con lo individual en contraposi-

ción a lo colectivo, valores que justifican la competitividad en oposición al apoyo mutuo, la búsqueda de lo inmediato en oposición a la gratificación o la satisfacción a más largo plazo, el mundo privado que se aleja del comunitario. Frente al individualismo y la competitividad, el afecto y la voluntad de compartir se han convertido en las tareas primordiales de la familia (Mora Temprano, G., 2000: 465). Y estamos asistiendo a la aparición de valores que cuestionan o refuerzan nuestro actual modelo de sociedad como los que se relacionan con la apuesta por el crecimiento económico frente al desarrollo equilibrado, el progreso frente al bienestar o el horizonte que dibuja la globalización frente a la cohesión e identidad que nos ofrece lo más próximo.

En aquellas experiencias, algunas de las cuales han llegado hasta el último tercio del pasado siglo, la familia, tal y como la conocemos, no tenía cabida. Cumplía una función instrumental residual al servicio o en beneficio de la comunidad, que proveía a sus miembros de lo necesario para la vida y la sustituía en aquello que tradicionalmente le había sido propio. Los cambios radicales que proponían estas comunidades en la organización de la sociedad mantuvieron su eficacia en grupos muy pequeños, cerrados y autorregulados. Su aislamiento y lejanía de lo que acontecía a su alrededor, les auguraban un incierto porvenir y, en un breve lapso de tiempo, terminaron fracasando.

Experiencias colectivas de más amplio calado han mostrado que la familia es un elemento básico de cohesión social, de identidad colectiva y la organización más eficiente para la transmisión de valores, de pautas de comportamiento y de la cultura propia de las sociedades. Otras alternativas radicalmente diferentes a los modelos de familia actualmente vigentes, como la abolición del matrimonio y el traspaso de la responsabilidad total en la educación de los hijos desde el nacimiento a otras instituciones, son impensables hoy en día.

Sin embargo, la familia no es una institución inmutable ni se la debe considerar de ese modo. Se encuentra en un permanente proceso de cambio y adaptación a nuevas situaciones que, en ocasiones, provocan tensiones y desequilibrios en su seno.

## **NUEVAS REALIDADES, NUEVAS FAMILIAS**

La familia no es un grupo dado o establecido. Evoluciona al mismo tiempo que lo hacen las sociedades aunque, en muchas ocasiones, con diferente cadencia. Se transforma en respuesta a cambios más generales como los que se han producido durante el anterior siglo, especialmente desde 1960. Pero la organización interna, la imagen que poseemos de ella y las expectativas familiares no cambian al mismo ritmo que las nuevas necesidades, lo que genera tensión y conflicto mientras no se acompasen ambas realidades.

La evolución de la familia sigue tendencias que son el resultado de los cambios de mentalidad y de expectativas que tienen las nuevas generaciones en el marco de

nuevos valores. Estos valores están modificando las formas o la estructura que adopta el grupo familiar y, a su vez, impulsa nuevas pautas de relación como consecuencia de dichos cambios. El propio concepto de familia, sus funciones, la estructura familiar y las relaciones entre sus miembros se encuentran sometidos en la actualidad a un proceso de cambio gradual que todavía no ha finalizado.

El perfil, la forma que adopta el grupo familiar, responde tanto a cambios en las tendencias demográficas como a la evolución y transformación de las pautas culturales. La reducción del tamaño medio de la unidad familiar, como consecuencia directa del descenso y retraso de la nupcialidad así como por la disminución de la natalidad, la creciente presencia de familias formadas por un solo progenitor (familias monoparentales) o familias en las que cada miembro de la pareja aporta los hijos/as de una anterior relación (familias reconstituidas) a las que se unen cada vez más hogares formados por una sola persona, son sólo algunos de los aspectos que están modificando el modelo de familia que hemos conocido hasta ahora. La diversidad y heterogeneidad de formas familiares es la regla. La familia conyugal o nuclear, que los conservadores del XIX calificaron de revolucionaria por oponerse a la familia extensa, es hoy considerada la forma tradicional de familia (Del Campo, S., 1993), todavía mayoritaria pero en claro retroceso.

Las relaciones familiares también se han transformado. Se pone de manifiesto en la reducción de los vínculos y las relaciones con los familiares no directos, debilitando sus lazos y potenciando su aislamiento de las redes de apoyo familiar que hasta ahora habían sido un soporte esencial para las familias. Ello conlleva la reducción de las relaciones familiares a dos relaciones básicas: las que se producen entre la pareja, reforzando la conyugalidad, y las que mantienen los padres y los hijos. La situación que se ha generado tiene consecuencias directas en cómo el grupo familiar resuelve los problemas cotidianos y se proporciona apoyo y ayuda mutua.

A ello se une la modificación de los cometidos asignados tradicionalmente a hombres y a mujeres que cuestionan los patrones de relación y las líneas de poder hasta hace poco vigentes en las familias españolas. Las relaciones de pareja tienden a ser más equitativas y equilibradas, desplazando un modelo basado en la jerarquía que da el poder y la autoridad a los varones y en el que el hombre es el principal sostén económico de la familia, por otro en el que la dependencia o subordinación de un sexo a otro no tiene cabida. La desaparición del modelo patriarcal está produciendo una revolución igualitaria que nivela las relaciones entre los cónyuges y entre éstos y sus hijos. Al desaparecer la relación subordinada de mujeres y jóvenes, las familias viven en un estado de constante negociación de los derechos y deberes de cada uno (Alberdi, I., 2000: 428).

Aparece, por otro lado, una tendencia a que el grupo familiar sea cada vez más referente de identidad de los individuos y actúe como elemento básico de identificación. El debilitamiento de los lazos de cohesión e identidad más amplios está produciendo un desplazamiento desde los ámbitos que hasta hace poco eran simbólica-

mente fuertes (Tezanos, J.F., 2000: 17) (llámense estos nación, región, pueblo, religión o tradición) hacia esferas más inmediatas o próximas, como la familia, adonde los individuos trasladan y recaban sus señas de identidad. Como propone la tesis del profesor Castell<sup>1</sup> (Castell, M., 1998), de todas las transformaciones que está produciendo la sociedad de la información y la sociedad red, la búsqueda de identidad es uno de los aspectos más relevantes. En la nueva era, nuestras sociedades se estructurarán cada vez más alrededor de una posición bipolar entre la red y el yo (Mora Temprano, G., 2000).

La familia está asistiendo a estas transformaciones no sólo como observadora pasiva e imparcial sino formando parte activa de las mismas. Nos encontramos, hoy más que nunca, en un momento en el que la transformación de lo que nos rodea nos está anticipando cambios profundos en los modelos de convivencia en todos los ámbitos de relación, ya se refieran al ámbito personal, familiar, entre comunidades o naciones. La familia se encuentra en el centro de un debate que está teniendo consecuencias trascendentales para el modelo de sociedad que queremos. Realmente estamos asistiendo a una revolución sobre cómo nos concebimos a nosotros mismos y cómo formamos lazos y relaciones con los demás (Giddens, A., 2000: 30).

Lo que hoy significa la familia como institución puede ser muy diferente a lo que significó en épocas pasadas. Como acertadamente subraya el sociólogo Antony Giddens "dondequiera que miremos vemos instituciones que parecen iguales que siempre desde fuera y llevan los mismos nombres pero, por dentro, son bastante diferentes. Seguimos hablando de la nación, la familia, el trabajo, la tradición, la naturaleza, como si fueran iguales que en el pasado y no lo son. (...) La concha externa permanece pero por dentro han cambiado. (...) Son instituciones que se han vuelto inadecuadas para las tareas que están llamadas a cumplir."

Los retos que perfila la nueva era afectan a las familias profundamente y, con ello, a las tareas que se les encomiendan y a las funciones que se les requieren o se les pueden exigir. Ya no se trata solamente de proporcionar a sus miembros seguridad material y afectiva, sino que la familia está cambiando, enfrentándose a contradicciones entre lo que se le pide y los apoyos que recibe y lo que, realmente, puede exigir a sus miembros.

La familia está expuesta, por ello, a presiones de signo opuesto. Por un lado, el grupo familiar está asumiendo mayor protagonismo, iniciativa y funciones como compensación a las tendencias de la globalización y al debilitamiento de los lazos de cohesión e identidad más amplios. Por otro lado, se le requiere como sistema de apoyo personal, cuidado y atención en todo aquello que los sistemas públicos de

---

1. La sociedad de la información o la sociedad informacional, como le gusta referirse a Manuel Castell, es un tipo de sociedad que se caracteriza porque la generación, el procesamiento y la transmisión de la información se convierten en las fuentes fundamentales de la productividad y el poder debido a las nuevas condiciones tecnológicas que surgen en este periodo histórico.

protección (que alcanzaron un importante desarrollo en los ochenta y noventa), cada vez más debilitados, no pueden proveer. Y por último, los cambios sociodemográficos, culturales y económicos influyen sobremanera en el grupo familiar y en las tendencias que se anticipan para el futuro. Estos cambios (núcleo familiar reducido, mayor aislamiento de las redes de apoyo familiar y debilitamiento de sus lazos, diversidad de formas familiares, etc.) cuestionan su capacidad para hacer frente a las crecientes necesidades de sus miembros. Se le reclaman mayores esfuerzos mientras se está reduciendo su capacidad de apoyo al enfrentarse, como núcleo debilitado, a las exigencias de la actual sociedad. El debilitamiento de sus lazos y redes de apoyo se hace cada vez más patente. Se le sigue exigiendo mayores esfuerzos cuando su capacidad de responder se ha modificado. La familia debe afrontar los problemas y las necesidades de sus miembros de forma cada vez más autónoma e independiente. Padres e hijos se enfrentan en solitario a sus propias carencias y a las nuevas dificultades que surgen, reforzando las dos relaciones básicas que conforman actualmente el grupo familiar: la relación de pareja y la que les une a sus hijos. El progresivo deterioro de la capacidad de las familias para prestar cuidados y atención a los individuos tiene consecuencias diversas (Leal Maldonado y Hernán Montalbán, 1998). Por un lado, se produce un progresivo retraso de la emancipación de los hijos y su incorporación al mercado de trabajo. Por otro lado, se resiente el cuidado de los mayores y de las familias dependientes, al mismo tiempo que la solidaridad intergeneracional se modifica, pasando de la prestación de servicios a la ayuda económica.

Percibimos estos cambios y vemos la necesidad de una redefinición de las relaciones, tanto internas como externas a la familia, que ello conlleva. La transición a las nuevas familias nos debe llevar a una reflexión de más amplio alcance que afecta a las relaciones del conjunto de la sociedad, a las relaciones de apoyo, de poder e intercambio y a las estructuras que las sustentan.

El contrapeso a estas transformaciones y a las incertidumbres que generan en el grupo familiar se encuentra en la recuperación del valor que damos a la familia. Se está produciendo una reivindicación de la familia, una revalorización funcional del grupo familiar como proveedor de apoyo y de identidad, en un espacio caracterizado por una profunda diversificación de formas familiares que ha ido acompañado de un cambio en las relaciones de poder y, por ende, en las relaciones que se establecen entre sus miembros. Unas nuevas familias que rompen con su concepción anterior pero con nuevas funcionalidades para los sujetos que les reclaman, sobre todo, afectividad, solidaridad (Aguinaga Rouston, J., 2000), apoyo, protección e identidad. Ha perdido parte de sus funciones tradicionales pero, a cambio de ello, se ha especializado en las funciones afectivas, pasando a ser, en las sociedades avanzadas, el reducto privilegiado y fundamental de la vida privada del individuo. Lo privado, lo personal, lo íntimo parece cada vez más el ámbito propio, por excelencia, de la familia (Alberdi, I., 2000: 426).

La familia se enfrenta, pues, a unos retos ciertos que están modificando su propia realidad tanto interior como exterior. La familia no es una herramienta para resolver

los problemas que tiene nuestra sociedad. Pero así se la percibe porque debe enfrentarse a ellos con mayor intensidad y como salvaguarda de su propia existencia. Por ello, y cada vez en mayor medida, aparece como la institución más apreciada y valorada por los españoles. Los estudios de opinión ponen de manifiesto un resurgimiento del familismo entendido en sentido amplio y flexible. Las fuertes convulsiones que afectan a la familia y a sus relaciones internas no han disminuido la importancia que los individuos le otorgan. La familia sigue siendo una institución muy significativa para todos nosotros. Los jóvenes españoles y europeos asignan a la familia "la máxima importancia en la vida, por encima de los amigos, el trabajo, el ganar dinero, la vida moral y digna, los estudios y la competencia profesional" (Elzo, J. et al., 1999: 130).

El estudio realizado por la propia Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Megias, E. et al., 2000) refleja esta tendencia en los resultados que obtiene. Escribe el director de este trabajo que "en todo el cuadro de valores sociales que dibujan los españoles lo más característico es el énfasis con que se señala la importancia de lo familiar. Tener unas buenas relaciones familiares es lo más importante, con diferencia, para el conjunto de la sociedad española (...). Esto es así en la medida en que la familia se convierte en el reducto fundamental de expresión de los valores privados y en la principal garantía de seguridad y apoyo. El individuo vive la protección de su entorno familiar, trata de desarrollarse en ese entorno en cualquier etapa de su vida, y lo utiliza, cuando llega el momento, como el espacio de transmisión de los valores que sus hijos van a necesitar para desenvolverse en sociedad."

Los valores que se están configurando desde la familia, los modelos familiares a los que nos dirigimos y la propia dinámica de las relaciones que se están estableciendo en su seno, tienen una incidencia cierta en la capacidad de la familia para abordar la prevención y en su implicación como grupo de apoyo y de ayuda para el drogodependiente. Y este es el campo principal en el que nos debemos mover. La prevención debe incorporar y asumir esos cambios, potenciando o reivindicando lo que el grupo familiar debe poseer para afrontar la complejidad de la vida diaria, para restablecer los vínculos de identidad primarios frente al desvanecimiento de los lazos de identidad más amplios, o la necesidad, cada vez más sentida, de afecto, apoyo y comprensión.

Lo que nos aporta esta primera reflexión es que la familia no ha perdido vigencia como institución fundamental de convivencia. Lo que ha hecho es adaptarse a nuevas exigencias, reestructurando sus funciones desde la igualdad, la solidaridad y la calidad de las relaciones personales. Pero al mismo tiempo, la estructura de la familia que se está construyendo es un reflejo de los valores que predominan en nuestra sociedad y a los cuales responde. La prevención debe tener en cuenta los cambios acaecidos y la dualidad en la que se mueve la familia actual. Al mismo tiempo debe dirigir su mirada hacia la capacidad y el potencial que posee la familia frente a los nuevos valores y a las nuevas realidades a las que se está enfrentando.

## FAMILIA Y DROGAS: ¿UNA RELACIÓN DESIGUAL?

Los cambios que hemos estado señalando se han ido fraguando en los últimos cuarenta años y con especial intensidad a partir de la década de los ochenta. Este último periodo coincide con la expansión en España de los consumos de drogas y los problemas asociados a su utilización. La adaptación de la familia a los cambios que ocurrían a su alrededor y a los crecientes compromisos que se le reclamaban creó un fuerte desasosiego, tensión y una cierta crisis que afectó sensiblemente a la estructura de la familia española. En este contexto, el grupo familiar debía afrontar nuevos problemas sociales y responder a nuevas necesidades. La aparición de las drogodependencias de forma súbita en la conciencia colectiva de los españoles incorporó en las familias, que ya se sentían amenazadas y desconcertadas por los cambios que estaban viviendo, una nueva situación de angustia e incertidumbre.

En un mundo tan cambiante los riesgos aumentan en la medida en que las amenazas no se pueden ni anticipar ni controlar. El matrimonio, ampliamente fijado por tradición y costumbre anteriormente, estaba vinculado a un futuro conocido, marcado por ciclos establecidos y asumidos. Hoy día se han disuelto esas certezas (las uniones actuales no se formalizan como si fueran para toda la vida) y la formación de una familia agrega incertidumbres no contempladas o percibidas anteriormente. A la inseguridad y tensión que genera esta situación se añaden nuevos problemas como el de las drogodependencias, a los que se tiene que enfrentar. Los riesgos ahora son mayores y se afrontan desde la privacidad del grupo familiar y la permanente incertidumbre sobre su futuro.

Los primeros momentos del ciclo expansivo de las drogas en nuestro país estuvieron marcados, desde la familia, por la sorpresa, la negación y el rechazo. Ello tuvo mucho que ver con el desconcierto que provocaba la existencia reconocida de drogas, con la imagen que tenían los toxicómanos y con las representaciones sociales sobre el mundo de las drogas que se estaban configurando.

El estereotipo de "yonki" marginado es una imagen que ha sido reproducida hasta la saciedad por los medios de comunicación y que caló profundamente en el conjunto de la sociedad. Con ello, manteníamos a salvo nuestro entorno más inmediato y veíamos las drogas y a los drogodependientes como algo lejano y ajeno a nuestras circunstancias vitales. Muchas campañas se centraron en esa figura de toxicómano, ampliamente difundida y en la que no nos veíamos reflejados como posibles víctimas. Nos considerábamos diferentes y a salvo. En 1988, un estudio del Ayuntamiento de Madrid (Alvira, F.; Comas, D., 1989) cuestionaba de forma tajante esta situación. Ni los mayores consumos se producían en los ambientes marginados y carenciales ni los distritos de mayor poder adquisitivo y con mayores recursos se encontraban fuera del circuito de las drogas. Las visiones que teníamos de ese mundo desde la familia nos impedían percatarnos de que las drogas no eran algo ajeno y periférico que estuviera al margen de lo que hacíamos ni de nuestras actitudes hacia las drogas y los drogodependientes.

Esta fase de angustia se solapa con una etapa de activismo reivindicativo en la que la familia empieza a ser consciente de los problemas que están surgiendo a su alrededor como consecuencia del imparable ascenso de los consumos de drogas. Responde a una situación de angustia, de urgencia por hacer algo y por la delegación (Grupo Igja, 1989). Las familias reclaman mayores recursos y una posición activa de las administraciones públicas, mayor información sobre cómo abordar este problema y ayuda para hacerle frente.

La preocupación sobre el papel que está desempeñando la familia ha sido una constante en la última década. Nos encontramos en la actualidad con un cierto escepticismo expectante unido al desaliento sobre las posibilidades de la familia para afrontar este problema, no tanto por su disposición a hacerlo como por su capacidad de influencia para modificar las circunstancias externas que son cada vez más complejas.

Los modelos de consumo se transmiten tanto dentro como fuera del entorno doméstico. Sin embargo, no es menos cierto que, por ejemplo, el 80% de los consumos de alcohol que realizan los adolescentes se producen fuera del hogar. Este entorno es menos accesible y tiene mayores dificultades para provocar cambios o modificaciones en las pautas culturales que potencian los consumos entre los adolescentes. Los modelos de influencia social y los valores ligados a los modos de consumo y a las peculiaridades culturales con relación al alcohol y otras drogas se han consolidado muy rápidamente entre los jóvenes. Sin ir muy lejos, las fórmulas utilizadas para la comercialización de nuevas sustancias y de otras no tan nuevas se modifican con rapidez. Los mercados clandestinos de drogas asumen con celeridad, claves, estándares y mensajes similares a los utilizados para otros productos dirigidos a los adolescentes y jóvenes.

No es de extrañar, por ello, el desconcierto, desaliento y desesperanza que, en muchas ocasiones, se han instalado en las familias españolas. Pero también sabemos desde hace tiempo que el grupo familiar es un potente aliado de la prevención de las drogodependencias. Las condiciones de vida familiar, los estilos educativos que se utilizan, las relaciones que se establecen entre sus miembros, los valores y actitudes que se transmiten se encuentran asociados a conductas que, entre otras cosas, pueden tener una sensible influencia en la disposición a aceptar o rechazar los consumos de drogas. Ello no significa trasladar la máxima responsabilidad a la familia y menos establecer una relación causal inequívoca entre lo que ocurre en el grupo familiar y las conductas ligadas al inicio y mantenimiento de los consumos de drogas. Pero parece incuestionable que debemos tener en cuenta esta relación. Existen elementos de riesgo y debemos conocerlos y afrontarlos. Pero el riesgo no es más que la probabilidad de que algo peligroso o dañino suceda. Y la probabilidad de que ocurra la podemos modular desde la propia realidad familiar.

Algunos de estos factores no son específicos de los consumos de drogas sino que son comunes a una gran cantidad de conductas desadaptadas o problemáticas. De la misma forma, parece que existen elementos o aspectos de la interacción familiar

que pueden reducir o inhibir los riesgos aunque no los eliminan. Podemos reducir la probabilidad de que emerjan conductas o actitudes favorables a los consumos, pero no anulamos completamente el riesgo de que ocurran. Los elementos o factores de protección actúan reduciendo la probabilidad de consumir de la misma forma que, cuando no existen o no actúan, la probabilidad de consumo aumenta.

Las investigaciones que se han realizado en diferentes partes del mundo han puesto en evidencia la influencia del grupo familiar en aquellos comportamientos que se relacionan con las primeras experiencias con drogas, así como con el mantenimiento o modificación de esta situación. La referencia a alguno de los estudios realizados en EEUU nos puede servir de guía. La administración sanitaria de aquel país a través del Centro de Prevención de Sustancias de Abuso (CSAP, 1997) evaluó durante 10 años la eficacia de los programas de prevención que se habían puesto en marcha en ese periodo. Entre otras conclusiones, reiteradamente constatadas y relacionadas con el inicio de los consumo de drogas, señalaban que:

- Las percepciones de los adolescentes sobre los riesgos o beneficios de utilizar alcohol y otras drogas, se encuentran relacionadas con la probabilidad de experimentar con ellas.
- La utilización de drogas por los padres y sus actitudes hacia el uso de alcohol y otras drogas se encuentran relacionadas con las actitudes de los adolescentes hacia el uso de alcohol y otras drogas.
- A igualdad del resto de los factores, la proximidad e intensidad de las relaciones dentro de la familia aparecen vinculadas con el abuso de drogas por los adolescentes.

Estas conclusiones nos dan pie para afirmar que las actitudes que se mantengan y lo que se transmita y cómo se haga, son factores significativos que inciden en las conductas y actitudes de los adolescentes hacia las drogas. Otros trabajos más cercanos a nosotros sobre el entorno familiar han permitido hallar elementos diferenciales entre las características de los grupos familiares de jóvenes consumidores y no consumidores. Los resultados a los que han llegado afirman que la comunicación, la cohesión y la adaptabilidad familiar, a los que se suman factores relacionados con la fuerza y la unión familiar (Machado, L. et al., 1996), tienen una importante repercusión en las actitudes hacia las drogas y en la relación que se mantengan con ellas. En otras palabras, parece que existen factores que nos aportan una razonable explicación sobre cómo está influyendo el espacio familiar y las relaciones que se establecen en su seno con los consumos de drogas. La estabilidad y el buen clima familiar, el diálogo padres-hijos, el contar los problemas en casa, el apoyo percibido y dado por la familia y si los padres hablan de buen modo con sus hijos sobre el alcohol y las drogas son aspectos que muestran a las claras la importancia que tiene lo que hagamos en la familia para reducir o inhibir el riesgo de experimentar o consumir drogas.

Por el contrario, la inestabilidad familiar, las dificultades percibidas en su seno, la ausencia de diálogo y de comunicación, la insatisfacción de las relaciones familiares, la lejanía con la que se percibe al propio grupo familiar a la hora de solicitar

ayuda y apoyo, aumentan la probabilidad de experimentar con drogas. Valga un ejemplo para describir lo que decimos. El 25% de los adolescentes que beben alcohol reconocen que lo hacen, fundamentalmente, porque el grupo de amigos lo hace y porque las bebidas alcohólicas son lo que realmente se consume en el grupo. Estas dos razones utilizadas por los jóvenes para explicar la frecuencia con la que consumen alcohol, elevan su importancia al 70% entre aquellos jóvenes que tienen mayores dificultades de comunicación con su familia y utilizan al grupo de amigos como principal referente.

Por ello, la existencia o inexistencia de vías de diálogo y de comunicación en el interior de la familia es un elemento de gran interés para el tema que nos ocupa y que ha mostrado una significativa relación con los consumos de drogas. Esta importante variable actúa en varias direcciones:

- Un nivel adecuado de comunicación, confianza y cercanía con los padres y dentro del grupo familiar, facilita sobremanera el rechazo a consumir alcohol y otras drogas. Por el contrario, las dificultades percibidas en la comunicación con los padres incrementan el consumo de alcohol y una mayor receptividad al consumo de otras drogas.
- La comunicación que se establece con los padres actúa fortaleciendo el reconocimiento de las situaciones de influencia externa, especialmente los mensajes publicitarios, las modas y la presión de grupo. Una buena comunicación familiar y la percepción de que se puede contar con la familia, refuerzan las actitudes de rechazo a la legitimidad del grupo de iguales para convencer o actuar por encima de las opiniones u opciones individuales. Aquellos que perciben una débil comunicación familiar se encuentran más expuestos a la influencia del grupo de iguales.
- El apoyo y la seguridad que la familia puede ofrecer ante los problemas del adolescente, se pueden ver reflejados en el nivel de aspiraciones o expectativas educativas y una mayor confianza en el porvenir. Estos factores tienen gran importancia a la hora de predecir el inicio o el mantenimiento de altos consumos de alcohol y en la predisposición mayor o menor a consumir otras drogas.

La desesperanza de la familia ante las drogodependencias viene marcada por el permanente estado de alerta que debe mantener ante las numerosas amenazas o situaciones de riesgo a las que los adolescentes y jóvenes se deben enfrentar. Porque la existencia de un clima familiar adecuado, de estilos educativos apropiados, la transmisión de valores coherentes o la existencia de unas relaciones equilibradas y democráticas en el seno de la familia no garantizan la ausencia de riesgos, aunque los reducen sensiblemente.

Los elementos que conforman el clima, los valores y las relaciones familiares no se encuentran aislados en la familia. Es difícil pensar que una mala comunicación familiar conviva con estilos educativos adecuados y con la existencia de relaciones que estimulen la seguridad, la confianza y el apoyo entre sus miembros. La

comunicación se apoya en la facilidad con la que se perciben vías de diálogo con los padres, con el sentimiento de cercanía a los mismos y con el apoyo que la familia puede ofrecer ante los problemas del adolescente. Un ambiente familiar que propicie la comunicación entre sus miembros también se relaciona con la frecuencia con la que los padres animan y apoyan a sus hijos, reforzando sus aspiraciones y expectativas, así como la seguridad y confianza con la que estos afrontan los problemas.

Por el contrario, las expectativas educativas y la autoestima se reducen en un ambiente en el que se percibe un bajo nivel de comunicación, de confianza y vías de diálogo. No obstante, debemos tener en cuenta que la intervención sobre uno de estos aspectos de manera aislada no modifica significativamente los riesgos de consumo. Existe suficiente evidencia empírica de que los cambios, por ejemplo, en el nivel de autoestima no producen, por sí solos, modificaciones relevantes en la predisposición a consumir de los adolescentes. Esto significa que un nivel alto de autoestima, de seguridad y confianza en sí mismo o unas altas aspiraciones de logro no son factores significativos de protección contra el uso de drogas, si no tenemos en cuenta y abordamos al mismo tiempo otros elementos del entorno familiar.

Los valores se incorporan a este complejo universo de la interacción familiar al instalarse cómodamente en los espacios de convivencia. Ya hemos hablado de que entre los valores que tienden a integrarse a la vida familiar y sirven de caja de resonancia para otros, cobra mayor importancia la actualidad, lo inmediato, lo presente.

El vivir el presente con intensidad es un valor en alza que las familias están viendo cómo se consolida a su alrededor. Algunos estudios han mostrado que existe una mayor predisposición a consumir entre aquellos que dan prioridad a lo inmediato en oposición al futuro o entre los que dan más valor a la satisfacción urgente de sus deseos. "La urgencia del instante vital acelera la transformación de los valores, que se refuerzan alrededor de la intensidad de la relación momentánea frente a la permanencia de los lazos a largo plazo. La urgencia de la gratificación inmediata se contrapone a la inseguridad a largo plazo" (Alberdi, I., 2000) y al aplazamiento de la satisfacción, aumentando la tendencia a privilegiar el valor a corto plazo de todos los aspectos de la vida.

En este contexto del imperio de lo efímero y el estímulo constante por vivir el presente, el instante, encuentran su razón de ser los argumentos aducidos por muchos jóvenes para justificar el atractivo de las drogas. Me refiero a la curiosidad y la búsqueda de nuevas sensaciones. Adolescentes y jóvenes se encuentran, en muchas ocasiones persiguiendo experiencias complejas, variadas y nuevas donde el gusto por el riesgo físico y social (transgresiones) con el fin de obtenerlas es un valor añadido que refuerza su atractivo. Escritores y estudiosos del fenómeno juvenil han reflejado en su obra diferentes aspectos de esa nueva cultura de la que hablo. Quizás la obra más emblemática se deba al escritor José Angel Mañas que realiza una ajustada descripción de un concreto mundo juvenil en su novela *Historias del Kronen*, que tuvo una importante repercusión social a partir de su versión cinematográfica.

## ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE LA PREVENCIÓN FAMILIAR

En estas circunstancias no parece aventurado decir que los elementos que pueden proporcionar una base real para reducir o impedir los consumos de drogas se tienen que enfrentar a poderosos elementos de riesgo avalados por estilos de vida y ciertos valores de amplia aceptación social. Quizás los factores que en mayor medida puedan modificar esta situación se asocian al ámbito de la familia. Pero, por sí solos, tienen una repercusión limitada aunque trascendental para el futuro. Es difícil, a partir de ellos, anticipar modificaciones sustanciales de los consumos a muy corto plazo hasta tanto no se actúe también sobre aquellos factores que están cimentando los actuales riesgos. Actuar sobre factores de protección como los señalados es, sin duda, muy importante y constituiría una evidente y sustantiva mejora de las actuales condiciones en las que se desarrollan los programas de prevención. Pero al mismo tiempo debemos actuar desactivando los principales factores de riesgo social y los valores que los sustentan como acertadamente señala José Navarro: "La filosofía social dominante basada en el individualismo insolidario, en la hipercompetitividad y en el hiperconsumo que, en definitiva, es la que está en el fondo de muchas de las conductas adictivas, reforzadas incluso en muchas ocasiones por el peso de soledad y frustración que dicha filosofía acaba produciendo" (Navarro, J., 2000).

La influencia de la familia en la adquisición de valores, actitudes y comportamientos es, no cabe duda, fundamental si queremos avanzar en modificar los actuales parámetros en los que se mueven las drogodependencias. Pero al mismo tiempo debemos ser conscientes de los cambios y transformaciones que han sufrido las familias y su entorno más inmediato. Y que estos cambios afectan a la manera de enfocar la prevención y los objetivos que se persiguen en los programas dirigidos al ámbito familiar. Porque los objetivos de la prevención deben fijarse de acuerdo a la realidad de cada momento prestando atención a los procesos de cambio social (Comas, D., 1995).

Los objetivos que la prevención persigue son amplios y exigentes para las familias comprometidas con los problemas de su tiempo, en una sociedad en la que los ritmos de cambio son muy intensos. Pero debemos tener en cuenta que la familia no es una institución inmutable y no puede ser tratada como si lo fuera, con unas funciones, estructura y valores permanentes e inalterables. El desfase en los ritmos de cambio que se produce entre la familia y la sociedad debe ser objeto de un tratamiento específico para evitar mayores tensiones y conflictos. Ser conscientes de estos desequilibrios en los programas de prevención nos pondrá en mejor situación para acompañar y ajustar lo que la prevención exige y las demandas o compromisos que las familias pueden asumir en un momento dado. Debemos ser cuidadosos, por ello, con lo que los programas de prevención requieren de las familias, especialmente en cuanto a aquellas demandas que no pueden ser cubiertas por la propia institución familiar porque su capacidad de responder se ha modificado. Necesita de apoyos y cobertura externa que le permita abordar eficazmente lo que

la prevención requiere y en un contexto que facilite su labor. La prevención comunitaria de las drogodependencias podría ser un buen instrumento que permitiera compensar el aislamiento que sufre la familia y proporcionara un entorno de apoyo propicio a los objetivos que la prevención persigue.

No podemos olvidar que la familia sigue siendo un espacio ideal para trabajar la prevención, de la misma forma que es el principal agente de socialización de los individuos a la hora de incorporarse a la sociedad, sobre todo considerando al grupo familiar completo antes que dirigir nuestros esfuerzos a los padres por un lado y a los adolescentes por otro. El valor que adquiere la familia en estos momentos de cambio, incertidumbre y ausencia de perspectivas claras de futuro hay que saber aprovecharlo. Si la prevención también implica la transmisión de un conjunto de valores y actitudes, la familia es el contexto ideal para hacerlo. Porque a pesar de los cambios que se han producido y las tendencias que se prevén, la crianza y socialización de los hijos continuará siendo una función básica de la institución familiar.

### Juan Manuel Camacho Grande

Sociólogo. Consejero Técnico de la Dirección de Servicios de Educación, Juventud y Deportes del Ayuntamiento de Madrid.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Aguinaga Rouston, A. (2000). "Dinámicas sociales y modelos familiares: el fin de las crisis de las familias." En *Ponencias y conclusiones de las jornadas sobre familias: diversidad de modelos y roles*. Madrid, 20 y 21 de octubre de 2000.

Alberdi, I. (2000). "El futuro de la familia." En Tezanos, J.F. (ed.) *Escenarios del nuevo siglo. Cuarto foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Edit. Sistema.

Alvira, F.; Comas, D. (1989). *El consumo de drogas en el municipio de Madrid*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Plan Municipal contra las Drogas.

Ayuntamiento de Madrid (1995). *Evaluación del Programa Municipal de Prevención del Alcoholismo Juvenil*. Madrid: Plan Municipal contra las Drogas.

Camacho, J.M. (2000). *Influencia de la perspectiva de género en los modelos de familia*. Ponencia presentada en la V Conferencia Iberoamericana sobre familia. Madrid, 19 al 22 de septiembre de 2000.

Castell, M. (1998). *La era de la información* (3 vol.). Madrid: Alianza Editorial.

Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) (1997). *Selected Findings in Prevention: A Decade of Results from the CSAP*. Maryland.

Comas, D. (1995). "Representación social y estrategias sobre drogas: el caso español." En *Libro de Ponencias de las Jornadas de Itaca, "Aprender y cambiar. Balance y perspectivas de futuro de la intervención sobre drogas en Europa."* Barcelona: Itaca.

Del Campo, S. (1993). "La marginación de la juventud." En *Anales de la Real Academia de Ciencias Políticas y Sociales. Año XLV (70): 449-459.*

Elzo, J. et al. (1999). *Jóvenes españoles 99*. Madrid: Fundación Santa María.

Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado*. Madrid: Taurus.

Grup Igia (1989). *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup Igia.

Leal Maldonado, J.; Hernán Montalban, M.J. (1998). *Los retos de la solidaridad ante el cambio familiar*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la CAM.

Machado, L. et al. (1996). "Estructura familiar y consumo de drogas en estudiantes". *Itaca* (Dic. 1996).

Megías, E. (dtor.) et al. (2000). *Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Mora Temprano, G. (2000). "Familias y bienestar en España: tendencias ante las transformaciones del futuro." En Tezanos, J.F. (ed.): *Escenarios del nuevo siglo. Cuarto foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Edit. Sistema.

Navarro, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Plan Municipal contra las Drogas.

Tezanos, J.F. (ed.) (2000). *Escenarios del nuevo siglo. Cuarto foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Edit. Sistema.

## EL VOLUNTARIADO Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

---

Teresa Mogín Barquin

### APROXIMACIÓN AL SECTOR DE LAS ONGs Y AL VOLUNTARIADO

Durante la década de los ochenta se ha desarrollado un amplio debate relativo al estado del bienestar, sobre el papel de las asociaciones y entidades sociales en la provisión de bienestar. La propia crisis del estado del bienestar ha supuesto la gestación y desarrollo de lo que se ha venido denominando Tercer Sector, sociedad civil, sector no lucrativo, ONGs... Como ha establecido Albert Hirschman (1989), esta situación ha provocado que el Estado se haya visto de alguna manera “sobrepasado, desordenado y asfixiado” por el incremento de expectativas y demandas que su propia acción ha generado.

Se trata, por tanto, de la progresiva implantación, desde los años setenta fundamentalmente, de un sistema mixto de bienestar donde el sector público ya no monopoliza la provisión de tal bienestar, sino que junto al papel tradicional del sector público y privado aparecen las ONGs, el Tercer Sector, con un protagonismo cada día más relevante en este sistema que trata de colaborar a la implantación de la sociedad del bienestar desde una responsabilidad compartida.

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

De ahí nace una denominación que, en sí misma, constituye una definición negativa respecto del sector público y privado.

Se deduce así que su aparición es propia de democracias consolidadas en las que los ciudadanos recaban nuevas formas de participación en la decisión política, una participación más directa a través de la libre y espontánea iniciativa de la sociedad

civil. Las políticas gubernamentales han de jugar el papel de catalizadores, favoreciendo la apertura de la economía social hacia una acción cada vez más independiente, derivando en lo que se ha venido a llamar una verdadera "economía civil", fundamentada en los principios de legalidad, solidaridad y subsidiariedad.

La configuración del Tercer Sector en cada país depende de los valores sociales dominantes y del elemento histórico-cultural, pero se pueden extraer unos rasgos característicos de las ONGs, que reconoce la propia Comisión Europea en el documento *La comisión y las ONGs: el refuerzo de la colaboración*, del año 2000.

- Son organizaciones que no han sido creadas para obtener beneficios personales: aunque puedan tener asalariados y realizar actividades remuneradas, no distribuyen beneficios a sus miembros o a su dirección.
- Son voluntarias.
- Se distinguen de las agrupaciones informales por un determinado grado de existencia formal o institucional (generalmente tienen estatutos oficiales u otro documento que define su misión, objetivos y campo de acción; deben responder ante sus miembros o donantes).
- Son independientes, en especial con respecto a los Gobiernos y autoridades públicas en general, y a organizaciones políticas o comerciales.
- No persiguen sus objetivos y valores per se, sino que su objetivo es tomar parte activa en la vida pública, en cuestiones y problemas de interés general de la población, de algunos grupos sociales o de la sociedad en su conjunto (no defienden los intereses comerciales o profesionales de sus miembros).

Con respecto al nacimiento y evolución de este movimiento asociativo de las ONGs, puede hacerse referencia a las "cuatro crisis" a las que se refiere el profesor Lester M. Salomon (1994) como causas de desarrollo del mismo en las últimas décadas:

- Crisis del Estado del Bienestar. Aquel Estado solidario nacido del Informe Beveridge tras la segunda Guerra Mundial se enfrenta al problema de la imposibilidad de proveer todo tipo de servicios, de cubrir todos los déficits sociales.
- Crisis de desarrollo. A finales de los ochenta, en muchos países del "Sur" la renta per cápita descendió considerablemente de forma que una de cada cinco personas vivía en situación de extrema pobreza. Como consecuencia del fracaso generalizado de las políticas de desarrollo empezó a hablarse de un "desarrollo participativo".
- Crisis ecológica.
- Colapso del comunismo.

Estas causas citadas nos llevan al desarrollo del Tercer Sector en la década de los ochenta, pero sobre todo a partir de los noventa.

En este sentido es significativo el caso español, donde el origen del movimiento voluntario organizado (ONGs) como sistema alternativo y subsidiario del Estado para la asistencia social se sitúa a principios de los cuarenta (nacimiento de Cáritas en 1942 o de Misión y Desarrollo y Manos Unidas en los años cincuenta), experimenta una gran expansión en los años ochenta (apoyado por el desarrollo económico y la consolidación de la democracia), a la que sigue la explosión de los noventa, medida por el gran incremento del número de ONGs y de voluntarios en la sociedad española.

No puede hablarse del sector de las ONGs sin hacer referencia al pilar fundamental de las mismas, el voluntariado, pues la mayor parte de las personas que prestan sus servicios en ellas son voluntarios.

El Estado necesita de la responsabilidad de sus ciudadanos y la conciencia de esa responsabilidad ha llevado a que los propios ciudadanos desempeñen cada vez un papel más importante en el diseño y ejecución de actuaciones dirigidas a la satisfacción del interés general, a veces individualmente, pero sobre todo, a través de las ONGs, de forma gratuita y basándose en los valores de solidaridad, libertad y altruismo. La acción voluntaria constituye en la actualidad uno de los instrumentos básicos de actuación de la sociedad civil en el ámbito social, reclamando un papel cada vez más activo que se traduce en una mayor participación en el diseño y ejecución de las políticas sociales públicas.

La importancia, tanto del voluntariado como de las ONGs en que el mismo se desarrolla, se pone de manifiesto en las cifras que, al respecto, muestra el estudio realizado por la Fundación Tomillo *Empleo y trabajo voluntario en las ONGs de acción social* (año 2000) y que se resumen a continuación:

- Las ONGs de acción social en España constituyen un sector muy joven pues aproximadamente un 47% de las mismas se han constituido en la década de los noventa y sólo el 18% de las entidades actuales datan de antes de 1980.
- El Directorio de ONGs de acción social recoge más de 11.000 entidades, de las cuales el 77% son asociaciones, un 22% fundaciones y el 1% restante se refiere a federaciones y confederaciones. La mayor parte de las entidades se ubican en Madrid (17,9%), Cataluña (17,6%) y Andalucía (14,2%).
- En cuanto a la especialización, el 30% de las entidades realiza actividades dirigidas a la infancia o la familia y el 29% se dedica total o parcialmente a los jóvenes. Las más minoritarias son las ONGs especializadas en sida, pueblo gitano, personas reclusas o ex-reclusas o promoción del voluntariado (entre un 6 y un 8%).
- Respecto a su relación con las Administraciones Públicas, es más estrecha con las entidades de acción social que en el resto del sector no lucrativo. El 82,5% de ellas tiene establecido un acuerdo o convenio de gestión de servicios con algún organismo público. Cabe señalar que la relación con la Administración Local parece la más frecuente, seguida de la Administración Autonómica y, por último, con la Administración del Estado.

- No se puede dejar de hacer referencia al grado de internacionalización del Tercer Sector en España en el actual contexto de globalización. Así, las entidades especializadas en drogodependencia, promoción del voluntariado, inmigrantes, refugiados y desplazados, personas reclusas y ex-reclusas son las que muestran una mayor disposición a integrarse en organizaciones de cobertura internacional.
- Por último, en cuanto al tamaño, el sector está formado por microentidades (teniendo en cuenta sus ingresos), el 50% de ellas tiene 20 trabajadores o menos. Las subvenciones tienen un peso mayoritario en la estructura de ingresos (en torno al 53%) y destinan casi el 50% del gasto total a la ejecución de actividades.
- El 78% de los trabajadores de las ONGs de acción social son voluntarios, frente al 22% restante que tiene una relación laboral de asalariado con la entidad. Son las grandes ONGs las que cuentan con más trabajadores voluntarios.
- El empleo en este sector presenta un alto grado de feminización (el 62% de los trabajadores son mujeres) y también de juventud (el 75% tienen 35 años o menos y sólo un 4,4% de los voluntarios supera los 65 años de edad).
- Los voluntarios tienen, con carácter general, un alto nivel de estudios (más del 50% tienen titulación universitaria media o superior).

Si subdividimos el empleo en tres grandes grupos ocupacionales —directivos, profesionales y administrativos— se observa que el de los profesionales es el grupo más numeroso (el 89,8%).

- Más del 90% de los voluntarios trabajan a tiempo parcial.
- La evolución del número de voluntarios de las entidades de acción social en estos años ha sido muy positiva, de los 286.000 voluntarios en el año 1992 se ha pasado a más de 1.100.000 en el año 2000.

Esta importante evolución del número de voluntarios ha ido acompañada, a su vez, de un destacado incremento del personal asalariado dependiente de las entidades de acción social, cuyo número se estima en unas 284.000 en la actualidad, lo que ha supuesto la creación de 60.000 empleos asalariados en los últimos cinco años, con un incremento anual medio del 5,3%.

“Reconocer el derecho de asociación a todo hombre o mujer, cualquiera que sea su raza o religión, su condición física, económica, social y cultural; respetar la dignidad de todo ser humano y su cultura; ofrecer ayuda mutua desinteresada y participar, individualmente o en asociaciones, con espíritu de compañerismo y de fraternidad; estar atentos a las necesidades de las comunidades y propiciar con ellas la solución de sus propios problemas; tener como meta hacer del voluntariado un elemento de desarrollo personal, de adquisición de conocimientos nuevos, de ampliación de sus capacidades, favoreciendo la iniciativa y la creatividad,

permitiendo a cada uno ser miembro activo y no solamente beneficiario de la acción; estimular la responsabilidad social y motivar la solidaridad familiar, comunitaria e internacional.”

Esta relación de principios tan hermosa que se contienen en la Declaración Universal sobre el Voluntariado, elaborada por los propios voluntarios en el Congreso Mundial celebrado en París, en 1990 a iniciativa de la Asociación Internacional de Esfuerzos Voluntarios, encuentra, en España, su correspondencia en el artículo 9 de la Constitución que obliga a los poderes públicos a:

- Promover las condiciones para la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas.
- Remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud.
- Facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

A partir de estos preceptos fundamentales, se han ido incorporando al ordenamiento jurídico español diversas leyes, una estatal y numerosas de ámbito autonómico, que regulan las actuaciones de los ciudadanos que se agrupan para satisfacer los intereses generales, asumiendo que la satisfacción de los mismos ha dejado de ser considerada como una responsabilidad exclusiva del Estado para convertirse en una tarea compartida entre Estado y sociedad.

Finalmente, hay que destacar el papel de las citadas ONGs como novedoso canal de defensa de los valores fundamentales de la sociedad democrática como la libertad, la tolerancia, la igualdad, la justicia o la participación, ayudando tanto a los poderes públicos como a los ciudadanos a profundizar en la democracia y en la provisión de bienestar.

Por su parte, los poderes públicos han de contribuir a la consolidación de un tejido asociativo rico, plural y eficaz mediante el establecimiento de un marco jurídico adecuado, con apoyo técnico y económico y sin olvidar el fomento del voluntariado como recurso humano por excelencia de las ONGs.

Cabría concluir destacando que la colaboración entre lo público y lo privado, lo lucrativo y no lucrativo, constituye el pilar del desarrollo de las políticas sociales del nuevo milenio.

## EL PAPEL DEL ESTADO

Se hizo referencia en el apartado anterior al rol que le corresponde jugar al Estado en la sociedad participativa actual, señalándose como papel del poder público facilitar, promover y apoyar la participación ciudadana en acciones de voluntariado.

Para la consecución de tales objetivos es necesario el establecimiento de un **marco jurídico** regulador de la materia.

Al respecto, debe tenerse en cuenta, en primer lugar, el más alto nivel del ordenamiento jurídico, la Constitución Española de 1978 (CE). En su art. 1º establece que España se constituye en un Estado Social y Democrático de Derecho y propugna como valores superiores del ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. El art. 9.2 CE señala como función de los poderes públicos facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

En línea con estos preceptos, el art. 22 CE reconoce el derecho de asociación y el art. 34 el derecho de fundación.

El art. 22 debe ser desarrollado por Ley Orgánica y, mientras tanto, se aplica la Ley de Asociaciones de 1964 en todo lo que no se oponga a la Constitución (en estos momentos se encuentra en trámite de aprobación parlamentaria un nuevo Proyecto de Asociaciones).

El art. 34 ha sido desarrollado por la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la Participación Privada en Actividades de Interés General, dictada por el Estado en virtud del art. 149.1.1ª y existiendo, por tanto, leyes autonómicas sobre fundaciones.

Ha de hacerse referencia también a la Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado y a las leyes autonómicas existentes en la materia. La citada norma de 1996 define el voluntariado como el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas, siempre que las mismas no se realicen en virtud de una relación laboral, funcionarial, mercantil o cualquier otra retribuida y que reúna los siguientes requisitos:

- Que tengan carácter altruista y solidario.
- Que su realización sea libre, sin que tenga su causa en una obligación personal o deber jurídico.
- Que se lleven a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que el desempeño de la actividad voluntaria ocasione.
- Que se desarrollen a través de organizaciones privadas o públicas y con arreglo a programas o proyectos concretos.

Se excluyen del concepto las actuaciones voluntarias aisladas, esporádicas o prestadas al margen de organizaciones públicas o privadas sin ánimo de lucro.

Para completar lo anterior, la Ley establece qué se entiende por actividades de interés general: las asistenciales, de servicios sociales, cívicas, educativas, culturales, científicas, deportivas, sanitarias, de cooperación al desarrollo, de defensa del medio ambiente, de defensa de la economía o de la investigación, de desarrollo de la vida asociativa, de promoción del voluntariado, o cualesquiera otras de naturaleza análoga.

Queda así superado el concepto restringido de voluntariado, asimilado con frecuencia a lo puramente asistencial, y se da cabida al resto de ámbitos en los que la participación ciudadana es igualmente valiosa y necesario complemento de la actividad pública.

En línea con lo anterior, se conceptúa legalmente al voluntario como la persona física que realiza la actividad de voluntariado a la que se le reconocen, como reflejo de diversas recomendaciones internacionales, una serie de derechos y deberes que constituyen el denominado Estatuto del Voluntario.

El papel del Estado en la materia no se reduce al establecimiento del marco regulador, sino que también le corresponde desempeñar importantes medidas de fomento, apoyo y promoción del Tercer Sector y del voluntariado. Las mismas se han canalizado a través del I Plan Estatal del Voluntariado para el periodo 1997-2000 continuado por el II Plan 2001-2004.

## **I Plan Estatal del Voluntariado 1997-2000. Balance**

El I Plan Estatal para el periodo 1997-2000 fue elaborado con la participación de los Departamentos Ministeriales implicados por razón de sus competencias, habiéndose consultado también a las Comunidades Autónomas, a las ONGs y a la Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España.

Dentro del objetivo principal del Plan, que es establecer un marco general sobre prioridades de actuación de las instancias públicas y privadas respecto del voluntariado, se contemplaban los siguientes objetivos específicos:

- Sensibilizar al conjunto de la sociedad.
- Promocionar el voluntariado.
- Apoyar el fortalecimiento de las ONGs en que se han de integrar los voluntarios.
- Coordinar los esfuerzos de todas las instancias implicadas.

Estos objetivos específicos, a su vez, suponen la identificación de cuatro áreas de actuación:

- Sensibilización: concienciar a la sociedad en general de la importancia de colaborar en acciones de voluntariado y del papel fundamental de las ONGs en la articulación y canalización del voluntariado.
- Promoción: crear en España una auténtica cultura del voluntariado, convirtiendo las aportaciones esporádicas en una vinculación permanente e incorporando a aquellos sectores de la población que tradicionalmente se muestran menos activos en voluntariado.
- Apoyo: garantizar que tanto los voluntarios como las organizaciones en que se integran cuenten, para el desarrollo de su actividad, con los medios técnicos y financieros adecuados.
- Coordinación: entre las Administraciones Públicas y las ONGs.

Transcurrido el período 1997-2000 de aplicación del Plan puede hacerse una doble valoración: cuantitativa y cualitativa, de las 127 actuaciones que el Plan recoge, 92 han sido objeto de desarrollo con 797 proyectos.

En cuanto a la valoración cualitativa deben señalarse los siguientes puntos:

- En materia de sensibilización, se han realizado importantes medidas de difusión: difusión del propio Plan, lanzamiento de campañas, celebración de jornadas y seminarios, incluyendo la celebración del Día Internacional del Voluntariado y de los Congresos Estatales, así como la edición de materiales divulgativos.
- La sensibilización se ha centrado en ámbitos estratégicos, como son el universitario, el mediático, el empresarial y el internacional.
- Muchas ONGs se han visto ayudadas por el Plan en cuanto a promoción de voluntariado en su seno.
- El Plan ha supuesto un apoyo decisivo de las Administraciones Públicas a las ONGs, incrementándose las ayudas destinadas a programas de voluntariado con cargo a la asignación tributaria del IRPF.
- Se ha abierto en los Presupuestos Generales del Estado, a partir de 1998, una nueva línea de transferencias a las Comunidades Autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, articulada a través de convenios de colaboración, para la ejecución de proyectos.

Este balance ha conducido a la continuidad de esta línea de trabajo a través de la elaboración del II Plan del Voluntariado para el período 2001-2004.

## **II Plan del Voluntariado 2001-2004**

Como ya ocurrió con el Plan anterior, también éste se ha basado en un destacado consenso fruto de la participación y colaboración de todas aquellas instancias implicadas en la promoción del voluntariado en nuestro país, en pos de lograr un pleno compromiso de las mismas. Por tanto, en virtud de esa metodología participativa, los distintos Ministerios, las Comunidades y Ciudades Autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias y las ONGs de Acción Social se han visto implicados en la elaboración del nuevo Plan.

El mismo se ha estructurado en tres áreas fundamentales, para cada una de las cuales se ha propuesto un objetivo en que se hace referencia a sus contenidos esenciales, tratando de solventar una de las deficiencias detectadas respecto al Plan anterior debida a su redacción genérica y a la dificultad de identificar algunos de los rasgos propios de un Plan (objetivos, instrumentos...). En su redacción se ha tratado de reflejar, asimismo, los objetivos fijados por la Organización de Naciones Unidas para el año 2001, Año Internacional del Voluntariado: el reconocimiento de los

voluntarios, la promoción de este movimiento en el conjunto de la sociedad, el apoyo de las organizaciones en que se integran y el intercambio de conocimientos y experiencias que ayude a crear redes nacionales, regionales y globales.

A su vez, cada área enmarca diferentes líneas estratégicas, ya que la imposibilidad de actuar en todo lo relativo al movimiento voluntario aconseja dar al Plan un enfoque sectorial que priorice una serie de ámbitos y de acciones orientadas hacia objetivos concretos y a corto plazo.

El **área de sensibilización** tiene como objetivo proporcionar información a toda la sociedad acerca del valor, las oportunidades y la necesidad de participación voluntaria, de acuerdo con las características de cada grupo de edad y con los intereses de cada ciudadano.

Este objetivo se prevé alcanzar mediante las siguientes líneas estratégicas:

- El fomento y apoyo de todas aquellas iniciativas que supongan la difusión de las actividades voluntarias, el reconocimiento de los voluntarios y el debate sobre su concepto y papel social. Entre esas iniciativas cabría hacer mención de la difusión de informaciones y conocimientos que den una mayor visibilidad a los voluntarios y al propio Plan Estatal, así como del fomento de las investigaciones y la reflexión acerca de la concepción misma de las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado.
- La sensibilización y compromiso de los medios de comunicación social hacia las temáticas relativas a las ONGs y el voluntariado, y a los valores que representan. Con las actuaciones incluidas en esta línea se trata de potenciar las posibilidades de comunicación externa del Tercer Sector, y de favorecer la presencia de las ONGs en los medios de comunicación social de carácter general, principalmente radio, prensa y televisión.
- La consolidación de la acción voluntaria en el ámbito educativo abarca, tanto la educación en valores de niños y jóvenes, como la sensibilización y el compromiso de la comunidad universitaria por su singular labor en la formación integral de la persona y por su contribución a la creación de una conciencia crítica en la sociedad.
- La consolidación de la acción voluntaria en diferentes grupos de edad y con diferentes colectivos reúne una serie de actuaciones referidas a aquellos ámbitos que por su singularidad e importancia merecen una especial mención en cuanto a la promoción del voluntariado.

Por una parte, se pretende fomentar el voluntariado entre las personas mayores; por otra, se busca incentivar un voluntariado fuerte y de calidad con los colectivos en los que, hasta ahora, la colaboración ha sido menor, con las personas inmigrantes, y en aquellos ámbitos especialmente sensibles a la acción voluntaria como la protección civil, la cultura o la sanidad, y, en particular, el voluntariado medioambiental, rural o local.

El objetivo del **área de apoyo** es el de comprometer al sector público, al privado lucrativo y al propio Tercer Sector en la modernización de las ONGs y en su dotación, adecuado al destacado papel social que han de desempeñar. El área de apoyo abarca las siguientes líneas:

- El apoyo a la modernización organizativa y funcional de las entidades del Tercer Sector, afianzando los valores democráticos y participativos de cada organización, y tomando de la empresa privada aquellos principios, sistemas y prácticas que les puedan resultar más útiles para desarrollar una labor efectiva y de calidad.
- La dotación de recursos humanos, económicos y de otro tipo adecuada a las acciones de cada ONGs, con el fin de que las entidades puedan llevar a cabo su labor de forma eficiente y con calidad.
- La consecución de la implicación social de las empresas, reúne una serie de actuaciones referidas a la creación de una cultura empresarial sensible a los problemas sociales, la inclusión de la participación y la colaboración ciudadana en el marco de la gestión de recursos humanos y al apoyo económico que las empresas pueden brindar a las ONGs, bien optando prioritariamente por sus servicios, bien ofreciendo sus propias prestaciones y productos en unas condiciones más favorables.

El **área de coordinación** tiene como objetivo el de fortalecer la colaboración entre Administraciones públicas y ONGs, así como de éstas entre sí, prestando una especial atención a su implicación en las estructuras y redes nacionales e internacionales de cooperación.

Se prevé alcanzar este objetivo mediante las siguientes líneas estratégicas:

- El fortalecimiento de las relaciones de coordinación entre ONGs supone, principalmente, el intercambio de experiencias y conocimientos sobre necesidades y problemas comunes, demandas y vías de solución entre todas las entidades que trabajan con voluntariado, pero muy especialmente, con aquellas con las que cada entidad comparte un mismo ámbito de acción o una misma zona territorial, de modo que se cubran íntegramente las carencias de los colectivos necesitados.
- La vigorización de la coordinación en el ámbito administrativo y de la participación de las ONGs en la prestación de servicios públicos. Entre las actuaciones orientadas hacia esa vigorización cabe citar el refuerzo de las unidades administrativas que tienen asignada la función específica de fomento de las ONGs y de la participación ciudadana, la colaboración entre unidades y responsables públicos, y la coordinación más amplia que alcance a ONGs, Administraciones Públicas, Universidades, entidades empresariales y, en general, cuantos individuos e instancias se hallen implicadas.
- La incorporación de las ONGs y de las unidades administrativas al entorno internacional, ya que la integración en redes y organismos internacionales puede ser la única vía de solucionar muchos de los problemas mundiales.

## 2001 AÑO INTERNACIONAL DEL VOLUNTARIADO

La importancia del voluntariado como forma de conseguir una sociedad más solidaria, justa y participativa ha llevado a la ONU a declarar el 2001 como Año Internacional del Voluntariado. Tal declaración fue adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en su 50ª sesión de 20 de noviembre de 1997, atendiendo a la Recomendación del Consejo Económico y Social de dicho organismo. Se pretende con ello fomentar e impulsar el papel del voluntariado en el entorno mundial. A su vez, ha constituido también una ocasión especial para consolidar e impulsar el voluntariado en nuestro país.

Para la consecución de ese doble objetivo se ha previsto un plan de actuaciones del que se podría destacar lo siguiente:

- Constitución y puesta en funcionamiento del Comité Español de Coordinación de las Acciones para el 2001, Año Internacional del Voluntariado, en cumplimiento del Programa de Voluntarios de Naciones Unidas, que insta a cada Estado miembro a la constitución de un Comité Nacional de Coordinación, en el que deberán estar representadas todas las instancias implicadas en el desarrollo de las políticas de voluntariado a nivel nacional.

El Comité ha sido regulado por Real Decreto 1944/2000, de 1 de diciembre. Su Presidente es el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales y ostenta la Presidencia de Honor S.A.R. el Príncipe de Asturias. Entre sus funciones cabe destacar las siguientes: difundir los objetivos a alcanzar con el año Internacional del Voluntariado, impulsar las actividades promovidas por las Administraciones Públicas, promover la participación del sector asociativo y de la sociedad en general, establecer contactos con Iberoamérica, elaborar un programa de actividades y, finalmente, elaborar a final de año una memoria.

Integran el Comité un Presidente, dos Vicepresidentes, cincuenta y siete vocales representantes de Departamentos Ministeriales, de las Comunidades y Ciudades Autónomas, de la Federación Española de Municipios y Provincias, de las ONGs, así como personalidades y expertos.

- Constitución y puesta en funcionamiento del Consejo Estatal de ONGs de Acción Social. Se creó por Real Decreto 1910/1999 y su sesión constitutiva tuvo lugar el 19 de febrero del 2001. Contribuirá al desarrollo de una política social coordinada del sector público y del sector privado en la construcción de una auténtica sociedad del bienestar. Se ha concebido como un órgano de encuentro, diálogo y participación en las políticas de acción social, que facilitará el entendimiento entre todos los sectores implicados en la acción social, estando integrado tanto por representantes de la Administración del Estado como de las ONGs de Acción Social.
- Elaboración del *Libro Blanco sobre el Tercer Sector*, que permitirá conocer la dimensión y la incidencia del mismo, así como facilitar una planificación ajustada a la realidad.

- Publicación de un Boletín Informativo *ONGs, Voluntariado* de periodicidad bimestral, en el que se difunden breves noticias y datos referidos al ámbito de las ONGs y del voluntariado.
- Celebración del Día Internacional del Voluntariado. El último tuvo lugar el día 5 de diciembre de 2001 con el objetivo de hacer una llamada en aras al reconocimiento social de los voluntarios y las organizaciones que los acogen.
- Edición de un sello conmemorativo del Año Internacional del Voluntariado, aprobada por la Comisión de Programación de Emisiones de Sellos y demás signos de franqueo, en su reunión del 22 de junio del 2000. Prevista su puesta en circulación el 27 de noviembre.
- Celebración de reuniones de trabajo sobre implicación social de la empresa.
- Con la intención de impulsar uno de los ámbitos de gran importancia para el voluntariado, se celebró la II Conferencia Europea del Voluntariado Universitario en el marco de la Universidad Menéndez Pelayo (Santander, 28-30 de junio de 2001).
- Celebración del V Congreso Estatal del Voluntariado (Salamanca, 29 de noviembre - 1 de diciembre 2001).
- Jornadas de reflexión y debate en torno a las nuevas tecnologías y el Tercer Sector, que incluye la presentación de portales solidarios y voluntarios a través de Red.es.
- Celebración del Foro Virtual Iberoamericano de Voluntariado y ONGs de Acción Social.
- Jornadas sobre Voluntariado y Administración Local, en colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias.

Junto a este elenco de actividades a desarrollar por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en gran parte en colaboración con otras entidades, existen también otros programas desarrollados por otros Ministerios, miembros del Comité, Comunidades Autónomas, ONGs y Universidades que vienen a completar a los anteriores.

## PARA FINALIZAR

Solo hemos hecho un apunte sobre el papel del Tercer Sector y de todos cuantos se integran o colaboran en el mismo y tendríamos, una vez más, que recordar que el camino recorrido apenas es nada frente al camino a recorrer, camino en el que todos somos necesarios y juntos debemos afrontar los retos que pone frente a nosotros el inmediato futuro y que pueden concretarse en lo siguiente:

- Las ONGs deben trabajar formando coaliciones que hagan visibles las necesidades sociales y ofrezcan una voz potente para presentar sus problemas y para resolverlos. Sin duda, una red social fuerte y consolidada supondrá un plus de garantía para un desarrollo equilibrado.

- Deben colaborar a la incorporación de los valores éticos a todas las facetas y actividades de la vida social, política y económica tal y como señalaba el manifiesto aprobado en el IV Congreso Estatal del Voluntariado (Valencia, Noviembre 2000).
- Deben mejorar los procesos de organización de las entidades y de formación de sus equipos profesionales y voluntarios para saber ofrecer una respuesta de calidad, mejorando la eficacia social de sus programas.
- Deben exponer su actividad a todos los ciudadanos con total transparencia de manera que puedan atraer hacia sus proyectos nuevas aportaciones solidarias. Se trata, en este caso, de mostrar para convencer.

En resumen, se trata de progresar para conseguir una sociedad más solidaria y por tanto más justa.

Diremos con Alfonso Marina que **“nuestro primer reto es crear un mundo éticamente vivible.”**

#### **Teresa Mogín Barquin**

Economista. Directora General de Acción Social del Menor y la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

Etzioni, A. (1973). "The Third Sector and Domestic Missions". *Public Administration Review*, 33: 314-323.

Salomón, L.S. (1994). *The Emerging Non-profit Sector. An Overview*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.

# EXCLUSIÓN SOCIAL Y DROGAS

---

Quim Brugué Font, Ricard Gomà Carmona, Joan Subirats Humet

## INTRODUCCIÓN

Existe un amplio consenso en considerar que los problemas que conllevan el uso de las drogas, casi nunca se dan de forma aislada. Habitualmente se dan factores, de carácter personal, de relación entre personas, o de carácter más sociocultural, que configuran el marco en el que se da el uso y consumo de las drogas y que asimismo nos muestran el carácter reticular o comunitario de las posibles respuestas. Si en vez de plantearnos el tema de las drogas, abordáramos los temas del hacinamiento en ciertos barrios de grandes ciudades, la desestructuración familiar o la llamada "fractura digital", probablemente llegaríamos a conclusiones similares en relación a los factores que intervienen en cada una de esas situaciones y en relación a las vías de salida. La mirada que proponemos en este capítulo pretende centrarse, precisamente, en la conectividad del tema de las drogas con muchas otras situaciones sociales y personales que configuran procesos de exclusión o marginación social, en momentos que podríamos calificar de cambio de época. En efecto, hemos de reconocer que no hay sitio en el que mirar en el que uno no tenga la sensación de que sus habituales instrumentos de análisis y reflexión se le han quedado obsoletos, tal es la rapidez y la intensidad de los cambios a los que estamos asistiendo. **La realidad se mueve, se transforma y lo hace a gran velocidad.** El escenario en el que se construyó el llamado estado del bienestar está quedando atrás, y no es razonable imaginar que podamos simplemente reconstruirlo.

A partir de estos elementos, proponemos seguir un itinerario, en este capítulo, en el que nos centraremos sobre todo, en los aspectos conceptuales de la exclusión social en general, tratando de examinar sus múltiples dimensiones, los factores principales que generan exclusión, proponiendo asimismo una tipología comprensiva del tema. En la última parte de nuestro trabajo examinaremos las que, a nuestro juicio, constituyen las principales respuestas a la exclusión, desde una nueva perspectiva

de las políticas públicas de inclusión, para acabar centrándonos en algunas consideraciones que permitan enlazar este universo conceptual con el específico mundo de las drogas. El posible valor de nuestra aportación, por tanto, no proviene tanto del campo de especialistas en drogas y sus circunstancias conexas, que no lo somos, sino en todo caso del campo del análisis de políticas públicas y su evolución ante las nuevas realidades económicas y sociales.

Estamos viviendo cambios muy profundos en los aspectos fundamentales que han asentado la sociedad industrial avanzada del siglo XX. Desde el punto de vista productivo, el impacto de los grandes cambios tecnológicos ha modificado totalmente las coordenadas del mundo industrializado. Se han superado las estructuras "fordistas", aquellas en que grandes concentraciones de trabajadores eran capaces de producir ingentes cantidades de productos de consumo masivo a precios asequibles, sobre la base de una organización del trabajo "taylorista" y a costa de una notable homogeneidad en la gama de bienes producidos. La llamada globalización o mundialización económica, construida sobre la base de la revolución en los sistemas de información, ha permitido avanzar hacia un mercado mundial, en el que las distancias cuentan menos y donde el aprovechamiento de los costes diferenciales a escala planetaria ha desarticulado empresas y plantas de producción. Palabras como flexibilización, adaptabilidad o movilidad han reemplazado a especialización, estabilidad o continuidad. **La sociedad del conocimiento busca el valor diferencial, la fuente del beneficio y de la productividad en el capital intelectual frente a las lógicas anteriores centradas en el capital físico y humano.**

Como ha señalado Ulrich Beck, "lo que está en juego es la propia concepción del trabajo como elemento estructurante de la vida y de la inserción y del conjunto de relaciones sociales." Y, en este sentido, las consecuencias más inmediatas de esa reconsideración del trabajo afectan en primer lugar a lo que podríamos denominar la propia calidad del trabajo disponible. Lo que se ha llamado "brasileñización" del empleo, trata de describir la creciente precarización de los puestos de trabajo disponibles o creados en estos últimos años en Europa. Si en los años sesenta, sólo un 10% de los puestos de trabajo en Alemania podían ser considerados como precarios, ese porcentaje se dobló en los setenta, alcanzando ya en los noventa a un tercio de los trabajos realmente existentes. Y la tendencia sigue imparable. Sólo consideramos trabajo un conjunto de labores que van precarizándose y que tienden a reducirse cada día que pasa, y mientras, otras muchas cosas que hacemos, socialmente útiles, las seguimos considerando como no trabajo. ¿Podemos seguir manteniendo una concepción del trabajo estrechamente vinculada a labores productivas y salarialmente reconocidas? **En definitiva, el capital se nos ha hecho global y permanentemente movilizable y movilizad, mientras el trabajo sólo es local, y cada vez es menos permanente, más condicionado por la volatilidad del espacio productivo.**

La sociedad industrial nos había acostumbrado asimismo a estructuras sociales relativamente estables y previsibles. Hemos asistido a la rápida conversión de una sociedad estratificada, de una sociedad fundamentada en una división clasista notable

mente estable, a una realidad social en la que encontramos una significativa multiplicidad de los ejes de desigualdad. Si antes, las situaciones carenciales y problemáticas se concentraban en sectores sociales que disponían de mucha experiencia histórica acumulada al respecto, y que habían ido sabiendo desarrollar respuestas más o menos institucionalizadas, **ahora el riesgo se ha democratizado, castigando más severamente a los de siempre, pero golpeando también a nuevas capas y personas.** Pero, aparecen también nuevas posibilidades de ascenso y movilidad social que antes eran mucho más episódicas. Encontramos más niveles y oportunidades de riqueza en segmentos o núcleos sociales en los que antes sólo existía continuidad de carencia. Mientras, por otro lado, encontramos también nuevos e inéditos espacios de pobreza y de dificultad en el sobrevivir diario. Frente a la anterior estructura social de grandes agregados y de importantes continuidades, **tenemos hoy un mosaico cada vez más fragmentado de situaciones de pobreza, de riqueza, de fracaso y de éxito.** Pero, la miseria coloniza y la riqueza expulsa. Y ello genera una proliferación de riesgos y de interrogantes que provoca fenómenos de búsqueda de certezas en la segmentación social y territorial. Los que pueden buscan espacios territoriales o institucionales en los que encontrarse seguros con los "suyos", cerrando las puertas a los "otros".

Las familias se resienten también de esos cambios. El ámbito de convivencia primaria no presenta ya el mismo aspecto que tenía en la época industrial. El hombre trabajaba fuera del hogar, mientras la mujer asumía sus responsabilidades reproductoras, cuidando marido, hijos y ancianos. La mujer no precisaba formación específica, y su posición era dependiente económica y socialmente. El escenario es hoy muy distinto. La equiparación formativa entre hombre y mujer es casi total. La incorporación de la mujer al mundo laboral aumenta sin cesar, a pesar de las evidentes discriminaciones que se mantienen. Pero, al lado de lo muy positivos que resultan esos cambios para devolver a la mujer toda su dignidad personal, lo cierto es que **los roles en el seno del hogar apenas si se han modificado.** Crecen las tensiones por la doble jornada laboral de la mujer, se incrementan las separaciones y aumentan también las familias en las que sólo la mujer cuida de los hijos. Y, con todo ello, se provocan nuevas inestabilidades sociales, nuevos filones de exclusión, en los que la variable género resulta determinante.

Ese conjunto de cambios y de profundas transformaciones en las esferas productiva, social y familiar no han encontrado a los poderes públicos en su mejor momento. Los retos son nuevos y difíciles de abordar, y las administraciones públicas no tienen la agilidad para darles respuestas adecuadas. **El mercado se ha globalizado, pero el poder político sigue anclado al territorio.** Y es en ese territorio donde los problemas se manifiestan diariamente. La fragmentación institucional aumenta, perdiendo peso el estado hacia arriba (instituciones supraestatales), hacia abajo (procesos de descentralización, "devolution", etc.), y hacia los lados (con un gran incremento de los partenariados públicos-privados, con gestión privada de servicios públicos y con presencia cada vez mayor de organizaciones sin ánimo de lucro en el escenario público). Al mismo tiempo, la lógica jerárquica que ha caracterizado

siempre el ejercicio del poder, no sirve hoy para entender los procesos de decisión pública, basados cada vez más en lógicas de interdependencia, de capacidad de influencia, de poder relacional, y menos en estatuto orgánico o en ejercicio de jerarquía formal.

En ese contexto institucional, **las políticas públicas que fueron concretando la filosofía del estado del bienestar, se han ido volviendo poco operativas, poco capaces de incorporar las nuevas demandas**, las nuevas sensibilidades, o tienen una posición débil ante nuevos problemas. Las políticas de bienestar se construyeron desde lógicas de respuesta a demandas que se presumían homogéneas y diferenciadas, y se gestionaron de manera rígida y burocrática. Mientras hoy tenemos un escenario en el que las demandas, por las razones apuntadas más arriba, son cada vez más heterogéneas, pero al mismo tiempo llenas de multiplicidad en su forma de presentarse, y sólo pueden ser abordadas desde formas de gestión flexibles y desburocratizadas.

Es precisamente en ese contexto complejo y lleno de preguntas sin respuesta, donde el concepto de exclusión ha servido para describir de forma sintética **situaciones sociales de una gran diversidad**. Precisamente, nuestra pretensión es tratar de poner de relieve qué existe detrás de ese concepto, cuáles son sus componentes esenciales y qué factores provocan las dinámicas que conducen a eso que llamamos exclusión.

## **LA EXCLUSIÓN COMO CONCEPTO. SUS POTENCIALIDADES Y SUS LÍMITES**

El objetivo de este apartado será reflexionar en torno a los componentes clave que confluyen en un concepto que presenta una gran riqueza de matices. En concreto, nos proponemos destacar cuatro de esos componentes:

- La exclusión como fenómeno estructural.
- La exclusión como fenómeno dinámico.
- La exclusión como fenómeno multifactorial y multidimensional.
- La exclusión como fenómeno politizable.

### **La exclusión como fenómeno estructural**

La exclusión social, como realidad de hecho, no es algo básicamente nuevo. **Puede inscribirse en la trayectoria histórica de las desigualdades sociales**. Con antecedentes claros —en el marco histórico de las sociedades contemporáneas— en lo que fueron las necesidades colectivas que se plantearon desde el inicio de los procesos de industrialización y urbanización masiva, a lo largo de los siglos XIX y XX. Ahora bien, en estos momentos, la exclusión social expresa la nueva configuración de las desigualdades en el contexto actual de transición hacia lo que se ha venido

en llamar sociedad del conocimiento. La cuestión social se transforma y adquiere una nueva naturaleza en las emergentes sociedades tecnológicas avanzadas. La exclusión social es, en buena parte, el reflejo de esa nueva naturaleza. Pero, ¿cuál es la novedad?

Muy en síntesis, podríamos decir que la vieja sociedad industrial presentaba conflictos básicamente centrados en las dinámicas de clase que, dada su unidimensionalidad (vinculada a las distintas posiciones de unos y otros en el sistema productivo), no llegaban a romper los parámetros básicos de la integración social. Ahora, en cambio, en un contexto de creciente heterogeneidad social, la exclusión va más allá de las desigualdades verticales del modelo industrial. Lo nuevo es que **la exclusión implica fracturas en el tejido social, la ruptura de ciertas coordenadas básicas de integración**. Y, en consecuencia, la aparición de una nueva escisión social en términos de dentro/fuera. Es a partir de ahí que podemos hablar de nuevos colectivos excluidos.

### **La exclusión como proceso dinámico**

Con el término exclusión nos referimos mucho más a un proceso —o un conjunto de procesos— que a una situación estable. Y dichos procesos presentan una “geometría variable”. Es decir, no afectan sólo a grupos predeterminados concretos, más bien al contrario, afectan de forma cambiante a personas y colectivos, a partir de su grado de **vulnerabilidad** frente a dinámicas de marginación. Beck sostiene que **la distribución de riesgos sociales** —en un contexto marcado por la erosión progresiva de los tradicionales anclajes de seguridad de la sociedad industrial— **se vuelve mucho más compleja y generalizada**. El riesgo de ruptura familiar en un contexto de cambio en las relaciones hombre-mujer, el riesgo de quedar obsoleto en un marco de cambio tecnológico acelerado, el riesgo de precariedad e infrasararización en un contexto de cambio en la naturaleza del vínculo laboral... todo ello y otros muchos ejemplos, pueden **trasladar hacia zonas de vulnerabilidad** a la exclusión a todo tipo de personas y colectivos, en momentos muy diversos de su ciclo de vida. Como ya hemos dicho, la exclusión es más “democrática”. Las fronteras de la exclusión son móviles y fluidas; los índices de riesgo presentan extensiones sociales e intensidades personales altamente cambiantes.

### **La exclusión como fenómeno multifactorial y multidimensional**

La exclusión social no se explica tampoco con arreglo a una sola causa. Se presenta, en cambio, como **un fenómeno poliédrico, formado por la articulación de un cúmulo de circunstancias desfavorables, a menudo fuertemente interrelacionadas**. En el apartado siguiente consideraremos los varios factores que anidan en las raíces de la exclusión, pero quisiéramos destacar ahora su carácter complejo, formado por múltiples vertientes. La exclusión difícilmente admite definiciones simples o muy diferenciadas. Una sencilla explotación de las estadísticas nos muestra las altísi-

mas correlaciones entre, por ejemplo, fracaso escolar, precariedad laboral, desprotección social, familias monoparentales y género. O bien entre barrios “guetizados”, malas condiciones de habitabilidad, segregación étnica, pobreza y múltiples problemas de salubridad. Todo ello conduce hacia la imposibilidad de un tratamiento unidimensional y sectorial de la exclusión social. **La marginación, como problema a abordar por los poderes públicos, requiere formas integrales en su definición, y horizontales o transversales en sus procesos de gestión.**

### **La exclusión como fenómeno politizable**

La exclusión social no está inscrita de forma fatalista en el destino de ninguna sociedad. No podemos de ninguna manera aceptar que existan personas o colectivos que, por definición o como principio, sean más susceptibles de caer en la exclusión. Como tampoco aceptaríamos que alguien es por definición un marginado o que no puede ser considerado en igualdad de condiciones a los demás. Al contrario, nada impide que **la exclusión sea abordada desde los valores, desde la acción colectiva, desde la práctica institucional y desde las políticas públicas.** Más aún, en cada sociedad concreta, la forma concreta en que los poderes públicos o la sociedad abordan los temas de exclusión se convierten en uno de sus factores explicativos clave. ¿Por qué creemos que es importante hacer hincapié en todo esto? En otros momentos históricos, por ejemplo en las etapas centrales de la sociedad industrial, el sector social sometido a relaciones de desigualdad y subordinación en la estructura productiva había adquirido plena conciencia de ello y, por tanto, disponía de capacidad de autoorganización social y política. Se había convertido, en mayor o menor medida según el momento histórico y el contexto social, en agente portador de un modelo alternativo, con potencial de superación de las relaciones de desigualdad vigentes. Ello no pasa con la exclusión. Los colectivos marginados, heterogéneos y cambiantes, no logran estructurarse organizativamente, no logran conformar ningún sujeto homogéneo y articulado de cambio histórico, visible, y con capacidad de superación de la exclusión. De ahí que sea mucho más complicado generar procesos de movilización y definir una praxis superadora de la exclusión. De ahí también que a menudo se cuestione la posibilidad de que esos fenómenos de exclusión acaben generando movimientos políticos con voluntad emancipatoria. Y se imponga con facilidad, en cambio, una cierta perspectiva cultural que lleva a considerar la exclusión como algo inherente a las sociedades avanzadas del siglo XXI. Algo inevitable, “la existencia de perdedores”, que solo merecería “compasión”. Pero esa, recordemos, es sólo una de las opciones políticas posibles ante la exclusión.

### **LOS FACTORES DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL. ¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS GENERADORES DE DINÁMICAS DE EXCLUSIÓN?**

A partir de todo lo que hemos ido mencionando, podríamos avanzar en una idea de exclusión social que la entendería como **un fenómeno cambiante, relacional, propio de una sociedad en rápido proceso de transformación y susceptible de generar dinámicas políticas colectivas.** Sobre esta base, el siguiente paso debería

ser la identificación de los grandes factores generadores de exclusión. En concreto, proponemos optar por el análisis de tres mecanismos que operan, creemos, como determinantes clave de la magnitud y estructura de la exclusión, y que pensamos es plenamente aplicable también a España.

- **Las tres dimensiones de la fragmentación social.** Cabe destacar, en primer lugar, la transición hacia una estructura social mucho más compleja y fragmentada que la de la sociedad industrial. Esta transición se caracterizaría por:

a) **La diversificación étnica** derivada de emigraciones de los países más pobres, generadora —a falta de políticas potentes de multiculturalidad e inserción— de un escenario con múltiples facetas de precarización (legal, económica, relacional y familiar) de un buen número de colectivos inmigrantes;

b) **La alteración de la pirámide de edades**, con incremento de las tasas de personas con dependencia, en muchos casos física, en otros social, económica...; y

c) **La pluralidad de formas de convivencia familiar** con incremento de la monoparentalidad en capas medias y populares. La erosión de la familia patriarcal clásica, junto a la debilidad de las políticas públicas de educación infantil y de atención a la vejez, y junto a las dificultades para permitir una mejor articulación entre la esfera doméstica y un empleo de calidad, propician nuevas dinámicas de riesgo social en amplios colectivos de mujeres.

- **El impacto sobre el empleo de la economía postindustrial.** Cabe considerar, en segundo lugar, el impacto que sobre el mercado de trabajo, el empleo y las relaciones laborales desencadena la transición hacia una economía, más basada en la información y el conocimiento, con esquemas de producción que cada vez se parecen menos a los que constituían las sociedades industriales (que algunos llaman “fordistas”). Desde luego, los impactos son múltiples y en muchas direcciones. Para sectores relevantes de la sociedad, el cambio económico puede haber generado un abanico de nuevas oportunidades impensable en periodos anteriores. Y, por tanto, hay nuevos “ganadores”. Pero no podemos obviar que todo cambio económico, inscrito en la lógica del capitalismo, genera asimismo “perdedores”. En este caso, perdedores empujados hacia procesos de exclusión, plasmados en nuevas realidades conectadas a la esfera laboral: **desempleo juvenil de nuevo tipo, estructural y adulto de larga duración; trabajos de baja calidad sin vertiente formativa; y empleos de salario muy bajo y sin cobertura por convenio colectivo.** Todo ello nos remite y puede sintetizarse en dos fenómenos.

a) Las tradicionales trayectorias lineales y rápidas de los jóvenes hacia el empleo industrial asalariado son hoy excepción. Más bien encontramos un abanico de itinerarios muy complejos y dilatados en el tiempo. Los itinerarios de inserción recorridos por jóvenes con intensas carencias formativas y débiles resortes de aprendizaje, dan acceso estricto a empleos eventuales, precarios y no generadores de ningún tipo de vínculo grupal o comunitario. Y esas son condiciones propicias para un nuevo espacio de exclusión social juvenil.

b) La irreversible flexibilidad de los procesos productivos en la economía de la sociedad de la información ha servido de argumento en algunas sociedades, entre ellas la española, para impulsar procesos paralelos de destrucción de empleo y de desregulación laboral, con erosión de derechos laborales y debilitamiento de los esquemas de protección social tradicionalmente ligados al mercado de trabajo. Ello ha generado nuevos espacios sociales de exclusión, que afectan no sólo a la población más joven, sino también y sobre todo a colectivos adultos con cargas familiares.

- **Los nuevos déficits de inclusividad del estado de bienestar.** Finalmente, puede sostenerse que el estado de bienestar tiene grandes dificultades para llegar y acoger en sus políticas y prestaciones a los nuevos sectores de exclusión. A eso nos referimos cuando hablamos de déficits de inclusividad. Es ese un factor clave que opera en un mínimo de dos planos. Se han ido consolidando, por una parte, lo que denominaríamos **fracturas de ciudadanía**, provocadas por una manera de entender las prestaciones que deja fuera de la Seguridad Social, por ejemplo, a grupos con insuficiente vinculación a los mecanismos contributivos, o la exclusión de sectores vulnerables al fracaso escolar en la enseñanza pública de masas. Se han ido incrementando, por otra parte, las consecuencias segregadoras de ciertos mercados de bienestar en los que nunca ha existido una significativa presencia pública: por ejemplo, los mercados del suelo e inmobiliario. Hecho que provoca no sólo la exclusión del acceso a la vivienda de amplios colectivos sociales, sino también fenómenos de fractura social en el territorio (barrios en crisis).

Desde luego, estos tres fenómenos, **la fragmentación de la sociedad, el impacto sobre la esfera laboral de la economía postindustrial y los déficit de inclusividad de las políticas clásicas de bienestar**, no operan de forma aislada entre sí. Se interrelacionan y, a menudo, se potencian mutuamente. **De hecho, las dinámicas de exclusión social se desarrollan al calor de estas interrelaciones.** Ciertos colectivos inmigrantes, por ejemplo, no sólo ocupan las posiciones más marginales en la división étnica del trabajo, padecen también obstáculos de acceso a los sistemas de protección social, y son muy vulnerables a la discriminación en el mercado de la vivienda. Jóvenes con dificultades para seguir unos estudios, que o están en paro o sólo encuentran empleos precarios y mal retribuidos, y que encuentran en el abuso de las drogas salidas de identidad personal y grupal. Sectores de población dependiente, de edad avanzada, quedan con facilidad excluidos de unos servicios sociales con tasas muy bajas de cobertura. O bien comunidades que habitan barrios periféricos segregados sufren con mayor intensidad el desempleo de larga duración o la inserción laboral en precario. En definitiva, la realidad nos muestra el carácter multifactorial y multidimensional de la exclusión.

La Tabla 1 pretende mostrar de forma gráfica y esquematizada los factores generadores de exclusión social. Tiende además un puente hacia otros capítulos del presente Informe, al poner en conexión dichos procesos con algunos de los principales colectivos vulnerables a la exclusión y con los sectores de política pública que se irán analizando y con algunos comentarios que realizaremos más adelante.

**Tabla 1. Exclusión social: factores, grupos sociales y políticas**

Factores de exclusión	Colectivos excluidos	Políticas frente a la exclusión
Economía postindustrial e impacto sobre el empleo	Jóvenes con dificultades intensas de inserción laboral Adultos desempleados de larga duración	Políticas contra el paro juvenil y el desempleo de larga duración
Inmigraciones del Sur hacia UE Nuevos modelos familiares Nueva estructura demográfica	Colectivos de inmigrantes Mujeres-madres solas Gente mayor dependiente	Políticas de Rentas Mínimas
Sistemas de protección social contributivos Sistemas de protección social con coberturas no universales Servicios sociales insuficientes	Sectores fuera del bloque de transferencias/servicio del estado de bienestar	Políticas de Servicios Sociales
Funcionamiento excluyente de mercados de vivienda con acción pública débil	Sectores sin acceso a la vivienda Colectivos especialmente segregados	Políticas de vivienda social Políticas de regeneración urbana

Fuente: Elaboración propia.

## LA ESTRUCTURA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL

No podemos ni pretendemos en este apartado aportar datos que nos permitan calibrar la magnitud de la exclusión social en Europa y en España en particular<sup>1</sup>. Sí que, en cambio, consideramos útil el ofrecer una cierta perspectiva analítica sobre la estructura de la exclusión social, en la que encajar éste y posteriores trabajos al respecto. A tal efecto, proponemos considerar una matriz de 20 colectivos (Tabla 2), realizado a partir del ejercicio de cruzar siete esferas donde operan factores de exclusión, con un conjunto de circunstancias personales que pueden intensificar el potencial de marginación existente.

Como puede observarse en este cuadro, con respecto a las esferas de exclusión social, se incorporan desde las más clásicas (laboral, residencial y formativa), hasta las que han ido ganando relevancia en los últimos tiempos, básicamente concretadas en componentes de exclusión social que emergen en el campo de las desigualdades étnicas, de ciudadanía, de género y sociosanitarias. También se incluyen otras esferas que han ido quedando olvidadas, como la realidad de marginación en la que viven muchos presos y expresos, y la situación de precarización afectiva y relacional que sufren muchos niños y niñas en contextos familiares desestructurados.

Por otro lado, puede asimismo observarse en el cuadro cómo se ha optado por considerar de forma específica las circunstancias que pueden intensificar o agravar la exclusión social. En este sentido, hemos optado por incluir **tres circunstancias intensificadoras** de carácter diferente:

- **El contexto familiar**, como ámbito primario de relaciones interpersonales, en el que pueden operar factores muy potentes que acentúen los riesgos de exclusión (violencia familiar, monoparentalidad en situaciones de precariedad...).
- **La edad**, con una especial incidencia en las fases más vulnerables del ciclo vital (infancia, adolescencia, vejez...).
- **El no acceso**, las situaciones en las que la persona no puede acudir o beneficiarse de los mecanismos de protección social, lo que agrava de forma determinante algunos factores ya de por sí generadores de vulnerabilidad (parados de larga duración, dependencia física en personas de vejez avanzada...).

Antes de pasar a ofrecer algunas consideraciones sobre la problemática que presentan las posibles respuestas políticas ante la exclusión, parece interesante introducir, aunque sea de forma somera, un enfoque de tendencias que ejemplifique nuestra

---

1. Para una mayor amplitud en el análisis del fenómeno, véase el *Informe sobre la exclusión social en España* realizado por el Equipo de Análisis Política de la UAB, realizado para la Plataforma de ONGs de Acción Social con motivo del proceso de redacción del Plan Nacional para la Inclusión Social del Reino de España, aprobado en junio del 2001.

Tabla 2. Una propuesta de tipificación de los supuestos de exclusión en España

	Exclusión LABORAL	Exclusión FORMATIVA	Exclusión ÉTNICA Y DE CIUDADANÍA	Exclusión DE GÉNERO	Exclusión SOCIO-SANITARIA	Exclusión ESPACIAL Y HABITATIVA	Exclusión PENAL	OTRAS
SIN circunstancias intensificadoras		4) Población analfabeta	6) Inmigrantes ilegales 7) Refugiados y demandantes de asilo 9) Mujeres inmigrantes 8) Población gitana		14) Personas con minusvalías 15) Drogodependientes	17) Habitantes de barrios marginales y zonas rurales deprimidas	19) Presos y expresos	
CON circunstancias intensificadoras	1) Familias con hijos, con los dos adultos en paro o precariedad			10) Mujeres sometidas a violencia doméstica 11) Madres solas (monoparentalidad) jóvenes y de rentas bajas 12) Mujeres mayores solas 13) Personas (generalmente mujeres) ligadas al cuidado de otras dependientes				20) Niños/as en familias pobres y desestructuradas
CON circunstancias intensificadoras	2) Jóvenes parados o en precario procedentes del fracaso escolar	5) Niños inmigrantes desescolarizados (niños de la calle)			16) Gente mayor dependiente y con pocos ingresos	18) Colectivos sin techo		
NO ACCESO PROTEC. SOCIAL	3) Parados de larga duración sin cobertura							

Fuente: Elaboración propia.

concepción de la exclusión como un proceso dinámico y cambiante. Por tanto, utilizando una investigación empírica ya realizada, queremos someter la matriz de colectivos antes presentada a una previsión de futuro sobre las dinámicas de exclusión social en España (Tabla 3).

**Tabla 3.** Tendencias previsibles de los colectivos excluidos

	Mejorarán	Empeorarán	Se mantendrán igual
<b>Disminuirán</b>	Los jóvenes en busca de primer empleo Las madres solteras desempleadas		Los parados de larga duración Los refugiados políticos
<b>Aumentarán</b>	Los inmigrantes Los que pertenecen a alguna minoría étnica o racial Los que trabajan a tiempo parcial Los enfermos crónicos	Los trabajadores de salarios bajos y muy bajos Los que tiene trabajos precarios o inestables	Los mendigos Los que trabajan en la economía sumergida Los jubilados con pocos ingresos Las personas sin techo
<b>Se mantendrán igual</b>	Las personas con minusvalías físicas y psíquicas		Las personas con adicción al alcohol y otras drogas Los presos/expresos

Fuente: Tezanos, J.F. (ed.) (1999): 121.

Las tendencias que se apuntan surgen de la opinión de un grupo de expertos que reflexionó sobre las tendencias de la exclusión social en España a una década vista, sobre la base de dos parámetros: el aumento o disminución de la magnitud de los colectivos excluidos, puesto en relación con las previsibles dinámicas de mejora o empeoramiento de la situación de estos colectivos. Como puede verse en el cuadro, la opinión de los expertos coincide en afirmar que aumentarán en significación cuantitativa los colectivos y personas sujetas a diversos tipos de exclusión, aunque se considera que sólo unos pocos empeorarán aún más su situación actual.

### **LAS RESPUESTAS FRENTE A LA EXCLUSIÓN Y FRENTE A LOS USOS Y CONSUMOS DE DROGAS. ¿HACIA UNAS NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS?**

La exclusión social puede enfrentarse desde diferentes esferas de la sociedad y por medio de diferentes tipos de estrategias. El ámbito familiar puede convertirse en un espacio central proveedor de cuidados asistenciales, que palien situaciones intensas de exclusión. Asimismo, el tejido comunitario puede ofrecer redes de apoyo que

permitan mantener a personas y colectivos vulnerables relativamente al margen de “escaladas en la marginación”. Desde el sector del universo asociativo pueden asimismo impulsarse mecanismos de desarrollo humano y de inserción de grupos de alto riesgo social o con fuertes dependencias. Siendo todo ello muy importante, en sociedades complejas como la nuestra, pensamos que los resortes clave de lucha contra la exclusión deben ubicarse en la esfera pública. Las políticas sociales, los programas y los servicios impulsados desde múltiples niveles territoriales de gobierno se convierten en las piezas básicas y fundamentales de un proyecto de sociedad cohesionada. Ahora bien, las políticas contra la exclusión deben abandonar cualquier pretensión monopolista, profesionalista o centralizadora. El papel de las iniciativas de los poderes públicos, como palancas hacia el desarrollo social que potencie la inclusión, será directamente proporcional a su capacidad de tejer sólidas redes de interacción con todo tipo de agentes comunitarios y asociativos. Estando además abierto a debates sobre los modelos sociales que se impulsan, y siendo conscientes que una de las claves de éxito es su capacidad de adaptarse y acercarse a cada territorio.

Sobre estas bases, queremos ofrecer una breve conceptualización de las políticas sociales, planteando asimismo algunos dilemas, perspectivas y retos de futuro.

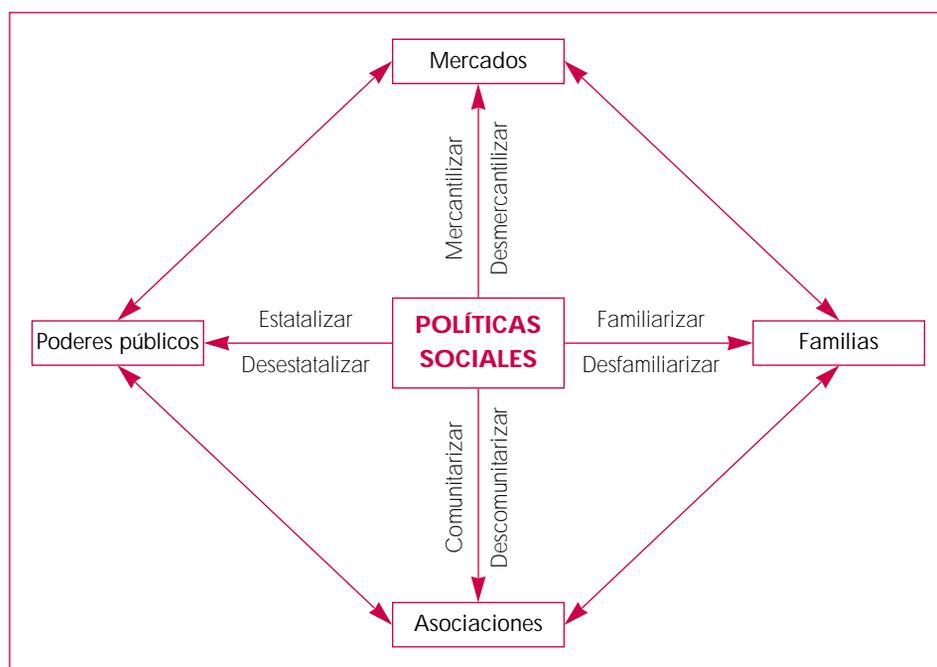
### **Estado de bienestar y políticas sociales: el contexto conceptual de las respuestas públicas anti-exclusión**

Las acciones públicas contra la exclusión han ido surgiendo en el marco de los nuevos componentes que acompañan la reestructuración de los tradicionales modelos de bienestar. Como ya sabemos, el estado de bienestar es un espacio institucional público donde, por medio de un abanico de políticas sociales, se trata de dirimir intereses y de resolver necesidades colectivas. En sentido estricto, el campo de las políticas sociales se extiende, por un lado, a las intervenciones públicas sobre la problemática laboral, es decir, sobre las pautas de inserción y exclusión de las personas en los mercados de trabajo; y, por otro lado, sobre el conflicto distributivo, es decir, sobre las tensiones por la asignación de todo tipo de valores, recursos y oportunidades entre grupos y colectivos sociales. Cabe destacar que las políticas sociales no se agotan en la interacción entre Estado y mercado, ni su impacto se reduce a la mera corrección de desigualdades materiales.

- En primer lugar, el mercado no es el único espacio generador de desigualdades, como no es tampoco la única esfera social posible al margen del estricto campo de los poderes públicos (Gráfico 1). El estado de bienestar juega de hecho múltiples papeles en **el espacio formado por las esferas pública, mercantil, familiar y asociativa**. Las políticas sociales pueden desmercantilizar ciertos procesos, como pueden también desplazar al ámbito del Estado actividades previamente realizadas por las familias o el tejido asociativo. O, en sentido inverso, el estado de bienestar puede operar como factor de remercantilización, pero también de privatización familiarista o comunitaria de funciones de bienestar anteriormente absorbidas por la esfera pública.

- En segundo lugar, el tipo de impacto de las políticas sociales no puede darse por establecido. Los estados de bienestar, por medio de su oferta de regulaciones y programas, actúan como potentes palancas de estructuración social: **articulan y desarticulan, alteran, intensifican, erosionan, construyen o erradicán** conflictos o fracturas y desigualdades económicas, generacionales, étnicas o de género. Dicho de otro modo, su impacto es mucho más complejo y multidireccional de lo que puede parecer a simple vista.

**Gráfico 1.** Las múltiples posibilidades de las políticas frente a la exclusión



En síntesis, las políticas de bienestar se conforman como espacios de gestión colectiva de los múltiples ejes de desigualdad (de clase, de ciudadanía, de género...) que atraviesan las diversas esferas (pública, mercantil, asociativa, familiar) que constituyen y caracterizan a las sociedades avanzadas a principios del siglo XXI.

### **Los retos que suponen las nuevas respuestas a la exclusión social**

La complejidad de factores y de dinámicas cruzadas que, como hemos visto, plantea la exclusión social, sitúa muy alto el listón para combatir ese fenómeno que amenaza la cohesión social presente y futura de nuestras sociedades. Parece claro que no podemos aplicar las políticas de bienestar surgidas y coherentes con las

situaciones de desigualdad estable y concentrada de la sociedad industrial a contextos muy distintos. **No nos parece que sea posible tampoco seguir considerando la exclusión social como una situación personal**, poco o nada arraigada en factores más estructurales. Desde esta visión, lo que se plantean son respuestas de corte paternalista, asentadas en el imaginario tradicional: se reacciona ante la pobreza con medidas asistenciales y paliativas. O se aborda el problema de la droga desde una lógica en la que el consumidor de drogas se nos presenta como un individuo aislado y como una persona "contaminada". Y todo ello se hace desde una visión clásica de asistencia social. Y esa manera de abordar la exclusión sólo provoca estigmatización y cronificación.

Creemos haber contribuido a demostrar que, cuando hablamos de exclusión social a principios del siglo XXI, estamos hablando de otra cosa. Y ello requiere dar un giro sustancial tanto a las concepciones con las que se analiza el fenómeno como a las políticas que pretendan darle respuesta. Requiere buscar las respuestas en dinámicas más "civiles", menos dependientes de lo público o de organismos con planteamientos estrictamente de caridad. Requiere armar mecanismos de respuesta de carácter comunitario, **que construyan autonomía, que reconstruyan relaciones, que recreen personas.**

Creemos que el factor esencial de la lucha contra la exclusión, hoy día, pasa por la **reconquista de los propios destinos vitales** por parte de las personas o colectivos afectados por esas dinámicas o procesos de exclusión social. Lo cual, precisa armar **un proceso colectivo que faculte el acceso a cada quién para que pueda formar parte del tejido de actores sociales**, y por tanto, no se trata sólo de un camino en solitario de cada uno hacia una hipotética inclusión. No se trata sólo de estar con los otros, se trata de estar entre los otros. **Devolver a cada quién el control de su propia vida, significa devolverle sus responsabilidades**, y ya que entendemos las relaciones vitales como relaciones sociales, de cooperación y conflicto, esa nueva asunción de responsabilidades no se plantea sólo como un sentirse responsable de uno mismo, sino sentirse responsable con y entre los otros.

Muchas veces, en el campo que nos ocupa, se han planteado las respuestas a los efectos del uso, consumo y abuso de las drogas como un mero problema asistencial. La ideología asistencial se concreta en un conjunto de actos y de propuestas que tratan de asistir al individuo para que deje de estar sometido a la situación que ha provocado su "contaminación". Pero, todo ello, desde una lógica asistencial (sanitaria) que casi siempre deja fuera del foco de atención el conjunto de elementos que rodean la situación concreta de cada sujeto. Lo que se busca es el retorno a un cierto equilibrio que se supone implica la recuperación de la salud. No pocas veces, al señalar a ese individuo como "enfermo", como "peligroso", lo que se hace no es tanto tratar de cambiar o modificar los aspectos que han podido contribuir a su "asocialidad" como simplemente el controlarlo mejor, para así aislar ese foco de contaminación, y evitar su proliferación. No es la sociedad la que se plantea qué tiene que hacer para "incluir" a esos individuos, sino que se trata de modificar sus

comportamientos para hacerlos "integrables". No es ajeno a ello toda la literatura que se ha generado sobre la "empleabilidad" de los individuos en paro, más allá de la investigación sobre el mejor aprovechamiento de todos los recursos en beneficio de la comunidad.

Queremos plantear algunas formulaciones que, desde nuestro punto de vista, pueden permitir avanzar, desde estas perspectivas, en nuevas fórmulas de lucha contra la exclusión, tratando, en cada caso, de incidir en la específica problemática de las drogas.

**Si la exclusión tiene un carácter estructural, las acciones públicas, desde lógicas políticas propias y explícitas, deben tender a ser también estratégicas, y encaminadas a debilitar los factores que generan precariedad y marginación.**

Una de las formas habituales de encarar los fenómenos de exclusión es focalizar las posibles salidas en la búsqueda de empleo. La inserción a través del empleo se ha convertido en un elemento clave, y diríamos que inevitable, en la lucha contra la exclusión. Pero, sin negar que ése es y seguirá siendo un factor muy importante en el camino para reconstruir un estatus de ciudadano completo, hemos de recordar **que si la exclusión tiene, como decíamos, una dimensión multifactorial y multidimensional, las formas de inserción han de ser plurales.** Lo decimos, porque muchas veces se entiende la inserción socioprofesional como la forma más completa o definitiva de inserción, y se la compara con formas "sociales" de inserción, que serían menos satisfactorias o más propias de aquellos con los que ya no se sabe qué hacer. En realidad, tenemos constancia de situaciones en las que a pesar de gozar de un empleo, no puede hablarse de inserción social, y, asimismo, se dan muchísimos casos en los que una plena inserción social no viene acompañada de empleo retribuido alguno, sin que ello signifique que esa persona o personas no hagan su "trabajo". Tenemos la sensación de que el énfasis en el empleo ha conducido a modalidades de "yacimientos de empleo" o a nuevas ocupaciones, que devienen más bien en franjas de empleo mal retribuido y precario. Por otro lado, y como ya hemos insinuado, esa misma tensión hacia el empleo acostumbra a plantear la "empleabilidad" de las personas en proceso de exclusión, como si ello fuera una especie de condición personal objetiva y no se tratara más bien de algo a ser coproducido entre empleadores, potenciales empleados y organismos de acompañamiento a la inclusión. La empleabilidad es mucho más negociación que condición objetiva. Recordar el carácter estructural de la exclusión, y la necesidad de planteamientos estratégicos al respecto, es sumamente importante si no queremos caer en unidimensionalidades peligrosas en momentos de replanteamiento general sobre qué quiere decir hoy trabajo o inclusión social.

No nos parece absurdo acercar esa misma reflexión al tema de las drogas. El potencial de inserción de las personas dependerá en buena parte de la capacidad de la sociedad para aceptar que en la base de los conflictos que el uso y consumo de algunas drogas plantea, existen problemas y situaciones que no pueden ni deben marginarse del análisis. Como dice Romani: "Mientras que el paro perma-

nente, los conflictos generacionales, de redefinición de roles de los distintos géneros y de convivencia en los grupos domésticos, las dificultades de inserción social para muchos jóvenes y no tan jóvenes, las tensiones en los medios urbanos que han surgido de espaldas a las necesidades humanas, la impotencia que provocan las vías establecidas de supuesta resolución de problemas, (...), que están en la base de las dificultades y angustias existenciales sufridas por amplias capas de la población quedan silenciados, por la dificultad de encontrar un lenguaje con el que elaborarlos, con el que identificar las causas profundas de sus cuitas cotidianas, (...), la “droga” ofrece una vía de explicación y sobre todo de llamada de atención, que además de dejar intocado el sistema que está en la base de todos estos conflictos y problemas (incluido el de las drogas), dificulta la adopción de medidas —tanto políticas como técnicas— de resolución de los mismos”. De ahí que pensamos que sólo desde una perspectiva estratégica y estructural estaremos en condiciones de abordar los problemas de marginación y precariedad (física o emocional) que casi siempre acompañan los fenómenos de drogodependencia.

**Si la exclusión presenta una configuración compleja, las políticas que traten de darle respuesta deben tender a ser formuladas desde una visión integral, y su puesta en práctica debe establecerse desde planteamientos transversales, con formas de coordinación flexible, y desde la mayor proximidad territorial posible.**

La inserción social no puede ser entendida como el acceso de personas o colectivos a una oferta preestablecida de prestaciones, empleos o recursos. En la concepción que defendemos, **la inclusión se presenta como una dinámica que se apoya en las competencias de las personas.** Y que se hace además en un contexto social y territorial determinado. La inserción se nutre de la activación de relaciones sociales de los afectados y de su entorno, y tiene sentido si consigue no sólo dar salidas individuales a éste o aquél, sino que sus objetivos son los de mejorar el bienestar social de la colectividad en general. Las distintas políticas presentes en el territorio (sanidad, educación, desarrollo económico, ayuda social, transporte, cultura...) presentan una lógica de intervención excesivamente sectorializada, cuando son precisamente las interacciones entre esas políticas y sus efectos las que construyen las dinámicas sociales y económicas en cuyo seno se dan los procesos de exclusión e inserción, afectando a personas y colectivos.

En este sentido, podríamos decir que la llamada política social, a la que se acostumbra a confiar las respuestas a la exclusión, es una ficción teórica, ya que **son el conjunto de los distintos aspectos vitales los que contribuyen o no a crear y nutrir las relaciones sociales que están en la base de las alternativas de inclusión.** Precisamente por todo ello es difícil imaginar que se puedan dar respuestas reales y en el sentido que aquí defendemos, desde ámbitos territoriales muy amplios en los que se pierda el sentido de comunidad y de responsabilidad colectiva. **Si hablamos de flexibilidad, de integralidad, de implicación colectiva, de comunidad y de inteligencia emocional, deberemos acudir al ámbito local para encontrar el grado de proximidad necesario para que todo ello sea posible.** Y es precisamente

en el ámbito local en el que es más posible introducir **dinámicas de colaboración público-privado**, que permitan aprovechar los distintos recursos de unos y otros, y generar o potenciar los lazos comunitarios, el llamado “capital social”<sup>2</sup>, tan decisivo a la hora de asegurar dinámicas de inclusión sostenibles en el tiempo y con garantías de generar autonomía y no dependencia, aunque ello no tenga porqué implicar la difuminación de responsabilidades de los poderes públicos.

También aquí, este tipo de planteamiento adquiere todo su significado si lo relacionamos con el campo específico de la drogadicción. Las políticas de respuesta a la drogadicción han tendido a fundamentarse en los parámetros más clásicos del esquema *welfare state*. Es decir: una lógica de universalidad, una asunción de homogeneidad y una notable rigidez en los mecanismos de respuesta diseñados. Al mismo tiempo, ha existido una significativa “tecnificación” o especialización del tema “drogas”, con un sesgo sanitario o medicalizador que conviene subrayar. Y, desde esas bases de partida, se ha tendido a diseñar planes de intervención y prevención, realizados desde ámbitos muy alejados al lugar físico en el que el problema se estaba desarrollando. Si hablamos de integralidad, de transversalidad, de coordinación flexible o de proximidad, es por que creemos que son esas nuevas visiones o formas de aproximarnos al problema las que pueden superar las rigideces, formalismos, sectorialización y “lejanías” con las que se ha ido trabajando hasta ahora. No queremos decir con ello que el problema de la droga sea estrictamente municipal. Somos conscientes de que estamos en una realidad de gobierno multinivel, y que el tema tiene la suficiente trascendencia en la agenda pública como para reclamar la atención de todos y cada uno de los niveles de gobierno. Lo que queremos subrayar es que es básicamente desde el ámbito local desde donde pueden introducirse los matices y las variaciones significativas en las políticas de respuesta para evitar los vicios de rigidez y homogeneidad anteriormente mencionados.

**Si la exclusión conlleva un fuerte dinamismo, con “entradas” múltiples y súbitas, las acciones de respuesta, las acciones públicas deben tender hacia procesos de prevención, inserción y promoción, fortaleciendo y restableciendo vínculos laborales, sociales, familiares y comunitarios.**

La lucha por la **inclusión tiene mucho que ver con la creación de lazos de relación social**. La labor de los profesionales dedicados al tema, de los poderes públicos y de las entidades o asociaciones que trabajan en la inclusión, ha de basarse, pensamos, en entrar en relación con la persona o el colectivo, ayudar a que se reconozca, a que se reconcilie con su imagen, a trabajar con las relaciones de la persona con los demás, partiendo de los ámbitos más privados (niños, familias...), hasta los espacios públicos (vecindario, comunidad, barrio, ciudad) y las instituciones (escuelas, empresas, poderes públicos...). De esta manera, **la inclusión implica reconstruir su condición de actor social**. Todo ello exige conocer los recursos del

---

2. Ver al respecto, Joan Subirats (ed.) (1999).

medio, para movilizarlos y aprovecharlos. De esta manera, no sólo se consigue que el proceso de inclusión sea un proceso de reconstrucción de lazos y de relaciones, sino que sea también un proceso compartido, no estrictamente profesionalizado, y que además permita que el entorno social, la comunidad, reconozca los problemas que generan exclusión, convirtiendo el problema de unos pocos en un debate público que a todos concierne. Por ello se habla de **coproducción de los procesos de inclusión**, en la que unos y otros asumen el riesgo de recrear lazos, de recuperar vínculos, sin que sea posible, en una dinámica como la que apuntamos, anticipar demasiado planes de acción y fijar resultados de antemano, ya que de la misma manera que la exclusión ha sido debida a una multiplicidad de hechos y de situaciones, también la inclusión deberá ser objeto de una búsqueda en la acción.

No creemos que tengamos mucho que añadir para hacer "aterrizar" estas consideraciones en el campo concreto que aquí nos ocupa. Son muchas las reflexiones existentes al respecto que nos indican que los avances duraderos y persistentes en el tiempo, se dan cuando el proceso de respuesta a la drogadicción tiene un carácter participativo. Es decir, cuando en el proceso preventivo intervienen los canales y las redes habituales de socialización y de relación. La identificación de problemas y de soluciones deberá surgir de la propia realidad social en la que se insertan las personas con problemas de abuso de drogas, consiguiendo así una verdadera adaptación de la estrategia a cada contexto específico. En este sentido conviene advertir que muchas veces ese tipo de argumento-discurso es aceptado, pero la práctica concreta que se sigue es la clásica: delegativa, tecnificada, especializada y supraestructural. No es fácil pasar del "tiene un problema" al "tenemos un problema", de la misma manera que es difícil pasar del "comprar una solución" al "construimos una solución".

Finalmente, si la lucha contra la exclusión tiene que abordarse desde formas de hacer que habiliten y capaciten a las personas, las políticas públicas deben tender a incorporar procesos e instrumentos de participación, de activación de roles personales y comunitarios, y de fortalecimiento del capital humano y social.

La inclusión no puede ser concebida como una aventura personal, en la que el "combatiente" va pasando obstáculos hasta llegar a un punto predeterminado por los especialistas. Inclusión y exclusión son términos cambiantes que se van construyendo y reconstruyendo socialmente. **Entendemos por tanto la inclusión como un proceso de construcción colectiva no exenta de riesgos.** En ese proceso los poderes públicos actúan más como garantes que como gerentes. **Se busca la autonomía, no la dependencia.** Se busca construir un régimen de inclusión, y ello quiere decir entender la inclusión como un proceso colectivo, en el que un grupo de gente, relacionada informal y formalmente, desde posiciones públicas y no públicas, tratan de conseguir un entorno de cohesión social para su comunidad. Ello exige activar la colaboración, generar incentivos, construir consenso. Y aceptar los riesgos. Para todo ello, las personas y los colectivos han de tener la oportunidad de participar desde el principio en el diseño y puesta en práctica de las medidas de

inclusión que les afecten. Si no les queda otra alternativa (no pueden “salir”), han de poder participar (“hacerse oír”)<sup>3</sup>. **Todo proceso de inclusión es un proyecto personal y colectivo, en el que los implicados, los profesionales encargados del acompañamiento, las instituciones implicadas en ello, y la comunidad en la que se inserta todo ello, participan, asumen riesgos y responsabilidades, y entienden el tema como un compromiso colectivo en el que todos pueden ganar y todos pueden perder.**

Como decíamos, los problemas de drogas nunca aparecen aislados. Y en momentos como los actuales de cambios muy profundos, rápidos y radicales en las esferas productiva, social y familiar, sin duda se intensifican las situaciones de riesgo. Los individuos están inmersos en un entramado de relaciones, de dependencias, que obliga a actuar de manera conjunta para poder realmente ayudar a construir colectivamente el problema y facilitar la salida, también conjunta, al problema. La metáfora de la comunidad, más o menos real según el contexto en el que la localizamos, nos sirve para entender que debemos activar la responsabilidad individual y social sobre lo que está ocurriendo en esa “comunidad”. Las políticas de prevención y de respuesta a la drogadicción deben, desde esta perspectiva, tratar de activar las capacidades de las personas y de las comunidades, y ello exige generar tanto procesos de identidad, de autorreconocimiento, como traspasar competencias y responsabilidades. Hemos de reconocer que el riesgo no puede definirse objetivamente y al margen del contexto. Es esencialmente un proceso de construcción colectiva y plenamente insertado en unas coordenadas históricas, territoriales y sociales específicas. La abundante literatura que ha ido surgiendo en los últimos tiempos sobre el capital social (Putnam, 1999), nos enseña que las sociedades o comunidades con más armazón social, con más urdimbre cívica, son también las comunidades que más preparadas están para afrontar sus retos colectivos. Por tanto, no tratemos de implementar políticas de respuesta o de prevención desde lógicas estrictamente técnicas o excesivamente focalizadas en los individuos-*target*. Sólo ampliando nuestro foco, y entendiendo la perspectiva comunitaria, podremos hacer realidad los presupuestos de partida que hemos presentado sobre la lucha por la inclusión social.

En definitiva, después de todo lo visto, nos quedan algunas cosas claras y muchos interrogantes. Los procesos de inclusión y exclusión son sociales, y no pueden reducirse a meras fórmulas sectorializadas. De la misma manera, pensamos, los procesos de salida de situaciones de abuso de drogas, con los daños que provocan en el individuo y en la comunidad, son asimismo procesos sociales. Son procesos de riesgo personal y colectivo. Son procesos muy vinculados al territorio más próximo. Son procesos en los que individuo, comunidad y relaciones sociales son elementos esenciales. Son procesos definitivamente participativos y abiertos. Pero, desde esta concepción, probablemente es necesario avanzar en temas que son aún, hoy por hoy, grandes interrogantes. ¿Podremos debatir sin estereotipos el tema del consumo y el

---

3. En los términos de Albert O. Hirschman (1970).

uso de las drogas? ¿Lograremos ampliar nuestra actual concepción del trabajo, haciendo que vaya más allá de lo que hoy se considera empleo en una lógica de mercado? ¿Podremos configurar formas de trabajo social y familiar cuyo valor sea reconocido socialmente y sea retribuido como tal? Para poder avanzar hacia una concepción tan rica como la que aquí dibujamos de inclusión, ¿no sería necesario disponer de un zócalo seguro como el que constituiría un salario de ciudadanía universal para poder garantizar un mínimo vital a todos? Preguntas sin respuestas por ahora, pero que están, pensamos, en la base de muchos de los temas que esta publicación presenta con el ánimo indudable de contribuir al debate público.

### **Quim Brugué Font**

Licenciado en Ciencias Políticas. Profesor titular en la Facultad de Políticas y Sociología.

### **Ricard Gomà Carmona**

Doctor en Ciencias Políticas. Profesor titular de Ciencia Política.

### **Joan Subirats Humet**

Doctor en Ciencia Económica. Director del Instituto de Gobierno y Políticas Públicas de la UAB.

## **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.

Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización*. Barcelona: Paidós.

Castells, M. (1998). *La era de la información*. Madrid: Alianza.

Debock, C. (1995). *Face a la drogue: quelle politique?* Documentation Française.

FAD. (1999). *Marco de referencia de la prevención de los consumos de drogas*. Madrid: Mimeo.

González et. al. (1989). *Repensar las drogas*. Barcelona: Grup IGIA.

Hirschman, A.O. (1970). *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge: Harvard University Press.

Menendez, E.L. (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención." En Mercado, F. *Familia, trabajo y salud*. Univ. de Guadalajara.

Putnam, R.D. (2000). *Per a fer que la democràcia funcioni. La importància del capital social*. Barcelona: Edicions Proa.

Romaní, O. (1998). *Las Drogas*. Ariel.

Subirats, J. (ed.) (1999). *¿Existe sociedad civil en España? Responsabilidades colectivas y valores públicos*. Madrid: Fundación Encuentro.

Tezanos, J.F. (ed.) (1999). *Tendencias en desigualdad y exclusión social*. Madrid: Sistema.

## CONTEXTO LEGISLATIVO: DE UNA CRUZADA FRACASADA A UN REPLANTEAMIENTO ILUSIONANTE

---

José Miguel Sánchez Tomás

### EL DISEÑO INTERNACIONAL DE UNA CRUZADA

La percepción social sobre el contexto legislativo mundial de las drogas en los últimos 15 años podría definirse con dos palabras: internacionalización y cruzada. Ambas características serían la respuesta a dos prejuicios ideológicos firmemente contruidos en un reiterado y expreso discurso oficial sobre el fenómeno drogas. Por un lado, como persistente ruido de fondo, se reitera una idea: las drogas son perjudiciales para los individuos y las sociedades. No hay margen de tolerancia posible a las drogas. La sociedad debe verse libre de drogas. Más tardíamente se añade una segunda idea: el narcotráfico es una cuestión de Seguridad Nacional que amenaza la propia pervivencia de los Estados. Por otro lado, como argumento táctico, se defiende: un problema que trasciende fronteras debe ser abordado internacionalmente. Es necesario un modelo normativo internacional unitario consensuado que evite disidencias y fisuras que harían peligrar la consecución del objetivo final. El resultado del discurso estaba anticipado: no es imaginable, ni posible, la existencia de diseños normativos nacionales alternativos a los enmarcados dentro de la legalidad internacional y, menos aún, al margen de la consideración de las drogas como el enemigo público a nivel planetario. Conclusión: el diseño internacional de una cruzada.

La idea de internacionalización puede parecer una neutral y acrítica característica descriptiva. Es el mero proceder en el diseño de las políticas normativas, presidida por la búsqueda de un consenso internacional. Sin embargo, esta estrategia implica una meditada apuesta de la comunidad internacional en absoluto neutral. La elección, como sedes de discusión, de la Sociedad de Naciones, primero, y de la ONU, después, ponen de manifiesto la pretensión de que el contexto normativo diseñado no sólo fuera internacional, sino, además, universal. Al implicar una necesidad operativa, evitar zonas de refugio de la producción de drogas, el consenso

era fundamental. Sólo estas organizaciones podían garantizar la más amplia base de participación, discusión y adhesión. Por otro lado, la elección de convenios y tratados internacionales para plasmar el diseño consensuado de las políticas en la materia, tenía como fin excluir un permanente replanteamiento de los modelos diseñados. Había que dejar consolidadas unas determinadas líneas de actuación. Por la fuerza vinculante de esos instrumentos se conseguía, al mismo tiempo, la posibilidad de controlar el disenso internacional. La posibilidad de modelos alternativos nacionales quedaba como una posibilidad poco menos que impensable. De la disidencia se encargaría la política internacional, con una eficaz y rápida represión económica, política e, incluso, militar por los países más interesados en la consecución del objetivo.

El concepto de cruzada es —y no lo intenta disimular— un exabrupto contra la ideología del modelo normativo impuesto a nivel internacional: la política de criminalización. Para los detractores del modelo, la idea de cruzada es una fiel descripción analógica de lo que ha sido el devenir ideológico y, consecuentemente, normativo en cuestión de drogas. Un objetivo trascendente, ahistórico y fundamentalista: “la sociedad libre de drogas”. Una inagotable afluencia de medios económicos, institucionales, normativos e ideológicos sin precedentes para la consecución del objetivo. Una sagrada alianza internacional.

Resulta muy complejo negar que ambas ideas —internacionalización y criminalización— responden a dos de las características más fieles y que mejor describen el modelo normativo que durante estos 15 años ha sido implantado para afrontar el fenómeno de las drogas. Y es complejo porque ambas características fueron expresamente buscadas, diseñadas y valoradas como las más apropiadas y adecuadas por la comunidad internacional para enfrentar con cierta garantía de éxito los problemas derivados de las drogas. Sin embargo, la identificación de las características generales que definen el tratamiento normativo de las drogas en este periodo no acaba ahí. El contexto legislativo no es un fenómeno estático, sino en permanente evolución. En todo momento, y estos últimos años no son una excepción, conviven características consolidadas con otras que intentan emerger y generar nuevos patrones de intervención normativa. La real descripción del reciente contexto legislativo sobre las drogas necesita asumir, como un elemento más, la tensión existente entre un modelo consolidado y explícito; y un nuevo modelo, que intenta abrirse camino. Esto impregna al contexto legislativo de una característica añadida: el replanteamiento de las estrategias.

## AÑOS DE INTERNACIONALIZACIÓN

El discurso ideológico sobre la necesidad de internacionalizar el contexto legislativo de las drogas no es privativo de los tres últimos lustros. Pero sí ha sido una característica desarrollada y profundizada muy ampliamente en estos 15 años. La internacionalización del contexto normativo del fenómeno drogas nace y se desarrolla con el siglo XX. El protagonismo lo asume la Sociedad de Naciones y, tras la II Guerra

Mundial, la ONU. La implantación de una normatividad internacional tenía como principal objetivo poner las bases del control y fiscalización de los estupefacientes y las sustancias psicotrópicas. Durante las décadas de los sesenta y setenta se fueron consolidando tratados internacionales para el control y fiscalización de los usos lícitos. En 1961 se firma la Convención Única sobre Estupefacientes, modificada en 1972. Su vocación es sustituir los diferentes instrumentos internacionales que sectorialmente se habían desarrollado sobre la materia desde principios de siglo y compilarlos en un único texto. En 1971 se firma el Convenio sobre sustancias psicotrópicas. En ese momento, la normativa sobre fiscalización de usos lícitos se daba por concluida en la agenda de trabajo de Naciones Unidas.

La ONU no había completado todavía el diseño de la que debía ser la normativa internacional del control de drogas. Durante la década de los ochenta, el objetivo era el cierre del círculo normativo internacional a través de un Convenio para el control de los usos ilícitos. En 1987, en la sede de la ONU en Viena, se desarrolla una Conferencia sobre el comercio ilegal de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas, para discutir el modelo de control. El proceso culmina con la firma en 1988 de la Convención de Viena contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas.

Un nuevo Convenio implica que todos los países, obedientes a una legalidad internacional que han ayudado a consensuar o que, en su caso, no han tenido la posibilidad de objetar, pongan en marcha los mecanismos internos de producción normativa. El objetivo, adaptar sus contextos legislativos nacionales a los nuevos compromisos internacionales. La historia normativa en materia de drogas en España, y en cualquier país del mundo, en los últimos 15 años, ha estado marcada por el proceso de adecuación de sus legislaciones. Labor supervisada, y sometida a riguroso análisis, por la comunidad internacional y por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

La internacionalización de la normativa sobre drogas no es un proceso que se agote en la transposición de las previsiones del Convenio de Viena. En general, la internacionalización del contexto normativo en la última parte del siglo XX, ya no se refleja solo en un discurso táctico acerca del carácter transfronterizo del fenómeno. Ahora, además, se superpone, paralelamente, un cambio total de escenario de las relaciones comerciales, económicas y financieras en el mundo: la globalización. El nuevo escenario globalizado, interrelacionado, consciente de la inviabilidad del aislamiento, ha provocado que durante este periodo se crearan, desarrollaran o asumieran un nuevo significado, grupos regionales o internacionales con muy diferentes fines. En el marco de muchos de ellos, se ha ido trabajando, global o sectorialmente, de manera continuada o puntualmente, en perfecta sintonía con el modelo consensuado internacionalmente, cuestiones vinculadas al fenómeno drogas. Como apoyo al diseño del Convenio de Viena, se ha producido un esfuerzo en estos organismos y grupos para operativizar y profundizar en la eficacia de sus previsiones. En pormenorizar y concretar el desarrollo de instituciones para la mejor

ejecución del control. Esta labor, a su vez, es generadora de nuevos compromisos internacionales para los diferentes países, en un efecto multiplicador y de consolidación del carácter internacional del contexto normativo. Es casi imposible encontrar en estos últimos años en cualquier país del mundo, algún preámbulo o exposición de motivos a una nueva disposición legal sobre drogas que no justifique su contenido en algún texto, conclusión, resolución o principios de algún organismo o grupo de trabajo internacional.

En lo particular, para España, la internacionalización en el pasado reciente ha estado marcada por su integración en el proceso de construcción europea. España ingresa en la Comunidad Económica Europea, junto a Portugal, en 1986. A partir de ese momento el contexto normativo español, también en materia de drogas, tenía un nuevo punto referencial: Bruselas y el Diario Oficial de las Comunidades Europeas. La Comunidad en ese momento todavía aparecía jurídicamente como un proyecto de integración económica con muy limitadas competencias en materia de drogas. A través de la regulación de aspectos comerciales y financieros se consigue una incipiente normativización para el control de sustancias precursoras de drogas en 1990-1992 y de prevención contra la utilización del sistema financiero en el blanqueo de capitales en 1991. La vocación social en que se basaba la Comunidad llevó también a la aprobación en 1990 del Primer Plan de Acción de Lucha contra la Droga.

El Tratado de Maastrich de 1992 profundizó en el proceso de integración. Se crea la Unión Europea y se amplían las competencias. La lucha contra la toxicomanía es ya un objetivo en el proceso de integración europea. El trabajo en esa materia no se demora: 1993, se crea el Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía; 1994, se lanza un nuevo Plan de Acción para la Lucha contra la Droga para el quinquenio 1995-1999; 1996, ratificación del Convenio Europol, en el que se incluye una División de Drogas y aprobación del Primer Programa Comunitario para la Prevención de Toxicomanías.

El Tratado de Amsterdam en 1997 es un nuevo paso más. Se consolida el trabajo comunitario en el Tercer Pilar para la consecución de un espacio de libertad, justicia y seguridad europeo. Los Estados miembros de la Unión Europea asumen un compromiso de cooperación intergubernamental en materia de justicia y asuntos de interior. El control del tráfico ilícito de drogas es una de las prioridades. Se suceden las acciones comunes para la consecución de una eficaz coordinación policial y aduanera y para la mejora de los sistemas de comunicación e información en la materia.

El contexto normativo comunitario, perfectamente integrado en el contexto normativo internacional, presiona también para la permanente adaptación de la legislación española sobre el fenómeno drogas. En esta coyuntura, durante estos últimos 15 años, el margen de decisión política para el diseño normativo en cuestión de drogas, ha sido reducido. Se legisla con un ojo en Viena y el otro en Bruselas.

## TIEMPO DE CRIMINALIZACIÓN. TIEMPO DE FRACASO

El problema de fondo era el modelo de control institucional que debía internacionalizarse. Los Tratados internacionales de 1961 y 1971 ya habían apuntado hacia un modelo criminalizador de los usos ilícitos de las sustancias. En ellos estaba la semilla.

El Convenio de Viena de 1988 consolida ya abiertamente a nivel internacional un modelo de control total penal de los usos ilícitos de las drogas. Se propugna una amplia y profunda criminalización de cualquier uso, incluyendo el consumo, de las drogas. Se amplía a todo el entorno del fenómeno la necesidad de un control para evitar ser instrumentalizados en las actividades ilícitas. El modelo pretende dar respuesta a lo que parecen verdaderas necesidades estructurales ante la magnitud y expansión del problema del narcotráfico. La idea es establecer bases sólidas para armar normativamente a los Estados en una guerra total contra las drogas. Enfrentamiento que se libraría en todos los frentes y que, además, no se anunciaba corto.

Lo explícito en el articulado de Viena era que el Derecho penal, como máxima expresión de las posibilidades del control social, debía ser el instrumento adecuado para reprimir los usos ilícitos. El resultado fue un compacto modelo basado en tres líneas maestras. Primero: el Derecho penal era el único sistema de control social normativo para enfrentar el problema. Segundo: el cerco penal debería establecerse en toda la amplitud de los usos no autorizados de las sustancias y en todas las conductas que coadyuvaran de cualquier manera a posibilitar esos usos, reforzándolo con medidas de control administrativo de determinadas actividades sensibles. Tercero: la aplicabilidad del control penal debía ser hecha valer con medios procesales de investigación que garantizaran la persecución de las conductas, la eficacia de la punición y la cooperación jurídica internacional en la materia.

El Convenio de Viena desarrolló un detallado listado de conductas que debían ser sancionadas penalmente y de las circunstancias que deberían ser consideradas agravatorias. Obsesivamente intenta asegurarse la impunidad con previsiones como que las penas deberían ser privativas de libertad o que se deberían establecer largos plazos de prescripción de los delitos. Los afanes por asegurar la inexistencia de ámbitos de impunidad territorial llevan a una prolija regulación sobre competencia judicial —abogando por el principio de justicia universal—, sobre extradición —constituyendo al propio tratado en base jurídica convencional entre los países parte—, asistencia judicial recíproca y mejora de los sistemas de cooperación y capacitación. Se regula la entrega vigilada de drogas como novedoso sistema de investigación procesal para su incorporación a las legislaciones de los Estados miembros y las posibilidades de abordaje e inspección de navíos en caso de tráfico ilícito en el mar. Se intenta imponer la inversión de la carga de la prueba para la privación de los bienes obtenidos por el tráfico de drogas a los narcotraficantes. También se regula el establecimiento de normas de control sobre las sustancias químicas catalogadas para evitar su desvío a la fabricación ilícita de las sustancias; sobre la actividad del transporte; la documentación comercial en las exportaciones; los puertos francos; los servicios postales... El diseño tenía todas las características de una cruzada.

El año 1988 representa el fin de la discusión sobre el modelo ideológico de cruzada. Ya había conseguido imponerse. Era el comienzo de su articulación jurídica. Los años sucesivos son testigos del cenit expansionista en todas las legislaciones nacionales del modelo represivo y sancionador diseñado en Viena. Las legislaciones estatales, como ya hicieran tras los Convenios del 61 y del 72, nuevamente se ponen en marcha para ejecutar a golpe de compromiso internacional el nuevo diseño normativo. Esta vez, no consistía en diseñar mecanismos de control dentro de las administraciones para verificar y garantizar el destino lícito de las sustancias. El establecimiento y la puesta en marcha de las nuevas instituciones jurídicas afectaba e implicaba directamente al sistema de justicia penal. Y lo hacía de una manera que trascendía a la comprensión tradicional del fenómeno delictivo.

La criminalización que se impuso como diseño del contexto legislativo en estos 15 años en el mundo no fue un modelo sin costos. Paulatinamente se fueron manifestando sus problemas. Pronto debieron incluirse en la amplia categoría de problemas derivados de las drogas, los efectos colaterales que se desarrollaron por la selección de un radical prohibicionismo en su tratamiento jurídico. El principal, la incontrollada expansión de la criminalización a todo el entorno del fenómeno drogas y el retroalimentado reforzamiento de sistema penal como única solución jurídica posible. La amplia prohibición generó una delincuencia funcional a drogas y los aspectos a regular penalmente aumentaron. A su vez, las especialidades procesales, que se diseñaron para hacer más eficaz la represión del fenómeno y que se legitimaban como excepciones ante un fenómeno de entidad extraordinaria, se expandieron por el sistema penal y pugnar con los estándares de disfrute de derechos fundamentales y garantías individuales.

El modelo criminalizador del Convenio de Viena, expansivo a todos los procesos asociados a las sustancias —desde el cultivo a la elaboración, comercialización y, consumo— implicaba un fenómeno interrelacionado de escalada y huida hacia el Derecho penal. Las sustancias quedaban excluidas de los canales normalizados del sistema de mercado. Ello propiciaba la constitución de canales de distribución clandestinos. Estos canales era necesario que se fueran controlando y sancionando penalmente. Ese control y sanción penal provocó un sobreprecio en las sustancias. El sobreprecio no pudo dejar de ponerse en conexión con la pequeña delincuencia patrimonial que llevan a cabo los consumidores para sufragar el pago de la droga. El círculo vicioso de que la prohibición generaba más delincuencia era patente.

De la misma manera, si, en un principio, el control penal teórico sólo quedaba restringido a los procesos de comercialización de las sustancias, la realidad hacía que fuera necesaria la concurrencia de otros productos para conseguir su elaboración. Se incide, por tanto, en la criminalización de los precursores químicos cuando su utilización es para la elaboración de drogas. Los precursores químicos necesarios para la obtención de los principios psicoactivos de la planta originaria, o bien para la elaboración de sustancias sintéticas, también se incluyeron entre los bienes a fiscalizar y su desvío como conductas a sancionar penalmente. La criminalización, con su lógica de control y prohibición, obligó a desarrollar toda una actividad normativa

dirigida a fiscalizar y controlar unos productos químicos de gran utilización industrial. Igualmente, al tener la comercialización de las drogas un fin lucrativo, también hubo de controlarse y sancionarse penalmente el blanqueo de capitales. Esta actividad representaba una forma de reintegrar en los mercados financieros el dinero obtenido con la comercialización de las sustancias y, por tanto, era una conducta coadyuvante. La lógica de que la prohibición se retroalimentaba en forma de más control y más criminalización era manifiesta.

Otro problema de la prohibición era el aumento del control ciudadano y el sacrificio de cuotas de libertad pública. La justicia penal se mueve en un difícil y frágil equilibrio. En su seno se produce una permanente tensión entre la existencia de la lesión de un interés de gran relevancia para la sociedad —el delito— y la posibilidad de que se aplique una sanción privativa o limitativa de derechos al ciudadano responsable de esa lesión. Esta tensión plantea la dialéctica entre la eficacia en la prevención, control y represión de la delincuencia y el respeto a los derechos fundamentales del ciudadano imputado en la comprobación de su supuesta responsabilidad y la ejecución de las consecuencias jurídicas. Esta situación de enfrentamiento es, en general, muy delicada para cualquier delito. En el caso de delitos referidos a drogas, se acentúa por las especiales características criminológicas que adquiere este tipo de delincuencia. El narcotráfico puso a prueba la eficacia del sistema de justicia penal y el diseño del control del fenómeno en la Convención de Viena puso a los sistemas penales nacionales frente a sus limitaciones y frente a sus Constituciones.

El narcotráfico, objetivo final durante estos 15 años, no respondía a las características tradicionales del delito para los que se había diseñado el proceso penal. Tenía una tipología delictiva muy determinada: la criminalidad organizada transnacional. Es el matiz del fenómeno organizativo —por la dimensión, posibilidades técnicas y medios económicos disponibles— y su carácter internacional, lo que implicó que el tradicional contexto legislativo para la represión y sanción —tanto en lo organizativo, lo probatorio e incluso en lo cautelar— deviniera insuficiente. El objetivo era hacer eficaz el sistema de justicia penal en lo interno y en lo internacional. Sin embargo, la tensión dialéctica eficacia-respeto a los derechos fundamentales, omnipresente en el proceso penal, podía desequilibrarse con la eclosión de las reformas propuestas en Viena. Su ejecución no era tan simple como una mera transposición. Había que ponderar la necesidad, racionalidad y proporcionalidad de su adopción y, sobre todo, su encuadre constitucional. Procesalmente, las especiales medidas que se entendían legitimadas para luchar contra un fenómeno que atentaba contra la propia seguridad nacional, se extendieron al resto de la delincuencia. El resultado: un serio impacto en los estándares de disfrute de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

Las consecuencias prácticas, y en cierto modo no previstas, que se fueron manifestando según avanzaba la implantación del modelo criminalizador diseñado en Viena, llevaban implícita la inviabilidad del proyecto. La necesidad de un replanteamiento sobre la marcha no se hizo esperar. Y esa es otra de las características del contexto legislativo del fenómeno drogas en los últimos 15 años.

## LA ERA DEL REPLANTEAMIENTO: AFRONTANDO EL FRACASO

La internacionalización del modelo prohibicionista fue el diseño teórico puesto en funcionamiento en el final del siglo XX, con respaldo en el Convenio de Viena de 1988. En paralelo a la implantación del modelo, se iba comprobando su insuficiencia y su ineficacia, además de sus elevados costos. Los últimos 15 años, que fueron el cenit de la expansión normativa del modelo, coinciden con su paulatino ocaso ideológico y un replanteamiento profundo de las estrategias.

El replanteamiento del modelo legislativo de las drogas tiene su base en un redimensionamiento del problema. Una lectura nueva para un viejo problema. En los orígenes de esta historia de 15 años, el objetivo del contexto normativo antidroga era el de erradicar cualquier abuso del consumo haciendo desaparecer de la sociedad mundial las sustancias psicoactivas. El medio para conseguirlo era el control penal de su oferta. Esa originaria intención, traducida al contexto legislativo, estaba implicando una sobresaturación del sistema penal. El negativo impacto sobre estándares consolidados de disfrute de derechos fundamentales y libertades públicas llegaba al límite. El contexto normativo de emergencia, adoptado para dotar de una mayor eficacia al control penal sobre las drogas, estaba originando una contestación ciudadana. Los derechos fundamentales y garantías individuales se habían replegado ante el argumento eficientista de la cruzada antidroga. Pero, había serias dudas de la relación coste-beneficio. Ni el consumo, ni la disponibilidad de las sustancias se reducían. Se exigía un reequilibrio entre los instrumentos estatales para luchar contra las drogas y los niveles de consolidación de determinados derechos fundamentales. Esta situación, la percepción del fracaso de la erradicación total de las drogas, va consolidando un cambio de mentalidad. El fracaso en la construcción de una "sociedad libre de drogas" desarrolló un discurso paulatino, latente e implícito diferente. Un nuevo objetivo vino a sustituirlo. Las drogas habían convivido con las sociedades humanas desde el principio de la civilización. La nueva filosofía era reconsiderar la convivencia con las drogas, asumir su presencia y mantener su incidencia social dentro de unos costes asumibles. Todo ello exigía el desarrollo de un nuevo modelo. El contexto legislativo adecuado pasaba por unos parámetros más dirigidos a la minimización del impacto de los problemas derivados de las drogas y de sus riesgos que a la total erradicación de las sustancias.

Sería injusto omitir que este replanteamiento no fue sobrevenido. Estuvo, de alguna manera, latente durante todo este periodo una nueva lectura del fenómeno. Alejada y silenciada en los discursos públicos, pero apegada a la propia dinámica del fenómeno drogas y a la variación que en la percepción técnica del fenómeno de las drogas se iba experimentando. Sus expresiones normativas han sido algunas de las que mayores éxitos y satisfacciones han provocado para paliar muchos de los problemas de las drogas y las drogodependencias.

El redimensionamiento del problema supuso un replanteamiento de las estrategias frente a la criminalización. Su manifestación es la idea de la multidisciplinariedad. El nuevo modelo propugnado para enfrentar los problemas del fenómeno drogas es

el del desarrollo de un tratamiento que tenga en cuenta los diferentes factores implicados. Se propone una lectura y análisis más detenido, integrado y omnicomprensivo de la realidad de las drogas para el diseño de una respuesta. La clave que precipita un control social sobre las drogas es el problema de la propia existencia de las sustancias. De ahí, la razonabilidad inicial de fiscalizar su proceso de elaboración y comercialización, limitar su empleo a usos terapéuticos e, incluso, controlar penalmente los usos ilícitos. Sin embargo, este planteamiento incide, específica y sectorialmente, sobre la dimensión de la oferta de estas sustancias.

Era lógico pensar, aunque fuera en clave puramente de mercado, que la demanda genera su propia oferta, con lo que un segundo factor sobre el que resultaba necesario actuar desde la perspectiva del control social es la demanda de estas sustancias, con el objetivo de reducirla. Los elementos que influirían para conseguir esta reducción son dos: evitar los consumos a través de la prevención y concienciación social y agotar la demanda existente a través de la rehabilitación y reinserción social de los consumidores. Un tratamiento más integral de los problemas de drogas exigía políticas sociales preventivas, que se orientaran tanto a las que son puramente negativas —negación de las drogas—, como a las positivas —promoción de alternativas de ocio y de formas de vida saludables—. Para acabar con la demanda existente, también se debía potenciar la regulación de recursos asistenciales socio-sanitarios y socio-laborales.

La multidisciplinariedad propició también en este tiempo la reflexión sobre un tercer elemento: las medidas de prevención de riesgos frente a determinados patrones de consumo y la consecución de objetivos intermedios. Su fin no era propiamente un ataque frontal a las sustancias. En un renovado concepto de problemas —en plural— derivados de la droga, afrontar el fenómeno implicaba una inteligente y necesaria respuesta al control de los efectos colaterales más destacados que mostraban las drogas: los problemas de salud pública e individual asociados al consumo. Contaba en su contra con que era manifiestamente una medida que obligaba a asumir la convivencia. Que las drogas habían sido, eran y serían consumidas. Y que también esa idea debía integrarse y preverse convenientemente en el diseño normativo.

Fue una perspectiva cuyo encaje costó mucho consolidar. Encontró una real resistencia e incompreensión en las instituciones y en la ciudadanía. Una vez puesta en marcha, mostró una eficacia de un alcance difícilmente imaginable. Representó una de las caras más humanas de la estrategia para afrontar los problemas de las drogas. Hoy sería imposible prescindir de ella y no ha dado de sí todo el potencial que puede desarrollar. La reducción de daños pudo emerger y contó, tristemente, a su favor con la irrupción de la pandemia del sida y la determinación de uno de sus medios de transmisión como asociado a un concreto patrón de consumo de drogas: la vía parenteral. Sólo en la idea de que los fines intermedios eran un objetivo para luchar contra algo más terrible que los propios efectos directos del abuso de las sustancias, abrió definitivamente el camino para que ingresara como una estrategia más en el contexto legislativo.

La multidisciplinariedad no resultó una estrategia sustitutiva de la prohibición, sí complementaria. Por ese carácter, la asunción de sus presupuestos durante este periodo no resultó problemática ni incompatible. Gozó del privilegio de la internacionalización. La ONU ya la apoyó en la Conferencia Internacional sobre Abuso de Drogas y Tráfico Ilícito de 1987. Los 35 objetivos de la lucha contra la droga se agruparon en cuatro bloques referidos, respectivamente, a la prevención y reducción de la demanda ilícita, el control de la oferta, la supresión del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación. En la Sesión Especial de la Asamblea General de 1990, en la que se redacta la Declaración Política y un Programa Global de Acción, se vuelve a reiterar el tratamiento multidisciplinar de los problemas de las drogas. La Vigésima Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de junio de 1998, dedicada a las drogas, reincide en la cuestión.

Su manifestación en el contexto legislativo, sin embargo, no ha contado con una amplia percepción popular. Quedó oculta tras la arrolladora decisión de la prohibición penal total. Quedó empañada por su menor espectacularidad. No es ajeno a ello la selección que realizó la comunidad internacional de los instrumentos normativos para hacer viable tanto la prohibición como la multidisciplinariedad. Mientras que para la primera se eligieron Tratados internacionales, de carácter convencional, y singular eficacia normativa y fuerza vinculante; la segunda quedó relegada a recomendaciones, declaraciones políticas y planes de acción, de una nula eficacia jurídica, aunque con una trascendente proyección política. Todo ello no ha impedido su desarrollo y consolidación en un nuevo diseño más integral del contexto legislativo de las drogas.

El más destacado proceso internacionalizador de la multidisciplinariedad en el contexto legislativo se ha vivido en el seno de las instituciones europeas. El Tratado de Maastrich de 1992 estableció una cláusula específica sobre la prevención de la toxicomanía. En 1997 el Tratado de Amsterdam va más allá y amplía esa mención a la "reducción de los daños asociados a la toxicomanía." Se consigue que, en el preeminente lugar del contexto legislativo originario de la Unión Europea, se plasmen como objetivos vinculantes los elementos de un nuevo diseño de enfrentamiento del fenómeno. Ello sirvió de amparo y garantía legal para el desarrollo de programas comunitarios en materia de prevención de drogas, asistencia y rehabilitación social de toxicómanos, y de reducción del daño.

## PEQUEÑA HISTORIA DOMÉSTICA

Las analizadas características generales del contexto legislativo internacional en los últimos 15 años tienen necesariamente su reflejo en el contexto legislativo nacional español. España no ha sido ajena a la internacionalización en el diseño y desarrollo de su modelo político para afrontar los problemas de las drogas, ni a la característica de la criminalización, ni a la asunción de su fracaso, con el consecuente replanteamiento de estrategias orientadas a la multidisciplinariedad.

El contexto legislativo interior ha respondido al hecho de que España durante este periodo ha sido un Estado plenamente incorporado al concierto internacional. Como miembro de las Naciones Unidas y firmante del Convenio de Viena de 1988, que entró en vigor en España en 1990, durante este periodo ha promovido reformas legislativas en su ordenamiento tendentes a la adaptación de sus normas a las exigencias derivadas del mismo. Como miembro de la Unión Europea desde 1986, ha hecho lo propio respecto de aquellas normas comunitarias que estaban necesitadas de trasposición o se integraban dentro de las materias cuyo desarrollo estaba marcado por la cooperación intergubernamental. Y ha ejecutado las de aplicabilidad directa con la debida diligencia. Como miembro activo de muy diferentes foros, grupos de trabajo y organizaciones internacionales, que han desarrollado algún tipo de instrumentos vinculantes o de simple orientación o recomendación, no se ha mostrado renuente a un desarrollo normativo de adaptación en los casos en los que resultó necesario. El ordenamiento jurídico español responde y está integrado en los parámetros internacionales en esta materia, así como en los de su ubicación geoestratégica. Ello no quiere decir que no quedara un margen de decisión para desarrollar soberanamente, dentro del cumplimiento de los compromisos internacionales, una política propia de afrontamiento de la cuestión.

España también ha sintonizado con el carácter criminalizador del modelo de control social aplicado a las sustancias. Ha complementado su legislación con instituciones jurídicas para hacer eficaz el control penal de las drogas y ha diseñado un sistema penal acorde con la puesta en funcionamiento de la cruzada contra las drogas. En esta faceta, sin duda, ha resultado peculiar. Dos circunstancias lo manifiestan. La primera: nunca se sumó a las corrientes más radicales de la cruzada antidroga. Su control penal no llegó a la penalización del consumo, la posesión de drogas para el propio consumo y, en general, de cualquier conducta sobre las sustancias orientadas al consumo personal. La segunda: implantó un tratamiento jurídico diferenciado en materia penal entre sustancias que causaban grave daño a la salud y las que no causaban ese grave daño. Instauró, de esa manera, una diferenciación que no estaba en la intención de la normativa internacional el institucionalizar.

El contexto legislativo hispano no quedó aislado a la sensación de fracaso del sistema criminalizador y al replanteamiento de sus estrategias. En estos años se reforzaron abiertamente las perspectivas preventiva, asistencial y de reinserción. Se sumó con interés, junto a los países occidentales, a los esfuerzos por instaurar los presupuestos normativos necesario que posibilitaran operativizar los programas de reducción de daños y de objetivos intermedios.

España cuenta, por tanto, con su pequeña historia legislativa doméstica. Un rápido repaso a la evolución de su contexto particular en estos últimos 15 años debe detenerse en tres elementos principales: el modo de configuración interno del diseño de sus estrategias y coordinación de los esfuerzos de las diferentes iniciativas, las peculiaridades del modelo de control sobre las drogas y sus usos, y el desarrollo normativo para poder hacer efectivo un afrontamiento multidisciplinar de los problemas derivados de las drogas.

## Organizando las estrategias. Coordinando los esfuerzos

A comienzo de los años ochenta del siglo XX, la sociedad española, en la misma medida que el resto de países, está sufriendo los problemas del abuso de drogas. Existe ya un desarrollado sistema normativo de control administrativo para los usos lícitos de las sustancias y un control penal de los usos ilícitos de las drogas. El trabajo en materia de prevención, asistencia y reinserción social, evoluciona con dificultades de una forma atomizada y parcelada entre los diferentes Departamentos ministeriales. Son muchos los aspectos implicados en el problema y diversos los Ministerios con competencias para resolverlas. Una nueva situación incide más en la dispersión de esfuerzos. En el año 1978, España había accedido a un nuevo régimen político. Un sistema democrático se había implantado tras la promulgación de la Constitución. Desde un Estado fuertemente centralista se había pasado a un Estado autonómico plurinacional. La distribución competencial entre poderes territoriales adquiriría un pleno significado en el país. Del año 1979 al año 1983 se aprobaron los diversos Estatutos de Autonomía y las delimitaciones competenciales territoriales plasmadas en la Constitución empezaban a instrumentalizarse y a ejercerse por las Comunidades Autónomas. Los poderes autonómicos ejercían soberanamente algunas competencias concomitantes en materia de drogas.

En esa situación, de mínima atención a las políticas de reducción de la demanda y de esfuerzos descoordinados entre el Estado y las Comunidades Autónomas y, dentro de ellos, entre los diferentes Ministerios y Consejerías, la cuestión de la droga se repite en las encuestas de opinión como una de las principales preocupaciones de la ciudadanía. El Congreso de los Diputados mantiene la atención sobre la magnitud de los problemas. En 1984, en la sesión del 27 de octubre, la Cámara Baja aprueba que se encomiende al Gobierno la elaboración de un plan de prevención contra la droga. Durante ese año y la primera mitad del siguiente el Ejecutivo crea un grupo de trabajo interministerial integrado por los Departamentos con implicación más directa en el tema. El resultado es la aprobación por el Consejo de Ministros de 24 de julio de 1985 del Plan Nacional sobre Drogas. Es el primer documento español en el que se marcan directrices integradas para frenar el avance del consumo de drogas. Dos son los objetivos básicos del documento: diseñar líneas estratégicas de actuación y coordinar esfuerzos para la ejecución.

En el diseño de las líneas estratégicas, la atención del Plan se dirige a la prevención, la asistencia y la reinserción socio-laboral de toxicómanos. Las políticas de control de la oferta quedan, en cierta medida, marginadas del documento, pero no ausentes de la atención prioritaria del modelo de intervención. El contexto legislativo de control de la oferta estaba ya implantado y claramente orientado a la prohibición penal. Todavía no había llegado el momento de considerar los problemas de las drogas como un todo que hay que afrontar conjuntamente. El documento tiene cierta parcialidad estratégica en esa falta de integración de perspectivas, pero denota un significativo avance hacia la multidisciplinariedad. Hasta 1993 no se unen definitivamente el control de la oferta y reducción de la demanda, cuando el

Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas asume la competencia sobre ambos aspectos. Habría que esperar hasta el 19 de diciembre de 1999, con la aprobación de la Estrategia Nacional sobre drogas para el periodo 2000-2008, para que la total integración quede plasmada en un instrumento jurídico. Es la consolidación del nuevo modelo diseñado a partir del replanteamiento de estrategias a que había abocado el fracaso de la criminalización como fórmula exclusiva. El siglo XXI se abre con una política que descansa en una visión plural del abordaje de los problemas derivados de este fenómeno. Se reitera la especial incidencia en las políticas de prevención de consumos en los ámbitos escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social y de minoración de daños de estos consumos. La promoción de la asistencia y reinserción social de los drogodependientes se vincula a la adecuación de la red asistencial a las nuevas necesidades que plantea el fenómeno con una integración y uniformización de los recursos asistenciales y de la prestación de servicios; junto al impulso de los programas de incorporación socio-laboral. En el eje de las políticas de lucha contra el tráfico de drogas, el blanqueo de capitales y otros delitos conexos se incide en el reforzamiento de los órganos de coordinación represivos, incremento de formación operativa y mejora de los medios materiales a través del establecimiento de un observatorio de seguimiento del uso de las nuevas tecnologías por las organizaciones de traficantes, y el diseño de un Plan de Modernización Tecnológica en materia de comunicaciones, tratamiento de datos y recursos materiales.

El segundo objetivo del Plan de Drogas de 1985 era la coordinación de esfuerzos. Hay que crear una plataforma normativa que garantice la coordinación, tanto de competencias estatales, como entre éstas y las de las Comunidades Autónomas. El Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, de Coordinación Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, fue una de las normas encargadas de afrontar ese reto. Se crea un Grupo Interministerial, integrado en un principio por los Ministros de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Seguridad Social, de Justicia y del Interior, bajo la presidencia del primero y cuya Secretaría se atribuía a un órgano unipersonal, el Delegado del Gobierno. Esta estructura sería asumida a lo largo de estos 15 años hasta constituir órganos semejantes en el seno de cada Comunidad Autónoma y desarrollar Comisionados Autonómicos de Drogas. Al amparo de la legislación de armonización del proceso autonómico, se establecen, como órganos de coordinación entre el Estado y las Comunidades Autónomas, una Conferencia Sectorial, a nivel de los Consejeros responsables de la ejecución en materia de drogas, y una Comisión Interautonómica, en la que la representación la ostenta el Delegado del Gobierno y los diferentes Comisionados Autonómicos.

Durante todo este periodo se ha respetado esta estructura de coordinación. Sucesivamente, se han ido incorporando Departamentos ministeriales según los problemas de las drogas iban ampliándose a nuevos aspectos —1989: Ministros de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales. 1994: Ministros de Asuntos Exteriores, de Economía y Hacienda y de la Presidencia—. La presidencia del grupo correspondió inicialmente al Ministerio de Sanidad. Posteriormente, cuando se concibió que la

perspectiva sanitaria era parcial, se transfirió al Ministerio de Asuntos Sociales. Cuando finalmente se integran los aspectos de control de la oferta con los de reducción de la demanda, en 1993, al Ministerio del Interior.

Aunque no se llegó a consolidar un contexto normativo en el que se reconociera la especial contribución que en la materia tenía la iniciativa social, a través de las Organizaciones no Gubernamentales, Sindicales, Empresariales, de profesionales, de expertos..., ésta estuvo presente cada vez con más fuerza. La Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 rinde merecido homenaje a esta realidad. Es insuficiente. Falta el avance de su configuración normativa con la regulación de un Consejo Asesor de drogodependencias a nivel estatal que cierre el círculo de coordinación de las instituciones con los estamentos sociales que desempeñan su labor en este campo.

La historia doméstica en estos 15 años del contexto legislativo de planificación estratégica y coordinación institucional refleja la evolución del modelo. Se partió de una consolidada política criminalizadora y un incipiente replanteamiento redimensionador del fenómeno, dando entrada a las políticas de reducción de la demanda, con un mayor peso de la perspectiva sanitaria. Se avanzó hacia una construcción y consolidación de los aspectos relativos a la demanda y reducción de daño, con una visión socio-sanitaria del fenómeno. Y se cierra con una integración total de aspectos. Se partió de una incipiente coordinación de competencias interministeriales. Se continuó con las estructuras de relación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, según éstas iban avanzando en su propia coordinación interna. Y se cierra con un reconocimiento explícito de la labor de la iniciativa social, pero sin articularla normativamente.

### **La cruzada interior**

La evolución del contexto legislativo español de control de la oferta ha sido desigual durante los últimos 15 años. El control de usos lícitos apenas ha sido modificado y ha respondido a un escrupuloso respeto de las obligaciones internacionales. El control de los usos ilícitos ha sido más dinámico. Fue necesario adaptar la tipificación penal de conductas; de estructuras de represión, persecución y enjuiciamiento en el sistema de justicia penal; y de sofisticación y desarrollo de los medios de investigación. Además de introducir una extensa regulación administrativa de medidas de prevención sobre actividades conexas a los delitos de tráfico de drogas.

El control administrativo de los usos lícitos de las sustancias había sido desarrollado, como resultado de los Tratados de 1961 y 1971 sobre Estupefacentes y Psicotrópicos, en sendas normas referidas a estupefacentes y psicotrópicos. Estos 15 años sólo conocieron una modernización y actualización de una normativa que no estaba sufriendo variaciones en el ámbito internacional, a excepción de la inclusión de nuevas sustancias de origen sintético que se iban creando. La mayor parte de las

modificaciones respondieron a exigencias de la normativa comunitaria sobre preparados farmacéuticos que contuvieran sustancias psicotrópicas o estupefacientes. 1990 supuso la publicación de una nueva normativa general sobre medicamentos. El primer lustro de esta década se dedicó a la promulgación de diversas normas para ejecutar sus previsiones, que incidían directa o tangencialmente en preparados medicinales que contuvieran estas sustancias. Sin embargo, ninguna era realmente modificadora de las dinámicas existentes hasta el momento. La creación de la Agencia Española del Medicamento en 1999, como organismo autónomo, a imagen de su homónima europea, no supuso una real variación en la forma de ejecutar las competencias en la materia por parte de las instituciones públicas.

El control penal de los usos ilícitos era ya el modelo imperante en 1986. La ratificación de España, y la consecuente entrada en vigor en 1990, del Convenio de Viena de 1988, precipitó numerosas adaptaciones en la tipificación penal de las conductas y la inclusión de otras previsiones procesales contempladas en dicho texto. Estas modificaciones se realizaron en muchas ocasiones antes de la entrada en vigor del propio Convenio, pero ya claramente inspirado por él. El Código Penal fue modificado en 1988 y en 1992. Se agravaron las sanciones de las conductas básicas de tráfico de drogas. Se incluyó una extensa lista de circunstancias agravatorias, con una paroxística imposición de penas privativas de libertad. Se sancionó el desvío de precursores químicos y materiales y equipos para la fabricación de drogas. Se tipificó la receptación de bienes procedentes del tráfico de drogas. Se introdujo la sanción de decomiso de las ganancias provenientes de estas actividades. Esta puesta al día explica que la promulgación en 1995 de un nuevo Código Penal apenas mostrara interés por una reflexión político-criminal de este tipo de delincuencia. Sólo se decidió la creación del delito de blanqueo de capitales con su agravación por el origen en el tráfico de drogas, en sustitución de la tradicional solución de incluirlo entre la receptación y, eso sí, una nueva agravación cuantitativa de la pena por estos delitos.

La legislación penal española en materia de tráfico de drogas mantuvo determinadas peculiaridades a espaldas de lo que parecía una previsión expresa de la Convención de Viena de 1988. El consumo y la posesión para el consumo de drogas, siguiendo una tradición legislativa que se había mantenido sin fisuras, nunca fueron sancionados penalmente. Tampoco ninguna conducta de producción o elaboración orientada al consumo personal. La única excepción la representaban, por un lado, la conducción de vehículos bajo sus efectos y, por otro, el Código Penal Militar, que sanciona el consumo de drogas en acto de servicio de armas o transmisiones, si resulta excluida o disminuida su capacidad para prestarlo. Esta característica del contexto legislativo español fue denunciada por la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, como órgano supervisor del cumplimiento de las obligaciones del Convenio de 1988, en repetidos informes. A pesar de ello, España, durante estos 15 años, no modificó esa decisión. A su amparo, la Jurisprudencia más reticente a la política criminal de huida hacia el derecho penal que representaba la prohibición iba ampliando, por vía de interpretación ciertos ámbitos de impunidad,

como las conductas de consumo compartido. También ayudaba el que los criterios de delimitación entre la posesión para el consumo y para el tráfico no se hubieran administrativizado a través de la determinación estricta de la cantidad poseída, sino que respondía a un, más ajustado a la realidad, criterio de real ánimo subjetivo de la posesión.

El consumo y la posesión para el consumo no sólo no eran un ilícito penal; la previsión administrativa de considerarlos usos ilícitos —que aparecía en las antiguas normas administrativas de estupefacientes y sustancias psicotrópicas— no resultaba aplicable por problemas técnicos insalvables tras la entrada en vigor de la Constitución. La Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana de 1992 vino a romper esa dinámica. Se instauró como infracción administrativa la posesión y el consumo público de drogas. El recurso de inconstitucionalidad planteado contra esa decisión no prosperó. La falta de control penal del consumo provocó que también durante este periodo se desarrollara toda una actividad normativa dirigida a sancionar administrativamente el consumo, asociándolo a determinados contextos de actividad. Se consagra la sanción disciplinaria por consumo a miembros del Ejército y de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado; a los miembros de tripulaciones de buques y aeronaves; a los reclusos en establecimientos penitenciarios; a los conductores de vehículos. Se establece la drogodependencia como causa de limitación a la obtención de licencias administrativas —conducción de vehículos, de armas...—. Sin embargo, el consumo privado, aunque prohibido formalmente de manera administrativa, ni siquiera llegaría nunca a contar con una sanción efectiva.

Otra peculiaridad era la diferenciación entre drogas que causan grave daño a la salud y las que no causan ese grave daño. La delimitación suponía importantes efectos penales, ya que la pena variaba sustancialmente entre unas y otras. La conceptualización de droga blanda comenzó aplicándose sólo a los derivados del cannabis. Se fue ampliando después a determinados psicofármacos. Llegó a aplicarse a las drogas sintéticas, en una decisión que fue finalmente frustrada por el Tribunal Supremo. Sin embargo, la falta de delimitación expresa entre una categoría y otra establece una posibilidad de futuro de reducir la presión criminalizadora sobre muchas sustancias.

El contexto criminalizador durante este periodo se adaptó también progresivamente en el ámbito procesal para la cruzada antidrogas. Pero, especialmente, para las conductas protagonizadas por la criminalidad organizada. España asume el principio de justicia universal en materia de drogas. Otorga competencias de enjuiciamiento para los delitos de tráfico de drogas realizados por el crimen organizado a una estructura especializada: la Audiencia Nacional. El ejercicio de la acción penal, en estos casos, los pone en manos de la Fiscalía Especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas. Desarrolla estructuras especializadas dentro de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad para afrontar la investigación y persecución de esta delincuencia e implicó en la lucha al Servicio de Vigilancia Aduanera. La

coordinación de los diferentes Cuerpos fue una de las cuestiones en las que el contexto normativo debió afinar durante este periodo ante las dificultades que se planteaban. La unidad de información, inteligencia y acción dentro de cada Cuerpo, estaba garantizada por el propio diseño jerárquico de cada uno de ellos. La coordinación entre ellos resultaba más compleja por la dinámica de actuación de rivalidad heredada del pasado. La integración orgánica dentro de un mismo Ministerio no aseguraba la coordinación funcional. Si se añadía el elemento de un Servicio, como el de Aduanas, dependiente del Ministerio de Hacienda, las perspectivas no eran muy halagüeñas. En 1993 se avanza con la creación de una estructura de coordinación en materia de información, inteligencia y actuación de los diferentes Cuerpos dentro de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Se propicia, también, un desarrollo normativo espectacular en las instituciones para dotar de eficacia la investigación de esta delincuencia. Se estructuran las políticas del arrepentimiento. Por un lado, se regula el otorgamiento de sustanciales atenuaciones de pena. Por otro, se establece una normativa de protección de testigos. Se posibilitan las entregas vigiladas de drogas, precursores y capitales para poder seguir el *iter* de la estructura de distribución, elaboración o financiación. Se crea la figura de los agentes infiltrados, regulando los aspectos de su actividad.

El control de las drogas no se agotó en el ordenamiento penal. La multidisciplinariedad no alcanzó sólo a replantear la necesidad de complementar el control de la oferta, con la reducción de la demanda. También replanteó la forma de ejercer el control de la oferta. Se fue abriendo el cerco a actividades conexas que se veían instrumentalizadas por parte del narcotráfico. Las actividades comerciales con las sustancias químicas, necesarias para la obtención de sustancias, y los mercados financieros, necesarios para legitimar el dinero obtenido con esta actividad delictiva, pasaron a verse como elementos utilizables por la delincuencia en materia de drogas. La idea era implicar a los agentes que desarrollaban estas actividades para que aumentaran sus controles. Toda una nueva y compleja normativa de control administrativo, al amparo de obligaciones comunitarias, se forjó para fiscalizar estas actividades.

España no resultó en este periodo, finalmente, un país tan radicalmente criminalizador como hubiera pretendido la normativa internacional. Estaba embarcada y comprometida en la cruzada, pero su fundamentalismo no era tan radical. El contexto legislativo de criminalización en el Código Penal era más reducido que en otros países y la técnica de tipificación permitió avances jurisprudenciales que en algunas ocasiones fueron aprovechados para una menor punición. Las expresiones normativas para hacer más eficaz el sistema penal fueron configuradas legislativamente como armas de una cruzada contra las conductas más graves: las de la delincuencia organizada. El pequeño tráfico de los consumidores se seguía considerando una cuestión de seguridad ciudadana. Los agentes sociales de la industria química y las actividades financieras tuvieron que asumir que, ante los riesgos de instrumentalización, la Administración los controlara y fiscalizara más severamente, obligándolos a una más estrecha colaboración.

## Los avances en la reducción de la demanda

En 1985, el Plan Nacional sobre Drogas se crea para afrontar organizada y sistemáticamente las políticas de reducción de la demanda. Su insuficiencia y dispersión se ha visto que fueron los detonantes. La determinación de estrategias en este campo y la estructuración para su ejecución hace que estos últimos 15 años fueran esperanzadoramente avanzando y evolucionando hacia la multidisciplinariedad. La realidad es que el contexto legislativo nacional de reducción de la demanda en este periodo cuenta con una menor expresión que el del control de la oferta. Eso podría valorarse como un criterio para demostrar un menor desarrollo y atención de lo preventivo-asistencial respecto de lo represivo. No creo que sea totalmente correcta esta lectura. El protagonismo jurídico del control de la oferta se debe prioritariamente a su propia naturaleza represiva y limitativa de derechos. Lo que hace que esté necesitado de una normativa habilitante. Por el contrario, la reducción de la demanda no necesita un excesivo y complejo marco normativo de actuación, sino decisiones políticas y estratégicas para su ejecución. Muchas de las competencias que se desarrollan en este ámbito, por su parte, están reservadas a las Comunidades Autónomas.

Del contexto normativo nacional en la materia, durante este periodo deben destacarse dos situaciones: el desarrollo de la red asistencial y la regulación legal de los programas con sustitutivos opiáceos.

El establecimiento, para la atención especializada a los drogodependientes, de una red asistencial paralela a la red sanitaria normalizada es uno de los resultados del contexto legislativo asistencial. Las dificultades y la especificidad socio-sanitaria de los problemas derivados del consumo provocaba que resultara difícil integrarlos en un modelo sanitario como el español. La necesidad social, más que una decisión premeditada, fue la que presionó a la creación de diferentes dispositivos asistenciales por parte de ONGs y grupos de profesionales. Después llegaría su normativización, estableciendo las bases y requisitos mínimos para la acreditación de centros y la política de subvenciones a estos dispositivos. En algunos casos, incluso, su creación y gestión directa por Comunidades Autónomas y entes locales. Hoy se asume normativamente que éste es el diseño más adecuado para el tratamiento directo de los problemas derivados de las drogodependencias; junto a la coordinación con los servicios de asistencia primaria y especializada para el tratamiento de las enfermedades orgánicas asociadas al consumo. El propio documento de Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 estableció como una de sus prioridades la profundización y potenciación de este modelo.

La evolución de la normativa de programas con sustitutivos opiáceos es otra de las cuestiones paradigmáticas del contexto legislativo. Su avance concuerda con la evolución ideológica del replanteamiento del fenómeno. Los tratamientos con metadona durante los primeros años ochenta habían alcanzado un cierto predicamento entre algunos sectores profesionales. Ajenos a su consideración de sustancias fiscalizadas, y al amparo únicamente de la finalidad terapéutica, reinaba una situación de cierta desorganización y uso indiscriminado. Ello llevó en el año 1985 a la aprobación de

una normativa restrictiva en diversos aspectos. Esta normativa concebía el sustitutivo opiáceo como un elemento más en la estrategia de los programas libres de drogas. Esta regulación era la vigente cuando se desencadena la enfermedad del sida. Lo prioritario ya no es sólo liberar de la droga al consumidor, sino también poder reducir el número de conductas de riesgo. Cada toma de metadona podría suponer una situación menos de consumo de heroína por vía endovenosa y una situación menos, por tanto, de contagio. La rígida normativa del 85 no permitía esa utilización de los sustitutivos opiáceos para un fin intermedio de reducción de daño. El número de contagios de sida en población drogodependiente comienza a elevarse y se convierte en la primera causa de transmisión de la enfermedad el compartir jeringuillas con sangre infectada. En 1990 se replantea esta perspectiva y se dicta una nueva normativa con una mayor experiencia y conciencia de las deficiencias y restricciones en que se había incurrido. El resultado fue una moderna previsión sobre los programas de reducción de daño a través de sustitutivos de la heroína. La norma sólo sufrió posteriormente modificaciones de retoque para resolver algunas cuestiones técnicas y para incluir nuevas sustancias con farmacodinamias que las hacían especialmente aptas para el cumplimiento de los objetivos. Hasta el día de hoy sigue vigente.

Las previsiones normativas en el campo de la reducción de daños estaban apenas comenzando en los años noventa. Entre los profesionales se especulaba con la posibilidad de entrega controlada de heroína para la población drogodependiente más recalcitrante a un acercamiento a cualquier tipo de dispositivo asistencial. Las dificultades de contextualizar legislativamente esa previsión eran importantes. Pero el redimensionamiento de una lectura del fenómeno pedía una oportunidad de operativización. Quizá el problema de las drogas no estaba en su uso. El consumo era una decisión demasiado personal y la droga seguía siendo ubicua. Resultaba muy sugerente sondear nuevas perspectivas. El controlar los riesgos sí era una competencia de la Administración y uno de los riesgos era la propia adulteración de la sustancia y las condiciones de consumo. En ese contexto de reflexión, algunas Comunidades Autónomas se decidieron por poner en práctica esa posibilidad y se decide la instalación de salas de venopunción. Las instituciones estuvieron dispuestas a crear instalaciones públicas para posibilitar un consumo en condiciones sanitarias óptimas, y analizar la sustancia consumida. Podía no ser la panacea contra las drogas, pero parece tener mucho futuro. Apenas ha empezado, hay que posibilitar que desarrolle todo su potencial.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

La evolución del contexto legislativo en estos 15 años ha reflejado los cambios en el fenómeno de las drogas y los cambios en la percepción social y profesional de ese fenómeno. De hablar del “problema” de la droga —como algo inherente e implícito a la propia sustancia— se pasó a concebir la existencia de “problemas” de la droga, en una visión muy amplia e integrada de interacción entre muchas variables —realidad social, sustancia, consumo, contexto legislativo, repercusiones del consumo...—. De un objetivo maximalista de acabar con las sustancias se evolucionó a

un objetivo redimensionado de convivencia con su uso dentro de unos parámetros asumibles socialmente. De un tratamiento centrado en el control de la oferta se avanzó hacia la multidisciplinariedad y a la consolidación de las políticas de reducción de la demanda y objetivos intermedios. Tras estos 15 años, la situación del contexto legislativo actual refleja este recorrido. La normativa de control de la oferta se está redimensionando centrándose, con renovada fuerza de medios, en las conductas protagonizadas por la criminalidad organizada. La normativa de reducción de la demanda se está consolidando como una necesidad más en el afrontamiento multidisciplinar a un fenómeno multifacético. La irrupción de una incipiente normativización de los objetivos intermedios está presentando ilusionantes avances para atajar importantes efectos colaterales del uso de drogas. El conjunto normativo está consiguiendo una cierta sensación de normalización y control del fenómeno.

Difícil resulta hacer una prognosis sobre el contexto legislativo. La irrupción de novísimas sustancias, patrones de consumo, contextos de uso, etc. hace muy complejo saber cómo evolucionará el fenómeno. Sin poder prever esa evolución, poco se puede saber sobre los instrumentos jurídicos que habrá que ir diseñando. La alternativa liberalizadora de las drogas, que había ido ganando aceptación en el cenit del fracaso de la criminalización, también pierde fuerza con el nuevo replanteamiento del modelo de afrontamiento. El futuro más inmediato no parece que depare grandes avances; más bien una profundización del renovado diseño multidisciplinar. A medio plazo, quizá un modelo sincrético se imponga. Despenalización de conductas relativas a determinadas sustancias —especialmente cannábicos, psicofármacos y drogas de síntesis— y su sustitución por una fiscalización administrativa. No resultaría extraño que, más tarde o más temprano, con el relajamiento social hacia estas sustancias, consideradas hoy ilegales, y el endurecimiento de la fiscalización de las drogas legales, se llegara a una convergencia normativa. Parece que el futuro indica que las drogas sin tradición cultural de consumo no recorran ese camino.

**Jose Miguel Sánchez Tomás**

Profesor Titular de Derecho Penal  
de la Universidad de Murcia.

## LAS POLÍTICAS DE LAS ADMINISTRACIONES

---

Manuel Araujo Gallego

“Hemos de construirnos nuestras vidas de un modo más activo que las generaciones anteriores, y tenemos que aceptar más activamente responsabilidades por las consecuencias de lo que hacemos y por los hábitos de estilos de vida que adoptamos.” Esta cita pertenece a Anthony Giddens (1999) en su interesante libro *La tercera vía* y, por diferentes razones que intentaré ir desvelando a lo largo del presente capítulo, me parece que compila con bastante acierto lo que han sido las políticas sobre drogas de las administraciones públicas en España en los últimos veinticinco años, lo que, ciertamente, equivale a decir toda la política que sobre este tema exista en nuestro país.

Puede decirse que esta cita habla de la responsabilidad, y del compromiso, de las personas para consigo mismas, pero, por extensión, y a mi juicio, también se refiere a la responsabilidad y compromiso de cada individuo para con los otros.

En esta línea, la noción de corresponsabilidad social, en su doble sentido de responsabilidad de cada persona para consigo misma y las demás y de los grupos o instituciones para con ellas y otras entidades que componen la sociedad, ha marcado dicha política. La afirmación de que el consumo de drogas, la drogodependencia, y sus consecuencias, es un asunto que nos incumbe a todos se ha convertido en lugar común, o punto de encuentro si se prefiere, en el que confluyen administraciones, organizaciones no gubernamentales, partidos políticos, profesionales y, en general, personas relacionadas con este ámbito. Pero tal aseveración, por cierta que sea, tiene el evidente riesgo de permitir la inhibición o una respuesta insuficiente.

Parece conveniente hacer dos observaciones iniciales. Primera, no pretendo en este momento hacer un análisis, ni siquiera descriptivo, de cuál ha sido la historia de la respuesta de las diferentes administraciones a lo que con frecuencia se denomina “el problema de la droga”. Tampoco aspiro a realizar un recorrido pormenorizado

por la misma. Llama la atención, es cierto, que aún no se haya narrado, a pesar de la invitación que supone haber cambiado de siglo y de que el período de tiempo de interés se circunscriba prácticamente a su último cuarto. Aunque es quizá por esto mismo, por la cercanía de los acontecimientos, lo que entre otras cosas significa que sus autores y actores siguen, permítaseme decir seguimos, en activo, por lo que aún no disponemos de su relato. Segunda, aunque es evidente que el abuso y dependencia de sustancias se produce en España mucho antes de la década de 1970, no será hasta entonces cuando el fenómeno adquiere características que lo perfilan como “problema social” reconocible y reconocido.

La adicción a la morfina, con los famosos carnets extradosis, el consumo de grifa traído por los españoles que venían de Marruecos, el abuso de anfetaminas de los años sesenta y, en general de psicofármacos y medicamentos, no alcanzaron el umbral de semejante calificativo. Ni siquiera el alcoholismo y el tabaquismo del país se consideraban tal hasta muy recientemente. El consumo de drogas (hachish, alucinógenos, narcóticos de farmacia, cocaína y fundamentalmente heroína) llega a convertirse en problema porque afecta a jóvenes de toda extracción social que, además, empiezan a cometer delitos como los “tirones” y los robos y atracos a oficinas de farmacias, hasta entonces prácticamente desconocidos, o muy circunscritos a determinados colectivos sociales, y que repercuten muy negativamente en la percepción social de seguridad ciudadana.

El aislamiento político que se vivía en España hasta finales de los años setenta hacía muy difícil que la “moda” del consumo de drogas, que ya se había extendido por el continente europeo, y previamente por Norteamérica, entrara, como tantas otras cosas, en nuestro país. Algún turista nacional o extranjero, algún estudiante español de los pocos que entonces salían a cursar estudios fuera del país, traían derivados cannábicos o algunos alucinógenos. No perdamos de vista, en este punto, que para los turistas nórdicos España era el paraíso de las anfetaminas, ya que en los años sesenta estos fármacos circulaban sin apenas controles y se utilizaban profusamente, entre otras “indicaciones”, para adelgazar fácilmente.

La transición española nos abre las puertas de la modernidad, en su sentido más amplio. España empieza a incorporarse a las costumbres de las naciones que nos rodean. Y esta inserción se produce, como no podría ser de otra forma, en todos los aspectos sociales. La política, la economía, la cultura, la sociedad en su conjunto se transforma. La extensión del consumo de drogas es sólo un pequeño aspecto de este proceso, aunque llegará a tener un gran impacto en los medios de comunicación y en la vida de muchas personas, bien porque se verán afectados directamente, que serán jóvenes en su mayoría y sus familias, bien porque sufran algunos de los problemas asociados al mismo, como los hurtos o los atracos.

Las administraciones también se verán afectadas, puesto que tuvieron que dedicar recursos humanos y materiales para intervenir en una situación que les resultaba, como a todos, desconocida. Al principio de forma tímida y poco estructurada, se van poniendo en marcha programas y actividades, fundamentalmente asistenciales

y en mucha menor medida de prevención. Una respuesta organizada no llegará hasta la mitad de la década de los ochenta, unos diez años después de la eclosión del consumo de drogas. Esta tardanza en reaccionar es posible que se deba a que las prioridades en la época de la transición residían en la transformación política y social que tenía que hacerse, pero también porque los profesionales sanitarios y sociales no tenían muy claro entonces cómo intervenir.

Además existe otra circunstancia que posiblemente vino a complicar todavía más el momento en el que irrumpe el consumo de drogas, así como la capacidad de respuesta al mismo. Me refiero al cambio cultural que se ha venido operado en el último cuarto del siglo pasado, y que por lo tanto coincide temporalmente con lo comentado anteriormente: la postmodernidad. Pérez Alvarez (2001) comenta en un interesante artículo, crítico sobre la condición de la postmodernidad y la psicoterapia postmoderna, las características de esta cultura. El sujeto tiene mucha información pero carece de orientación. La gran cantidad que de ella se recibe anula el saber práctico que anteriormente indicaba qué hacer en las relaciones, con los hijos, la salud o la alimentación, por poner unos ejemplos. Se produce una jubilación del sujeto como persona competente y responsable, estando a la vez saturado y vacío, sin capacidad de respuesta ante las demandas del mundo e incapaz de hacerse cargo de sus actuaciones. Prima el subjetivismo, la posición de cada cual como criterio de verdad, negándose la existencia de algo objetivo, cesando las concepciones establecidas por el conocimiento científico, las ideologías y la tradición.

Lo anterior son, evidentemente, sólo unos apuntes de la postmodernidad, pero es fácil imaginar que en tal caldo el cultivo del consumo de drogas se encontró con un terreno ricamente abonado. Para los propósitos de este artículo no es pertinente profundizar más en esta línea, pero sin duda un análisis de la relación entre ambos produciría un mejor conocimiento tanto del problema que nos ocupa como de la respuesta dada al mismo.

Lo que posiblemente determinó la respuesta de las administraciones, además de lo señalado anteriormente respecto a la creciente percepción de inseguridad ciudadana hacia finales de los setenta, fue la aparición del consumo intravenoso de heroína, que también conllevó un aumento de la delincuencia. Si el consumo de cannabis y psicodislépticos se asociaba inicialmente con la contestación política, durante el periodo previo a la transición, y durante esta misma con mayor énfasis, la administración intravenosa de heroína se asocia rápidamente con la delincuencia. El binomio droga-delincuencia se hará fuerte durante la década de los ochenta y gran parte de los noventa. Incluso llegará a parecer como si la delincuencia no existiera en España antes de estos consumos, lo que desde luego constituyó un dislate y un freno considerable a la implantación de programas de reducción del daño, con las consecuencias que esto tuvo para la expansión en España de la infección por el VIH y el sida, entre otras enfermedades asociadas al consumo intravenoso, así como para el propio proceso terapéutico del drogodependiente.

## LA CONSTRUCCIÓN DE UNA RESPUESTA

Los primeros datos sobre el consumo de drogas entre la juventud se obtienen en 1975 como parte de la *III Encuesta Nacional a la Juventud*, donde se recoge que un 16% de los jóvenes afirmaba que le habían ofrecido drogas en alguna ocasión. Sin embargo no será hasta 1979 cuando se realice el primer estudio sobre el consumo de drogas (CIDUR-EDIS, 1980). En él se revela que un 34,6% de los jóvenes entre 14 y 25 años habían probado algún tipo de droga. A partir de entonces, y fundamentalmente después de 1985, se suceden los estudios epidemiológicos en España, realizados por encargo del Plan Nacional sobre Drogas, por la propia FAD, y por diferentes planes autonómicos, especialmente de Andalucía y Galicia, que son quienes cuentan con las series más largas en el tiempo.

Poco antes de la primera fecha, en 1973, se crea una comisión interministerial con el fin de que realice un informe sobre la situación de las drogodependencias en España, que se publicará al año siguiente (Rodríguez Roca y otros, 1989). Los problemas con el abuso de alcohol son los señalados como los más importantes, se constata la inexistencia de datos respecto a las drogas ilegales, lo que impide evaluar la extensión del problema, aunque se habla de una fuerte incidencia del consumo de fármacos, sobre todo anfetaminas entre los estudiantes, y se constata la total desinformación de la población, profesionales incluidos. Sin embargo las recomendaciones realizadas en el mismo apenas serán tenidas en cuenta.

Cinco años después, en 1978, el Gobierno crea con carácter permanente la Comisión Interministerial para el Estudio de los Problemas Derivados del Consumo de Drogas, cuyo objetivo sería coordinar acciones sobre la materia de los diferentes departamentos ministeriales. Aunque este cometido nunca llegará a realizarse, será a partir de esta comisión cuando empiece a desarrollarse algunos recursos asistenciales específicos, gestionados por asociaciones privadas sin ánimo de lucro y financiados con cargo al entonces denominado Fondo Nacional de Asistencia Social, FONAS, posteriormente llamado FAS, Fondo de Acción Social.

Es de destacar que una de las condiciones impuestas para la financiación de los proyectos de creación de centros asistenciales era que en ellos no debían realizarse tratamientos con metadona, lo que restringía la capacidad terapéutica de los mismos a un abordaje libre de drogas, entonces muy limitado tanto desde la farmacología como desde la psicoterapia y el trabajo social.

Entretanto el limitado número de drogodependientes que solicitaban tratamiento eran atendidos en los centros de salud mental de la denominada Administración Institucional de la Sanidad Nacional, AISNA, donde desde los años sesenta venían siendo tratados los casos de alcoholismo. A partir de algunos de estos servicios empiezan a desarrollarse unidades o centros asistenciales de drogodependencias, como por ejemplo en La Coruña, y también a partir de algunos hospitales psiquiátricos, como el de Bétera en Valencia o el de Zamudio en Vizcaya.

A partir de 1980 la administración local, como los ayuntamientos y las diputaciones de Barcelona (programa DROSS y el SPOTT) o Valencia comienzan a crear una red de recursos y programas fundamentalmente de tratamiento, aunque también comienzan a desarrollarse iniciativas en el área de la prevención del consumo de drogas.

En el ámbito autonómico se pone en marcha en 1981 el Droga Arazo Koordinakunde, DAK, Centro Coordinador de Drogodependencias del Gobierno Vasco. En febrero de 1982 el Consejo de dicho gobierno aprueba lo que será el primer plan autonómico sobre la materia del Estado Español. En Catalunya se constituye el Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias. Durante los primeros años de esta década, ambas administraciones realizarán importantes tareas, tanto en la organización asistencial como en la formación de profesionales. Al plan vasco le seguirán en 1986 el de la Generalitat de Catalunya y el de la Xunta de Galicia. Un año antes, en 1985, el Consejo de Ministros aprueba el Plan Nacional sobre Drogas.

## EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (PND)

Nacido por iniciativa parlamentaria del Congreso de los Diputados, surge del consenso político y en su elaboración participan diferentes colectivos sociales y profesionales así como las Comunidades Autónomas (CCAA). Tiene como objetivos prioritarios: a) la reducción de la oferta y la demanda, b) la disminución de la inseguridad ciudadana, c) la oferta de una red pública de servicios de atención, suficiente y transparente para el usuario y para la sociedad en su conjunto, y d) la coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

El PND contemplaba las áreas de prevención del consumo de drogas, en la doble vertiente de reducción de la oferta y la demanda, la asistencia y reinserción social, la formación del personal y la información e investigación, estructuradas en criterios generales y acciones concretas a desarrollar. Se tenían en cuenta tres colectivos específicos por "la especial significación y características que presentan el consumo de drogas y su tratamiento" en ellos: los menores en instituciones de reforma, los reclusos y las Fuerzas Armadas, señalándose para cada uno de ellos las acciones a desarrollar.

Especial relevancia le concedía el documento del PND a la coordinación, de forma que prácticamente la mitad del texto se dedicaba a ella, planteando igualmente unos criterios generales y unas acciones propuestas, junto con, en capítulo aparte, los criterios básicos y las medidas prioritarias de cada uno de los ministerios implicados (Asuntos Exteriores, Educación y Ciencia, Cultura, Interior, Justicia, Sanidad y Consumo, y Trabajo y Seguridad Social). En este mismo capítulo se abordaban los criterios básicos y las medidas prioritarias para la coordinación interministerial y autonómica, especificándose también los criterios básicos y medidas prioritarias en prevención, asistencia y coordinación aportados por todas las CCAA para llevar a cabo en su territorio, excepto el País Vasco.

La acción preventiva se enmarcaba dentro de una política integral de educación para la salud y el bienestar, se planteaba la intervención en áreas de alto riesgo, considerando que para la misma debían tenerse en cuenta los factores condicionantes de la drogodependencia. Entre otras acciones propuestas se señalaba la introducción de la educación para la salud en la escuela, la edición de materiales didácticos, el apoyo al asociacionismo juvenil y las campañas de sensibilización. En relación a la reducción de la oferta se contemplaba el agravamiento de las penas por delito de tráfico de drogas, la investigación y embargo de los bienes de los traficantes, la institucionalización del Fiscal Especial para la prevención y represión del tráfico ilegal de drogas y el aumento de la eficacia policial mejorando su coordinación.

Se propone un enfoque psicosocial de la asistencia, estableciéndose como objetivo de la misma "en términos generales, la abstinencia y la reinserción social" y se contempla la existencia de "programas temporales de mantenimiento con metadona u otros fármacos". La oferta terapéutica, se afirma, debe ser diversificada. Se señalan tres premisas básicas para diseñar la asistencia: a) la complementariedad entre servicios de salud y sociales para la elaboración de programas terapéuticos, b) la potenciación de las redes generales de servicios asistenciales frente a la creación de servicios paralelos especializados, "salvo en casos específicos", y c) la promoción de fórmulas alternativas al internamiento, fomentando la atención en el entorno del sujeto. No obstante lo anterior se considera necesaria la colaboración de la iniciativa privada sin ánimo de lucro "como factor que amplíe la variedad de la oferta", siempre que cumpla determinados requisitos de profesionalidad, económicos, de evaluación de resultados, etc.

Entre las acciones propuestas se encontraba la elaboración de un modelo de atención, la actuación del INSALUD en urgencias, desintoxicación hospitalaria y asistencia ambulatoria, los convenios-programa con las CCAA para el mantenimiento de servicios propios o concertados y para apoyar al movimiento asociativo y la regulación y registro de los tratamientos con metadona y de los centros de tratamiento.

Para la formación de personal y la información e investigación se proponían acciones como la formación académica y continuada de profesionales, la validación de indicadores de prevalencia y demanda, el establecimiento de indicadores de evaluación y el desarrollo de programas de investigación. También se contemplaba realizar bianualmente una encuesta sobre el consumo de drogas "con una metodología que permita comparar la tendencia del consumo de cada droga."

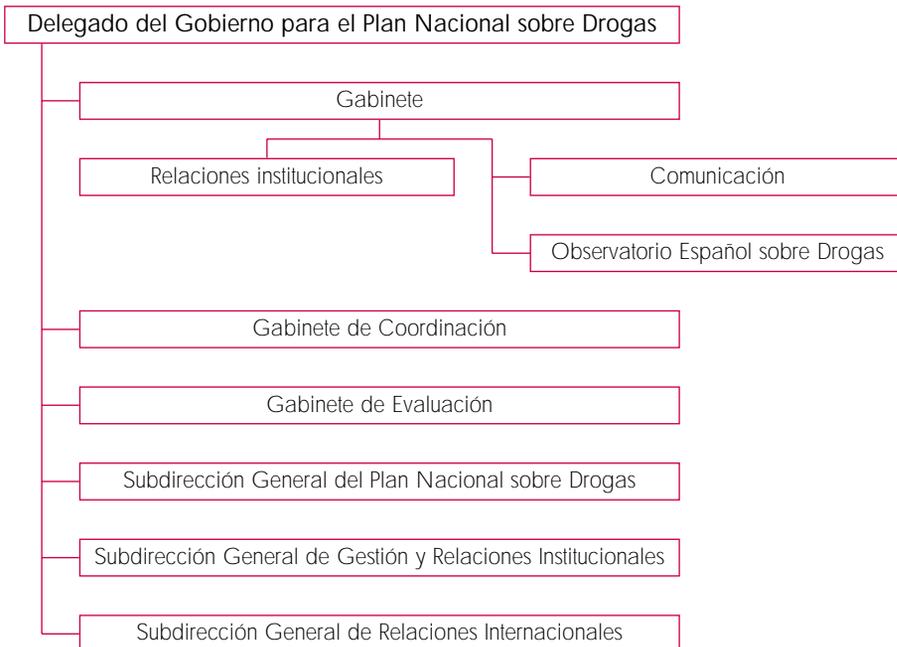
Como se decía anteriormente, el PND otorgaba una gran importancia a la coordinación. La situación en aquel momento, en el que ya asistíamos a un importante y creciente desarrollo de iniciativas y recursos de prevención y asistencia, poco conexados entre sí y muy heterogéneos, así lo aconsejaba. Su ordenación y planificación constituía una necesidad imperiosa. Pero la coordinación era igualmente una exigencia para poner en marcha el amplio conjunto de medidas que se pretendía

adoptar, en la que se quería implicar a las diferentes administraciones y al conjunto de toda la sociedad. Había que articular la corresponsabilidad social, a la que aludíamos al principio.

Así, en septiembre de 1985, se crea la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND), como órgano unipersonal, con rango de Subsecretario de Estado y adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo. Esta estructura orgánica de coordinación será quien impulse las acciones a desarrollar, promueva la cooperación con los diferentes ministerios implicados, las comunidades autónomas, los ayuntamientos y las organizaciones no gubernamentales y gestione los presupuestos, haciendo el seguimiento y evaluando las actividades realizadas. A lo largo de los años, la DGPND tendrá varias modificaciones y llegará a depender de diferentes departamentos ministeriales. Quizá la más relevante sea cuando en 1993 pasa al Ministerio de Justicia e Interior, integrándose dentro de la estructura de la Delegación las acciones dirigidas al control de la oferta de drogas. Actualmente, y desde 1996, está adscrita al Ministerio del Interior, completando sus competencias con la creación en 1997 de un organismo destinado a mejorar los sistemas de información y análisis del consumo de drogas: el Observatorio Español sobre Drogas (OED).

Actualmente, el organigrama de la DGPND (Real Decreto 1449/2000, de 28 de julio, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior) es el siguiente:

**Gráfico 1.** Organigrama de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



A la Delegación, según el artículo 8.1. del mencionado Real Decreto, le corresponde la dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas, tanto en el ámbito de la reducción de la oferta de drogas como en el de la reducción de la demanda, conjugando pues los aspectos de represión del narcotráfico, y de los delitos con él relacionados (por ejemplo, blanqueo de capitales), con los de la prevención del consumo de drogas, la asistencia e incorporación social de drogodependientes, la formación de profesionales, así como los de la investigación del fenómeno y evaluación de las acciones emprendidas.

En esta tarea podrían diferenciarse tres espacios de actuación: la coordinación de actuaciones, la promoción de actividades y la gestión directa de acciones. Obviamente los tres son complementarias entre sí, de forma que muchas de las actuaciones emprendidas por la DGPND requieren una intervención compartida en los tres ámbitos. Por ejemplo, el funcionamiento del Observatorio Español sobre Drogas (OED), cuya gestión directa es de la Delegación, precisa de la promoción de estudios y de su sistema de información que debe ser coordinada con otros organismos de la propia Administración Central, los planes autonómicos y otras instituciones, entidades que suministran datos protocolizados al OED, conformando su sistema de información.

La coordinación es probablemente la parte más sustancial de su trabajo. En definitiva significa promover el consenso, la complementariedad y la cooperación, evitando disfunciones y duplicidades, entre los diferentes departamentos de la Administración Central, las CCAA y entes locales y entre éstos tres niveles de la Administración y la sociedad civil. Es la parte más sustancial porque la mayoría de las decisiones adoptadas en el marco del Plan Nacional sobre Drogas requieren del acuerdo de estos interlocutores, que son quienes han de poner en práctica tales decisiones.

Y aquí es preciso hacer una distinción entre Plan Nacional sobre Drogas y la Delegación. Aquel, como todo plan, es un conjunto de objetivos y actividades que han de realizarse para conseguirlos, trazados ambos después de analizar el problema y que obedecen a criterios de planificación, ordenación y programación. La Delegación es el órgano administrativo de la Administración Central del Estado responsable del mismo, en el sentido fijado por el Real Decreto 1449/2000, comentado más arriba.

La coordinación se lleva a cabo de diferentes formas, desde el impulso y promoción de órganos colegiados de dirección y coordinación, como por ejemplo la Conferencia Sectorial o la Comisión Interautonómica, hasta la puesta en marcha de grupos de trabajo o ponencias técnicas, como por ejemplo la ponencia técnica de encuestas o la de reducción de daños, que tienen por objeto lograr el consenso para el desarrollo de determinados programas y acciones; mientras los primeros son permanentes, ya que aseguran la continuidad del propio Plan, los segundos se establecen según las necesidades y tienen una duración limitada en el tiempo.

Para la coordinación de actuaciones con otros departamentos de la Administración Central, cuyas competencias tienen una relación más directa con el fenómeno de las drogas y la drogodependencia, se creó, ya en 1985, el Grupo Interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. Inicialmente estuvo compuesto por los Ministros de Sanidad y Consumo (quien lo presidía), de Trabajo y Seguridad Social, de Justicia y del Interior. En 1989 se incorporan los Ministros de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales y más tarde, en 1994, los de Asuntos Exteriores, de Economía y Hacienda y de la Presidencia. En su última composición de 1997 el Grupo está compuesto por los Ministros del Interior (quien lo preside), de Justicia, de Educación y Cultura, de Sanidad y Consumo, de Trabajo y Asuntos Sociales y por los Secretarios de Estado de Hacienda y Economía del Ministerio de Economía y Hacienda y de Relaciones con las Cortes del Ministerio de la Presidencia. El Grupo se reúne una vez al año y tiene como función la adopción de las medidas y actuaciones relativas al Plan cuya competencia corresponde al Estado. Además, en cada uno de estos departamentos ministeriales, así como en el Ministerio de Defensa y en la Presidencia del Gobierno, existen unos coordinadores departamentales a efectos del Plan Nacional sobre Drogas.

Por otra parte, y con un ámbito de trabajo más específico, funcionan otros órganos colegiados, como por ejemplo, el Consejo Superior de lucha contra el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales, el Consejo Asesor de lucha contra el tráfico de drogas y el blanqueo de capitales o el Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas.

Existen dos terrenos para la coordinación que son propios de la Administración Central: el internacional y la reducción y control de la oferta de drogas ilegales. En el primero le corresponde a la DGPND, en colaboración con el Ministerio de Asuntos Exteriores, coordinar la posición nacional y participar en las reuniones de los organismos internacionales e intervenir en la aplicación de los acuerdos que se deriven de las mismas, relativas tanto a la reducción de la oferta como de la demanda de drogas, ejerciendo la coordinación general entre las unidades de los distintos ministerios con competencias en tales campos. Respecto al segundo, la Delegación tiene como función coordinar la actuación entre las Unidades de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes en la materia y la de éstas con otros servicios cuya competencia específica pueda repercutir en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas y el blanqueo de capitales derivado del mismo.

Desde su creación en 1985, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha ido incrementado sus competencias. Así, a las iniciales de desarrollar los acuerdos del Grupo Interministerial, elaborar propuestas de programas y actuaciones relativas a la lucha contra el tráfico y el consumo de drogas y evaluar las realizadas por los distintos Ministerios, ejercer la coordinación y dirección funcional de los diferentes Departamentos Ministeriales, Organismos y Administraciones Públicas y coordinar la asignación de recursos presupuestarios, se le añade en 1995 las competencias de administración y gestión del Fondo procedente de los

bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados. En 1996 se le atribuye la función de llevar el Registro General de Operadores de Sustancias Químicas Catalogadas y controlar el desvío de las mismas para la fabricación ilícita de drogas, así como la de recibir, analizar y estudiar la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con el mismo. En 1998 se le reconoce como Órgano Estatal de comunicación con el Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía. Y en 2000 se le reconoce como Instituto Nacional de Investigación y Formación sobre Drogas y también se le encomienda impulsar el establecimiento del Observatorio de Seguimiento del uso de las nuevas tecnologías por las organizaciones de traficantes.

La coordinación con la Administración Autonómica, en un Estado como el nuestro, donde existe una gran descentralización de competencias precisamente en ese nivel, es claramente imprescindible. Y esta necesidad ha ido creciendo con el tiempo, toda vez que gran parte de las competencias sobre los sectores más relevantes para el desarrollo de las medidas de reducción de la demanda contenidas en el PNSD, como la sanidad (tanto en su aspecto de salud pública como de asistencia sanitaria), la educación, los servicios sociales o las políticas de formación y empleo han ido, y siguen, transfiriéndose a los gobiernos de las 17 CCAA y de las 2 Ciudades Autónomas. En el Estado de las Autonomías, el consenso y la concertación se hacen imprescindibles y la coordinación es el eje fundamental para articular las medidas acordadas. Con este fin, el PND tiene dos órganos colegiados: la Conferencia Sectorial y la Comisión Interautonómica.

La Conferencia Sectorial está compuesta por los Ministros del Grupo Interministerial, el Delegado del Gobierno para el PND y los Consejeros de los gobiernos autonómicos responsables del plan autonómico. Se trata, por tanto, de un ámbito de decisión político, en donde se revisa y acuerda la política general a seguir en el ámbito de la reducción de la demanda. Habitualmente se reúne una vez al año.

La Comisión Interautonómica, en un principio denominada Comisión Técnica Interautonómica, está integrada por el personal directivo de la DGPND, la preside el Delegado, y son miembros de ella los comisionados o responsables de los planes autonómicos. Inicialmente también formaban parte de la misma representantes de algunos departamentos ministeriales y de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), pero puesto que el cometido de este órgano colegiado fue centrándose en los diferentes aspectos de la coordinación autonómica, dichos representantes dejaron de pertenecer a la misma a los dos años de funcionamiento. En ella se establecen por consenso las actuaciones y la política general del Plan en el terreno de la reducción de la demanda. Sus decisiones son elevadas a la Conferencia Sectorial, especialmente aquellas que tienen un carácter más estratégico o político.

La Comisión Interautonómica se reúne unas tres o cuatro veces al año y, a partir de ella, es de donde se constituyen las ponencias técnicas o grupos de trabajo. Estas suelen estar presididas por un directivo de la Delegación o bien por un comisionado autonómico. Teniendo en cuenta que estos grupos se constituyen siempre para abor-

dar un tema concreto, como puedan ser el establecimiento de criterios básicos de los programas de prevención o la modificación de un indicador del sistema de información del OED, sus miembros suelen ser expertos de los planes regionales, en la mayoría de las ocasiones personal de las oficinas de los comisionados. También intervienen expertos de otras instituciones, como por ejemplo las universidades.

La promoción de actividades constituye otro espacio de actuación de la DGPND, cumpliendo su función de impulsar y actualizar el Plan Nacional. Esta función es desarrollada por la Delegación utilizando dos instrumentos: la presupuestación indicativa y el fomento de acciones técnicas.

Mediante la primera de ellas se trata de estimular determinadas acciones, consideradas prioritarias, en otras instancias (fundamentalmente en la Administración autonómica pero también en la local y en las ONGs), para que se pueda cubrir unos mínimos en todo el territorio nacional y el desarrollo del Plan sea armónico. Con esta finalidad la Delegación realiza transferencias a las CCAA y subvenciona proyectos a ONGs y ayuntamientos.

La financiación destinada a las CCAA es materia de discusión y aprobación en la Comisión Interautonómica y de la Conferencia Sectorial, quien definitivamente aprueba la distribución. Los criterios utilizados son asimismo consensuados y aprobados en ambos órganos colegiados. Aunque con el paso de los años el peso de las transferencias de la DGPND en el presupuesto total de los planes autonómicos ha ido, lógicamente, reduciéndose, éste es uno de los puntos que más discusión sigue generando, especialmente los criterios utilizados para la distribución.

Mediante el fomento de acciones técnicas, como pueda ser la convocatoria de jornadas, seminarios, etc., o la realización de investigaciones, la Delegación promueve el análisis permanente del fenómeno de las drogas y de las medidas de intervención sobre el mismo.

El tercer espacio de actuación de la Delegación es la gestión directa de acciones. Puesto que la mayoría de las prestaciones a la población no son competencia directa suya, las actuaciones directas tienen un carácter básicamente complementario y, por ello, fundamental para el desarrollo equilibrado del propio Plan. Entre ellas cabe destacar las campañas de prevención del consumo de drogas en el ámbito de todo el Estado, el apoyo documental realizado a través del Centro de Documentación del Plan Nacional sobre Drogas, la promoción y edición de materiales para la formación de profesionales (como la serie *Actuar es posible*) que además fomentan la homogeneidad de criterios en la intervención, o la creación del Observatorio Español sobre Drogas que, con su sistema de indicadores, permite tener una visión global del fenómeno del consumo de drogas y de la drogodependencia en España.

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas han pasado 16 años. Cabe pues hacer un balance sobre los logros obtenidos. En primer lugar, y tal y como se recoge en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 (Ministerio del Interior,

2000), aprobada mediante el Real Decreto 1911/1999 de 17 de diciembre, "puede afirmarse con rotundidad que el PND representó un salto cualitativo y cuantitativo para la intervención en el ámbito de las drogas" en España.

Entre los principales logros alcanzados, el mencionado documento de la nueva Estrategia Nacional señala los siguientes:

1. Existencia de un plan global de intervención frente al fenómeno de las drogodependencias articulado desde un consenso institucional, social y político, y donde confluyen todas las Administraciones Públicas de Estado. Los 17 planes de las CCAA y los dos de las ciudades de Ceuta y Melilla son su plasmación territorial.
2. Potenciación de un entramado social donde se articula la actividad que desarrolla la sociedad civil. Fundamentalmente ONGs, pero también Universidades, empresas, fundaciones, sociedades científicas, profesionales y otros sectores privados.
3. Consolidación de una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada, que permite ofrecer una respuesta asistencial adecuada al drogodependiente. Perteneciente principalmente a las CCAA, esta red cuenta con cerca de 700 centros públicos o de financiación pública, siendo capaz de atender a más de 100.000 drogodependientes al año.
4. Puesta en marcha de diferentes experiencias de inserción social y laboral, como las escuelas taller, casas de oficios, etc., fundamentalmente desarrolladas por las CCAA y también mediante el acuerdo suscrito entre la DGPND y el INEM.
5. Creación de unas bases sólidas capaces de posibilitar el proceso de generalización de una política preventiva. Se puede destacar, por ejemplo, la aprobación por la Comisión Interautonómica en diciembre de 1996 de los "Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias" o la introducción de la prevención en las escuelas a través de la Educación para la Salud.
6. Consolidación de unos sistemas de información que permiten monitorizar la situación del consumo de drogas y sus consecuencias en España, siendo de reseñar la creación del OED en 1997, que completando los indicadores previamente existentes con otros nuevos, permite tener una panorámica temporal de dicha situación.
7. Modernización de la legislación para adaptarse a la situación cambiante de las drogas y las drogodependencias, tanto en el ámbito de la reducción de la oferta como de la demanda y en la organización político-administrativa del PND.
8. Disponibilidad de medios e instrumentos policiales altamente especializados, como la Oficina Central Nacional de Estupefacientes, las Unidades de

Droga y Crimen Organizado o los organismos encargados de la recopilación y análisis de la información y de la coordinación de la acción policial en la materia.

9. Presencia destacada en los principales organismos y foros internacionales donde desarrolla una intensa actividad, como en la Comisión de Estupeficientes de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Grupo Dublín o el Grupo de Acción Financiera Internacional. Además, España ha firmado acuerdos bilaterales con numerosos países y desarrolla una amplia actividad en Iberoamérica.
10. Culminación de unas dotaciones presupuestarias públicas, tanto en la Administración Central como Autonómica y Local, que han permitido un amplio desarrollo de programas y actividades en todas las áreas de intervención del PND. Es de destacar también la colaboración financiera de diferentes empresas privadas.

La ya referida nueva Estrategia Nacional sobre Drogas (END) 2000-2008, supone un nuevo salto respecto a lo hasta ahora conseguido. Es cierto que se han obtenido numerosos logros, como los señalados anteriormente, pero es igualmente cierto que aún restan objetivos por cubrir. Así, la Estrategia se plantea como la respuesta a los nuevos retos que debemos encarar fijándose, por primera vez, objetivos claros, cuantificados y temporalizados en dos horizontes cronológicos, el año 2003 y el 2008, siguiendo la Declaración de la vigésima Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas de junio de 1998.

Además prevé los indicadores que han de servir para evaluar el grado de consecución de los mismos. Es de señalar que el documento de la Estrategia, previamente a ser aprobado por el Gobierno de la Nación, lo fue por la Comisión Interautonómica, en cuyo seno se realizó el proceso de redacción del mismo, así como por la Conferencia Sectorial. La END aborda los ámbitos de reducción de la oferta y de la demanda, así como la cooperación internacional. Se establecen criterios en todas las áreas de intervención: prevención del consumo de drogas, asistencia e integración social, formación, investigación y sistemas de información, cuantificándose los objetivos a lograr en cada una de ellas. Especial relevancia adquieren los programas de reducción del daño. También por primera vez se incluye el alcohol dentro de las políticas de intervención.

## LOS PLANES AUTONÓMICOS

Cuando nace el Plan Nacional sobre Drogas a finales de 1985 sólo el País Vasco contaba con un plan autonómico. La situación de las CCAA era entonces muy heterogénea, incluso dentro de una misma autonomía: sólo las ciudades, y no todas, contaban con recursos especializados, algunos bastante desarrollados, pero en estos casos se trataba de planes municipales de grandes ciudades, como Barcelona o Valencia.

Entre las características de esta situación, que van a condicionar el posterior desarrollo de los planes autonómicos, se pueden identificar las siguientes:

- La financiación autonómica de los pocos servicios, casi siempre asistenciales, de drogodependencias procedía de las transferencias del FAS. Por tanto, dependían del sector de los servicios sociales, no del sanitario, y se destinaban a asociaciones sin ánimo de lucro. Así empieza a crearse un conjunto de centros, no coordinados entre sí, que posteriormente algunos llamarán red paralela. Curiosamente, en 1985 había muy pocas oportunidades de ser paralelo, ya que los servicios sociales casi no existían (los que había se limitaban a las escasas subvenciones otorgadas a proyectos de la iniciativa social y en algún caso a ayuntamientos) y los servicios sanitarios eran pocos y estaban infradotados.
- En esa época, el nivel de competencias asumidas por las Administraciones autonómicas era muy bajo. Casi ninguna tenía transferida la asistencia sanitaria, los servicios sociales (salvo la gestión del FAS) o la educación. Los servicios de empleo y la formación laboral pertenecían a la Administración Central.
- Las nacientes administraciones autonómicas tenían un fuerte deseo de asumir transferencias y gestionar recursos, con el fin de dotarse de contenidos y así justificarse ante una opinión pública que aún no tenía muy claro la utilidad de la nueva organización que suponía el Estado de las Autonomías. La aparición del PND, con la consiguiente necesidad de crear un plan autonómico era una oportunidad excelente para este fin.
- Las autonomías tenían, pues, muy poca experiencia de planificación y de gestión. Tenían, además, que solventar las no pocas dificultades de construir una administración prácticamente desde la nada (a pesar de que se transfiriesen funcionarios para ello) en un ejercicio político-administrativo nunca ensayado hasta entonces, excepto en Catalunya, País Vasco y, sólo en sus inicios, en Galicia.
- En 1986 la financiación transferida a las CCAA dentro del PND era gestionada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social aunque, como señalaba anteriormente, la DGPND se creó en el de Sanidad y Consumo. Ello creó no pocos problemas, entre otros, que las CCAA mimetizaron esta división altamente ineficiente: los criterios del departamento que tenía el presupuesto para ejecutar el plan no siempre coincidían con los del departamento que era el coordinador y el responsable del desarrollo del mismo. En 1987 este presupuesto pasó a ser gestionado por Sanidad.
- Dicha financiación venía en origen condicionada a que fuesen ayuntamientos los titulares de los servicios asistenciales que se iban a poner en marcha. Esto explica por qué los municipios se implicaron desde el origen del Plan en la prestación de servicios asistenciales. Y también produjo complicaciones derivadas de que si los recursos pertenecían al sector de los servicios sociales no se entendía que los centros de tratamiento tuviesen que tener profesionales sanitarios como médicos o personal de enfermería.

A pesar de una situación tan compleja, los planes autonómicos fueron creándose, organizándose y dando servicio a la sociedad. Una de las principales dicotomías de su inicio se establecía entre la gestión y la coordinación. Había que poner en marcha recursos de prevención, de asistencia, de integración social, etc. Pero también, y a la vez, había que coordinar las actuaciones de los diferentes departamentos de la administración autonómica, había que estimular y coordinar los esfuerzos de la administración local y del movimiento asociativo.

Inicialmente los planes autonómicos tuvieron más de gestión que de coordinación, si bien con el paso del tiempo este último aspecto de los planes, por cierto esencial para que un plan sea tal, ha ido ganando peso. Algunas razones de este desequilibrio entre ambos componentes tienen que ver con los siguientes puntos:

- La urgencia, que en los primeros años de existencia del PND y de los planes autonómicos, existía por crear recursos, fundamentalmente asistenciales, ya que los centros de tratamiento eran muy limitados, en número y capacidad terapéutica; en menor medida todavía existían programas de prevención o de incorporación social.
- El escaso nivel de competencias transferidas a las CCAA, con lo que la coordinación tenía más importancia con algunos organismos de la Administración Central, como el INSALUD, que con los propios departamentos autonómicos. Realmente dichos organismos tenían una escasa implicación con el propio Plan Nacional y los contactos con los planes autonómicos eran, en general, mínimos.
- La propia juventud de la administración autonómica, con sus dificultades de planificación y programación, lo que determinaba que en muchas autonomías no existiese realmente una estructura administrativa propia del plan autonómico, sino solamente el denominado "coordinador" del mismo, que en algunos lugares tenía, además, que compartir su tiempo con otras tareas.

Otro aspecto a considerar es que las consecuencias derivadas de la ubicación administrativa del plan autonómico, su dependencia de la Consejería de Sanidad o la de Servicios Sociales, determinaba que la capacidad de coordinación se circunscribía en la práctica al sector correspondiente. Muy poca experiencia existía respecto a la planificación horizontal, es decir, a la responsabilidad compartida entre diferentes instituciones sobre la intervención en un determinado fenómeno, para realizar cada una de ellas las actividades de su competencia sectorial con el fin de lograr los objetivos propuestos y compartidos por todas ellas. Incluso hoy en día, cuando se ha avanzado mucho en este aspecto y casi todas las autonomías poseen un plan escrito y aprobado en su Consejo de Gobierno, aún se oyen voces que dicen que el Plan de Drogas es un plan de sanidad o de servicios sociales.

Esta diferente ubicación también determinó que en algunos territorios se desarrollase un modelo de intervención más sanitarista o más social. Afortunadamente creo que en la actualidad el debate, falso desde mi punto de vista, entre lo sanitario y lo

social pertenece al pasado. Sin embargo en su momento, sobre todo a finales de los años ochenta, fue bastante enconado y determinó, por ejemplo, que los centros de tratamiento puestos en marcha por alguna autonomía careciesen de personal médico o de enfermería.

Como digo, actualmente los planes autonómicos han avanzado de forma considerable: las estructuras administrativas de coordinación son más estables que antes, los planes suelen estar escritos y aprobados por el Consejo de Gobierno correspondiente, el modelo de intervención es mucho más homogéneo y los presupuestos autonómicos están, en general, consolidados. Es evidente que este proceso de maduración no ha sido ajeno al apoyo que los planes autonómicos han venido recibiendo desde la Delegación del Gobierno para el PND. En este sentido la END 2000-2008 ha logrado un progreso sustancial respecto a cuestiones tanto de organización administrativa como de objetivos y criterios de intervención de los planes autonómicos, ya que no sólo los hace explícitos por primera vez, sino que además los establece normativamente.

Entre otros aspectos de este avance, como por ejemplo el incremento presupuestario aportado por las autonomías, que comento más adelante, uno de gran relevancia es la redacción por parte de algunos gobiernos autonómicos, y la aprobación por los parlamentos correspondientes, de leyes sobre drogas. En la siguiente tabla se puede observar qué CCAA y en qué fecha han promulgado las mismas. En este momento se están dando los últimos pasos para la aprobación del texto normativo de Castilla-La Mancha, y el de La Rioja está pendiente de publicación en el boletín oficial de la región.

**Tabla 1.** Leyes autonómicas sobre drogas

CCAA	Año	Título de la ley
Cataluña	1985	Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Ley 10/1991, de 10 de mayo, de modificación de la ley 20/1985. Ley 8/1998, de 10 de julio, de segunda modificación de la ley 20/1985.
País Vasco	1988	Ley 15/1988, de 11 de noviembre, sobre prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias derogada por la Ley 18/1998 de 25 de junio. Ley 18/1998, de 25 de junio sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Ley 1/1999, de 18 de mayo, de modificación de la ley 18/1998.
C. y León	1994	Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.

<b>Galicia</b>	1996	Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia sobre drogas.
<b>Valencia</b>	1997	Ley 3/1997, de 16 de junio, sobre drogodependencias y trastornos adictivos.
<b>Andalucía</b>	1997	Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en materia de drogas.
<b>Cantabria</b>	1997	Ley 5/1997, de 6 de octubre, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias.
<b>Murcia</b>	1997	Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social.
<b>Canarias</b>	1998	Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias.
<b>Extremadura</b>	1999	Ley 1/1999, de 29 de marzo, de prevención, asistencia y reinserción de las drogodependencias.
<b>Aragón</b>	2001	Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social.

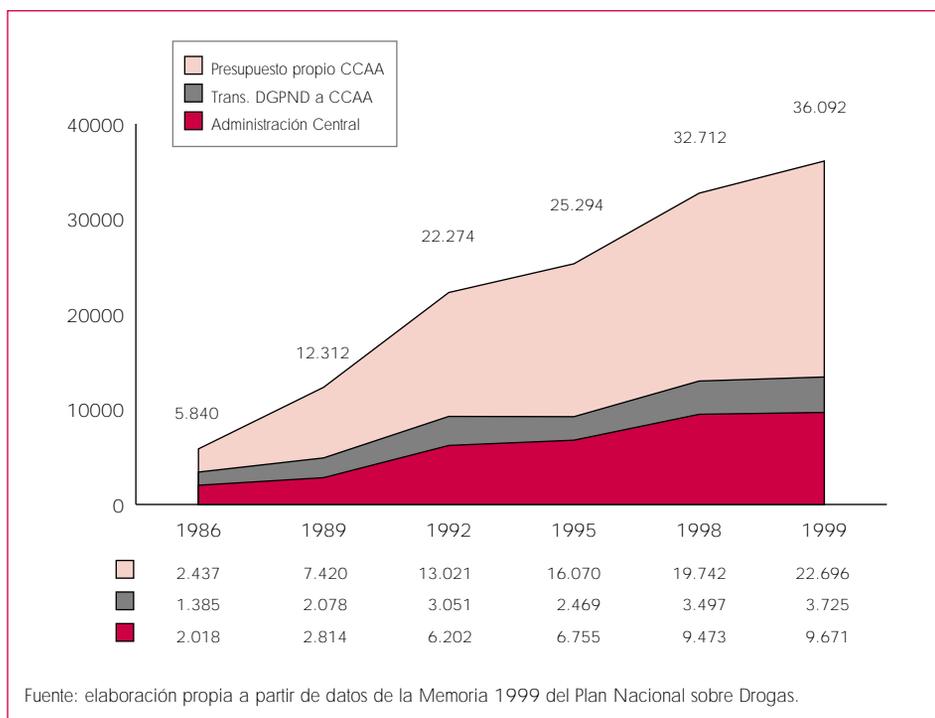
Como se puede observar, casi todas las normas llevan el mismo nombre, como es lógico puesto que regulan la misma materia. Aunque no es este el momento ni el lugar para realizar un mínimo análisis de sus contenidos sí diré que todas contienen medidas limitativas de la publicidad, venta, promoción y consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, y que abordan aspectos generales de la prevención del consumo de drogas, la asistencia y reinserción social del drogodependiente, la investigación y la formación. Además establecen criterios para la coordinación con ONGs y ayuntamientos, además de tratar diferentes aspectos relacionados con la ordenación del propio plan autonómico.

Pero también existen aspectos diferenciales importantes, no sólo por la mayor concreción o generalidad con la que tratan algunos de los temas mencionados, sino porque en el caso de Valencia, por ejemplo, se llegan a regular en el mismo texto otros trastornos adictivos, como reza el mismo título de la ley. La primera norma es la catalana, que ya ha tenido dos modificaciones, seguida de la vasca tres años más tarde, de la castellano-leonesa en 1994 y de la gallega en 1996, mientras que la más reciente es la extremeña.

Esta producción de textos legales, con su posterior desarrollo reglamentario, es un claro indicador de la madurez de los planes autonómicos, puesto que fija criterios para el abordaje del fenómeno del consumo de drogas en las correspondientes autonomías. Criterios habitualmente consensuados con todos los intervinientes, administraciones, movimiento social y profesionales, asumidos por el gobierno y aprobados por los respectivos parlamentos, lo que también implica, al menos, un cierto acuerdo político entre los partidos representados en estas cámaras legislativas.

Otro indicador de esta madurez es el incremento presupuestario que se refleja en el siguiente gráfico y que demuestra el mayor esfuerzo financiero realizado por las comunidades autónomas, en comparación con la Administración Central.

**Gráfico 2.** Presupuestos de las Administraciones Central y autonómicas 1986-99, en millones de pesetas



Como se puede observar, en estos años el presupuesto total ha pasado de 5.840 millones de pesetas en 1986, primer año en que se financia el PND, a los 36.092 de 1999, último año disponible, lo que representa multiplicar por más de seis la cantidad inicial. Igualmente se ve que este incremento se debe al mayor esfuerzo económico realizado por las comunidades autónomas. Mientras éstas casi han multiplicado por diez su presupuesto propio, la Administración Central no llega a multiplicar por tres la financiación transferida a las CCAA, en tanto que casi ha multiplicado por cinco su presupuesto de gestión directa. Incluso se ve que en 1995 la cantidad transferida a las CCAA por parte de la DGPND disminuye considerablemente, situándose a niveles anteriores a 1992.

Si desglosamos el gasto (sumando el presupuesto propio de las CCAA con la financiación transferida a éstas por la DGPND) según las áreas de intervención observa-

mos, en la siguiente tabla, que la mayor parte del mismo se dedica a la asistencia y reinserción. Aunque en la figura se recogen conjuntamente, la mayoría del gasto en asistencia y reinserción tiene como destino los centros y programas terapéuticos.

**Tabla 2.** Evolución del gasto de las Comunidades y Ciudades Autónomas por áreas de intervención, 1986-1999, en miles de pesetas

	1986	1989	1992	1995	1998	1999
Prevenición	519.391	2.715.352	2.243.591	2.316.544	3.320.143	4.173.445
	14,29%	28,6%	14,0%	12,5%	14,9%	15,80%
Asistencia y reinserción	2.775.021	4.851.136	12.278.935	14.183.218	17.432.854	19.637.712
	74,7%	51,5%	76,4%	76,5%	75,02%	74,32%
Investigación, documentación y publicaciones	154.689	261.472	484.460	405.816	442.694	383.440
	4,2%	2,8%	3,0%	2,2%	1,9%	1,45%
Coordinación institucional y cooperación con la iniciativa social	263.524	1.670.378	1.065.087	1.633.517	2.043.469	2.226.892
	7,1%	17,0%	6,6%	8,8%	8,79%	8,43%
Total	3.712.625	9.498.338	16.072.073	18.539.095	23.239.160	26.421.489

Fuente: Memoria 1999 del Plan Nacional sobre Drogas.

Hay que señalar que, a partir de 1992, dejaron de incluirse en prevención los gastos correspondientes a la denominada prevención inespecífica, ya que algunas CCAA consignaban tal gasto mientras otras no lo hacían. Y también porque aquí se contabilizaban acciones muy genéricas como actividades deportivas, conciertos, etc., que sin duda son importantes como actividades de ocio y tiempo libre pero que parecía excesivo considerarlas propiamente como preventivas del consumo de drogas.

La estructura del gasto, teniendo en cuenta la salvedad anterior, se ve que es bastante estable durante el período considerado: las tres cuartas partes se destinan a asistencia y reinserción, el gasto en prevención parece mostrar una leve tendencia al alza, mientras disminuye claramente el dedicado a la investigación, documentación y publicaciones, manteniéndose en cifras porcentuales similares la financiación destinada a la coordinación institucional y cooperación con la iniciativa social.

No obstante se aprecia que en la década de los noventa el presupuesto destinado a asistencia se ha multiplicado por cuatro, mientras que el de prevención apenas lo ha hecho por 1,5. Este dato confirma lo que en diferentes ocasiones se ha dicho en relación con el Plan Nacional sobre Drogas, que ha pecado de ser excesivamente

asistencialista. Aunque teniendo en cuenta la situación de partida, antes señalada, de gran escasez de recursos de tratamiento y la urgencia de crearlos para atender la demanda existente, este hecho debe atribuirse más a una dependencia de las condiciones históricas iniciales que a un proyecto deliberado de las diferentes administraciones y entidades que desarrollaron el PND. Precisamente, las instituciones, al tener conciencia de esta realidad, han dado prioridad a las acciones y programas del área de prevención en la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

## LOS PLANES MUNICIPALES

Ya hemos señalado que algunos grandes ayuntamientos como Barcelona o Valencia crearon a principios de la década de los ochenta diferentes recursos de atención, en lo que sin duda constituyó la primera respuesta al problema organizada desde una administración. Con la creación del PND en 1985 se producirá un incremento considerable en la implicación de la administración local. De hecho, el PND se declaraba "municipalista", lo que sin duda era un sesgo del momento histórico (renacía el concepto de ciudad) y fruto de una parte del origen del propio Plan, con el impulso dado al mismo desde la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). La financiación finalista del PND dirigida a ayuntamientos en 1986, también contribuyó sin duda a ello.

La relación entre los planes municipales y los autonómicos no ha estado exenta de dificultades. En algunos lugares debido a que los recursos de un gran ayuntamiento eran más importantes que los de la propia administración autonómica, en otros porque la necesaria coordinación de actuaciones entre ambas administraciones parecía limitarse a la captación de recursos financieros.

A lo largo de estos dieciséis años se han reunido diferentes grupos de trabajo en el seno del Plan Nacional sobre Drogas que han intentado clarificar esta relación. Como consecuencia de ello se han producido diferentes documentos que, si bien no han zanjado la cuestión, han ido permitiendo crear un estado de opinión y un cierto consenso. Quizá una de las principales dificultades que se encuentran en esta relación es que la misma no puede ser igual en todas partes. En algunas autonomías hay grandes ayuntamientos con planes muy estructurados, con gran capacidad propia, tanto presupuestaria como técnica, mientras que en otras regiones, al no existir municipios con tal capacidad, la dependencia de la administración autonómica es mucho mayor, lo que obliga a ambas partes a convenir acciones.

En todo caso, la prevención del consumo de drogas y la reinserción social del drogodependiente, así como la coordinación con el movimiento asociativo local, son las áreas que han ido conformando la opinión y el consenso referidos. Esta línea es incluso recogida en algunas de las leyes autonómicas mencionadas más arriba que, en todo caso, encuentra apoyo en la Ley de Bases de Régimen Local. También la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 señala dichas áreas como las preferentes para la actuación municipal.

Según datos de la página web de la FEMP ([www.femp.es/drogodep](http://www.femp.es/drogodep)), en la actualidad existen 73 ayuntamientos en España con planes aprobados, 62 en Pleno Municipal, 8 en Comisión de Gobierno y 3 mediante Decreto de Alcaldía. Una u otra forma de aprobación del plan municipal no tiene relación ni con el tamaño del municipio ni con el presupuesto con que aquel está dotado; como tampoco estas dos últimas variables guardan relación proporcional alguna.

Así, en dicha base de datos, podemos ver ayuntamientos pequeños de poco más de 20.000 habitantes con plan aprobado por el Pleno, mientras que capitales de provincia de casi 300.000 habitantes lo han probado en Comisión u otra de 250.000 lo ha hecho mediante Decreto. En relación con el presupuesto, también la variabilidad es grande. De esta forma encontramos municipios de 24.000 habitantes que dicen contar con más de 38 millones de presupuesto, mientras que capitales de provincia de 250.000 habitantes sobrepasan escasamente los 10 millones. Estos ayuntamientos llevan a cabo un total de 472 programas de prevención, 100 de asistencia y 54 de reinserción social.

## EL PAPEL DE LOS PARLAMENTOS

Ni las Cortes Españolas ni los parlamentos autonómicos han permanecido de espaldas al problema de las drogas en España ni tampoco al desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas. Además de cumplir con su papel constitucional como poder legislativo y desarrollar sus funciones de vigilancia y seguimiento de los ejecutivos, tanto las Cortes como los parlamentos autonómicos han llevado a cabo acciones específicas sobre esta materia.

Ya hemos señalado el papel crucial que tuvo el Congreso de los Diputados en la génesis del PND. Respecto al Senado, ya en la segunda legislatura se creó una Comisión de investigación sobre el problema de las drogas, cuyas conclusiones se tuvieron en cuenta para la redacción del propio PND.

En la tercera legislatura se crea una Ponencia para el Estudio del Problema de la Droga en el seno de la Comisión de Sanidad y Seguridad Social del Senado. Pero será en la cuarta legislatura, concretamente en 1991, cuando los plenos del Congreso y del Senado aprueben la creación, con carácter permanente, de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de la Droga. Los trabajos de esta Comisión, a través de las comparecencias de administraciones, asociaciones, profesionales y otros agentes sociales, han ido señalando líneas de actuación para el desarrollo del Plan Nacional sobre Drogas.

Respecto a los parlamentos autonómicos citaré como ejemplos los acuerdos alcanzados, en 1994, en el Parlamento de Catalunya entre todos los grupos representados en el mismo o el Dictamen de la Comisión para el estudio de la repercusión socioeconómica y sanitaria del narcotráfico del Parlamento de Galicia, aprobado en pleno, por unanimidad, en 1992 y que sentó las bases para la Ley de 1996, así como de los sucesivos Planes de Galicia sobre Drogas.

## ALGUNOS DATOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Más arriba he comentado la evolución presupuestaria del PND en su conjunto. Para finalizar este sucinto repaso a lo que han sido las políticas sobre drogas en España parece conveniente hacer una breve referencia al crecimiento experimentado por los recursos de atención durante estos algo más de tres lustros.

En el área de prevención hemos pasado de la práctica inexistencia de programas en 1985 a contar con 24 programas estructurados en el ámbito educativo, que se aplican en el aula y cuentan con materiales editados para ello (Observatorio Español sobre Drogas, 2001). Entre estos programas pueden encontrarse algunos especialmente diseñados por una comunidad autónoma, caso de los *Materiales para la prevención del consumo de drogas en la escuela* de Galicia, u otros que se aplican en varias autonomías, como el *PIPES* de la FAD o *Construyendo Salud* del Ministerio de Educación y Cultura. Casi todos los programas cuentan con un componente de intervención familiar y de formación del profesorado, mientras que todos adaptan los contenidos a las edades de los alumnos.

En la Tabla 3 vemos la progresión de los recursos asistenciales según el tipo de centros. El año anterior a la creación del PND, 1984, existían en España 108 centros de tratamiento, de los cuales 68 eran centros ambulatorios y los 40 restantes eran comunidades terapéuticas. En 1999 la cifra total ascendió a 2.400, y además de los tipos señalados, contamos con unidades de desintoxicación hospitalaria, centros de día y centros de tratamiento con metadona.

**Tabla 3.** Evolución de los centros de tratamiento según tipo y año. España, 1986-1999.

Tipo de centro	1986	1989	1992	1995	1998	1999
Centro ambulatorio	100	165	393	399	511	490
Centro de día	0	0	18	75	67	99
Unidades de desintoxicación hospitalaria	10	45	50	48	57	56
Centros de tratamiento con metadona	9	46	113	506	1.401	1.654
Comunidades terapéuticas	41	61	79	91	88	101
Total	160	317	653	1.119	2.057	2.400

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Memorias anuales del Plan Nacional sobre Drogas.

El crecimiento más importante se observa en el número de centros de tratamiento con metadona, seguido de los centros de día, si bien todos crecen de forma espec-

tacular. Este incremento de recursos tiene, lógicamente, su traslación en el aumento del número de casos admitidos a tratamiento y de personas atendidas, cuya evolución podemos ver en la siguiente Tabla.

**Tabla 4.** Casos admitidos a tratamiento y personas atendidas según tipo de centro. España, 1986-1999.

Casos/personas atendidas	1986	1989	1992	1995	1998	1999
Casos admitidos a tratamiento	12.024	18.823	38.831	42.317	54.338	51.191
Personas atendidas						
– Centros ambulatorios			55.450	74.170	82.361	79.373
– Centros de tratamiento con metadona			9.470	28.806	63.030	72.236
– Unidades de desintoxicación hospitalaria			5.955	5.411	6.111	5.73
– Comunidades terapéuticas			4.973	6.445	6.136	6.252

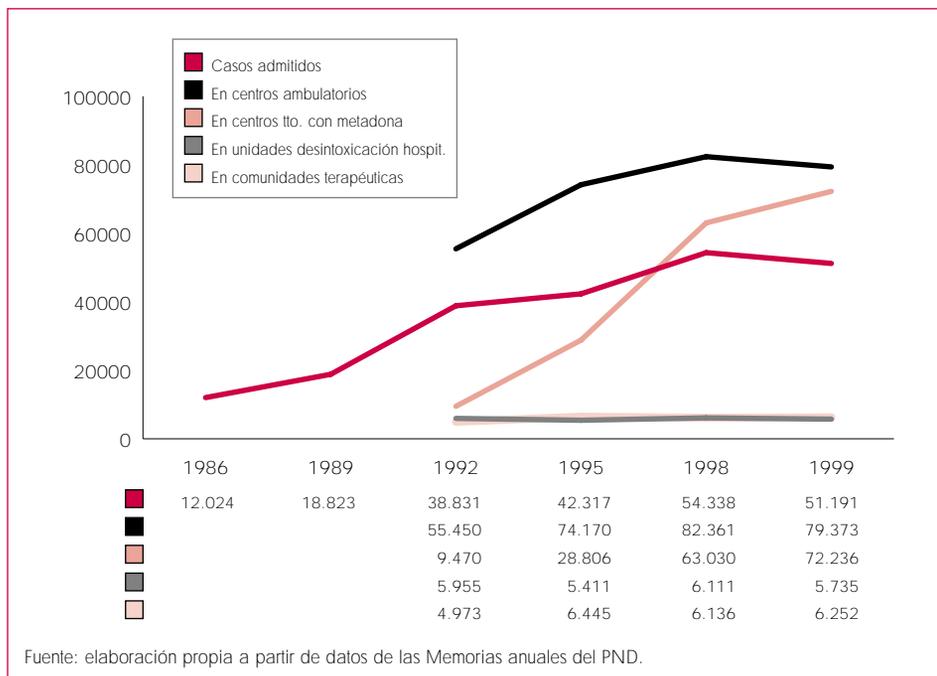
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las Memorias anuales del Plan Nacional sobre Drogas.

Conviene señalar que estos números no pueden ser sumados, ya que una misma persona a lo largo de un año puede ser atendida en más de uno de los centros señalados. Del mismo modo, los casos admitidos a tratamiento son episodios de tratamiento y no personas diferentes, es decir, un mismo paciente puede ser admitido a tratamiento en más de una ocasión durante un año.

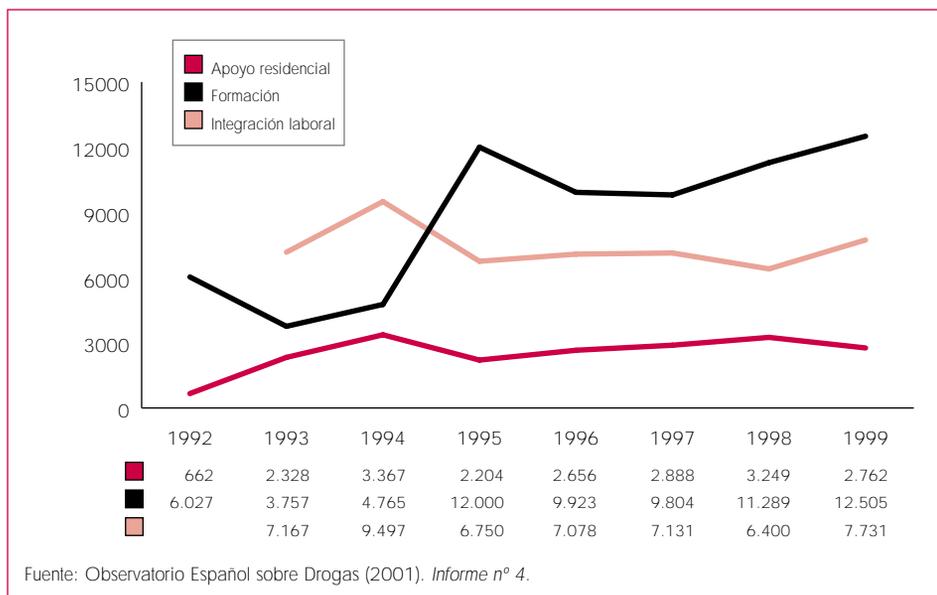
Teniendo en cuenta lo anterior podemos ver en el Gráfico 3 cómo el mayor incremento en el número de pacientes atendidos se produce en los centros de tratamiento con metadona, que en la década de los noventa casi se han multiplicado por diez.

Los casos admitidos a tratamiento también han crecido enormemente, multiplicándose por 4,25 desde 1986. El número de pacientes atendidos en centros ambulatorios también ha crecido de forma importante. Sin embargo, ambas magnitudes han iniciado entre 1998 y 1999 una tendencia a decrecer, que quizá podría relacionarse con el incremento experimentado por los tratamientos con metadona; su mayor retención explicaría un menor número de episodios de tratamiento y su propio incremento una derivación desde otros programas de tratamiento ambulatorio. La disminución del consumo de heroína y el incremento en la capacidad de absorber la demanda potencial de tratamiento para abandonar el consumo de drogas también son, posiblemente, factores que inciden en los decrementos comentados. En contraste, el número de pacientes atendidos en unidades de desintoxicación hospitalaria ha mantenido una clara tendencia a la estabilidad, mientras que el de pacientes atendidos en comunidades terapéuticas ha mostrado una ligera tendencia al alza hasta 1995, y desde entonces parece igualmente estable.

**Gráfico 3.** Casos admitidos a tratamiento y personas atendidas según tipo de centro. España 1986-1999.



**Gráfico 4.** Evolución del número de usuarios de programas y recursos para la incorporación social. España 1992-1999.



En el ámbito de la incorporación social, y aunque los indicadores no están tan desarrollados y estandarizados como en el área asistencial, podemos observar en el Gráfico 4 cómo ha evolucionado el número de usuarios de los diferentes recursos.

Los programas de formación, que incluyen actividades de formación profesional y ocupacional y de orientación e información para la búsqueda de empleo, son claramente los más utilizados, duplicando su cifra inicial al lo largo de la década de los noventa. Le siguen en importancia los programas de integración laboral, donde se engloban las contrataciones subvencionadas a empresas, la formación y empleo remunerados como las escuelas taller y casas de oficios, el empleo ofertado por los ayuntamientos y los programas financiados por el Fondo Social Europeo, cuyas cifras se han mantenido bastante estables durante este período. En similar situación se encuentran los programas de apoyo residencial, fundamentalmente pisos de acogida, que no obstante son el recurso menos utilizado de los tres comentados.

## A MODO DE SÍNTESIS

La eclosión del problema del consumo de drogas en España a finales de la década de los setenta, determina que algunas administraciones, fundamentalmente grandes ayuntamientos y algunas comunidades autónomas, comiencen a principios de la década de los ochenta a articular una red de recursos, casi siempre asistenciales. Es de señalar que en muchos lugares del país serán las organizaciones no gubernamentales, aunque con el apoyo de las administraciones, las primeras en dar una respuesta a este fenómeno.

En 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas, que supondrá la ordenación de los recursos existentes y la organización de la respuesta de las administraciones públicas, hasta entonces bastante descoordinada, y que contará con el consenso parlamentario, de las diferentes administraciones y del movimiento social.

En 1999 el Gobierno de la Nación aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, después de que dicho documento hubiese seguido un proceso de elaboración que también contó con el consenso de las administraciones, el movimiento social y las sociedades científicas. El documento establece objetivos cuantificados que han de lograrse en dos horizontes temporales, el año 2003 y el 2008, siguiendo la Declaración de Naciones Unidas de junio de 1998, y supone la adaptación de las políticas de intervención a los nuevos retos planteados por los cambios que se han producido en este fenómeno a lo largo de los 15 años de existencia del Plan Nacional sobre Drogas.

**Manuel Araujo Gallego**

Psicólogo Clínico. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Consellería de Sanidad.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Aizpiri Díaz, J. (1988). "El Centro Coordinador de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Historia y evaluación 1981-1986". En varios. *Congreso de Drogodependencias. Análisis Multidisciplinar. Area IV: La investigación al servicio de la terapéutica y los modelos de tratamiento en drogodependencias*. Tomo IV. II Congreso Mundial Vasco. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco: 165-174.

Anthony Giddens (1999). *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia*. Madrid: Taurus.

Araujo Gallego, M. y otros (1988). *El Plan Autonómico sobre Drogodependencias. Memoria 1987*. Pontevedra: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.

CIDUR-EDIS (1980). *Juventud y droga en España*. Madrid: Ministerio de Cultura.

Colom i Farrán, J. (1988). "El pla de drogodependències de la Generalitat de Catalunya". En Varios. *Drogodependències: experiències d'intervenció a Catalunya*. Barcelona: Diputación Provincial: 539-558.

Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud. Informe Juventud en España*. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Cultura.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999*. Madrid: Ministerio del Interior.

Megías Valenzuela, E. (2001). *Planes de actuación territorial: la experiencia española*. Tema 18. Módulo IV. Master en drogodependencias (edición on line). Les heures. Universitat de Barcelona.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Servicio de Publicaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Pérez Alvarez, M. (2001). "Psicoterapia de la postmodernidad." *Papeles del Psicólogo* (79): 58-62.

Rodríguez Roca y otros (1989). *Drogodependencias y su tratamiento en siete países europeos*. Barcelona: INTRESS.

Salvador Llivina, T. y Mendoza Rivera, L. (1990). "Diez años de prevención comunitaria en España: características esenciales y perspectivas de futuro." *Libro de ponencias VIII. Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Barcelona, 26-28 de septiembre de 1990*. Madrid: Sociodrogalcohol: 156-159.

Sánchez, L. y otros (2001). *Informe nº4. Observatorio Español sobre Drogas*. Marzo 2001. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

# LAS DROGAS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

---

Joan Colom Farran

## INTRODUCCIÓN

La salud pública como filosofía social, como práctica administrativa y como política de gobierno, tiene su inicio a mediados del siglo XIX, a partir de los informes de Edwin Chardwick (1842) y Lemnel Shattuck (1859), en Inglaterra y en Estados Unidos; respectivamente.

Según Winslow (1920), "la salud pública es la ciencia, el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- a) El saneamiento del medio.
- b) El control de las enfermedades transmisibles.
- c) La educación sanitaria.
- d) La organización de los servicios médicos y de enfermería.
- e) El desarrollo de mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud."

En su concepto actual, la salud pública se definiría como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural.

A partir de Lalonde se consideraba que la salud de una comunidad viene determinada por la interacción de cuatro grupos de variables fundamentales, denominadas "determinantes de la salud": a) Biología humana, b) Medio ambiente, c) Estilo de vida, d) Sistema de asistencia sanitaria.

Lo que denominamos estilo de vida, hace referencia a conductas de los individuos, en relación con la salud. Las conductas consideradas son: el consumo de drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol), de drogas no institucionalizadas, el nivel de actividad física, la conducta alimentaria y los hábitos y comportamientos sexuales, entre otros.

Numerosos estudios efectuados en diferentes países, después de la aparición del informe Lalone, han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de salud en los países desarrollados, y que, a su vez, son también los que mayores costos directos ocasionan al sistema asistencial del país.

Los datos epidemiológicos disponibles en la actualidad permiten afirmar que el consumo de drogas y las consecuencias sociales, constituyen un importante problema de salud pública, y que su impacto ha experimentado un incremento notable, especialmente a partir de la década de los ochenta y en relación con la aparición de la epidemia de infección por HIV en usuarios de drogas por vía parenteral.

Así, a partir de los diferentes sistemas de información, tanto de base poblacional, encuestas de consumo, como los procedentes de los servicios asistenciales específicos y sanitarios en general, así como de otros sistemas de información no sanitarios, y con la utilización de indicadores indirectos (número y cantidades de drogas decomisadas, detenciones por tráfico de drogas, procedimientos judiciales, volumen de producción, venta y consumo *per capita* de bebidas alcohólicas y cigarrillos sobre inicios de tratamiento, informes médicos relacionados con el uso de sustancias, entre otras) y de indicadores directos (datos sobre inicios de tratamiento, urgencias médicas, morbilidad y mortalidad relacionados con el uso de drogas) ha sido posible obtener estimaciones sobre la magnitud y la tendencia de los problemas de salud en la comunidad, relacionadas con el uso de drogas; además, ha servido de apoyo en el diseño de políticas y su evolución.

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

### Consumo de drogas

El conjunto de indicadores de consumo de drogas, tanto institucionalizadas, alcohol y tabaco; como no institucionalizadas, heroína y otros opiáceos, cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, derivados del cánnabis, alucinógenos, inhalantes, etc.; se reflejan en diferentes informes nacionales (Observatorio Español sobre Drogas) e internacionales (EMCDDA, NIDA, NIMH, etc.).

En el informe del año 2001 del OEDT (Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía), sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea, se estima que la proporción de población adulta (de 15 a 64 años) que consume drogas,

o que ha experimentado con ellas, por tipo de droga y con diferencias según cada país considerado, sería:

#### DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS

- El cánnabis y sus derivados eran la sustancia más frecuentemente consumida, tanto en lo que se refiere al consumo en algún momento de vida (cualquier consumo durante la vida de una persona) como en el consumo reciente, oscilando desde el 10% hasta el 25%.
- Las anfetaminas, entre el 1% y el 10%.
- Las drogas de síntesis (éxtasis) entre un 0,1% y el 4%.
- La cocaína entre el 0,5% y el 3%, siendo inferior al 1% de los adultos que indican hacer tenido experiencia con la heroína, lo que contrasta con la elevada presencia de esta droga en los indicadores sobre problemas con las drogas.
- Según datos del OEDT, el consumo de drogas no institucionalizadas parece ser más prevalente en adultos jóvenes varones que residen en zonas urbanas, llegando a presentar tasas de consumo del doble o más de las de la población general. Este dato parece especialmente relevante por lo que se refiere al uso de cocaína en España, respecto de otros países de la Unión Europea.

En nuestro medio, según datos del OED, y en relación con las sustancias de mayor consumo destacan:

**Cánnabis.** En nuestro país, según datos del Observatorio Español sobre Drogas, el cánnabis es la droga ilegal más consumida. Un 19,5% de los españoles de entre 15 y 65 años lo ha probado alguna vez, y un 1,1% reconoce consumirlo a diario, con una tendencia general entre 1995 y 1999, de ligero incremento en la prevalencia de uso, en todos los grupos de edad y en los dos sexos. La edad media de inicio se sitúa en los 19 años.

**Tabla 1.** Evolución de las prevalencias de consumo de cánnabis (porcentaje). España, 1999

	1995	1997	1999
Alguna vez	13,5	21,7	19,5
Últimos 12 meses	6,8	7,5	6,8
Últimos 30 días	3,1	4,0	4,2
Diario en los últimos 12 meses	0,7	0,9	1,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

**Éxtasis.** El 2,4% de la población española entre 15 y 65 años afirmó en 1999 haber probado éxtasis. Las prevalencias de consumo más elevadas se dan en el grupo de edad de 15-29 años, donde el 4,7% refiere haberla probado alguna vez en la vida. La edad media de inicio se sitúa entorno a los 20 años.

**Cocaína.** De los españoles entre 15 y 65 años, un 3,1% refiere haber consumido cocaína alguna vez en la vida. La mayor prevalencia se sitúa entre los 20 y 34 años; con predominio de varones. La edad media de inicio se sitúa en torno a los 21 años.

**Heroína.** En la actualidad, las prevalencias de uso de heroína son bajas, respecto a las de la década de los ochenta/noventa y con una reducción sostenida desde 1995. Así, solamente un 0,4% reconoce en 1999 haberla probado alguna vez en la vida. La edad media de contacto se sitúa en torno a los 19-20 años y los mayores consumos en varones de entre 25 y 34 años.

**Policonsumo.** La proporción de personas encuestadas en 1999, que durante los últimos 12 meses refirieron haber consumido más de una sustancia, se sitúa en torno al 40% y durante los últimos 30 días, un 61,7%.

**Tabla 2.** Otras drogas consumidas en los últimos 12 meses por droga de consumo (porcentaje). España, 1999.

	Heroína	Cocaína	Cánnabis	Éxtasis	Anfetaminas	Alucinógenos	Alcohol	Tabaco
Heroína	–	4,1	0,8	5,1	7,1	7,5	0,1	0,1
Otros opiáceos	36,9	2,5	0,8	2,3	5,1	5,9	0,1	0,1
Cocaína	86,8	–	18,4	53,0	77,3	81,6	1,9	3,1
Base/Crack	33,8	9,8	2,0	6,2	12,3	10,0	0,2	0,4
Cánnabis	78,2	81,4	–	93,1	82,1	84,2	8,7	13,5
Éxtasis	58,3	28,7	11,4	–	56,9	60,8	1,0	1,7
Anfetaminas	66,2	34,5	8,3	47,0	–	66,5	0,8	1,3
Alucinógenos	61,1	31,6	7,4	43,4	57,6	–	0,7	1,2
Inhalables	21,5	4,2	0,8	4,7	9,3	8,9	0,1	0,2
Alcohol	94,7	91,9	95,9	91,4	90,3	87,7	–	86,7
Tabaco	81,8	88,5	87,1	87,3	85,8	89,7	50,7	–

## DROGAS INSTITUCIONALIZADAS

**Tabaco.** Entre 1989 y 1999 las ventas anuales de tabaco crecieron globalmente, correspondiendo a la venta de cigarrillos un 31,8% de incremento, y un 9,5% a cigarrillos, manteniéndose estables las restantes variables de tabaco.

Las ventas anuales por habitante en ese mismo periodo crecieron en 8,6 cajetillas, situándose la media de ventas en 159,3 cajetillas por habitante y año (OED 2001).

En nuestro país los datos de las encuestas domiciliarias de consumo de sustancias de 1999, reflejan que el 65,1% de los españoles de 15 a 65 años ha probado en alguna ocasión el tabaco; el 43,7% durante los últimos 12 meses; el 39,8% en los últimos 30 días y el 33,6% afirmaba fumar a diario.

Del total de fumadores diarios, el 37,1% son hombres y el 28,1% mujeres. No obstante, el porcentaje de mujeres fumadoras es superior al de hombres en los grupos de edad de 15 a 19 años y de 25 a 29 años.

Como tendencia de género, desde 1995 a 1999 en los hombres se observa una tendencia a la disminución de la prevalencia de 5,5 puntos, mientras que en las mujeres se ha producido un incremento de 2,3 puntos.

Por edades, la mayor prevalencia de fumadores diarios se registra en los varones, entre 35 y 39 años, y para las mujeres entre 25 y 29 años.

En cuanto a la edad en que se fuma el primer cigarrillo, la media poblacional se sitúa en 1999, en los 16,7 años (en 1995, era de 16 años), mientras que la edad de inicio de consumo diario está en torno a los 18,6 años.

En menos de 18 años, la media de edad en que se fuma el primer cigarrillo está en torno a los 14,4 años y la media de inicio del uso diario, sobre los 15 años.

**Alcohol.** El volumen total de las compras alcohólicas realizadas en nuestro país en 1999, según datos del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, fue de 3.809,12 millones de litros, que corresponden a una media de compra *per capita* anual de 95,3 litros, representando un 11,3% del total de compras alimentarias realizadas.

Un 87,1% de la población de 15 a 65 años lo ha consumido alguna vez, y un 13,7% bebe a diario, siendo la proporción 3,4 veces superior en los hombres que en las mujeres, y en la franja de edad entre los 40 y los 65 años, tanto para hombres como para mujeres.

En el periodo de 1995 a 1999 se ha producido un importante incremento en el consumo de alcohol en las mujeres más jóvenes, de 15 a 19 años. En los últimos años, se han ido perfilando dos patrones de consumo de bebidas alcohólicas: los que consumen entre 1 y 2 días a la semana, predominantemente el fin de semana y los que beben de 3 a 7 días, consumo diario habitual o consumo en días laborables (54%).

El perfil de uso de alcohol en fin de semana tiene una prevalencia casi similar entre hombres y mujeres, con una edad media de 20-24 años, con estudios universitarios, estudiantes y solteros.

De los bebedores en días laborables, un 30% son bebedores ligeros (1-2 UBE), un 18% bebedores moderados y un 6% restante constituiría un grupo formado por consumidores abusivos (elevado consumo + consumo excesivo + gran riesgo), que en cifras absolutas supondrían alrededor de un millón de personas.

Así mismo, 263.000 personas realizaron una ingesta que les situaría en un diagnóstico próximo al alcoholismo.

En cuanto a la edad media poblacional de inicio en el consumo de alcohol, se sitúa alrededor de los 16,9 años, siendo dos años inferior en los hombres que en las mujeres. No obstante, en 1999, más del 25% de los españoles tuvo su primer contacto con el alcohol antes de los 15 años.

### Tendencias globales de consumo

Los datos sobre la evolución del consumo de droga en España, obtenidos mediante series temporales de encuestas y comparando los datos obtenidos los años 1997 y 1999, muestran una cierta tendencia a la estabilización e incluso una ligera disminución de la prevalencia del consumo de diferentes drogas, excepto en lo referido al consumo habitual de alcohol y cocaína.

**Tabla 3.** Evolución de la prevalencia de consumo de diferentes drogas entre la población de 15–65 años (%). España 1997-1999

	Alguna vez		Últimos 12 meses		Últimos 30 días	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Alcohol	89,9	87,1	77,8	74,6	60,7	61,7
Cánnabis	21,7	19,5	7,5	6,8	4,0	4,2
Cocaína	3,2	3,1	1,5	1,5	0,5	0,6
Heroína	0,5	0,4	0,2	0,1	0,2	0,04
Anfetaminas/Speed	2,5	2,2	0,9	0,7	0,2	0,2
Éxtasis/Drogas de síntesis	2,5	2,4	1,0	0,8	0,2	0,2
Alucinógenos	2,6	1,9	0,9	0,6	0,2	0,2
Inhalables	0,7	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

## Consumo de drogas en la población escolar

Los datos globales obtenidos por el OEDT, a partir de encuestas escolares de 30 países europeos, datos de Estados Unidos, sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los menores de 15 años y especialmente en el grupo de 15 y 16 años, indican que el cannabis sigue siendo la sustancia no institucionalizada más consumida entre escolares con prevalencia de consumo de entre el 8% y el 35%, en algún momento de la vida.

El consumo de éxtasis estaría entre un 1% y un 5%, el de anfetaminas entre el 1% y el 8% y el de cocaína entre el 1% y el 4%. El consumo de inhalantes es en general bajo, excepto en dos estados europeos (Grecia y Suecia) en que es semejante al de cannabis.

El uso ilícito de tranquilizantes (sin prescripción facultativa) oscila entre un 4% y un 12%.

Según datos comparables de Estados Unidos, con los de la población escolar europea, las cifras de consumo de varias drogas no institucionalizadas, en algún momento de la vida, son superiores en la población americana.

## CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LA SALUD

### Tabaco y salud

Con la publicación, en 1962, del primer informe del Royal College of Physicians of London y en 1964 del primero del Surgeon General de Estados Unidos, quedó establecido el papel del tabaco en la etiología de una amplia gama de enfermedades.

Desde 1950, más de 70.000 artículos científicos permiten afirmar que el consumo de tabaco constituye en los países desarrollados un importante problema de salud pública, atribuyéndose al consumo del mismo el 24% de las muertes en los hombres y el 7% en las mujeres, aunque la tendencia es a incrementarse la mortalidad en el sexo femenino, al aumentar la prevalencia de mujeres fumadoras.

La OMS informó que en 1998, el número de muertes anuales atribuibles al tabaco en todo el mundo fue de 4 millones. Se estima que en la tercera década del siglo XXI esta cifra habrá ascendido a 10 millones, de las que el 70% se producirá en países que actualmente están en vías de desarrollo.

La sobremortalidad en fumadores se produce en todas las edades, si bien es muy manifiesta en edades avanzadas, incrementándose con la cantidad de cigarrillos consumidos. La pérdida media de esperanza de vida se ha estimado en 8 años para todos los fumadores y en 16 para aquellos cuya muerte es atribuible al tabaco.

La mortalidad en España atribuible al tabaco se debe fundamentalmente a cáncer (41-45%), enfermedades cardiovasculares (30-35%) y enfermedades respiratorias (20%).

La incidencia de enfermedad coronaria es 2,5 veces superior en fumadores que en no fumadores, y globalmente un exceso de riesgo del 70% de morir por esta causa, en comparación con los no fumadores.

El abandono del hábito tabáquico reduce el riesgo de muerte por cardiopatía coronaria en un 50% en el primer año, y alcanza niveles comparables a los de los no fumadores a los 5-10 años.

En los estudios prospectivos, el riesgo de morir de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de los fumadores es 10 veces superior al de los no fumadores reduciéndose dicho riesgo de forma progresiva, al igual que en otras enfermedades, con la cesación del consumo de tabaco.

Entre el 83% y el 92% de todos los cánceres de pulmón en hombres, y entre el 57% y el 80% en mujeres, son atribuibles al uso de tabaco.

El riesgo de cáncer de pulmón aumenta con el número de cigarrillos consumidos, con el contenido de alquitrán del humo del tabaco y con el inicio temprano del hábito.

El consumo de tabaco y alcohol son los dos mayores factores de riesgo para el cáncer de laringe, cavidad oral y esófago.

Varios estudios epidemiológicos han mostrado la asociación entre el consumo de cigarrillos y el desarrollo de cáncer de vejiga y algún tipo de cáncer renal.

Así mismo, el consumo de tabaco se ha relacionado con un incremento del riesgo de padecer otras enfermedades del aparato digestivo como úlcera gastroduodenal, enfermedades de Crohn, periodontopatías, gingivitis y alteraciones de la sensibilidad gustativa; trastornos otorrinolaringológicos, como faringitis, sinusitis, obstrucción nasal y alteraciones olfativas.

También, el consumo de tabaco durante la gestación modifica las condiciones del desarrollo fetal, ocasionando una disminución del peso del recién nacido de 200 gr. de promedio, siendo la disminución proporcional al número de cigarrillos consumidos y de mayor intensidad en las mujeres de más edad, a la vez que se incrementa el riesgo de aborto espontáneo y de parto prematuro, así como de otras complicaciones gestacionales.

## **Alcohol y salud**

El consumo de cantidades excesivas de alcohol supone un incremento en los riesgos de morbilidad y mortalidad proporcional al aumento en el consumo. En las últimas décadas, se ha ampliado la lista de enfermedades y trastornos relacionados con el alcohol, comprendiendo esta expresión un grupo heterogéneo de problemas de

salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea éste puntual o regular y se trate indistintamente de bebedores ocasionales, habituales, bebedores de grandes cantidades o dependientes del alcohol.

Los trastornos relacionados con el alcohol son un importante problema de salud en Europa, estimándose que el consumo de bebidas alcohólicas podría relacionarse con cerca del 9% del total de enfermedades, incrementando el riesgo de trastornos hepáticos, especialmente cirrosis, algunos cánceres, enfermedades cardiovasculares, malformaciones congénitas, trastornos mentales, accidentes de tráfico, así como diversos problemas familiares, laborales y sociales.

### **Alcohol y cáncer**

Según datos de la WHO, se estima que el alcohol estaría involucrado en un 10% del total de muertes anuales en Europa. Cerca del 3% de la mortalidad por cáncer en el mundo desarrollado sería atribuible al alcohol, siendo la principal causa de neoplasia de boca, faringe, laringe, esófago e hígado.

La mayoría de los estudios han hallado una relación dosis–respuesta entre el alcohol y estos cánceres, relación que se mantiene cuando se analizan por separado hombres y mujeres.

### **Alcohol y enfermedades cardiovasculares**

El consumo de alcohol afecta al sistema cardiovascular por diversas vías, pudiendo producir miocardiopatía alcohólica (21%-32%), trastornos coronarios, arritmias cardíacas y accidentes vasculares cerebrales, aunque los porcentajes de riesgo difieren según los estudios considerados.

### **Alcohol y enfermedades hepáticas**

El papel del consumo de alcohol en la etiopatogenia de la cirrosis hepática está bien documentado. Mediante estudios ecológicos se ha demostrado una correlación directa entre el consumo de alcohol y las tasas de mortalidad por cirrosis, tanto si se correlacionan entre diferentes países como si se comparan distintos niveles de consumo dentro de un mismo país a lo largo del tiempo.

En la Unión Europea, la mortalidad por cirrosis hepática es superior en los países del sur donde el consumo *per capita* de alcohol es mayor, observándose además una clara relación entre la evolución de la mortalidad y la tendencia en el consumo de alcohol, de manera que en los países donde se viene observando un descenso del consumo de alcohol, la mortalidad por cirrosis hepática está disminuyendo. Diversos estudios señalan que el riesgo de padecer cirrosis es más elevado a partir de consumos sostenidos superiores a 40 gr. de etanol/día, en varones, y de más de 20 gr. de etanol/día en mujeres.

## **Alcohol y accidentes de tráfico**

Los estudios experimentales y epidemiológicos señalan que conducir bajo los efectos del alcohol conlleva un aumento del riesgo de accidentes, atribuyendo al alcohol entre un 30% y un 50% de los mismos.

El Reglamento General de la Circulación en España establece a partir de mayo de 1999, como límite máximo de alcohol en sangre 50 mg/100 ml (0,5 g/l) para todos los conductores, excepto para profesionales y conductores noveles, que se fijó en 30 mg/100 ml.

Con concentraciones inferiores al 0,5 g/l el riesgo de accidentes es relativamente bajo, pero a partir de esta cifra de alcohol en sangre, el riesgo se incrementa de forma exponencial. Así, tasas de alcoholemia de 100 mg/ml elevan 7 veces la probabilidad de accidentes, y con concentraciones de 150mg/100 ml, el riesgo es 30 veces mayor.

En un estudio de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la Dirección General de Tráfico y el Ministerio de Justicia, a través del Instituto Nacional de Toxicología, durante 1999, se han investigado desde el punto de vista toxicológico un total de 1.420 muertes producidas en accidentes de tráfico, comparándose a su vez, con datos del año anterior. En el estudio de 1999, el alcohol se detecta en el 37,4% del total de fallecidos (43,2% en el año 1998). De estos, el 80,5% presentaban tasas de alcoholemia superiores a la legalmente establecida.

La edad es un factor de riesgo en los accidentes de tráfico en que el alcohol está presente. El riesgo de accidente, con niveles de alcohol en sangre iguales o superiores a 0,5 g/l es máximo en los jóvenes entre 16 y 30 años, descendiendo a partir de esa edad hasta valores de cuatro veces menos para edades de 50 años o más.

En el estudio anteriormente mencionado, entre los conductores fallecidos, el 30,1% tenía entre 21 y 30 años y un 9,3% menos de 20 años.

Este incremento del riesgo de accidentes en los jóvenes bajo el efecto del alcohol, probablemente está relacionado con otros comportamientos de riesgo asociados, como la menor utilización del cinturón de seguridad, la velocidad excesiva, menos experiencia en la conducción, entre otras.

## **Alcohol y ámbito laboral**

El 95,1% de la población activa en nuestro país ha ingerido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, mientras que un 22,6% lo hace diariamente en una cantidad promedio de 67,05 cc/día (6,5 UBE/día).

El consumo tanto agudo como habitual de alcohol, al ser depresor del Sistema Nervioso Central, produce una disminución de la coordinación, la capacidad y la destreza para realizar tareas concretas.

En el ámbito laboral, el alcohol se ha relacionado con el 20% - 30% de los accidentes laborales globales y con una tercera parte de los mortales. Así mismo, se han descrito como consecuencias asociadas, problemas de salud, disminución en el rendimiento laboral, peor clima laboral, absentismo y bajas laborales.

En España se ha calculado que el impacto económico del uso de bebidas alcohólicas en el medio laboral supone un total de 2.460 millones de euros/año de pérdidas, por costes indirectos; las pérdidas de productividad se calculan en 1.731 millones de euros/año; los costes por incapacidad laboral temporal, en 728,5 millones de euros/año. Los accidentes laborales relacionados supondrían un coste sanitario anual medio de 122 millones de euros.

### **Alcohol y salud mental**

El alcohol se ha considerado factor causal de diversos trastornos mentales que van desde la intoxicación aguda, la dependencia, los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y la psicosis alcohólica hasta el suicidio.

Las tasas poblacionales de muertes relacionadas con alcohol y con trastornos mentales varían según los países, pero se situarían alrededor del 10% de media.

Así mismo, el alcohol, solo o en combinación con otras drogas, está implicado hasta en el 50% o más de los intentos suicidas o en suicidios consumados. Algunos autores señalan que el 25% de los suicidios están relacionados con una ingesta previa de alcohol, y que la prevalencia a lo largo de la vida de suicidio entre los alcohólicos es de un 18%.

### **Alcohol y violencia**

El consumo de alcohol también se asocia a violencia. Una de las relaciones causales más estudiadas en la literatura, en estudios poblacionales, es la observada entre el consumo de alcohol y determinados tipos de delitos, siendo los más frecuentes las disputas en estado de intoxicación aguda, los robos, así como conducir bebido y los homicidios, en este último caso la presencia de alcohol se observa hasta en un 50% de los mismos.

Igualmente, se ha observado que el consumo de alcohol presenta una clara asociación con situaciones de violencia familiar, especialmente malos tratos al cónyuge y a los hijos, malas relaciones y conflictos conyugales, separaciones y divorcios.

### **Efectos del alcohol sobre el feto**

En 1968 y posteriormente en 1973, diversos grupos de investigadores informaron sobre un conjunto de anomalías morfológicas, psicomotoras y mentales, en niños nacidos de madres bebedoras o alcohólicas. Este conjunto de malformaciones se denominó Síndrome Alcohólico Fetal, aceptándose que la exposición prenatal al alcohol es la posible causa de estos defectos congénitos.

## **SALUD Y DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS**

En los últimos años, en la Unión Europea se han registrado oficialmente entre 6.000 y 7.000 muertes al año relacionadas con el consumo de drogas, generalmente con la heroína.

En muchos países de la UE, el número de muertes alcanzó su cifra más alta a comienzo de los años noventa, en relación especialmente a la epidemia de sida en usuarios de drogas por vía parenteral.

Los estudios de cohortes indican que los consumidores de drogas por vía intravenosa afrontan un riesgo 20 ó 30 veces más elevado de muerte (por sobredosis, infección por VIH, accidentes, etc.) que los no consumidores de drogas de la misma edad. Las enfermedades infecciosas, como VIH, hepatitis B y C, han alcanzado una elevada prevalencia entre los consumidores de drogas por vía intravenosa.

### **Urgencias por reacción aguda**

En el año 1999, en España se atendieron un total de 2.141 episodios de urgencias hospitalarias por reacción aguda tras consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cocaína (39,4%), heroína (35%), hipnosedantes (23,8%) y alcohol (20%).

La edad media de todas las personas implicadas en estos episodios fue de 29,4 años, aunque sensiblemente inferior (22,4 años) cuando la sustancia implicada en el episodio agudo era el MDMA y sus derivados.

Del total de episodios, un 0,2% tuvo resultado de muerte, un 6,5% precisó ingreso hospitalario y un 80,9% alta médica.

La mayor proporción de ingresos hospitalarios estuvo relacionado con anfetaminas, MDMA y derivados (9,8%) y alucinógenos (9,5%).

### **VIH/sida**

Desde el año 1981, en que comenzó en nuestro país, lo que se ha denominado la epidemia del sida, hasta el 31 de diciembre del año 2000, se habían certificado un total de 59.466 casos de sida. Un 65,2% (38.756) relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral, habiéndose notificado el mayor número de casos en relación a esta práctica de riesgo en el año 1994. Del total de casos diagnosticados el año 1981, el 53,5% habían fallecido. En los últimos años en nuestro país, la tendencia de la prevalencia de sida en usuarios de drogas por vía parenteral es descendente, aunque sigue siendo todavía la primera causa de contagio.

En el resto de países de la Unión Europea, la prevalencia de la infección difiere mucho entre países, oscilando entre un 1% hasta un 32% en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral, en función de las políticas de salud de los mismos.

En general la prevalencia del VIH parece haberse estabilizado a la baja en casi todos los países desde mediados de la década de los noventa. No obstante, en el año 2000 se detectó un ligero incremento de la prevalencia respecto de 1999 (de 0% a 4%) entre jóvenes consumidores por vía parenteral, los cuales suelen presentar un comportamiento de mayor riesgo.

En varios países, la prevalencia de VIH es sistemáticamente más elevada entre las mujeres usuarias de la vía parenteral que entre los varones, tal vez por un mayor número de prácticas sexuales de riesgo.

España ha sido, junto con Portugal, Francia e Italia, de los países europeos más afectados por el sida, en las dos últimas décadas.

## **Hepatitis C**

La prevalencia de la infección por virus de la hepatitis C (VHC) es superior que la del VIH, en casi todos los países de la Unión Europea, con tasas entre usuarios de drogas de entre el 40% y el 90%.

En España, la prevalencia de portadores de anticuerpos anti-VHC en el colectivo de usuarios de drogas ilegales es del 74%.

La infección se cronifica en la mayoría de los casos (70% - 80%) pudiendo ocasionar considerables problemas de salud a largo plazo, como daño hepático severo y la muerte prematura, así como seguir siendo una fuente de infección potencial.

## **Hepatitis B**

En la Unión Europea, entre el 20% y el 60% de los usuarios de drogas por vía parenteral tiene anticuerpos de la hepatitis B. De estos, parece que únicamente entre el 1% y el 30% correspondería a vacunaciones correctas.

En la mayoría de los casos, la infección por VHB se resuelve espontáneamente, pero en una proporción de entre el 2% y el 8% en los adultos, y el 15% en los adolescentes, puede dar lugar a una hepatitis crónica. Como la hepatitis B se transmite por vía parenteral, por vía sexual o de madre a hijo, estos portadores crónicos constituyen una fuente de posible contagio.

## **Tuberculosis**

Afecta con frecuencia a los consumidores de drogas, particularmente a los infectados por el VIH, erigiéndose en un problema de salud pública importante.

En España, es escasa todavía la información disponible sobre la incidencia y las características de la tuberculosis con grupos específicos de alto riesgo, como los usuarios de drogas.

En un estudio de 1999, en 13 Comunidades Autónomas, con una cobertura poblacional del 67%, se detectaba que entre los casos de tuberculosis diagnosticados, el factor riesgo detectado con mayor frecuencia era el consumo de drogas en un 26,9% de los casos; de éstos, un 13,8% correspondería a usuarios por vía parenteral y un 11,6% tenía antecedentes de alcoholismo.

Un 17,7% de los pacientes con tuberculosis estaban a su vez infectados por el VIH.

### **Enfermedades de transmisión sexual**

La sífilis, la gonorrea y otras enfermedades de transmisión sexual, tienen elevada prevalencia entre prostitutas usuarias de drogas.

Además, se ha relacionado el consumo de drogas con un mayor número de prácticas sexuales de riesgo.

### **Otros problemas de salud**

Los usuarios habituales de drogas no institucionalizadas presentan además de las descritas con anterioridad, una mayor prevalencia de otros trastornos de salud, tales como alteraciones en los hábitos nutricionales, bajas tasas de actividad física, trastornos bucodentales, enfermedades mentales, enfermedades cutáneas, relacionados con los estilos de vida y relacionados con el uso de drogas.

### **Demanda de tratamiento**

Según datos del OEDT, a nivel europeo y a pesar de las diferencias en las políticas de tratamiento en casi todos los países, la heroína es la droga ilegal que motiva más inicios de tratamiento (entre el 50% y el 75%); la cocaína, especialmente en los Países Bajos (15,4%) y en España (17%); el cánnabis, que en algunos países supone una demanda por encima del 15%; el éxtasis, con cifras inferiores a las de otras sustancias, excepto en Irlanda con un 8,9%.

En España, en 1999 se registraron un total de 51.191 admisiones a tratamiento, lo que supone una tasa global de 128,5 casos por 100.000 habitantes.

La heroína fue la sustancia que motivo un mayor número de demandas de tratamiento (73,1%), seguida de la cocaína (17,5%), cánnabis (5,5%), y siendo mucho menores los porcentajes de admisiones a tratamiento del resto de drogas no institucionalizadas.

## **IMPACTO SOCIOECONÓMICO DEL USO DE DROGAS**

En España, a partir del análisis realizado en un estudio de impacto socioeconómico del abuso del alcohol, los costes totales del consumo excesivo de alcohol se han cifrado en aproximadamente 3.832,76 millones de euros al año; de los cuales, 1.372,89 millones de euros corresponden a costes directos (asistencia sanita-

ria), 2.459,87 millones a costes individuales (absentismo y disminución de la eficiencia laboral), suponiendo además una pérdida de años potenciales de vida de 224.370.

En el caso de las drogas no institucionalizadas, la evaluación del coste socioeconómico es más complejo, debido a la falta de información disponible sobre algunos ámbitos de estudio. No obstante, en un estudio pendiente de publicación realizado en Cataluña, tomando como referencia el año 1997, la estimación de costes directos e indirectos en el ámbito geográfico del Estado Español, el global mínimo se situaría en 525,28 millones de euros al año, y el coste máximo alrededor de 784,32 millones de euros, los cuales corresponderían a costes directos y el resto a costes indirectos.

## CRIMINALIDAD Y USO DE DROGAS

En España, durante el año 2000, fueron detenidas un total de 17.067 personas por delitos de tráfico de drogas, lo que supone un incremento del 27% respecto del año anterior.

El número de sanciones administrativas impuestas por tenencia o consumo de drogas en la vía pública, en aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1992, fue de 49.469.

Las denuncias impuestas por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal fueron de 63.193 el año 2000, suponiendo un incremento del 25,8% respecto de 1999.

Según datos del OED, entre el 1 de julio de 1998 y el 30 de septiembre de 1999, se dictaron en España un total de 15.484 sentencias que indujeron 5.724 condenas por delito contra la salud pública (34%) y 10.917 por otros delitos relacionados con sustancias psicoactivas (65,6%), que incluyen los delitos contra la seguridad del tráfico, los delitos por recaptación y otras conductas afines y las cometidas bajo el efecto de sustancias psicoactivas, siendo la más frecuente de éstas, los delitos contra la propiedad (76,3%).

## POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN RELACIÓN CON LAS DROGAS

La irrupción de la epidemia VIH/sida hizo que el control de esta infección se convirtiera, al inicio de los años noventa, en un objetivo básico de las políticas de salud pública en España, condicionando de forma directa las prioridades de las políticas asistenciales en el ámbito de las drogodependencias.

De este modo, la reducción de daños asociados al uso de drogas, y en particular la prevención de la transmisión del VIH, se van erigiendo como objetivos prioritarios de los programas asistenciales. Los programas con sustitutos opiáceos, junto

con los programas de intercambio de jeringuillas y los programas de educación de sexo más seguro, de consumos de menos riesgo, etc., en colectivos de elevado riesgo, han sido los factores que más han contribuido al control de la infección por VIH, en este colectivo, conjuntamente con otras medidas, como la implantación de la vacunación sistemática del tétanos y de la hepatitis B, así como la quimioprofilaxis antituberculosa.

En esta línea, en los próximos años, cabe añadir como objetivos prioritarios de salud pública, la implementación de programas educativos en la reducción del daño asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así como del daño asociado al consumo de alcohol en relación a los accidentes de tráfico y la violencia.

Así mismo, se plantea como objetivo imprescindible, la incorporación de los programas diversificados de reducción de daños en los centros penitenciarios.

También, la implementación en el medio laboral de estrategias preventivas basadas en la reducción de la demanda, la promoción de hábitos saludables, la modificación de actitudes y comportamientos respecto del uso de sustancias, así como la actuación sobre factores de riesgo específicos y la potenciación de factores protectores.

#### Joan Colom Farran

Médico. Director General de Drogodependencia y Sida del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA

Anderson, P, et al. (1993). "The Risk of Alcohol." *Addiction* **88**: 1493-1508.

Boys, A et al. (2001). *Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*. London: National Addiction Centre.

Coyle, S.L. et al. (1998). "Outreach-based HIV Prevention for Injecting Drug Users: A Review of Published Outcome Data." *Public Health Reports*, **113** (1): 19-30.

Chadwich, HD. (1937). "The Diseases of the in Habitants of the Commonwealth." *N. Engl.J. Med*, **216**: 8-28.

Del Río, M.C. y Álvarez, F.J. (2000). "Presence of Illegal Drugs in Drivers Involved in Fatal Roal Traffic Accidents in Spain." *Drug. Alcohol. Depend.* **57**: 177-182.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Encuesta a Población Escolar sobre Drogas, 1998*. Madrid.

Durante A.J. et al. (1998). "Risk Factors for and Knowledge of Mycobacterium Tuberculosis Infection Among Drug Users in Substance Abuse Treatment." *Addiction* **93** (9): 1393-1401.

Drug Abuse Trends, n. 10, New series oct/dec. 1999.

Edwards, G, et al. (1997). *Alcohol y salud pública*. Barcelona: Prous Science.

FAD-EDIS (1996). *La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

García Altes, A.; Ollé, J.M.; Antoñanzas, F.; Colom, J. *Evaluación del coste social del consumo de drogas ilegales en Cataluña y en el Estado Español*. (En prensa).

Ghuran, A. y Nolan J. (2000). "Recreational Drug Misuse: Issues for the Cardiologist." *Heart*, 627-633.

Instituto de Salud Carlos III (2001). *Vigilancia del sida en España. Situación a 31 de Diciembre del 2000*. Madrid: Registro Nacional de sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Krahn D.D. (1991). "The Relationship between Eating Disorders and Substance Abuse." *J. Subst. Abuse* **3**: 239-53.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadian*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2000). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Luxemburgo.

Observatorio Español sobre Drogas (2000). *Informe indicadores admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad, 1999*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español sobre Drogas (2001). *Informe nº 4*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Piédrola Gil, G. et al. (2001). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson, SA.

Portella, E. et al. (1998). *El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, S.A.

Thomas, D.L. et al. (2000). "Long-term Prognosis of Hepatitis C Virus Infection." *JAMA* **284**: 2592.

Stardfield, B. Shi, L. (1999). "Determinants of Health: Testing of a Conceptual Model." *Ann NY Acad Sci USA* **896**: 281-293.

Shattuch, L. (1948). *Report of the Sanitary Commission of Massachusetts*. (Dutton and Wentworth, Stole Printers. Boston, 1859). Harvard University, Cambridge, Massachusetts.

WHO (1993). "Pysical Complications of Drug and Alcohol Abuse." *Assessing the Standards of Care in Substance Abuse Treatment*. Programme on Substance Abuse. WHO/PSA/93.5.

Winslow, C.E.A. (1923). *The Evolutions and Significance of the Modern Public Health Campaings*. New Haven: Yale University.

Es difícil captar el sentido último de las propuestas y políticas institucionales sin considerar, entre otros aspectos, el contexto sociológico en el que esas políticas se plantean y desarrollan. En una aplicación particular de ese principio al ámbito de las estrategias sobre drogas, se ha postulado que, en el fondo, tales estrategias no tratan tanto de responder a los problemas objetivos que se supone hay que corregir, cuanto a las representaciones sociales que construyen esos problemas o que, a su vez, son construidas por ellos. Esta tesis, ampliamente defendida en algún texto de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Megías, E. et al., *La percepción social de los problemas de drogas en España*. FAD: 2000), obliga a prever esos movimientos potencialmente emanados de la presión ejercida por las percepciones colectivas (para obviarlos, potenciarlos, contrarrestarlos, trabajarlos o, en cualquier caso, procurar que no distorsionen el cumplimiento de los objetivos planteados), como obliga a hacer una lectura de la historia que tenga en cuenta la existencia de esas presiones contextuales.

Obviamente las propuestas fundacionales de la FAD no pudieron ser ajenas a esta dinámica y a estos condicionamientos. Independientemente de la reflexión, de carácter ideológico, técnico o profesional, que se realizase desde los primeros momentos, el programa inicial de la Fundación no pudo ser ajeno al contexto en el que los conflictos se planteaban y en el que se proponían las hipotéticas soluciones; no pudo ser ajeno a la representación que el colectivo social español en su conjunto sostenía frente a los problemas de drogas.

Para evitar una postura alienada que impida el acercamiento constructivo a la realidad, para no caer en una forma de trabajo condenada, por insuficiencia, a claros niveles de ineficacia, se debe evitar la fantasía de que nuestra propia mirada se encuentra al margen, o libre, de los velos que enturbian la mirada de otros. Cuando aventuramos, basándonos en nuestra propia lectura de la experiencia, que las insti-

tuciones y las personas, cuando actúan en el ámbito de drogas, actúan seriamente condicionadas por la representación colectiva del fenómeno, debemos aceptar que también nosotros, partes integrantes de esas personas y esas instituciones, y elementos constructores de esa representación social, nos vemos sometidos a las mismas presiones y disfunciones.

Por tanto malamente puede entenderse lo que, en 1986, la FAD se plantea, sin analizar el ámbito en el que, en ese momento y en ese espacio, la FAD se desenvuelve.

La percepción de la sociedad española del momento sobre los problemas de drogas, tal como se ha dicho repetidamente, estaba claramente determinada por las características constitutivas del fenómeno tal cual se estaba viviendo: explosión epidémica de unos consumos vividos como extraños por la población general (esencialmente consumos de heroína por vía parenteral), aparición de graves problemas de salud pública, generación de una vivencia colectiva enormemente teñida por la angustia y la alarma, y necesidad primaria de resolver el problema (entiéndase de liberarse de la angustia y de la alarma) a cualquier coste.

Pues bien, en esa situación, en la construcción social a la que daba lugar y que trataba de definirla, pueden adivinarse unas características o posturas que vendrían a construir el armazón esencial sobre el que se organizaba toda la representación colectiva. En primer lugar, la abundancia de juicios de valor fundamentalistas, que consagraban la categoría moral del fenómeno; en segundo lugar, una vivencia colectiva de extrañeza y de distanciamiento de esa realidad construida, que así se veía sólo como amenazadora y ajena; como consecuencia de lo anterior, la aparición de unos mecanismos de manipulación fantasmagórica de ese fenómeno ajeno, extraño y moralmente rechazable, que terminaban por convertirlo en el paradigma de una amenaza total e inmanejable; por último, la necesidad de articular, y creer en la eficacia de reacciones defensivas que proporcionasen la ilusión de terminar, de forma plena y definitiva, con esa amenaza satanizada, rechazable sin fisuras y terrorífica.

Los juicios de valor moral de carácter fundamentalista, instalados en el ámbito de los principios indiscutibles, determinaban que en los ejes de categorización moral (bueno/malo, limpio/sucio, sano/insano, lícito/ilícito, etc.) las drogas se encontrasen situadas siempre en los extremos negativos, plenamente negativos, de cada eje. No podía haber matices en la categorización, de igual forma que no se podían entresacar características salvables, ni siquiera "menos malas", de ese conjunto de adjetivaciones y calificaciones negativas. Tan no podía haber matices en la descalificación que cuando la realidad imponía que algún elemento no pudiera ser situado en ese extremo de descalificación absoluta, ese elemento tenía que ser "salvado" extraído de la categoría "ser droga". Era el caso del alcohol, con una imagen colectiva que no podía en forma alguna ser objeto de esa desconsideración absoluta y que consiguientemente tenía que ser sacado de la categoría drogas. En resumen: droga sería "todo malo y sólo malo" y si algo no puede ser calificado así es que "no es droga".

Esa visión polarizada y extrema sólo puede ser mantenida en la medida en que la realidad se ve sometida a algún tipo de manipulación fantasiosa. Un fenómeno social, mucho más si es un fenómeno tan complejo y con tantas aristas y perspectivas como resulta ser el fenómeno de los consumos de drogas, no puede estar construido de una manera plana y sin matices. Es imposible que un fenómeno complejo sólo presente aspectos negativos; entre otras razones porque si fuese así no podría entenderse en manera alguna la pervivencia de ese fenómeno en la historia de diferentes culturas y diferentes momentos históricos. Sólo puede ser visto de esa forma monolíticamente negativa cuando se ve sometido a la manipulación de una construcción social. Y es evidente que esa manipulación sólo puede realizarse cuando el fenómeno se aleja de la realidad en la que individuos y grupos están inmersos. Para manipular algo, para "reconstruirlo" a través de la percepción social, es conveniente que ese algo sea visto cuanto más lejano mejor por los sujetos y los grupos sociales que tienen que realizar esa reconstrucción. Lo próximo, aquello con lo que se contacta en el día a día, lo que se cree conocer bien y de cerca y, además, es progresivamente mejor conocido porque se encuentra en contacto inmediato con la vivencia cotidiana, es mucho más difícil de manipular.

En 1986, paradójicamente, para defenderse en cierta forma de la angustia amenazante que provenía de las drogas, era necesario exagerar esa amenaza y dotarla de unas características de extrañeza, incluso de inmanejabilidad. De esa forma se podía estar instalado en una postura de alejamiento defensivo: "algo tan extraño es muy probable que no me afecte; en cualquier caso no tiene que ver conmigo, y sobre todo no me exige que yo haga nada puesto que nada tengo que hacer al no tener que ver conmigo." Es un mecanismo de defensa contra la angustia colectiva, que quizás pueda ser leído como irracional pero que no puede ser negado por ese carácter de irracionalidad. En el plano individual las reacciones primarias de defensa de amenazas masivas, el bloqueo y la inhibición psicomotrices o la tempestad de movimientos, son igualmente irracionales e ineficaces y sin embargo se prodigan a lo largo de toda la escala biológica, con una presencia innegable en los humanos.

En el ámbito de las respuestas ante los problemas de drogas, en ese momento de constitución de la FAD, podían advertirse sin esfuerzo muchas actuaciones que podrían ser ejemplos acabados de esos movimientos primarios que, más que ser eficaces, debían proporcionar la ilusión de eficacia. La sociedad precisaba sentir que hacía algo para aminorar esa amenaza, pasando a segundo término el que ese algo tuviera o no, razonablemente, algunos efectos positivos. Sólo dos exigencias eran innegociables y, por otro lado, la existencia de esas dos exigencias validaba cualquier intervención: la buena voluntad y la propuesta explícita de que la acción se dirigía contra las drogas.

La FAD, cuando nace, no es ni puede ser ajena a ese clima social; como, por otro lado, no lo son ninguno de los planes de actuación que surgen en aquel momento. Su fundación se hace necesaria para responder a esas demandas sentidas por la sociedad y, en algunos de sus aspectos, montadas sobre esos mecanismos que se

acaban de describir; por tanto, no puede no responder a esas exigencias, reales o exageradas, objetivas o matizadas por la manipulación, que eran el motor de su puesta en marcha.

De ahí que en las estrategias iniciales de la Fundación pueda advertirse la presencia de mensajes beligerantes, muy cerrados, de enfrentamiento global y totalizador, henchidos de voluntarismo y de explicitud en las propuestas, etc. De ahí también que sea tan frecuente la propuesta de actividades de movilización social en la que la presencia multitudinaria de personas agrupadas fundamentalmente por un lema, casi por una ilusión, generan la fantasía tranquilizadora de que esa ilusión va a realizarse puesto que es evidente que la queremos, la queremos muchos y expresamos con rotundidad ese deseo. De ahí, igualmente, un discurso muy centrado sobre las drogas como realidad amenazadora ajena, que exige una defensa activa, pero una defensa montada sobre estrategias de oposición frontal y sobre estrategias barrera.

Todas estas características responden al contexto del momento. El análisis crítico de su pertinencia, desde parámetros estrictamente técnicos, es un análisis no pertinente por carencia de una dimensión necesaria de contextualización histórica. No se podía no sentir de esa forma o, para ser más justos, era difícil distanciarse de esa manera de leer la realidad que, por otro lado, distaba de ser sólo una lectura potencialmente negativa. Ciertamente también era necesario crear un clima de rearme moral que proporcionara una cierta seguridad colectiva al tiempo que propiciaba la creencia en la posibilidad del cambio. Igualmente necesaria era la construcción de un frente común de respuesta social, aunque hubiese que articularlo alrededor de elementos ambiguos desde el punto de vista de su certidumbre y de sus repercusiones. También hay que considerar la pertinencia, acaso por razones ejemplarizantes y simbólicas, de propiciar respuestas contundentes y no dubitativas ante riesgos sociales que se viven como monolíticos y como muy destructivos.

En cualquier caso, en las estrategias de la FAD en sus momentos fundacionales no sólo se advierten, con sus pros y sus contras, con todos sus claroscuros, esas posiciones hijas de la representación colectiva. Ya desde los momentos iniciales la Fundación demuestra poseer esa capacidad de distanciamiento y de crítica técnica (también de autocrítica) que es lo que permite a alguien que se encuentra inmerso en un contexto que dialécticamente construye o condiciona la propia manera de pensar, distanciarse de ese contexto, pudiendo generar un discurso propio, separado de lo condicionado desde fuera, capaz de impulsar una conciencia diferenciadora y alimentadora de un cambio creador y positivo.

Ese distanciamiento que permitió advertir que al lado de la necesaria respuesta asistencial que tranquilizaba enormes angustias del colectivo (además de que, lógicamente, atendía necesidades objetivas), era preciso apostar por la puesta en marcha de fórmulas de prevención, absolutamente necesarias a medio plazo por mucho que no se sintieran como prioritarias en las urgencias del momento. De igual forma que tampoco podían sentirse como prioritarias (malamente podían contribuir a una tran-

quilización social o a un sentimiento de estar respondiendo a lo prioritario y a lo más dramático) la necesidad de ir dotándose de un fondo documental que alimentara las necesidades de información y de capacitación profesionales, o la exigencia de poner en marcha fórmulas de colaboración con las universidades para ir creando ese grupo de especialistas, en asistencia, en clínica, en prevención o en investigaciones, que resultaban absolutamente precisos y de los que se carecía casi por completo.

No menos significativos resultaban los esfuerzos de la Fundación por dotarse de una estructura profesional de gestión que garantizara la viabilidad futura y que dotase a sus actuaciones de esas características de rigor y de eficiencia absolutamente ignoradas, o en segundo plano, cuando lo único que domina es la necesidad de hacer a toda costa, con olvido de que lo importante es que eso que se hace sea eficaz para alcanzar los objetivos que justifican la acción. En un momento en el que, como se decía, ante los problemas de drogas lo que dominaban eran las reacciones primarias de bloqueo inhibitorio o de tempestad de movimientos voluntariosos, la intención de la FAD de evadir la tentación del voluntarismo justificador dotándose de una estructura de exigencia profesional demuestra cómo, sin que falten los elementos derivados del contexto, aparecen desde el inicio actitudes críticas profesionales.

Esas actitudes críticas se convierten en un elemento nuclear que posibilita la evolución de la Fundación en estos 15 años. Y la posibilita a partir de una serie de capacidades instrumentales: la capacidad de estar atentos y percibir los posibles cambios que se iban produciendo en la realidad y en el contexto sociológico que connotaba esa realidad; la capacidad de adaptarse a esa realidad cambiante, sintonizando con los discursos emergentes, desvelando las dificultades nuevas e interpretando las demandas que iban naciendo; la capacidad de ir cubriendo lagunas y necesidades pendientes, desde la observación crítica de lo realizado y desde la reflexión, no menos crítica, de los elementos que se ponían en marcha para la intervención, con todas sus potencialidades e insuficiencias.

A lo largo de esos quince años la realidad española, en lo referido a los problemas de drogas, evolucionó de manera notable. En primer lugar, tal y como se ha argumentado ampliamente en algún capítulo de este mismo texto, en esta etapa cambiaron sustancialmente el tipo de productos consumidos, los patrones de uso, los perfiles de los consumidores, el contexto cultural de los consumos y la finalidad o intencionalidad de los mismos. Todo ello con el obvio correlato del cambio en la prevalencia y el tipo de problemas que, de forma secundaria, se presentaban.

También cambió, y acaso de forma aún más significativa, la representación colectiva sobre los consumos y sobre los problemas que se determinaban a partir de ellos. Sin pararnos en la descripción fenomenológica de esos cambios, que son objeto de la extensa publicación de la FAD citada al principio, queremos señalar en este momento que, conformando nuestra hipótesis básica, junto con otros elementos, es la convivencia social con una cultura en la que las drogas tienen una presencia fundamental, lo que va modificando esas representaciones colectivas. En efecto, esas fantasías y manipulaciones que, tal como explicábamos, son una consecuencia ine-

vitale del distanciamiento o la ignorancia respecto a las drogas (al tiempo que un mecanismo defensivo propiciador de esa alienación), malamente conviven con una situación en la que la presencia de las drogas se hace más cotidiana, más familiar, más incluida dentro del espacio de la realidad propia de los grupos sociales, incluso de los más normalizados. Las drogas se objetivan, tienden a ser objetivadas, y los peligros derivados de su consumo, por mucho que se sigan viendo importantes, empiezan a ser desprovistos de esa condición mítica y manipuladora que sólo la alienación permite. La convivencia de los últimos años con la "cultura de las drogas", dicho de otra manera, el que cada vez grupos más amplios de población se hayan ido socializando en esa cultura, ha modificado, y ha modificado sustancialmente, muchas de las maneras de aproximación y muchas de las formas de comprensión de todos los fenómenos inmersos en esa cultura (efectos de los consumos, posibles beneficios, posibles riesgos, consecuencias, soluciones, eficacia de las distintas estrategias, aspectos éticos y morales, manejo legal, etc.).

También en esta etapa puede asegurarse que se ha producido una sustancial modificación en el sistema y en la jerarquía de los valores colectivos de los españoles. Sin entrar en el análisis detallado de estos cambios —que también han sido objeto de otra publicación de la FAD: Megías, E. et al. (2001). *Valores sociales y drogas*. Madrid: FAD— basta recordar que los cambios sociales, económicos, culturales, políticos, producidos durante todos estos años (que, superada la transición a la democracia, han supuesto la consolidación y la instalación colectiva en una nueva y radicalmente diferente estructura sociopolítica), han significado la revalorización, por posibles, de algunos elementos antes ignorados o muy alejados para el común de los ciudadanos (relativos al estado de bienestar y a los beneficios e intereses particulares). Como también han significado la enfatización de nuevas actitudes sociales destinadas a mejorar la posibilidad de supervivencia y de adaptación a una sociedad en la que se han producido cambios drásticos en el mercado laboral, en el contrato social con los jóvenes, en la articulación de determinadas fórmulas de convivencia social (familia, pareja, etc.). Lo mismo, en relación con el desplazamiento de ciertos valores que pasan a ser entendidos como caducos (la virtud, la política, la religión...), y su sustitución en la jerarquía por otros de carácter emergente (la búsqueda de placer, la enfatización del presente, etc.).

Todo este cambio en la jerarquía de valores, junto con esa modificación evolutiva de las percepciones sociales, han influido, como no podía ser de otra forma, en la manera en que la población se sitúa ante los problemas de drogas, la forma en que los vive, las demandas que le suscitan, las expectativas que le crean y el compromiso que está dispuesta a asumir. Todo ello cuestiones fundamentales para una institución que, como la FAD, se plantea objetivos de prevención y, para el cumplimiento de los mismos, precisa plantear en todo momento el análisis de prácticamente cada uno de esos elementos.

Acaso de forma marginal, de cualquier manera, en otro nivel de aproximación a la realidad aunque no menos determinante de las exigencias de adaptación a lo largo de estos años, habría que hablar del proceso de descentralización administrativa

que se ha producido en nuestro país. El estado de las autonomías, la transferencia de cada vez más competencias a los gobiernos autonómicos, la responsabilización local de sus propias políticas y de la puesta en marcha de sus propios instrumentos de gestión, han influido de forma notable en las posibilidades de actuación de una institución que se podría entender como de carácter “centralista”. La FAD ha debido irse adaptando a una situación en la que, de año en año, la promoción y gestión de intervenciones dentro de cada Comunidad se sustanciaba por la propia Comunidad y por los recursos de la misma; esto ha significado un abandono de importantes parcelas de acción directa en los programas, un ir asumiendo posturas de gestión subsidiaria y, sobre todo, una deriva hacia espacios que, teniendo sentido, evitaran las colisiones competenciales y los solapamientos con las instituciones autonómicas, los espacios supracomunitarios.

Ante todas estas circunstancias, todos esos fenómenos evolutivos señalados, la FAD debió adaptar su situación, sus políticas, sus estrategias y sus tácticas de intervención, en coherencia con esa actitud y disposición crítica y profesional que antes se argumentaba. A lo largo de toda una serie de años, a veces de forma programada explícitamente, y en otras muchas ocasiones de una manera que no por carecer de articulación formal previa dejaba de corresponder a una intencionalidad y a una racionalidad implícitas, la FAD fue cambiando algunas de sus posturas de intervención, fue matizando sus articulaciones metodológicas, fue alterando la priorización de sus objetivos y, en definitiva, fue dando cuenta de la mejor forma posible de los desafíos cambiantes que se le iban desvelando. Al menos, eso intentó.

Acaso el aspecto más llamativo de esta adaptación vino determinado por la modificación de los instrumentos metodológicos para la intervención, sobre todo para la intervención preventiva. Y esa modificación estuvo basada en dos elementos conceptuales básicos. Primero, la conciencia de que, lejos de corresponder a ese fenómeno extraño y alienado que se fantaseaba, los problemas de drogas se situaban en el seno de la estructura social, formando parte de la misma, alimentándose de sus distorsiones y contribuyendo a incrementar éstas mismas. Además, en segundo lugar, una profunda revisión del concepto, siempre básico en prevención, de factor de riesgo, que dejaba de ser ese espantajo atemorizante que había que evitar a toda costa para ser situado en el espacio de una circunstancia existencial de conflicto (y que como tal conflicto puede finalmente resultar destructivo o creador), que hay que aprender a manejar (discriminando, conociendo, evitando, enfrentando, sustituyendo, o través de cualquier otro múltiple mecanismo).

De la convicción de que los problemas de drogas aparecen, se desarrollan, se viven y, en su caso, se corrigen en el seno de la propia sociedad, se extraían consecuencias estratégicas evidentes de cara a la prevención: dejaban de tener sentido las políticas defensivas, destinadas a mantener fuera del ámbito propio esa amenaza externa que se fantaseaba, y pasaban a revalorizarse todas las actuaciones destinadas por una parte a disminuir la posibilidad de aparición o la intensidad de los conflictos del propio grupo —para que la presencia de las drogas fuera menos intensa y comprometedora— y, por otra, a aumentar las oportunidades de que indi-

viduos y grupos pudieran convivir y confrontar en su propio ámbito social con unos problemas, que cada vez parecían más inevitables pero que también cada vez más se presentaban como algo que no necesariamente debía tener las mismas consecuencias negativas. Dicho de otra manera, los objetivos preventivos, una vez abandonada la pretensión idealizada e inalcanzable de crear una sociedad sin drogas en absoluto, pasaban a ser los de propiciar una sociedad con menos drogas y en la que, sobre todo, estas drogas fueran menos inevitables y tuvieran una presencia menos impactante sobre lo social y, además, favorecer el desarrollo de sujetos y de grupos más capaces de vivir en contacto con esa sociedad contaminada, con los menos riesgos posibles y con las menores consecuencias negativas posibles.

Además, la matización conceptual de lo que era y lo que se necesitaba hacer con un factor de riesgo, también modificó el tono de las intervenciones preventivas, que perdieron una buena parte de su carácter amenazador o timorato (no era infrecuente que la defensa miedosa se disfrazara de interpelación agresiva), que pudieron superar el recurso a la inhibición o a la negación (con lo que eso tenía de protector pero, al tiempo, de limitador) y que comenzaron a articularse más como estrategias al servicio de la vida y menos como recursos de limitación de los peligros que, inevitablemente, tenían algunas parcelas del vivir.

Por otro lado, también en sintonía con la percepción de los cambios que se señalaron, la FAD vio la necesidad de, en su compromiso de establecer un diálogo con la sociedad, articular un discurso más abierto y más crítico. Superados o carentes de sentido aquellos movimientos iniciales en los que lo importante era alzar una banderín de enganche en una batalla frontal "contra la droga", se fue imponiendo la exigencia de propiciar discursos más matizados, más reflexivos, más críticos, más objetivos, menos alienados. Esta exigencia contradecía la indicación de los discursos cerrados, muy cargados de posiciones esencialistas, y abonaba la conveniencia de inspirar y apoyar un diálogo colectivo en el que dominara un pensamiento más maduro y más personalmente elaborado. Las campañas de comunicación de la FAD fueron cambiando su tono y sus mensajes, en adecuación a esas nuevas realidades.

Realidades que aparecían sólo parcialmente desveladas. Uno de los efectos inevitables de poner en cuestión muchos lugares comunes, estereotipos y medias verdades, era el encontrarse con que había que responder a muchos interrogantes, que había que definir nuevas posturas, que había que analizar y desvelar posiciones colectivas ignoradas, que había que volver a escarbar en el intento de encontrar los cómo y los porqués de muchos conflictos. Mucho más aún cuando, como decíamos, lo que estaba sucediendo era no sólo que respuestas antiguas se nos hacían sospechosas, sino que nos estaban cambiando la índole de las preguntas: teníamos constructos que se habían mostrado insuficientes para dar cuenta de una realidad anterior y, además, nos había cambiado la situación hacia una realidad nueva y distinta. Todo eso obligaba a poner en marcha un proceso continuo de análisis de esa nueva realidad y de búsqueda de interpretaciones, explicaciones o descripciones más actua-

les y más operativas. La FAD tuvo que comprometerse en ese movimiento y debió poner en marcha una línea de acciones destinadas a cumplir esos objetivos, una línea de acciones dirigidas a la investigación del discurso y del contexto social que rodea los problemas de drogas y que los condiciona.

Por último, también en esos años de evolución la FAD, y esto por razones acaso diferentes, se encontró abocada a ampliar su espacio de intervenciones a un territorio que hasta ese momento no había contemplado: el ámbito internacional y, más concretamente, Latinoamérica. En efecto, más allá de ese lugar común que señala que a través de la globalización los problemas se construyen progresivamente entre todos y, coherentemente, sólo pueden abordarse entre todos (y el correlato lógico de esta observación que lleva a "complicarse" cada vez más en ámbitos supranacionales), la FAD se vio naturalmente abocada a compartir su experiencia con instituciones y con sociedades que, participando de algunos elementos identitarios, podían verse beneficiadas por la posibilidad de compartir la búsqueda de soluciones y la puesta en marcha de éstas. Por ese camino la FAD llega a Latinoamérica y, muy rápidamente, desarrolla todo un conjunto de tareas, desde la pura asesoría técnica y metodológica hasta el desenvolvimiento de programas complejos, pasando por el establecimiento de plataformas de diálogo y discusión.

Esta presencia, con lo que tiene de contraste con una realidad diferenciada, y con la obligación que supone de reflexionar y replantear algunos de los instrumentos con los que se contaba, crea una situación que acelera el proceso de cambio conceptual en la FAD. Probablemente este cambio, este momento de inflexión teórica, de salto cualitativo en lo metodológico, hubiera llegado de todas formas desde la evolución y desde los planteamientos autocríticos de la Fundación en relación con sus tareas en España; pero probablemente lo hubiera hecho más tarde. Lo que propició la presencia y el trabajo en Latinoamérica no fue tanto una situación *ex novo* que permitió conceptualizaciones que no hubieran sido posibles sin esas circunstancias, cuanto una encrucijada que facilitó la aceleración de un proceso de toma de conciencia a partir de la confrontación con unas realidades que impulsaban esa facilidad. Por ejemplo, en América se hizo evidente que no se podía trabajar la prevención de los problemas de drogas sin ocuparse de otros elementos que condicionaban genéticamente esos consumos, que en cierta medida los explicaban, y de los que en cualquier caso era necesario ocuparse si se quería adelantar en los objetivos preventivos; quedaba claro que para trabajar "en drogas" no valía trabajar "sólo en drogas". También se hacía evidente que las tareas de prevención en esos otros ámbitos mucho más inespecíficos, el trabajo con niños de la calle o el trabajo con grupos desestructurados por poner dos ejemplos, también servían para prevenir los consumos en esas poblaciones.

La observación y el análisis de estos hechos llevaron a cuatro hipótesis de partida que parecía que la experiencia iba confirmado. Primero que debajo de muchos problemas sociales, desde los consumos de drogas a la violencia familiar, los embarazos adolescentes o la callejización, existía un conjunto de factores genéticos

comunes; las mismas razones, o una buena parte de las mismas razones que justificaban unos, justificaban otros. A partir de ahí era obvio que se daba una interacción entre todos esos problemas diferenciados, que se entrecruzaban, se solapaban y se autocondicionaban; mucho más desde el momento, obvio, en que la existencia de cada uno de los problemas agravaba a los otros (los consumos hacen más crítica la violencia familiar, ésta condiciona la violencia juvenil que a su vez favorece los consumos, y así sucesivamente en un entramado indiscernible de complicaciones y complicidades). De lo anterior se derivaba que no parecía tener sentido una acción preventiva focalizada de manera excluyente en sólo uno de los problemas. La última hipótesis apuntaba a que, consecuencia lógica de las tres anteriores, una intervención que, eso sí, de forma abarcativa o no reduccionista, enfocara la prevención de alguno de los conflictos psicosociales, iba a ser simultáneamente eficaz para la prevención de otros conflictos; realidad nada sorprendente cuando veíamos génesis compartidas, elementos estructurales comunes, interacciones y condicionamientos mutuos.

Llevadas esas observaciones al espacio de trabajo de la Fundación en España, se fue abriendo paso el criterio de necesidad de adaptar la prevención a ese modelo que parecía irse imponiendo: un modelo preventivo basado en una actuación integral, destinada a apoyar el desarrollo madurativo y las capacidades de vivir en libertad y seguridad de los individuos y de los grupos. En definitiva, un modelo preventivo basado en la educación, y que por basarse en la educación enfocara como objetivo primario los intereses individuales y enmarcase la prevención de los consumos en una estrategia secundaria a favor de la defensa de esos intereses individuales.

Obviamente la estrategia de prevención basada en lo educativo conllevaba una serie de exigencias metodológicas: pensada para el desarrollo integral, de inicio precoz, de aplicación flexible y de implementación en todos y cada uno de los espacios en los que se desarrolla la responsabilidad educativa. También, por supuesto, exigencias de eficiencia que permitieran la extensión de las estrategias a la mayor cantidad de población posible: ya no se trataba de hacer una protección específica para grupos de riesgo sino, más allá de eso, planificar un desarrollo educativo para toda una población que, en su conjunto, iba a verse sometida a múltiples dificultades y que debía prepararse mejor para esa confrontación.

No se trataba de renunciar a programas operativos, evaluables, basados en la evidencia científica. Más bien lo que se intentaba era incluir esos programas en una estrategia global, puesto que se quería trasladar esas exigencias a unos planteamientos genéricos de educación, enfrentando objetivos más ambiciosos.

Este punto de inflexión marca el modelo de referencia con el que la FAD transita hacia los próximos años. La Fundación cree tener claras las implicaciones de eso: las dificultades, la necesidad de complicidades institucionales, la precisión absoluta de que se repartan responsabilidades en la tarea, la exigencia de una visión realista que plantee objetivos abarcables y temporalizados, los problemas que pueden

derivarse de una crisis del modelo educativo global, los cambios sociales que afectan a instituciones básicas para la educación, sobre todo y antes que nada a la familia, la existencia de una estructura de valores sobre la que probablemente haya que reflexionar críticamente, la inercia de cualquier organización social que lleva al mantenimiento de lo establecido y a una cierta oposición al cambio, etc., etc.

La FAD es, o cree ser, totalmente consciente de esas dificultades pero entiende que esa conciencia le debe llevar siempre a la prudencia pero nunca a la renuncia; nunca a negar unas realidades que creemos haber contrastado y sobre las que sentimos que debemos trabajar, por muy complicado que ese trabajo se nos aparezca. Al menos así se plantea su horizonte de trabajo futuro.

**Eusebio Megías Valenzuela**

Director Técnico de la Fundación  
de Ayuda contra la Drogadicción.