

# **ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE LAS DROGAS, LOS PROBLEMAS ASOCIADOS Y SU ABORDAJE EN ANDALUCÍA (2.002 – 2.008)**

## **INTRODUCCIÓN**

Este documento presenta un breve diagnóstico de la situación sobre el fenómeno de las drogas en Andalucía y la respuesta que se le ha dado durante la última década. El objetivo es ofrecer una visión panorámica de la evolución durante los últimos 10 años tanto de la situación de consumo como de las políticas y actuaciones que se han realizado en materia de drogas y adicciones, identificando los logros y oportunidades, así como las necesidades de mejora y desarrollo del abordaje de este fenómeno desde las instituciones y el movimiento asociativo.

El panorama de las drogodependencias y adicciones es una realidad que evoluciona, surgen nuevas sustancias adictivas y cambian tanto los patrones de consumo como el perfil de los consumidores. Por todo ello, los problemas derivados del uso de sustancias y las demandas y necesidades planteadas por la población con problemas de abuso o dependencia, son también aspectos dinámicos a los que es preciso adaptar las respuestas ofrecidas desde las instituciones y administraciones competentes.

La necesidad de volver a actualizar y adecuar las respuestas al fenómeno de las drogodependencias y adicciones hace necesario elaborar un nuevo diagnóstico de la situación que describa la realidad de partida, tanto del consumo de sustancias, como de los recursos y programas disponibles, previo a la puesta en marcha de un III PASDA.

La elaboración de este diagnóstico ha partido de la revisión de la siguiente documentación:

- Evaluación externa del II PASDA realizada por la Fundación Universitaria Instituto de Desarrollo Regional en 2008.
- Informes elaborados por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones de las encuestas poblacionales de prevalencia de consumo y de los indicadores de consumo problemático en Andalucía.
- Informes de situación de las distintas áreas del II PASDA realizados por la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones.

- Informe de Situación tras el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, elaborado por el Equipo Técnico de Redacción del III PASDA.
- Aportaciones al informe de evaluación del II PASDA de los equipos de la Red de Drogodependencias y Adicciones en Andalucía y del movimiento asociativo, realizadas durante 2009 a través de fichas especialmente diseñadas para tal efecto.
- Estrategias Nacional y Europea vigentes, informes específicos del Defensor del Pueblo Andaluz e informes de la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida, Enlace.

El II PASDA ha supuesto un avance en las políticas de drogas, siendo uno de sus principales logros el haber introducido como elemento inspirador de cualquier intervención en materia de drogas y adicciones en Andalucía el respeto hacia la libre elección de la ciudadanía.

Desde esta perspectiva innovadora, las estrategias de actuación se centran en el desarrollo de una información completa y veraz, se incluye la atención a adicciones sin sustancia, concretamente del juego patológico, se incorporan estrategias de reducción de riesgos y daños como un eje transversal de las diversas actuaciones, se establece un circuito terapéutico dotado de continuidad y accesible en condiciones de igualdad, cuyo objetivo último es la incorporación social de las personas afectadas por problemas relacionados con su consumo o dependencia.

Muchos de los aspectos novedosos que introdujo el II PASDA continúan hoy en día vigentes. Otros elementos ya consolidados servirán como punto de partida para el diseño de nuevas estrategias y actuaciones. El III Plan deberá dar además respuesta a los cambios sociales acaecidos durante esta década, como es el fenómeno de la migración, y a nuevas demandas, como la incorporación de la perspectiva de género, de una manera trasversal a todas las Áreas y líneas prioritarias que se establezcan en el mismo.

El presente informe recoge las demandas y necesidades de actuación en cada una de las Áreas específicas del Plan (Prevención, Atención Socio-Sanitaria, Incorporación Social, Área de Sistema de Información, Formación e Investigación, Y Área de Reducción de Riesgos y Daños), partiendo de un diagnóstico sobre la situación actual del consumo de sustancias psicoactivas en Andalucía.

## EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN LOS PRINCIPALES INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Los datos de prevalencia de consumo de drogas en la población andaluza se obtienen a través de la encuesta bienal conocida como “Los Andaluces ante las drogas” y desde 2007 “La Población Andaluza ante las drogas”, cuya realización desde 1987 nos permite observar las tendencias de consumo a lo largo del tiempo. Se cuenta asimismo con un estudio específico sobre prevalencias de consumo entre escolares de 14 a 18 años, que se realiza también cada dos años. Esta información se complementa con datos sobre consumo problemático de sustancias a través de tres indicadores epidemiológicos: el Indicador de Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas y Juego Patológico, el Indicador de Urgencias Hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas y el Indicador de Muertes por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas; todos ellos se registran anualmente, pero los últimos datos disponibles sobre muertes motivadas por reacción aguda a drogas corresponden al año 2005.

En el presente informe nos centraremos en la evolución de los datos de las diversas fuentes comentadas durante la última década (1998-2008), ya que se trata de ofrecer una visión diagnóstica actualizada del fenómeno de las drogas y adicciones en Andalucía.

En general, la lectura de las **PREVALENCIAS DE CONSUMO EN LA POBLACIÓN GENERAL** en Andalucía muestra una situación de estabilidad para la mayor parte de las sustancias, con determinados matices que a continuación se detallan.

El consumo diario de **tabaco** se reduce ligeramente en 2007 respecto a la edición anterior del estudio, situándose en el 32,4%. Sin embargo, aumenta el porcentaje de fumadores ocasionales, situándose en 2007 en su cifra más alta (9,7%). El porcentaje de personas que han dejado de fumar y el de quienes nunca han fumado se muestran prácticamente estables desde mediados de la década de los 90'. Todo ello indica que en los últimos años, el descenso de la prevalencia de consumo diario de tabaco podría estarse traduciendo en un consumo ocasional, más que en un incremento del porcentaje de personas que abandona este consumo.

También entre la población escolar estudiada se detecta un descenso del consumo diario de tabaco, pero acompañado de un incremento del consumo reciente ocasional del mismo. En 2008, el 29,9% del alumnado indica haber fumado alguna vez en el último mes y el 13,4% dice hacerlo diariamente. Entre las chicas las prevalencias de consumo de tabaco son superiores a las de los chicos, el 15,6% de ellas se declaran fumadoras diarias.

Si realizamos un análisis teniendo en cuenta las generaciones por año de nacimiento, se observa que las prevalencias de consumo diario de tabaco han sido notablemente más elevadas entre los hombres que entre las mujeres hasta las generaciones nacidas antes de la década de los 60'. Esta diferencia empieza a desaparecer en las generaciones nacidas entre 1961 y 1974 y desaparece totalmente en las generaciones más jóvenes. Entre las personas nacidas a partir de 1975 se observan prevalencias de consumo diario de tabaco más elevadas entre las chicas que entre los chicos durante las edades más tempranas (aproximadamente hasta los 20 años de edad), para posteriormente equipararse ambas prevalencias. Es decir, los chicos se incorporan más tarde al consumo diario de tabaco, pero acaban haciéndolo en una proporción similar a la de las chicas.

Por lo tanto, nos encontramos ante un posible cambio en el patrón de consumo de tabaco, con una reducción del consumo diario que pasa a convertirse en un consumo más ocasional. Por otro lado, se detecta una equiparación del consumo de tabaco entre hombres y mujeres en las generaciones más jóvenes, siendo incluso mayor las prevalencias de consumo entre las chicas durante las edades más tempranas (antes de los 20 años).

En cuanto al **alcohol**, la estabilidad es el rasgo más característico de este consumo en los últimos años, aunque el consumo abusivo sí muestra una tendencia descendente. La prevalencia más elevada de bebedores de riesgo se encuentra en el grupo de edad de 35 a 44 años (8,3% en 2007). Otro indicador de consumo problemático estudiado en la encuesta poblacional es el porcentaje de personas que se han emborrachado en el último mes. Las personas jóvenes de 16 a 20 años son las que en mayor medida afirman haberse emborrachado (29,5%); este porcentaje es también elevado en el grupo de edad de 21 a 24 años (25,4%) y de 25 a 34 años (18,9%). Además, el 3,7% de los niños y niñas de 12 a 13 años indica haberse emborrachado alguna vez en el último mes y de los niños y niñas de 14 a 15 años, el 11,7%.

Entre la población escolar, la prevalencia de consumo de alcohol se ha incrementado en los últimos años: en 2008, el 80,9% refiere haber tomado

alguna bebida alcohólica alguna vez y el 56,4% en el último mes. Del mismo modo que ocurre con el tabaco, en esta población, las prevalencias de consumo de alcohol son más altas entre las chicas que entre los chicos. Además, la edad de inicio a este consumo ha descendido, situándose, en 2008, la edad de consumo por primera vez en 13,9 años y en 14,8 años el inicio al consumo semanal. En cuanto al sexo no se observan diferencias significativas en la edad de inicio al consumo.

El **cannabis** es la sustancia de tráfico ilegal más consumida en Andalucía (en 2007, el 22% de la población de 12 a 64 años afirma haberla consumido alguna vez en la vida) y presenta una tendencia ascendente desde 1998. El análisis de este consumo por generaciones indica que las prevalencias más altas se producen en edades jóvenes (en torno a los 20 años) y posteriormente tiende a descender. En la actualidad, el consumo reciente (últimos 6 meses) de esta sustancia está descendiendo entre las personas nacidas entre 1975 y 1984, sin embargo su prevalencia aumenta entre las personas más jóvenes, las nacidas entre 1985 y 1995, que actualmente tienen entre 14 y 24 años de edad.

En cuanto al consumo de **cocaína**, a partir de 2003 se observa una estabilización de la prevalencia de este consumo, si bien la última encuesta realizada a la población general (2007) indica un aumento puntual del consumo experimental de esta sustancia que será preciso vigilar en los próximos años. El análisis por generaciones de este consumo muestra que la prevalencia más elevada se alcanzó en 1992 entre las personas nacidas entre 1961 y 1974 (7,8% consumo en los últimos 6 meses), generación que a partir de ese momento va abandonando progresivamente este consumo hasta encontrarse en el 1,4% en 2007. Pero el uso de la cocaína se ha extendido también a los dos grupos generacionales más jóvenes estudiados (personas nacidas entre 1975 y 1985 y entre 1985 y 1995) y aunque por el momento ninguno de estos dos grupos ha alcanzado la prevalencia más alta de la generación predecesora, el consumo de cocaína presenta todavía una tendencia ascendente en ambos grupos.

Sin embargo, en la población escolar se observa desde 2002 una tendencia sostenida de descenso del consumo de cocaína. Este dato podría ser un indicador de la tendencia al descenso de este consumo entre las personas más jóvenes.

El resto de sustancias psicoactivas de curso ilegal presenta prevalencias de consumo reducidas (inferiores al 2% en los últimos seis meses) lo que dificulta su estudio a través de encuestas a población general, por tratarse de

consumos minoritarios. Por este motivo es difícil detectar una tendencia clara en su evolución. En general, se observa una situación estable, con indicios de incremento en los últimos años del consumo de **MDMA** y **alucinógenos** en población general, que no se reflejan en la encuesta de población escolar, probablemente porque su consumo se instaura fundamentalmente en edades algo mayores (en torno a los 20 años).

Es preciso llamar la atención sobre la evolución del consumo de **heroína**, cuya tendencia descendente detectada desde la encuesta de 1992 parece haberse frenado en los últimos años e incluso se detectan indicios de un posible pequeño incremento de este consumo, muy minoritario (en 2007, su consumo alguna vez en la vida se situó en el 0,8%), pero que no puede perderse de vista. Este ligero incremento de la prevalencia del consumo de heroína se refleja también en las admisiones a tratamiento motivadas por esta sustancia desde 2007, sin embargo, no se refleja en un aumento de su presencia en los episodios de urgencias hospitalarias ni en el Indicador Mortalidad en el Estado (si bien las encuestas poblacionales estatales sí lo detectan), quizá debido a la drástica reducción del uso de la vía de administración parenteral.

Un dato que es preciso tener en cuenta es el descenso generalizado de la **edad de inicio al consumo** de las diversas sustancias que se detecta **entre la población escolar**. En la última edición de este estudio (2008), descienden las edades de inicio de la mayor parte de las sustancias, manteniéndose estables las de inicio al consumo de tabaco, cannabis e hipnosedantes. Es decir, aunque la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias se mantiene estable o incluso desciende, como es el caso de la cocaína, quienes las consumen se inician, como media, a edades más tempranas. Debe recordarse que una iniciación temprana es uno de los principales factores de riesgo de una mayor probabilidad de problemas asociados al consumo en un futuro.

Los datos sobre prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en la población deben complementarse con una revisión de los **INDICADORES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO**, es decir aquellos en los que se ha instaurado un patrón de consumo abusivo, compulsivo, agudo con algún daño asociado o incluso una adicción a la sustancia. Para ello contamos con el Indicador de Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias o Juego Patológico, el Indicador de Urgencias Relacionadas con el Consumo y el Indicador de Muertes por Reacción Aguda al Consumo.

Una característica que se observa de todos ellos es que el patrón de consumo mayoritario corresponde al de policonsumo, es decir, el consumo de más de una sustancia ya sea de manera concurrente o en ocasiones diferentes por parte de la misma persona. Este patrón de consumo puede incrementar los efectos adversos y los riesgos producidos por el consumo.

#### **a. Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas o Juego Patológico**

Este Indicador se define como el número de admisiones a tratamiento, por primera vez en la vida o que han realizado tratamientos previos, en los centros ambulatorio de la Red de Atención a las Adicciones, por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas o por juego patológico.

La evolución de este indicador refleja también cambios estructurales y del registro de datos que se han producido a lo largo de la última década, que no pueden perderse de vista a la hora de interpretar los resultados obtenidos. Así, en 2003 se puso en marcha el Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA), que ha ido ampliándose y perfeccionando el registro de los datos anualmente, garantizando cada vez más una notificación exhaustiva de todas las admisiones producidas en la red y reduciendo progresivamente hasta prácticamente eliminar la posibilidad de duplicaciones de los casos registrados. Este proceso puede, sin duda, haber afectado al número de admisiones notificadas anualmente.

Por otro lado, la Red de Drogodependencias y Atención a las Adicciones ha ido adaptándose a nuevos perfiles de consumidores y a nuevas demandas de atención, lo que se refleja en una progresiva diversificación de las sustancias que motivan las admisiones a tratamiento notificadas. Hasta mediados de la década de los 90' el Indicador de Admisiones a Tratamiento contemplaba únicamente las admisiones motivadas por dependencia o abuso de opiáceos y de cocaína, representando la heroína como droga principal más del 96% de las admisiones anuales. Durante la segunda mitad de esa década el número de admisiones motivadas por cocaína comienza a adquirir mayor notoriedad, al tiempo que se incorporan al indicador la notificación de admisiones a tratamiento motivadas por otras sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol. Durante la década actual se observa una mayor diversificación de las sustancias que motivan el tratamiento y se inicia el registro de admisiones a tratamiento por tabaco, en 2002, y por juego patológico, en 2003.

De este modo, asistimos a un incremento constante –excepto en 2005- del número de admisiones a tratamiento notificadas. En 2008, se produjeron 21.107 admisiones a tratamiento en Andalucía. En el 48,5% de los casos se trata de admisiones a tratamiento motivadas por la droga o dependencia principal por primera vez en la vida.

Atendiendo a la sustancia principal<sup>1</sup> que motiva el tratamiento se observan las siguientes tendencias:

Desde 2000 se inicia un progresivo incremento del número de admisiones a tratamiento notificadas cada año por **alcohol**. Desde 2003, el alcohol pasa a ser la sustancia que motiva un mayor número de admisiones a tratamiento en Andalucía, superando a la heroína. En los últimos años, el número de admisiones tratamientos por alcohol tiende a estabilizarse.

También durante la última década viene incrementando el número de admisiones a tratamiento por **cocaína**, que viene produciéndose de manera constante desde 1987. Aunque comienzan a aparecer signos de una estabilización del consumo de cocaína en la población, hasta el momento no se ha frenado el aumento del número de admisiones a tratamiento que anualmente motiva esta sustancia. En 2007 superó ya a la heroína y el “rebujo” (mezcla de heroína con cocaína base) en número de admisiones a tratamiento, siendo la segunda sustancia que más admisiones causa después del alcohol.

Actualmente, el incremento de admisiones a tratamiento motivadas por cocaína se detecta también en los dispositivos ubicados en **instituciones penitenciarias**. En prisiones las admisiones a tratamientos motivados por opiáceos han seguido representando un porcentaje próximo al 100% hasta comienzos de la presente década, a partir de 2001 comienzan a descender, aunque en la actualidad sigue siendo la sustancia predominante en este ámbito (en 2008 supusieron el 54,5% de las admisiones realizadas por los equipos de apoyo a instituciones penitenciarias). Paralelamente, se incrementa de forma progresiva el porcentaje de admisiones a tratamiento por cocaína, que ha aumentado durante la última década del 1,9% en 1998 al 38,2% en 2008.

En 2008 se observa cierto incremento del número de admisiones a tratamiento motivadas por **heroína y rebujo** (mezcla de heroína y cocaína base), que también pudo detectarse en 2007. Se interrumpe así la tendencia que venía

---

<sup>1</sup> Al encontramos cada vez más con un perfil de policonsumo, existe un amplio debate sobre la operatividad de la clasificación de las admisiones a tratamiento en función de una sustancia principal, sin embargo a efectos de notificación se ha optado por mantener este concepto, definiéndolo como aquella sustancia que más problemas (ya sean de salud, sociales o psicológicos) ocasiona a la persona que demanda el tratamiento, según el criterio del equipo terapéutico que realiza la admisión.

observándose desde 1998 a reducirse de forma constante los tratamientos iniciados por estas sustancias. En cualquier caso, el incremento producido es pequeño y el número de admisiones se mantiene todavía por debajo del número de admisiones que motivaron estas sustancias en 2003. En el 22,7% del total de los casos notificados por heroína y/o rebujo, lo hacen por primera vez en la vida.

El número de admisiones a tratamiento por **cannabis** mantiene también la tendencia ascendente que describe desde 2001. En 2008 se produjeron 1.869 admisiones motivadas por esta sustancia, siendo el 78,1% de ellas por primera vez en la vida. Este incremento es coherente con la mayor prevalencia de consumo de esta sustancia a lo largo de la última década, si bien es preciso tener en cuenta también que se trata de una sustancia de tráfico ilegal cuya tenencia conlleva una sanción administrativa que es posible cumplir a través de la realización de un tratamiento en un centro de la Red de Atención a las Adicciones. En 2008, el 9,6% de las admisiones a tratamiento por cannabis estaban originadas por una sanción administrativa.

El número de admisiones a tratamiento motivadas por otras sustancias no institucionalizadas es notablemente más reducido. A pesar de tratarse de consumos minoritarios, es preciso llamar la atención sobre la tendencia ascendente que se detecta desde 2005 en las admisiones provocadas por **MDMA** (65 en 2008) y por **hipnóticos y sedantes** (220 en 2008).

En cuanto a las admisiones a tratamiento por **tabaco**, se observa una tendencia a incrementarse desde 2006, aunque la demanda de tratamiento por esta sustancia es también asistida desde el Servicio Andaluz de Salud, por lo que a partir de estos datos no es posible dar cuenta de la evolución total de la asistencia ofertada en Andalucía para el tabaquismo. En 2008, el 72,2% de las admisiones motivadas por tabaco en Andalucía correspondieron a la provincia de Córdoba. En esta provincia los equipos de atención a las drogodependencias y adicciones se ubican físicamente en los centros de salud del Servicio Andaluz de Salud (SAS), lo que puede motivar una mayor accesibilidad de las personas que demandan tratamiento por tabaco a estos equipos, mientras que en el resto de las provincias esta demanda es atendida en mayor medida por los equipos de salud.

De igual forma, el **juego patológico** se atiende también desde las asociaciones de jugadores de azar, que no notifican al siPASDA. Por lo tanto, los datos disponibles desde este sistema sobre admisiones a tratamiento por juego patológico representan sólo una parte del total de tratamientos que se

inician anualmente en la Comunidad Autónoma. En cualquier caso, cabe señalar que el número de notificaciones por esta adicción se ha incrementado anualmente, siendo en 2008 334 las admisiones notificadas.

En cuanto a la **distribución por sexos**, el porcentaje de mujeres que inician tratamiento es inferior al de hombres, dato que resulta coherente con la menor prevalencia de consumo de las diversas sustancias entre las mujeres. Sin embargo, en la última década, según reflejan las encuestas poblacionales, entre las generaciones más jóvenes esta situación está cambiando, igualándose el consumo de alcohol y de tabaco entre ambos sexos y reduciéndose la diferencia en las prevalencias de consumo de sustancias ilegales, aunque todavía son mayores las de los hombres. Estos cambios pueden dar lugar en los próximos años a un incremento de la demanda de tratamiento por parte de las mujeres.

Si tenemos en cuenta las distintas sustancias, en general, las mujeres no superan el 20% de las admisiones producidas, excepto para el caso de los hipnóticos y sedantes donde suponen el 45% y el tabaco, donde alcanzan el 47,8%. El grupo de pacientes donde encontramos el porcentaje más reducido de mujeres es el de las personas admitidas a tratamiento por juego patológico, donde representan el 6,6%. En los últimos años se advierte un incremento del porcentaje mujeres entre las personas admitidas a tratamiento por MDMA, que pasa del 4% en 2005 al 20% en 2008. Será preciso contrastar este dato con estudios específicos, para conocer si se debe a un incremento de la incidencia de consumo de esta sustancia entre las mujeres o bien a un aumento del porcentaje de consumidoras que demandan tratamiento.

El análisis por sexo de los perfiles sociodemográficos de las personas admitidas a tratamiento muestra diferencias observables independientemente del tipo de sustancia o adicción que motiva el tratamiento. A pesar de que las mujeres presentan, en general, niveles de estudios superiores a los de los hombres, se encuentra entre ellas una mayor tasa de desempleo, un porcentaje más alto de dedicación al trabajo en el hogar y de estudiantes. Entre las mujeres existe un porcentaje considerable de familias con un solo progenitor residiendo en el hogar, 10,8%, este porcentaje es notablemente superior al de los hombres (1,3%). En cuanto a las pautas de consumo, la edad de inicio al consumo de la sustancia principal suele ser más tardía que la de los hombres (excepto para el MDMA, si bien es preciso recordar que la edad media de estas pacientes es muy joven e inferior a la de los hombres admitidos por la misma sustancia). En general, las mujeres tardan menos años que los

hombres en realizar la primera demanda de tratamiento desde que se inician en el consumo.

Por otra parte, en 2008, el 3,6% de las admisiones correspondieron a personas **nacidas fuera de España**. Entre estas personas, el 63,3% fueron admitidas por consumo abusivo o dependencia a sustancias ilegales y el 36,3% por sustancias legales o juego. El porcentaje representado por las sustancias de curso ilegal es algo más elevado que en el total de las personas admitidas a tratamiento (59,4%). En función de la sustancia principal que motiva el tratamiento, el alcohol es la que más tratamientos motiva entre las personas nacidas fuera de España (31,3%), seguido de la cocaína (25,1%) y de la heroína y/o “rebujao” (23,4%).

En 2008 el 2,9% de las personas admitidas a tratamiento eran **menores de edad** (620 menores). Las chicas representan el 20,6% de las personas menores admitidas a tratamiento, este porcentaje es superior al que suponen las mujeres en el total de las admisiones a tratamiento en 2008 (16,6%). Desde 2003 ha aumentado de forma notable el porcentaje correspondiente a las admisiones a tratamiento por cannabis entre los menores, pasando del 45,9% en 2003 al 74,8% en 2008. Paralelamente, se ha producido una reducción del porcentaje de admisiones a tratamiento por cocaína, que han pasado del 27,4% en 2003 al 10,8% en 2008. Se observa también una disminución constante en estos años de los porcentajes correspondientes a tratamientos por heroína y/o “rebujao”, que este año parece estabilizarse (1,1%).

En cuanto a la evolución del uso de la **vía inyectada**, el análisis de los datos del Indicador Tratamiento muestra que continúa descendiendo con respecto a años anteriores. En 2008, el porcentaje de personas que utilizan esta vía como la principal entre las admisiones a tratamiento motivadas por heroína y/o “rebujao” fue del 4,6%. Entre los pacientes admitidos por heroína sola, el porcentaje de quienes utilizan la vía inyectada como vía principal de administración de la sustancia es del 11,8% y un 46,8% refieren haberse inyectado alguna vez en la vida. Entre las personas admitidas a tratamiento por cocaína los inyectores representan el 0,4% y un 8,3% ha utilizado la vía inyectada alguna vez en la vida.

#### **b. Indicador Urgencias Hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas**

Este Indicador registra los episodios de urgencias que presentan consumos agudos de drogas y que requieren atención en un servicio de urgencias

hospitalarias en personas que tienen entre 15 y 54 años de edad. En Andalucía se encuentran actualmente monitorizados cuatro hospitales<sup>2</sup> y se registran los episodios que se producen durante una semana de cada mes a lo largo del año.

El **alcohol** es la droga más presente en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias, en 2008, se encontró presente en el 77,7% de los episodios (el 64% de los episodios se debieron exclusivamente al consumo de alcohol y un 13,7% al consumo de alcohol combinado con otra u otras sustancias). Entre las mujeres, el porcentaje de urgencias relacionadas con alcohol, sólo o combinado con otras drogas, es aún mayor, 84,4%. La mayor parte de los episodios relacionados con el consumo exclusivo de alcohol se produce en fines de semana, mientras que los producidos por el consumo de otras sustancias psicoactivas se reparte de manera más uniforme a lo largo de la semana.

Exceptuando el alcohol, los episodios de urgencias por consumo de **cocaína** son los que están más presentes, en 2008, se encuentran en el 16% de los episodios registrados. Con relación a años anteriores, se observa una tendencia al incremento de esta sustancia hasta 2006 (20,8%), reduciéndose al 16,2% en 2007, punto en el que parece haberse estabilizado hasta la actualidad.

Desde 2004 la cocaína supera la presencia de los **opiáceos** en las urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, observándose desde dicho año una tendencia descendente del porcentaje representado por los opiáceos. En 2008, los opiáceos se encuentran en el 6,6% de los episodios registrados.

Con respecto a la presencia del **cannabis** como droga relacionada con la urgencia, esta sustancia se encuentra, en 2008, en el 8,9% de los episodios. No se observa una tendencia clara en cuanto a la presencia de esta sustancia durante los años analizados; con respecto a 2007 se encuentra estabilizada.

En cuanto a los **hipnosedantes**, sólo se incluyen en el indicador los casos en los que estos aparecen combinados con otras sustancias. A pesar de ello, resulta difícil conocer cuándo los utilizan según prescripción médica y cuándo los toman con otros fines. Su presencia se registró en el 7,2% del total de casos. Finalmente, las urgencias en las que se observa presencia de

---

<sup>2</sup> Hospital Reina Sofía de Córdoba, Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

**anfetaminas** y **MDMA** son poco frecuentes (0,8% y 1% respectivamente, en 2008).

Atendiendo al sexo, la mayor parte de los episodios de urgencias atendidos por consumo de sustancias psicoactivas se producen en hombres (73,3% en 2008). Las **mujeres** representaron en 2008 el 26,7%.

En función del sexo, el tipo de sustancias que motivan la urgencia difiere. Entre las urgencias ocurridas a mujeres hay una mayor presencia de alcohol, hipnosedantes, MDMA y anfetaminas que entre los episodios de hombres. Sin embargo, los porcentajes de presencia de cocaína, cannabis y opiáceos son mayores entre los hombres que entre las mujeres.

Por otro lado, el 4,5% de los episodios registrados en 2008 correspondieron a personas **menores de edad** (es preciso recordar que el indicador incluye a personas entre 15 y 54 años de edad) y el 24,6% a **menores de 25 años**. Las urgencias entre menores de 25 años se concentran durante los fines de semana (en 2008, el 74,5% de los episodios ocurridos a menores de 25 años se produjo durante el fin de semana). Entre las personas jóvenes, menores de 25 años, el porcentaje de mujeres se eleva al 32,7% y entre los menores de edad, al 45,5%. Este dato vuelve a confirmar la progresiva incorporación de la mujer al consumo de sustancias psicoactivas.

### **c. Indicador Muertes por Reacción Aguda al Consumo de Sustancias Psicoactivas**

La detección y registro de casos de muerte producida por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas es un proceso complejo que implica a diversas instituciones con competencias diferentes. Las dificultades derivadas de este procedimiento impiden mantener el Indicador actualizado, por lo que los últimos datos con los que se cuenta corresponden al año 2005.

Este Indicador se define como el número de muertes producidas por reacción adversa aguda tras el consumo intencional y no médico de sustancias psicoactivas, en personas de 10 a 64 años. En 2005 se encontraban monitorizadas las provincias de Sevilla, Granada y Málaga.

En este Indicador el fenómeno del policonsumo cobra una especial relevancia, en el 89,4% de los casos registrados en 2005, se detectaron al menos dos

grupos farmacológicos diferentes de sustancias psicoactivas relacionadas con la muerte. Este dato revela un patrón mayoritario de policonsumo. La media de grupos farmacológicos encontrados fue de tres (dt=0,79). En la actualidad el policonsumo, se articula como una de las hipótesis más aceptadas en la atribución de las muertes relacionadas con el consumo de drogas.

Atendiendo al tipo de sustancias detectadas los opiáceos continúan siendo la más presente en los análisis toxicológicos de los fallecimientos, encontrándose en un 81,7% de estos. Este grupo farmacológico se encuentra también en la mayoría de los casos registrados de muertes relacionadas con drogas en España y en Europa (OED, 2004 y OEDT, 2006). También se detecta una elevada presencia de cocaína (64,4%) y benzodiacepinas (63,5%). La combinación de estas tres sustancias se encuentra presente en el 37,5% de las muertes registradas, siendo la combinación más prevalente. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías señala también la frecuente asociación de estas tres sustancias (OEDT, 2006).

Por grupos de edad, en los menores de 30 años el porcentaje de análisis positivos a cannabis, MDMA y alcohol es mayor; por el contrario, en los de mayor edad se observa un mayor porcentaje de análisis toxicológicos con presencia de heroína, cocaína, hipnosedantes y tranquilizantes mayores.

## **ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES EN EL II PASDA**

### **1.- ÁREA DE PREVENCIÓN**

El II Plan inaugura un Área específica de Prevención, que se desarrolla a lo largo de su vigencia fundamentalmente en el ámbito educativo y comunitario, en el que destaca el programa “Ciudades ante las Drogas” y la creación de un sistema de información específico para el registro de datos sobre la implementación del mismo.

El **programa “Ciudades ante las Drogas”** se puso en marcha en 1997 y desde entonces ha tenido una notable expansión, pasando de 43 a 412 municipios adscritos en 2008. El porcentaje de población que reside en estos municipios adscritos al programa fue del 86,85% en 2008. El programa informático diseñado para la gestión y seguimiento está disponible a través de la página web de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Su uso es

obligatorio desde 2007 para los Ayuntamientos que opten a la subvención derivada del programa. Esta página web no sólo aporta información sobre los proyectos y actividades de prevención comunitaria, sino que también posibilita aunar criterios en torno a los diferentes ámbitos de actuación y mejorar la coordinación entre las entidades que participan. El personal técnico dispone, así mismo de información en tiempo real de los programas y actividades que se están llevando a cabo en los ayuntamientos, lo que facilita el trabajo en red.

Atendiendo a su implantación geográfica, el programa se ha desarrollado fundamentalmente en municipios de la provincia de Sevilla, Málaga y Córdoba.

En el marco de “Ciudades ante las Drogas” se realizan actividades preventivas dirigidas a la población de los municipios adscritos. Las actividades formativas, educativas o de asesoramiento son las más realizadas en general, aunque dentro de actuaciones preventivas inespecíficas son más frecuentes las actividades alternativas de ocio y tiempo libre.

Durante el II PASDA se ha impulsado también de manera especial la prevención en el **ámbito educativo**. Se ha desarrollado una batería de programas preventivos sobre drogas y adicciones en los colegios, en colaboración con las Consejerías de Educación y de Salud (DINO, ‘Prevenir para Vivir’, ‘Y tú ¿qué piensas?’, ‘Forma Joven’, ‘A no Fumar me apunto’ y ‘El Secreto de la Buena Vida’) que abarcan una población con edades comprendidas entre los 10 y los 18 años de edad. Estos programas se han integrado en el Proyecto Educativo de cada centro adscrito, lo que permite que exista un control individualizado en los centros escolares de las acciones puestas en marcha. Los tutores y tutoras u orientadores y orientadoras son quienes han realizado las intervenciones en los centros, contando con formación, materiales, apoyo a las personas docentes, actividades extraescolares y programas educativos, por parte de la Dirección General de Drogodependencias y Adicciones y personal adscrito a programas de esta Dirección General.

El desarrollo de la prevención en este ámbito para los próximos años requiere fundamentalmente ampliar la cobertura de los programas preventivos, logrando la universalización de los mismos en Educación Secundaria y aumentando la cobertura alcanzada en la Enseñanza Primaria<sup>3</sup>. Así mismo resulta preciso adaptar los materiales empleados al entorno social inmediato del alumnado para optimizar su receptividad y eficacia.

---

<sup>3</sup> En el curso 2008-2009 el programa DINO, dirigido a este ciclo educativo, se aplicó en el 16,85% de los centros educativos andaluces que imparten este ciclo.

Por otra parte, la evaluación realizada del II Plan indica como la principal debilidad de esta Área su desarrollo en los ámbitos laboral y familiar. En el **ámbito laboral** se observa la necesidad de identificar aquellos sectores laborales con mayor riesgo de consumo de sustancias, como pueden ser las profesiones con horarios de trabajo nocturnos y aquellas vinculadas al sector de la hostelería, con el objetivo de elaborar programas específicos adaptados a las situaciones de riesgos propias de las mismas. En el **ámbito familiar**, se ha elaborado recientemente desde la Dirección General un Manual de Prevención dirigido específicamente a las familias, que ya se ha empezado a distribuir y del que se han realizado dos cursos de formación a formadores y formadoras dirigidos a personal de ONGs y administraciones públicas.

Según se señala en la evaluación del II PASDA, la **coordinación** es otro de los grandes retos de esta Área para los próximos años en sus cuatro ámbitos de actuación (escolar, laboral comunitario y familiar).

En el ámbito escolar se requiere ahondar en la coordinación con la Consejería de Educación para lograr la requerida ampliación de la cobertura y homogeneización de las intervenciones realizadas, estableciendo un número mínimo de sesiones y actividades según el nivel y el ciclo educativo. Así mismo esta coordinación debe dirigirse a implantar programas de actuación específicos para poblaciones concretas de mayor riesgo de consumo (expulsiones por sanción, fracaso escolar...).

En el ámbito comunitario debería aprovecharse las oportunidades que ofrece la informatización del programa "Ciudades ante las drogas" para mejorar la coordinación de su aplicación, aunando criterios y estableciendo una bolsa común de recursos y actividades que pudiera ser aprovechada por cada ayuntamiento adscrito. En la evaluación del II PASDA se señala también para este ámbito la necesidad de lograr una mayor coordinación de las actuaciones llevadas a cabo en materia de prevención desde las diversas Áreas Municipales, asociaciones y otros colectivos implicados en esta labor en un mismo ámbito territorial.

En el ámbito laboral se precisa mejorar la coordinación con los agentes sociales implicados en este campo, como son fundamentalmente sindicatos, delegados y delegadas de prevención y servicios de prevención, comités de empresa, la Confederación de Empresarios de Andalucía.

La coordinación con el movimiento asociativo resulta también fundamental en los cuatro ámbitos señalados del Área de Prevención.

La consolidación del Área de Prevención precisa realizar una labor de **evaluación** de la experiencia adquirida durante el II PASDA a través de los programas y recursos que se implantaron, con el objetivo de optimizar su efectividad y conocer en detalle las oportunidades de mejora. Para ello es preciso contar con información detallada y de calidad sobre la aplicación de los diversos programas. En el ámbito comunitario se cuenta ya con un sistema de información del programa “Ciudades ante las Drogas”, activo desde 2007. Sería conveniente revisar la información contenida en el mismo y los indicadores automáticos que ofrece para poder diseñar una adecuada evaluación de este programa y su aplicación. En el ámbito educativo sería necesario mejorar el registro de información en los centros sobre la aplicación de cada programa (número de aulas por centro implicadas en su aplicación, nivel educativo de dichas aulas, tiempo empleado por curso, alumnado que ha participado, áreas del curriculum a las que se adscribe la aplicación del programa...).

Finalmente, hay que tener en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas no puede desligarse del contexto social actual caracterizado por una sociedad que hace del consumo su principal motor de desarrollo así como la principal actividad de ocio y utilización del tiempo libre. Paralelamente, en las últimas décadas se produce una pérdida de centralidad del trabajo como elemento identitario y articulador de la vida de las personas<sup>4</sup>, lugar que progresivamente va siendo ocupado por el tiempo de ocio y el consumo. Concretamente, entre la juventud las encuestas sociológicas revelan una priorización cada vez mayor del tiempo libre en detrimento de la importancia concedida al desarrollo profesional<sup>5</sup>. Necesariamente la labor de prevención debe hacerse de forma vinculada al contexto social específico de la población diana, adaptándose a las circunstancias y valores sociales predominantes. Para ello es necesario impulsar la figura del **educador social de calle** en la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, así como la actuación de **mediadores juveniles** que operen en los ámbitos comunitario y educativo.

En cuanto al contenido se hace necesaria una orientación de la prevención no específica hacia la formación de las personas **en hábitos de consumo responsable**, más allá del consumo de sustancias psicoactivas, puesto que éste es una manifestación específica del consumismo en general como búsqueda de placer y actividad lúdica. En la misma línea es preciso reforzar la capacitación de la ciudadanía para diseñar un **ocio creativo y autónomo**. En cuanto a la prevención específica, los datos sobre patrones de consumo

---

<sup>4</sup> Fernando Conde, “Los hijos de la des-regulación”.(Crefat, 1999).

<sup>5</sup> Encuesta de Valores a la Juventud Española

actuales indican la necesidad de incrementar la información sobre **policonsumo** de sustancias y los daños y riesgos asociados al mismo.

Los resultados de los indicadores sociológicos muestran también la necesidad de mantener como objetivo para los próximos años el retraso de la edad de inicio al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas.

## **2.-ÁREA DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA**

El Área de Atención Socio-Sanitaria a las adicciones en Andalucía tiene como objetivo último alcanzar una relación normalizada entre la persona y su medio, desarrollando una serie de actuaciones en coordinación con los servicios sanitarios y sociales.

En Andalucía se ha desarrollado una red mixta de centros públicos y privados-concertados, bajo un **modelo descentralizado** que agrupa recursos dependientes de diversos niveles administrativos, tanto autonómicos como locales, y de entidades privadas. Este modelo ha supuesto un importante motor de desarrollo de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, permitiendo ampliar la cobertura asistencial de forma relativamente rápida y eficaz, para garantizar la universalización de la asistencia. Sin embargo, también conlleva dificultades de coordinación entre las diversas instituciones implicadas, de planificación de los recursos, de homogeneidad y equidad de la oferta asistencial a la ciudadanía.

En este sentido, en la evaluación del II Plan se recoge la demanda de algunas personas de centralizar la Red de Atención, con el objetivo de facilitar una distribución equitativa de los recursos, provincializando la accesibilidad a los mismos, y de homologar los programas de intervención.

Con respecto a la **coordinación** entre los recursos de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones editó en 2005 la *“Carta de servicios del Servicio de Coordinación Asistencial”*. Se ha elaborado una serie de materiales con la finalidad de dotar de homogeneidad la atención prestada: Catálogo de Servicios Asistenciales y protocolos de actuación consensuados, definición operativa de distintos programas de intervención, elaboración y publicación de guías de Práctica Clínica para el manejo del Alcohol, de Opiáceos, Estimulantes y de Tabaco.

Uno de los objetivos del II PASDA ha sido la atención a todas las adicciones y formas de consumo, este aspecto se ha desarrollado en gran medida. A partir

del año 2002 se empiezan a incluir los tratamientos por tabaco y en 2003 por juego patológico. Durante la última década se ha producido una importante **diversificación de perfiles** de las personas atendidas, en respuesta a las necesidades emergentes y a las transformaciones producidas en los patrones de consumo y en las prevalencias de las diversas sustancias.

Por otra parte, en estos años se ha **ampliado la dotación de recursos** y aumentado el número de plazas disponibles. En el periodo 2002-2008 se han puesto en marcha 12 nuevos Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA); las Comunidades Terapéuticas (CT) pasan de 17 a 22 lo que supone 102 plazas más; Las Viviendas de Apoyo a la Reinserción aumentan de 9 a 12, incrementándose el número de plazas hasta un total de 91.

Con la finalidad de garantizar la calidad de las prestaciones y servicios adecuándolo a la normativa vigente, se ha realizado un **proceso paulatino de acreditación** y de actualización de acreditaciones de los centros en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, que ha culminado con la regulación específica de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones en base a la Orden de 28 de agosto de 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones, con las especificidades propias para los centros que atiendan exclusivamente juego patológico

En cuanto a los recursos, los **Centros de Tratamiento Ambulatorio** constituyen el primer nivel de atención de la red de drogodependencias y adicciones, realizándose a través de ellos las derivaciones a los recursos de segundo nivel. En el periodo 2002-2008 se pasa de 15.100 admisiones a tratamiento a 21.107, con un total de 53.583 personas en tratamiento en 2008. El incremento del número de CTAs se realiza en aras de acercar estos recursos a la ciudadanía andaluza y prestar cobertura a aquellas zonas con mayor incidencia de consumo de sustancias. Por otra parte, se ha hecho un esfuerzo por aumentar el número de estos Centros de titularidad pública, con la colaboración de diferentes ayuntamientos en la gestión de centros que anteriormente eran de titularidad privada. Así se ha pasado de un 70,9 % de centros públicos en 2002 a un 79,8% en 2008.

La evaluación del II PASDA señala aspectos que podrían mejorarse en relación a la accesibilidad a los recursos, como la distribución provincial de los centros y la adaptación de los horarios de apertura de algunos recursos, que actualmente

limitan la posibilidad de acceso. Se valora como insuficiente la respuesta que se está dando a personas con patología dual. Con respecto a la atención a los menores, se ha trabajado conjuntamente con la Dirección General de Infancia y Familias en el seguimiento de casos, pero todavía no se ha diseñado un Programa de Atención a Menores Drogodependientes. También se indica la necesidad de adaptar la atención a mujeres y a personas migrantes.

En lo que se refiere a los **centros residenciales**<sup>6</sup>, a lo largo de este periodo se han adaptado a personas de distintos perfiles y necesidades y se han personalizado los tratamientos, destacando el tratamiento a mujeres con hijos e hijas menores de 3 años y parejas. Pese al aumento del número de centros y plazas, la demanda de ingresos también ha ido en aumento en estos años, de forma que el tiempo medio de espera para el ingreso en 2008 es todavía superior a dos meses en todos los recursos, excepto UDH (56 días de media para los hombres en 2008 y 40 días para las mujeres).

Atendiendo al sexo, se observa que el tiempo medio de espera para el ingreso es superior para los hombres en todos los recursos, excepto en las Viviendas de Apoyo a la Reinserción (en 2008: 71 días para los hombres y 89 para las mujeres). En este sentido, hay que seguir trabajando en la línea de mejorar el acceso a los recursos. En la evaluación del Plan se apunta también a la necesidad de seguir trabajando en la introducción de estrategias de atención a grupos poblacionales con necesidades específicas como mujeres, menores, población inmigrante y personas afectadas por patología psiquiátrica asociada.

Durante la vigencia del II PASDA se da un importante empuje en la atención a **personas con problemas de adicción en situación de consumo activo**. La atención a estas personas se ha potenciado durante estos años a través de la implantación de siete Centros de Encuentro y Acogida (CEAS), uno en cada provincia –excepto en Jaén-, la puesta en marcha del Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes (PEPSA), y otras medidas que se llevan a cabo en colaboración con la Consejería de Salud para la atención y prevención de enfermedades concomitantes. Con el objetivo de cubrir las necesidades de este perfil de personas usuarias con consumos activos, se propuso la incorporación de la figura de educador o educadora de calle en los centros de atención, si bien recientemente se han incorporado a los Centros Provinciales

---

<sup>6</sup> Comunidades Terapéuticas, Unidades de desintoxicación Hospitalaria, Viviendas de Apoyo al Tratamiento.

de Drogodependencias, no se han llegado a lograr los objetivos planteados en el II PASDA.

El **Programa de Tratamiento con Metadona** ha tenido también un importante avance durante el II PASDA. Una de las mejoras de este programa fue la actualización en 2003 del Decreto que regula los tratamientos con opiáceos, adaptándolo a las necesidades de la realidad andaluza. La dispensación de metadona se realiza (según el Decreto 300/2003, de 21 de octubre, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos) en los centros sanitarios del SAS, dispensándose habitualmente la sustancia en Centros de Atención Primaria y Hospitalaria, Oficinas de Farmacia, Comunidades Terapéuticas y Servicios Médicos en Centros Penitenciarios debidamente acreditados. Se trata del programa más demandado dentro de las estrategias asistenciales del II PASDA, y el mejor evaluado por los equipos técnicos en drogodependencias en base a su eficacia.

En relación al **Programa de Apoyo a Instituciones Penitenciarias** el trabajo ha estado encaminado a la ampliación de la oferta de programas dirigidos a personas con problemas de drogodependencias y adicciones, que se encuentran en centros penitenciarios andaluces, para facilitar el acceso a los mismos programas que existen en la red asistencial normalizada. El Programa de Tratamiento con Metadona es uno de los que más éxito ha tenido en su implantación en prisiones. El 14 de julio de 2005 se llevó a cabo la suscripción del Acuerdo Sectorial de, en materia de drogodependencias entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y el Ministerio de Interior, cuyo objetivo general es fomentar la realización de una intervención global en materia de drogodependencias, de forma coordinada entre los equipos de apoyo a instituciones penitenciarias, dependientes de los CPD, y los equipos de profesionales de la salud de las prisiones.

El Programa de **Atención a Personas con Problemas de Drogodependencias y Adicciones en Comisaría** se inicia en enero del año 2000. La ejecución del programa permite ampliar la calidad y cobertura de la atención de aquellas personas con problemas de drogas, que se encuentren detenidas en las dependencias policiales y que no hayan estado en tratamiento o lo han interrumpido por cualquier causa. Actualmente, este programa se

encuentra implantado en la provincia de Sevilla, existiendo la demanda desde los equipos provinciales de ampliar su implantación a todas las provincias de Andalucía.

Por otra parte, el establecimiento de cauces de **coordinación con los servicios sanitarios y sociales** ha sido una prioridad del II PASDA en esta Área, y se han establecido procedimientos de actuación, a través de protocolos de derivación a los distintos recursos sociosanitarios y de incorporación social. El “Protocolo de actuación conjunta entre equipos de salud mental de distrito y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias” es un ejemplo de ello. Así mismo, se han creado Comisiones de Seguimiento y Evaluación con otras instituciones implicadas en los procesos de atención a las adicciones, como por ejemplo, con Instituciones Penitenciarias. A pesar de ello, la evaluación del II PASDA considera que la coordinación no es suficiente y es necesario potenciarla entre los recursos de drogodependencias y el resto de servicios implicados.

### **3.-ÁREA DE INCORPORACIÓN SOCIAL**

El II PASDA incluye la Incorporación Social como otra de las áreas fundamentales del mismo, constituyéndose como el objetivo final de la intervención para las personas con problemas de drogodependencia o adicción sin sustancia. Apuesta por un proceso dinámico y flexible, impulsando nuevas formas de incorporación, con la implicación real de la sociedad, garantizando la atención a las necesidades sociales y sin estar vinculado a la abstinencia.

En el II PASDA la Incorporación Social se propone como un elemento más del circuito terapéutico, que se empezará a trabajar desde la toma de contacto de la persona con la red de recursos, propiciando el protagonismo de la persona en su proceso. A tal fin, el circuito terapéutico diseñado contempla la incorporación como un proceso más, dentro del tratamiento individualizado. Según señala la evaluación del Plan, efectivamente, se realizan intervenciones dirigidas a la incorporación social de las personas afectadas por las drogodependencias o adicciones en base a sus necesidades personales y no en base a progresivas etapas del tratamiento, como venía haciéndose anteriormente.

La Incorporación Social se enfoca hacia una atención integral basada en el acceso a recursos normalizados que la sociedad pone a disposición de la

ciudadanía, en la medida de lo posible, y en el desarrollo de programas específicos en relación a diferentes perfiles con necesidades especiales (menores, mujeres, personas inmigrantes, personas reclusas y ex reclusas..). Para ello el II PASDA propone la creación de una estructura transversal, que facilite la coordinación entre las distintas instituciones (empleo, salud, formación, educación) y recursos de drogodependencias y adicciones, tanto en su vertiente técnica como institucional; así como la coordinación con entidades privadas implicadas (como empresas, organizaciones no gubernamentales, sindicatos...).

Se ha avanzado mucho en el desarrollo de programas dirigidos a la Incorporación Social, sin embargo, la coordinación es el aspecto menos valorado en la evaluación externa del II PASDA, los equipos profesionales consultados realizan diversas críticas sobre la escasa y mala coordinación entre recursos de drogodependencias y de estos con otras instituciones implicadas en los procesos. En este sentido, para mejorar la coordinación, el Plan propone la definición de la figura del responsable de Incorporación Sociolaboral que no se ha hecho efectiva hasta la actualidad.

Por otro lado, una de las actuaciones mejor valorada en la evaluación del Plan dentro del Área de Incorporación ha sido el desarrollo y ampliación del **programa de Asesoramiento Jurídico-Penal**. Este Programa se puso en marcha en 2000 a través de los convenios de colaboración que suscribe Fundación para la Atención e Incorporación Social (FADAIS) y la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida (ENLACE). Su finalidad es atender a personas usuarias de la red de atención a drogodependencias y adicciones en Andalucía con alguna causa pendiente que dificulte su proceso de incorporación social. Actualmente, está implantado en todas las provincias andaluzas. En la evaluación del II Plan se recoge la demanda de ampliar el horario de atención de los abogados del programa.

El “**Programa de Apoyo a la Creación de Empresas de Inserción Social**”, SEMPIN, (FSE P.O. And. 2007-2013), ha sido un impulso a la creación de Empresas de Inserción. Desde su puesta en marcha en 2007 se han creado cuatro nuevas empresas de inserción, con las que se llega a un total de seis empresas constituidas durante el II Plan. Cabe resaltar el incremento de la participación de Empresas de Inserción en el programa Red de Artesanos.

Entre los programas de incorporación laboral destacan en los últimos años, la puesta en marcha del **programa de Espacios Naturales** y la consolidación y extensión de los **Cursos de FPO** y **Andalucía Orienta** gestionados por FADAIS.

Otros programas de incorporación laboral encaminados a facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de drogodependencias y adicciones con dificultades de integración sociolaboral son el programa Red de Artesanos y el programa Arquímedes.

El programa **Red de Artesanos** lleva funcionando más de quince años y aún permanece vigente, habiéndose realizado cambios en la normativa que han mejorado su rendimiento. Se observan también aspectos mejorables del programa como la adaptación del tiempo de permanencia en el programa a las necesidades reales, diferencia de número de personas usuarias entre provincias y seguimiento de las personas que finalizan el programa.

En 2008 los protocolos de solicitud de incorporación al programa Red de Artesanos (487) aumentaron más del 70% con respecto al año anterior, circunstancia que podría deberse a la situación actual del mercado laboral, finalmente realizaron el programa 388 personas. Destaca que el 23'5% de las personas usuarias en 2008 fueron mujeres, porcentaje bastante alto si se tiene en cuenta el porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento en el mismo año es inferior al 20%. En cuanto al tipo de empresas que participan en el programa, se percibe un descenso de las empresas privadas en los últimos años, de manera que en la actualidad la mayor parte de ellas pertenecen a la administración pública.

El **Programa Arquímedes** ha ampliado su vigencia al Marco Operativo 2007-2013 y se ha visto complementado por el "Programa de Apoyo a la Gestión, Seguimiento y Evaluación de Programas de Inserción Social, SARQUIM", también financiado por Fondo Social Europeo. En cuanto al número de personas contratadas a través del programa, se producen altibajos, con un pico de 520 en 2003 y 191 en 2007. En 2008 se han alcanzado los 237 contratos, predominando como desde su inicio las contrataciones realizadas por las Corporaciones Locales, seguidas a mucha distancia por las entidades privadas.

La demanda de incorporación a estos programas está por encima de la oferta, en este sentido los equipos profesionales y agentes sociales que trabajan en el ámbito de Incorporación, en la evaluación del II PASDA, solicitan más plazas

para los Programas Arquímedes y Red de Artesanos y un aumento en medidas de sensibilización dirigidas al empresariado.

Otro instrumento para llevar a cabo los cometidos de Incorporación Social del II PASDA lo constituyen los **Centros de Día**. Existen en la actualidad 26 Centros de Día, distribuidos por todas las provincias excepto en Córdoba, concertados en su mayoría con el movimiento asociativo.

En cuanto al número de personas atendidas en este recurso, creció paulatinamente hasta 2007 con 2.782, sin embargo, en 2008 se produce una fuerte reducción con 968. La puesta en marcha de un sistema de notificación homogeneizado para todos los centros puede explicar este descenso en el recuento. Por otra parte, este recurso no está incluido en el siPASDA, circunstancia que demandan los equipos de la red de incorporación en sus aportaciones.

En cuanto al sexo, destaca que, aunque el porcentaje de hombres que acceden al recurso es, desde el inicio, muy superior al de mujeres, ha ido aumentando en los últimos años el número de mujeres que acceden al mismo. En 2008 el porcentaje de personas beneficiarias según sexo fue del 79% de hombres y del 21% de mujeres.

Otro recurso de inserción ya clásico, son las **Viviendas de Apoyo a la Reinserción** (VAR) , que surgen en 1993 y atienden a personas que previamente han logrado una estabilización en su proceso terapéutico y que necesitan este recurso para su incorporación social. Las VAR se gestionan a través del SIPASDA y en el año 2004 se elabora el Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo a la Reinserción en Andalucía, con la finalidad de homologar un programa de intervención de mínimos que ha permitido una evaluación eficaz de este recurso, así como una planificación acorde con las necesidades detectadas.

Las VAR son recursos concertados en su totalidad con el movimiento asociativo. La evolución en el transcurso de la vigencia del II PASDA en cuanto al número de recursos es de 9 en 2002 a 12 en 2008. Las plazas han pasado de 53 a 91 en el mismo periodo y el número de usuarios/as de 102 a 233. Sin embargo la demanda continúa por encima de la disposición de plazas, siendo en este último año los protocolos de ingreso tramitados de 342.

Por su parte, los **Centros de Encuentro y Acogida** han sido también un recurso con un papel muy importante en el campo de la Incorporación Social, fundamentalmente, por su actuación con colectivos de personas en situación de exclusión y aquellas con consumos activos. La existencia de un centro por provincia, excepto en Jaén, no resulta suficiente y sería necesario seguir ampliando su número.

Con relación al objetivo incluido en el II Plan, de creación de itinerarios específicos dirigidos a personas con perfiles de características especiales, aunque no se han desarrollado programas específicos, sí se ha realizado un esfuerzo por adaptar los itinerarios de incorporación. En esta línea se ha elaborado en 2007 un manual de Incorporación Social, “La Incorporación social en drogodependencias en Andalucía”, donde se describen los perfiles más usuales que llegan a los recursos, no obstante es necesario seguir profundizando en este tema. En la evaluación del II Plan se demanda incluir en el siPASDA el registro de datos sobre la situación social de las personas usuarias que permitan realizar un completo diagnóstico social, así como un análisis provincializado sobre los perfiles en cuanto a variables relacionadas con el riesgo de exclusión social (género, reclusos, minorías, personas con discapacidad, nivel de renta, cargas familiares, apoyo familiar...).

Otro objetivo prioritario del II PASDA es promover que la comunidad facilite el proceso de incorporación social y admita en las redes normalizadas a personas con problemas de drogodependencias y adicciones. Entre las medidas propuestas en esta dirección, se incluye la sensibilización a empresas, sindicatos, profesionales, organismos y a la comunidad en materia de inserción sociolaboral de personas con problemas de drogodependencias y adicciones. Con respecto a este tema, cabe decir que el modelo actual de Responsabilidad Social Corporativa en las empresas favorece la sensibilización del empresariado con colectivos con dificultades socio-laborales. Sin embargo, no se han desarrollado todas las estrategias contempladas en el Plan para el logro de este objetivo.

Con la finalidad de facilitar la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias o adicciones, se han realizado cursos formativos a los profesionales del ámbito jurídico, medida que ha contribuido a mejorar la información sobre los recursos, programas y metodología de actuación de la red de drogodependencias y adicciones al poder judicial. Sin

embargo, los datos sobre “Medidas alternativas a la prisión” no son muy positivos, según la evaluación del Plan.

Así mismo, en el II Plan se señala como objetivo adecuar los procesos formativos y de empleo, que se diseñen desde la red pública de atención a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, a las nuevas condiciones del mercado laboral, los nuevos yacimientos de empleo y la incorporación de las nuevas tecnologías. En este sentido, en la evaluación del II Plan los equipos de profesionales y agentes sociales refieren que continúa la necesidad de actualización y adaptación a las nuevas demandas del mercado laboral de los programas de formación y empleo (FPO y Andalucía Orienta), si bien se destaca que sí se han introducido contenidos sobre nuevas tecnologías en las acciones formativas.

En el II PASDA se recoge para esta área otro objetivo prioritario, que hace referencia a que ninguna persona quede excluida de los recursos normalizados, sean de la naturaleza que sean, por su condición de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

En el II Plan se incluyen medidas de protección dirigidas a la población con problemas de drogodependencias y adicciones, que les permita situarse en una posición de partida menos desfavorable de cara a su acceso al mercado laboral y su plena incorporación social. Entre estas medidas están las relativas a la promoción de la coordinación entre las distintas instituciones (empleo, formación, salud y educación) así como, con otros recursos de drogodependencias y adicciones, aspecto que, como se ha referido anteriormente, no ha tenido un gran avance.

La participación del movimiento asociativo es especialmente relevante en el área de incorporación, con un importante porcentaje de recursos concertados y mediando entre los recursos específicos de drogodependencias y adicciones y los normalizados. Esta participación se considera un apoyo fundamental para el desarrollo de los diversos programas del área por parte de los equipos de la Red consultados en la evaluación.

Quizá el objetivo que supuso más novedad en este Área fue promover estrategias específicas de intervención para la incorporación social de personas con un consumo activo de sustancias y con especiales dificultades para acceder a las redes normalizadas.

Según refiere el informe del Defensor del Pueblo Andaluz al Parlamento de Andalucía 2008, en general, “los recursos y dispositivos existentes se adecuan

más a poblaciones normalizadas que a aquellas que están más deterioradas o de perfiles más complejos”.

Aunque las estrategias previstas para la consecución de este objetivo en su mayor parte no se han logrado satisfactoriamente según la evaluación, sí que se ha producido un cambio en los conceptos y en la metodología de trabajo. No se imponen indicaciones, sino que trata de hacer posible que la persona a la que se atiende ponga en marcha su propio proceso de incorporación. Se trabaja la normalización de la persona aceptando que puede presentar diferentes niveles y que habrá que adecuar los objetivos de la intervención a la realidad que la rodea.

Una propuesta dentro de este objetivo ha sido aumentar la participación de los consumidores en activo en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de reducción del riesgo y daño. Aunque ha habido algunas experiencias desde el movimiento asociativo, no se puede considerar que se ha logrado el objetivo, ya que las personas que se encuentran en situación de consumo activo no cuentan con cauces adaptados de participación.

En el Plan se recogía también como objetivo específico, siguiendo el modelo de otros países europeos, la puesta en marcha de experiencias en materia de formación y empleo adecuadas a las personas usuarias con consumo activo. Para ello se propone la colaboración con el movimiento asociativo. Hasta la fecha, no se han puesto en marcha estrategias para alcanzar este objetivo.

Otra propuesta se orienta a la realización de una estrategia de comunicación adecuada a las características de estas personas consumidoras, en relación a la información sobre los recursos y programas y a la recogida de aportaciones. Este objetivo se ha vehiculado principalmente a través de los Centros de Encuentro y Acogida, que realizan funciones de información sobre los recursos y programas de incorporación sociolaboral.

#### **4.-ÁREA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN**

El desarrollo e impulso de la acción investigadora y formativa ha sido una de las líneas estratégicas del II PASDA. El Área de Información, Formación e Investigación queda definida como transversal e impregna con sus acciones al resto de las áreas.

#### **INFORMACIÓN**

El II PASDA señala la conveniencia de contar con una mayor información sobre el fenómeno de las drogas y adicciones y mantenerla actualizada con el objetivo de facilitar la planificación y la toma de decisiones políticas en materia de drogas. En aras de este objetivo el II Plan anunciaba la creación del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que finalmente se aprobó por Consejo de Gobierno, a través del Decreto 294/2002. Este órgano colegiado se adscribe a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Su objetivo fundamental es centralizar la recogida, el análisis y la evaluación de toda la información disponible en la Comunidad Autónoma de Andalucía sobre drogas y adicciones, con el fin de servir como instrumento consultivo y asesor en esta materia en el ámbito andaluz.

El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones emitió su primer informe sobre la situación de las drogas en Andalucía en el año 2005, recogiendo en él la evolución epidemiológica del consumo de drogas y las admisiones a tratamiento por este consumo desde 1987, así como otros indicadores sobre consumo problemático, asistenciales y de incorporación social. Posteriormente ha publicado informes específicos sobre los tres Indicadores anuales de consumo problemático que constituyen el SAID (Sistema Andaluz de Información sobre Drogas): Indicador de Admisiones a Tratamiento (2006, 2007 y 2008), Indicador de Urgencias Hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas (2006, 2007 y 2008), Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas (2004 y 2005); y sobre los resultados de la encuesta poblacional ‘Los Andaluces ante las Drogas’ (2005) y “La Población Andaluza ante las Drogas” (2007) así como “La encuesta escolar sobre uso de drogas en Andalucía” (2006).

Pero más allá de estos informes puntuales, resulta necesario impulsar la actividad del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones para optimizar los recursos destinados al estudio de las drogas y las adicciones en Andalucía, mejorar el acceso a la información científica, promocionar la divulgación de los resultados de las investigaciones realizadas y orientar las políticas sobre drogas y adicciones en la Comunidad Autónoma Andaluza, favoreciendo la adaptación a las diversas realidades territoriales. Además, según se deriva de los resultados de la evaluación externa del II Plan, la identidad, funcionamiento

y labor del Observatorio resulta escasamente visible para los profesionales, requiriéndose promocionar y dotar de mayor notoriedad los trabajos elaborados desde el mismo.

Por otra parte, una de las principales actuaciones realizadas durante la vigencia del II Plan en materia de información ha sido el diseño y puesta en marcha del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA).

Este sistema consiste en una aplicación vía web, con base de datos centralizada para toda la Comunidad Autónoma, que registra información en tiempo real sobre cada episodio de tratamiento de las personas atendidas en diversos recursos de la red de atención a las drogodependencias y adicciones (CTA, CT, VAT, VAES, VAR, UDH) y su adscripción a diversos programas de tratamiento y de incorporación social (Programa de Tratamiento con Metadona, Red de Artesanos, Programa Jurídico). Su implantación y desarrollo ha sido paulatino, adaptándose a las nuevas realidades y a los nuevos programas puestos en marcha. Cumple también tareas de gestión, orientadas principalmente a gestionar el ingreso, las altas, listas de espera, etc. en los recursos específicos y en programas de incorporación social, como es el caso del Programa Red de Artesanos. Entre las últimas incorporaciones al sistema destaca el protocolo de colaboración con el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, para el acceso de los Médicos Forenses, debidamente autorizados por los Tribunales de Justicia, para solicitar a través del siPASDA un informe sobre la situación de una persona encausada, con historial de adicciones. El informe será emitido por el centro de referencia de esa persona o por FADAIS, si la persona no se encuentra siguiendo tratamiento activo en ningún centro, y enviado al médico forense a través del propio siPASDA.

La evaluación del siPASDA ha resultado altamente positiva, siendo uno de los aspectos mejor valorados por los profesionales, y destaca la necesidad de desarrollar el Sistema en los próximos años, implantando la Historia Clínica informatizada, incluyendo el acceso de los recursos de incorporación social (Centros de Día y Centros de Encuentro y Acogida), mejorando el registro de información relativa a las Áreas de Prevención e Incorporación Social, incluyendo Indicadores de Resultado y comunicando el siPASDA con otros sistemas de información locales o provinciales de la red de atención a las drogodependencias y adicciones y a sistemas de información de otros ámbitos (SARQUIM, DIRAYA...).

Además del siPASDA, se ha elaborado un sistema de información on-line para la gestión del Programa “Ciudades ante las Drogas”, que conecta a los Ayuntamientos y Mancomunidades que participan en el mismo y permite elaborar indicadores automáticos.

Por otro lado, la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones mantiene un Centro de Documentación, como apoyo al Área de Información, Formación e Investigación, para dar servicio tanto a profesionales de la red, al movimiento de iniciativa social, personal de Educación y Salud Pública, Servicios Comunitarios y cuantas personas estén interesadas.

El Teléfono de Información sobre Drogodependencias, por su parte, ha proporcionado información a profesionales sobre programas específicos, publicaciones, cursos de formación, documentación y premios de investigación y ha sido también un instrumento útil para una captación precoz de problemas sociales derivados de cualquier tipo de adicción.

En cuanto a las publicaciones, y a pesar del gran volumen de las realizadas entre el 2002-2007, no se ha creado una publicación periódica donde se recoja información acerca del Plan y su desarrollo. Sí se han editado por parte de la Consejería publicaciones donde se recogen los resultados obtenidos de los estudios llevados a cabo. Por último, la información sobre drogodependencias y adicciones aportada en la página web de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, se ha mantenido actualizada.

## **FORMACIÓN**

Incrementar el conocimiento y la capacitación de los profesionales y sectores sociales en relación con el fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones es otro de los objetivos principales señalados por el II Plan para esta Área.

El ámbito de la formación es uno de los menos valorados en la evaluación realizada sobre el II Plan. En concreto, se señaló la insuficiente oferta formativa, así como una falta de adaptación a las necesidades actuales. Se demanda formación sobre psicopatología asociada al consumo de sustancias, el fenómeno de la inmigración en relación al ámbito de las drogodependencias y sobre perspectiva de género.

Se considera preciso plantear programas o planes formativos que contribuyan a la mejora de la competitividad de los profesionales haciéndoles incorporar novedades en sus procesos de trabajo, además de estimular la promoción

profesional y la especialización cuando se precise. Se demanda también fomentar la formación a través de nuevas tecnologías de la información (TICs), aspecto que ya se apuntaba en el II PASDA, ya que permiten una mayor flexibilidad horaria y evitan los desplazamientos. Además, existe una notable diversidad en la formación que se oferta desde cada provincia y el empleo de las nuevas tecnologías podría contribuir a homogeneizar la oferta formativa en Andalucía.

En este ámbito destaca la realización durante la vigencia del II PASDA de dos cursos de **Experto en Metodología de Investigación en Drogodependencias**, a través de convenios con las Universidades de Sevilla y Málaga, dirigidos a la formación en metodología de investigación de profesionales de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones. Ambos cursos tuvieron carácter semipresencial con foros de trabajo a través de internet.

Por otra parte, se debe recordar que las actuaciones dirigidas a la formación del profesorado, tanto en prevención de drogas como en educación para la Salud, según el Informe de 2008 del Defensor del Pueblo Andaluz, mantienen aún hoy unos niveles muy bajos de desarrollo.

## **INVESTIGACIÓN**

En el II Plan se establecieron objetivos específicos y estrategias para impulsar el desarrollo de nuevas líneas de investigación y el desarrollo de nuevas perspectivas metodológicas, sobre todo, a través de la financiación de investigaciones.

A mediados de los 90 se comienza a desarrollar una línea de investigación, con el objetivo de diversificar la oferta de tratamiento en pacientes dependientes de la heroína. Siguiendo con este objetivo, son varios los proyectos que han sido desarrollados (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía, Experiencia Piloto de Tratamiento con Buprenorfina en Andalucía, Estudio Clínico Farmacológico individualizado de pacientes de programa de tratamiento con metadona).

A través de Convenios con las Universidades de Sevilla y Almería, en 2004 y 2005 se han financiado catorce proyectos de investigación en materia de drogas y adicciones.

La investigación aplicada, dirigida a los sectores profesionales del Plan, se ha potenciado a través de los Premios de Investigación en Drogodependencias,

que en seis ediciones han servido para poner de manifiesto la capacidad creadora y de investigación de distintos sectores profesionales.

Sin embargo, la actividad investigadora en materia de drogas y adicciones requiere de un impulso, dirigido fundamentalmente a la búsqueda y promoción de fuentes de financiación para la realización de investigaciones, a la difusión de los resultados de los trabajos realizados y a la conexión entre los proyectos de investigación que se realizan y los profesionales de la red asistencial. Según se indica en el II PASDA esta actividad de coordinación, asesoramiento e impulso de la investigación debería ser asumida por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones como órgano de referencia en esta materia en Andalucía.

## **5.- ÁREA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS**

La inclusión de un Área de Reducción de Riesgos y Daños como un eje transversal fue otra de las grandes innovaciones del II Plan. Se trata de un área que impregna al resto, como elemento inspirador, al tiempo que se nutre de las actuaciones específicas llevadas a cabo en el resto de áreas.

Su implantación, poniendo en marcha de los diversos programas, los Centros de Encuentro y Acogida y las estrategias de reducción del daño, ha contribuido considerablemente a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias. Entre los resultados más destacables se pueden citar una disminución de la tasa del Sida entre consumidores de heroína, un notable cambio en la vía de administración (de la inyectada a la inhalada), una mayor retención en el sistema público sanitario y social y, en definitiva, una mejora en la calidad de vida desde un punto de vista integral. Los principios de la reducción de riesgos y daños han impregnado también las actuaciones realizadas en el ámbito de la prevención.

A través de la evaluación del II PASDA se observa además que los principios de la perspectiva de reducción de riesgos y daños han calado en las personas que trabajan en la Red de Atención, interiorizándolos y orientando su labor diaria.

Por lo tanto, durante la vigencia del II Plan esta área ha conocido un fuerte impulso, que será preciso mantener y profundizar en los próximos años.

## CONCLUSIONES

- En la última década se observa, en general, una estabilización de las prevalencias de consumo de las diversas sustancias psicoactivas en la población andaluza, excepto en el caso del cannabis que mantiene una tendencia ascendente. No obstante, esta estabilización se produce en unos niveles relativamente elevados. El incremento del consumo de cocaína todavía no se ha frenado totalmente, pero comienzan a aparecer signos de estabilización. En cuanto al consumo de tabaco, se detecta una reducción del consumo diario, aunque aumenta el consumo ocasional. En general, se observa un descenso de las edades de inicio al consumo de sustancias psicoactivas, situándose este inicio en edades muy tempranas.
- Los indicadores de consumo problemático constatan la implantación mayoritaria de un patrón de policonsumo. Si atendemos a la presencia de las diversas sustancias en cada indicador, se observa que el alcohol es, desde 2003, la sustancia principal que más admisiones a tratamiento motiva y es también la más presente en los episodios de urgencias hospitalarias relacionados con consumo de drogas. La cocaína es la siguiente sustancia más presente en ambos indicadores, mostrando todavía una tendencia ascendente en cuanto al número de admisiones a tratamiento que motiva. Se ha frenado el descenso del número de admisiones a tratamiento por opiáceos, si bien no se detecta una mayor presencia de opiáceos en las urgencias hospitalarias, probablemente debido a la notable reducción del uso de la vía inyectada en Andalucía. La combinación de opiáceos, cocaína y benzodiazepinas es la más presente en las personas fallecidas por reacción aguda al consumo de sustancias.
- Durante la última década, las encuestas poblacionales indican la progresiva incorporación de la mujer al consumo de sustancias psicoactivas. Entre las personas más jóvenes se observan prevalencias de consumo de tabaco y alcohol más elevadas entre las mujeres que entre los hombres. Esta incorporación al consumo comienza ya a reflejarse también en los indicadores de consumo problemático. Además, la situación social de las mujeres admitidas a tratamiento en la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones presenta características diferentes a la de los hombres, con una mayor

vulnerabilidad ante el riesgo de exclusión social y con menos apoyos familiares y sociales, de forma que presentan demandas y necesidades de atención e incorporación diferenciadas.

- El II Plan inaugura un Área específica de Prevención, que se ha desarrollado fundamentalmente en los ámbitos educativo y comunitario, a través de la implantación de diversos programas. Es necesario seguir ampliando la cobertura de estos programas y adaptarlos a la diversidad de perfiles y contextos socio-culturales. El desarrollo de los ámbitos laboral y familiar ha sido menor. La coordinación entre las diversas instituciones y entidades con competencias en materias relacionadas con la prevención y con el movimiento asociativo es fundamental para seguir avanzando en esta Área.
- En cuanto al Área de Atención Socio-Sanitaria destaca el desarrollo de una red mixta de centros dependientes de diversos niveles administrativos y de entidades privadas, que ha crecido de forma notable durante la vigencia del II Plan, acercando los recursos a la ciudadanía y logrando una amplia cobertura. La labor de coordinación es un aspecto fundamental para la gestión de una red con estas características, con el objetivo de lograr la equidad y homogeneidad de la atención ofertada. Paralelamente, se ha avanzado en la adaptación de los recursos a la atención de perfiles diversos. En los próximos años, deberá mantenerse este trabajo, sobre todo para dar respuesta a la adaptación de los recursos a nuevos fenómenos sociales, como el proceso de inmigración, y a nuevas demandas emergentes.

En esta Área se hace también preciso avanzar en la coordinación con otros servicios públicos, principalmente el servicio de salud y los servicios sociales, para garantizar una atención adecuada y completa a las personas usuarias, especialmente en el caso de personas en situación de exclusión social y personas con patología dual.

Además, se plantea la necesidad de mejorar la accesibilidad a los diversos recursos y programas de la red asistencial, acercando los diversos tipos de recursos a toda la ciudadanía, independientemente de su provincia de residencia, reduciendo los tiempos medios de espera para el ingreso, adaptando los horarios de atención y los recursos a las nuevas demandas emergentes.

- El Área de Incorporación Social ha tenido un fuerte desarrollo durante el II Plan, poniéndose en marcha numerosos programas y potenciando la

labor de incorporación desde diversos recursos –Centros de Día, Centros de Encuentro y Acogida, Viviendas de Apoyo a la Reinserción-. Se ha conseguido enfocar la Incorporación como un proceso presente en todo el recorrido terapéutico, adaptado a las necesidades personales específicas. En este sentido, es preciso seguir avanzando en la respuesta a las necesidades específicas de incorporación de las personas con consumo activo. También se requiere desarrollar la coordinación con los recursos normalizados, con el fin de evitar la exclusión de las personas con problemas de adicciones. La participación del movimiento asociativo es especialmente relevante para el desarrollo de esta Área.

- El desarrollo del abordaje de las drogodependencias y adicciones requiere contar con información actualizada y de calidad, en este sentido, el desarrollo del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (siPASDA) ha sido uno de los principales avances del II Plan, proporcionando información en tiempo real para la práctica clínica, la gestión y la investigación. Esta funcionalidad estratégica del siPASDA hace que sea preciso seguir desarrollándolo. Así mismo es necesario ampliar la información recabada de las Área de Prevención e Incorporación Social.
- Durante el II Plan se han desarrollado diversas líneas de investigación, destacando la dirigida a la diversificación de los tratamientos con sustitutivos opiáceos. No obstante, la actividad investigadora requiere un impulso, dirigido fundamentalmente a la búsqueda y promoción de fuentes de financiación y a la difusión de los resultados de los trabajos realizados. Esta labor deberá ser asumida por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que impulsará también la actividad formativa.
- La puesta en marcha de las estrategias de reducción del daño, ha contribuido considerablemente a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias. Los principios de la reducción de riesgos y daños han impregnado también las actuaciones realizadas en el ámbito de la prevención. Las estrategias de esta Área deben seguir presentes en las planificaciones futuras.