

Una aproximación histórica a las prácticas preventivas en el campo de las drogodependencias

A historical approach to preventive practices in the field of drug addiction

Domingo Comas Arnau

Fundación Atenea

Recibido: 02/10/2015 · Aceptado: 03/06/2016

Resumen

La prevención de las drogodependencias surgió como un movimiento profesional, muy activo y motivado, con escasa presencia institucional, salvo el apoyo de los ámbitos de juventud y fue perdiendo relevancia al tiempo que las estructuras públicas lo asumían. Esta paradoja se explica, en una gran medida, por la necesaria priorización que se atribuyó a la asistencia, pero también por la facilidad con la que la acción política se puede despachar con retóricas, ya que el impacto de la prevención no se suele evaluar más allá de los experimentos de grupo y las memorias de actividades que describen el producto. Por si esto fuera poco, la demanda de los ciudadanos es muy abstracta y solo requiere afirmar con algún grado de credibilidad que “algo se está haciendo”, lo cual no es posible con la asistencia que requiere recursos reales. Esta descripción de la situación ya apareció en el llamado “libro blanco de la prevención” (1996), que nunca fue difundido como tal, pero a partir del mismo se modificó la terminología de la prevención y se optó por un modelo de “prevención basada en evidencia” (que no suele asumir los estándares de evidencia científica) pero que ha facilitado el mantenimiento de los “simulacros” retóricos. Superar esta situación es fácil, pero requiere un firme compromiso político, sin retórica y con recursos, lo que en este momento no está en casi ninguna agenda.

Palabras Clave

Prevención de las drogodependencias, políticas públicas, retóricas políticas, evidencia seleccionada, evidencia científica, priorización de recursos, efectividad.

— Correspondencia a: _____
Domingo Comas
e-mail: amuso987@gmail.com



Abstract

Drug prevention emerged as a very active and motivated professional movement, with low institutional presence, except for support from youth areas, and was losing relevance when it was assumed by public structures. This paradox is explained, to a large extent, by the necessary prioritization that was attributed to healthcare, but also by the ease with which political action can be passed off with rhetoric, since the impact of prevention is not usually evaluated beyond group experiments and reports of activities that describe the product. As if this were not enough, citizens' demand is very abstract and only requires hearing with some degree of credibility that "something is being done," which is not possible with assistance that requires real resources. This description of the situation appeared in the so-called "White Book of prevention" (1996), which was never released as such, but from that same document, the terminology related to prevention changed and opted for a model of "evidence-based prevention" (which does not tend to assume the standards of scientific evidence) but that has facilitated the maintenance of rhetorical "simulations". Overcoming this situation is easy, but requires strong political commitment, without rhetoric and with resources, which is not something found in almost any agenda at this time.

Key Words

Drug prevention, public policy, political rhetoric, selected evidence, scientific evidence, prioritization of resources, effectiveness.

I. UN AVISO NECESARIO

En torno al año 1981 formalicé la hipótesis principal de mi tesis doctoral y en la misma sostenía que las variables culturales que conforman tanto la experiencia y la trayectoria personal, como los vínculos con el entorno, eran los factores más relevantes para explicar la adicción a las drogas (Comas, 1981). Pero en los años siguientes mientras avanzaba en la misma tuve que ir reconsiderando aquella visión ante una avalancha de supuestas evidencias, que no tenía manera de negar, porque demostraban, de forma experimental, como el comportamiento adictivo era una consecuencia exclusiva de la interacción de la sustancia con el propio individuo. Más adelante la sustancia desapa-

reció y la adicción se convirtió en un problema neurológico, con o sin sustancia, pero en todo caso siempre individual, tanto por sus efectos como por el proceso de adquisición de la adicción.

Mi sentido común, la formación académica recibida y la observación directa de lo que ocurría, me decía que esto no era, que no podía ser así, pero a la vez me obligué a reconsiderar mi tesis doctoral, porque sentía que no podía sostener una hipótesis que la "evidencia" disponible desmentía una y otra vez y como consecuencia convertí el material que había reunido para la tesis en un libro en el que intentaba equilibrar un relato entre dicha "evidencia" y las perspectivas socio-culturales (Comas, 1984) y co-



mencé a preparar una nueva tesis doctoral como un estudio sociológico plano y nada controvertido que no se publicó hasta pasados algunos años (Comas, 1993).

Desde entonces mi trayectoria profesional ha estado más ligada a cuestiones de gestión de recursos y programas, de políticas, de supervisión y de evaluación de las mismas y por supuesto de investigación social, tratando siempre de mantener un cierto equilibrio (que nunca establecí del todo) entre los supuestos biológicos y lo social, entre lo individual y lo colectivo, obviando, cuando podía, la cuestión de la definición de las adicciones, y preocupándome más bien por la forma en que debían adoptar la intervención que redujera tanto los daños y las consecuencias individuales y sociales que las drogas producían.

Pero ya antes del año 1981 se había realizado un experimento crucial, por parte de un equipo dirigido por Bruce K. Alexander en la Universidad Simon Fraser (Vancouver, Canadá) y que se está comenzando a conocer en la actualidad con el nombre de “El parque de las ratas”. Dicho trabajo había puesto patas arriba el modelo tradicional de experimento científico con drogas, mostrando cómo sus resultados habituales sobre la forma en que se producía la adicción eran, de forma exclusiva y directa, una consecuencia del propio diseño experimental, lo que era previsible de acuerdo con el Principio de Indeterminación (o incertidumbre) de Werner Karl Heisenberg que fundamenta la física cuántica y que le valió el Premio Nobel de física en 1931. Alexander demostró que, al menos en el caso de las drogas, la utilización de la “camara de condicionamiento” de Skinner alteraba los resultados hasta el punto de invertirlos.

No comencé a oír hablar del “parque de las ratas” hasta finales de la década pasada, es decir más de cuarenta años después de

que se realizara aquel experimento pionero. Durante un tiempo me pareció una simple curiosidad cuyas consecuencias no valoré hasta que Eduardo Pedrero (doctor en psicología y especialista en neurología) me lo explicó al detalle en los momentos informales de un seminario en Gijón en 2011. Posteriormente el mismo autor ha desarrollado una excelente exposición sobre aquel experimento y su significado, que comienza a ser difundido y conocido por muy diversos canales. E incluso se dispone de un excelente comic sobre dicho trabajo (http://www.stuartmcmillan.com/comics_es/el-parque-de-las-ratas/) ¿Pero por qué no sabíamos nada de aquel experimento que si fue publicado por conocidas revistas científicas? ¿Cómo es que el autor no siguió con este programa de investigación? (<http://www.brucekalexander.com/curriculum-vitae>).

La explicación es tan sencilla como cruel y despiadada para la historia de la ciencia. A la acción política contra las drogas no le interesaba que se abandonara la noción de que la adicción era una enfermedad individual de origen neurológico de la cual era responsable el propio sujeto, y se sustituyera por una visión más compleja y que incluye los factores del entorno, es decir “las variables culturales que conforman tanto la experiencia y la trayectoria personal, como los vínculos con el entorno” porque en el primer caso todos estamos, por igual, amenazados, mientras que en el segundo caso la amenaza se vincula de forma preferente a estos factores de malestar cultural y social. Por este motivo se sepultó aquel trabajo entre los miles de artículos que se publican todos los años sobre neurología de las adicciones y se dejó de financiar la investigación. Es cierto que dichas variables han sido contempladas y utilizadas por los profesionales de la prevención (y por mí mismo), pero con cautela, teniendo que pedir disculpas y sobretodo, sobretodo, acomplejados frente a la intensidad explicati-



va de una de las falsificaciones científicas que nos obligaban a pensar que diseñábamos programas sustentados más en argumentos éticos que en las verdades de la evidencia.

Si esta actuación política no se hubiera producido, la acción contra las drogas, en particular la acción preventiva institucional, habría sido muy diferente y el grado de efectividad obtenido también habría sido otro. Imaginemos por un momento que cuando se expandió la epidemia del SIDA se hubiera invisibilizado el “descubrimiento” de los retrovirales. ¿Cómo llamaríamos a los que hubieran formado parte de dicha conspiración? Pues lo mismo, que desde la óptica de la prevención, debemos llamar a los que forman parte de una operación que ha contribuido a expandir el uso problemático de las drogas en el mundo y ha impedido una mejor y más eficiente prevención de las mismas.

Este artículo está escrito desde la óptica de este acontecimiento histórico, tratando de evitar el resentimiento que el engaño me haya podido producir, aunque a la vez debemos denunciar una política (y una supuesta práctica científica) a la que no le importa mentir e incluso optimizar los problemas para sostener un modelo poco convincente de “orden ideológico”.

2. LOS TIEMPOS PREVIOS (1975/1984)

2.1. Los inicios y la temprana consolidación

Las primeras iniciativas en el tema de prevención surgieron en plena transición democrática y se organizaron a partir de tres ejes. El primero correspondió al ámbito de la administración central donde las acciones más significativas fueron protagonizadas por el INJUVE que había sido uno de

los pocos organismos de la administración que se preocupó del tema de las drogas durante el franquismo¹ y que puso en marcha, entre 1977/1979, un programa nacional de formación en dicha materia, preparó materiales, publicó reflexiones y financió las primeras investigaciones sociológicas (CIDUR, 1980), el segundo eje fue la universidad donde la prevención adoptó la fórmula de trabajos de alumnos y tesis doctorales motivados (escasos fueron los profesores que se dedicaron al tema), y el tercero mostró el protagonismo de algunos Municipios y Diputaciones, que pusieron en marcha proyectos y recursos en el entorno de las elecciones locales democráticas de 1979, los cuales, en todo caso, aparecían muy vinculados a la explosión de “acciones en materia de juventud” que aparecieron en aquel momento en el ámbito municipal (Comas, 2008).

Sin embargo la existencia de estas iniciativas en la “cuestión de las drogas” tenía poco que ver con una óptica institucional favorable a la priorización de la prevención y más bien formaba parte de un deseo de cambio y transformación, propio de jóvenes licenciados, que focalizaba su atención en la demanda de prevención (y no solo para las drogas). Observemos los programas de las Jornadas anuales de la Asociación Socidrogalcohol a partir de las primeras en 1973 y vemos como la prevención ocupa un lugar secundario frente a la asistencia y en particular a la “visión de las sustancias”, en particular alcohol (Torres et al., 2009).

Pero a la vez, como mero asistente, recuerdo la primacía preventiva de muchas de las comunicaciones presentadas en aquella etapa y más o menos reproducidas, por los mismos autores, en la literatura de los años siguientes.

¹ En el emblemático 1968 realizó una encuesta a personas jóvenes en la que planteaba, por primera vez en España, su relación con las drogas y cuáles eran los contenidos preventivos que les resultaban aceptables (INJUVE, 1969).



tes. Todas ellas aparecían influidas tanto por el “espíritu de Alma Ata” (la reunión de la OMS del año 1968) como por la urgencia de una “reforma psiquiátrica”, y en ambos casos se reivindicaba la importancia de la prevención, en un entorno en el cual la demanda asistencial, salvo para el alcohol, apenas existía.

Una buena aproximación a las características de esta etapa inicial lo encontramos en el Manual “Toxicomanías: un enfoque multidisciplinar” (Freixa y Soler, 1980), en el que la prevención es sólo un capítulo más (similar al de asistencia), pero que a la vez muestra como la cuestión de la prevención aparece entreverando todos los capítulos, en particular en dos de las partes (el libro tiene cinco), dedicadas a aspectos culturales, a valores y a ideologías, en los cuales se observa como los problemas de drogas se pensaban entonces desde la prevención. Conviene también citar el libro “El papel del educador ante las drogas” (Mendoza y Vega, 1980) que recoge la experiencia de las tesis doctorales de ambos autores (seguramente las primeras) y establece un plan para la integración de la prevención en el marco escolar. Visto en perspectiva, se puede afirmar que en el año 1980 existía ya un relato completo, complejo y coherente sobre qué hacer y cómo hacer con la prevención.

2.2. La irrupción institucional

Esta etapa inicial se prolongó con una segunda muy diferente que debería identificarse con la progresiva articulación de las estructuras autonómicas. La literatura de la época, en particular los textos ya citados, se planteaban este escenario, al tiempo que se mantenían las iniciativas municipales como actuaciones y prácticas reales, aunque en aquel momento involucraban sólo un número limitado de municipios, en todo caso este modelo de las acciones y actuaciones municipales estaba bastante bien definido.

Pero el contexto político general no fue nada favorable a la implantación de dicho modelo. Es cierto que algunos municipios lo mantuvieron, pero, de manera global la actuación real de las Comunidades Autónomas fue cuanto menos errática. En una gran medida porque las transferencias autonómicas en educación y salud no siguieron ninguna lógica. Fueron relativamente rápidas, aunque desordenadas, para las cuatro Comunidades que siguieron la “vía rápida” bien porque ya tenían reconocida la pre-autonomía (Cataluña, País Vasco y Galicia) por el artículo 144 de la Constitución o bien porque siguieron el complejo procedimiento del artículo 151.2 de la Constitución (Andalucía). Las demás, salvo Navarra, siguieron el procedimiento lento del artículo 143 pero vieron aprobados sus estatutos entre 1981 y 1983.

Son las transferencias en materia de Educación y Salud, las que de forma razonable permiten la aplicación de acciones preventivas y aunque suponen más del 60%² de los presupuestos autonómicos se facilitaron con un cierto desorden y una notable falta de racionalidad (tabla 1 y tabla 2).

Es cierto que las autonomías de la vía rápida recibieron las competencias en materia de educación (tabla 1) entre 1980/1982 y algunas más (no se sabe porqué aunque hay muchas teorías) las recibieron en los años siguientes, pero un bloque muy amplio de Comunidades tardó casi 20 años

2 En realidad las diferencias presupuestarias según autonomías son cada vez más amplias. En algunos casos se sitúan por debajo del 40% del presupuesto autonómico y en otros por encima del 75%. Esta información, que deberían manejar todos los ciudadanos, aparece sin embargo enmascarada por debates identitarios y todo tipo de demagogias. Este dato explicaría mejor los problemas actuales, y no solo sobre el tema de la prevención, pero este artículo no es el lugar para tratar un tema sometido a intensas manipulaciones, pero si podemos señalar la cuestión.



en recibirlas (en concreto no fue hasta el año 1999). En cuanto a las competencias en materia de salud (tabla 2), ocurre que incluso algunas Comunidades de la vía rápida tardaron en recibirlas (como el País Vasco en 1987 y Galicia en 1990) y el gran bloque final no las recibió hasta el año 2001. Llama la atención, en ambos casos, la rapidez con la que la Comunidad Valenciana recibió ambas competencias.

Esta cronología nos permite comprender que si bien todas las Comunidades tenían las competencias necesarias para planificar la prevención de las drogodependencias en su territorio, los medios para aplicar de forma directa estas políticas progresaron a un ritmo un tanto peculiar y en función de pactos políticos (que no se aprobaron nunca en el

Parlamento) lo que explicaría el progresivo deterioro de las políticas de prevención en muchas Comunidades, mientras que en otras dispusieron en cambio, de recursos y medios incluso antes de la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985.

Pero no sólo esto, porque como puede observarse en la tabla 3, mientras Cataluña legisló por tres veces la cuestión de la prevención y el País Vasco lo hizo dos veces, y en ambos casos habiendo sido ya transferidas sus competencias en salud y educación, pero otras Comunidades Autónomas lo hicieron una sola vez y con especiales desajustes si comparamos la fecha de la promulgación de la correspondiente Ley de Drogodependencias y la transferencia sobre las materias que se suponía debía incluir dicha Ley.

Tabla 1. Transferencias en materia educativa (no universitarias) a las CCAA por año y orden en que las recibieron

Año	CCAA
1980	Cataluña; País Vasco
1982	Galicia; Andalucía
1983	Comunidad Valenciana, Canarias
1990	Navarra
1997	Islas Baleares
1998	La Rioja; Cantabria; Aragón
1999	Murcia; Madrid; Extremadura; Castilla la Mancha; Castilla y León; Asturias.

Fuente: BOE

Tabla 2. Transferencias en materia de salud a las CCAA por año y orden en que las recibieron

Año	CCAA
1981	Cataluña.
1984	Andalucía.
1987	País Vasco; Comunidad Valenciana.
1990	Navarra; Galicia.
1994	Canarias
2001	La Rioja; Murcia; Madrid; Extremadura, Castilla la Mancha; Castilla y León; Cantabria; Islas Baleares; Aragón, Asturias; Aragón

Fuente: BOE.



El caso con un mayor desajuste cronológico es el de Castilla y León (aprobó la ley 16 años antes de tener las transferencias en las materias sobre las que legislaba), por su parte Galicia la aprobó varios años después de recibir todas las transferencias, Valencia tenía transferida la educación pero no la salud, Andalucía y Canarias tenían transferido educación y salud desde una década antes cuando aprobaron sus Leyes o Planes de drogas, por su parte Cantabria y Murcia no tenía aún ninguna transferencia cuando promulgaron su Ley y Extremadura tenía educación y en cuanto a salud la recibió dos años después.

Finalmente en 2002 no habían aún legislado sobre este tema ni Asturias, ni La Rioja, ni Navarra, ni Baleares, ni Madrid y tampoco Castilla la Mancha. La amplitud de este texto no nos permite analizar lo que supuso, en cada Comunidad Autónoma las diferencias que aparecieron entre los planes de drogas de las autonomías con competencias en salud y educación, con los que tenían alguna de ellas, así como las Comunidades que no tenía planes de drogas cuando, como veremos, entre los años 1998 y 2002 se produjo

una absoluta transformación en el relato sobre lo que era y como se debía actuar en prevención.

¿Hay alguna diferencia significativa en el planteamiento de la prevención entre unas Comunidades y otras? Pues paradójicamente ninguna, porque las leyes y los planes regionales de drogodependencias son muy parecidos en este aspecto, lo que significa que hay mucho de papel pero poco de realidad en estos documentos y al menos en lo que se refiere a Prevención. Aunque, a la vez, también es cierto que todos ellos tenían en común la existencia de planes locales (unas más y otras menos), con las competencias que la propia Constitución reconocía por igual a todos los ayuntamientos de España, pero las menciones a los ayuntamientos en los Planes Regionales de Drogas (y por supuesto los recursos destinados a los mismos) suelen ser residuales.

Para ampliar la comprensión de lo ocurriendo podemos introducir en esta descripción un elemento de interés para captar no sólo la absoluta discrecionalidad del proceso, sino la falta de compromiso institucional con

Tabla 3. Fechas de promulgación de leyes autonómicas de drogodependencias que incluyen la prevención (hasta 2001)

Año	CCAA
1985	Cataluña (20/1985)
1988	País Vasco (15/1988)
1991	Cataluña (10/1991)
1994	Castilla y León (03/1994)
1996	Galicia (02/1996)
1997	Valencia (03/1997), Andalucía (04/1997), Cantabria (05/1997), Murcia (06/1997)
1998	Canarias (09/1998), Cataluña (08/1998), País Vasco (18/1998)
1999	Extremadura (1/1999)
2001	Aragón (3/2001)

Fuente: Memorias del PNsD. Entre paréntesis la identificación de la ley para localizarla en el BOCA correspondiente.



la prevención. Tiene que ver con la actitud de falta de colaboración por parte del Ministerio de Educación, que se abstuvo de participar en todas las propuestas relacionadas con la prevención, al menos hasta la aprobación del Plan Nacional sobre drogas en 1985. Esta actitud tenía mucho que ver con el hecho de que los responsables políticos del Ministerio, en la legislatura 1982/1986, entendían que la prevención era una “*respuesta inútil e improcedente*” para resolver los problemas de drogas (Lamo de Espinosa, 1982; Lamo de Espinosa, 1983).

Esta actitud del Ministerio provocó dos consecuencias importantes en el desarrollo de la prevención escolar, la primera que las Comunidades Autónomas que habían recibido las competencias en esta materia (Cataluña, País Vasco, Galicia, Valencia y Canarias) pudieron (aunque no todas lo hicieron) poner en marcha programas de prevención escolar y la segunda consecuencia se refiere al hecho de que las Comunidades que no recibieron las competencias hasta muchos años después no contaron con demasiada colaboración por parte del Ministerio (o de sus Direcciones Provinciales), a pesar de que, en algunos casos, las leyes y planes autonómicos de drogodependencias daban una gran importancia teórica a la prevención escolar.

Este hecho provocó situaciones de “doble vínculo” (por evitar decir surrealistas), ya que varias Comunidades emitieron textos legales que sólo se podían aplicar (y de hecho se aplicaron) “*entrando ilegalmente*” en los centros escolares sin recurrir a la preceptiva vía institucional. Es decir, como entidades externas a las que cada centro autorizaba, por su cuenta, a actuar (o no) en el mismo. No sé hasta qué punto, los profesionales y responsables de estas Comunidades eran conscientes de la situación, pero, de hecho, no la ignoraban y la demostración es que los profesionales de la prevención

diferenciaban (y lo hacen desde entonces) entre los centros escolares colaboradores, voluntariosos y “majos” de aquellos que no lo eran (Megías y otros, 1998).

Es como si para poder ofertar una asignatura cualquiera, matemáticas por ejemplo, hubiera que pasar por el trámite de que a la dirección (o al consejo escolar) estuvieran interesados en que sus hijos/as recibieran esta formación. Lo más curioso es que esto ha sido así en todo tiempo y en casi todas partes, los profesionales de la prevención se han acostumbrado a ello y ya no les parece extraño depender, a nivel concreto, de la buena voluntad de sus interlocutores, para trabajar en programas que han sido aprobados por los parlamentos regionales y poseen un carácter formal y legal y que, según el papel, obliga a todas las instituciones, incluidas las educativas. Es decir se supone que todos los centros escolares deberían contar con algún programa de prevención que **todos ellos** deberían solicitar, sin ninguna excusa, la presencia de estos profesionales.

Aunque es cierto que a partir de 1986, el cambio de equipo en el Ministerio de educación propició un proyecto de gran alcance en las 11 Comunidades que aún no habían recibido sus transferencias (Aguado, Comas y Martín, 1986), pero su corta duración (no más de dos cursos en alguna de ellas), aún confundió más las cosas, en parte porque la relación entre el sistema educativo en cada Comunidad sin transferencias educativas y los Planes Regionales de Drogas requería de la previa (e inexistente) coordinación entre el Ministerio de Educación y el Plan Nacional de Drogas. A la vez en todos los territorios, todos los responsables institucionales y para todas las actuaciones concretas consideraban que la coordinación era un tema básico.

La respuesta adoptada desde el Ministerio de Educación fue aún más paradójica, ya que se otorgó plena autonomía a las antiguas



Direcciones Provinciales de Educación en las Comunidades sin trasferencias educativas y estas lo “arreglaron” dotando de pequeños presupuesto y autonomía a los “Centros de Formación del Profesorado” (Ongil, 1990). Es decir, en vez de asumir la profilaxis del perro se responsabilizó a las pulgas para que se ocuparan de la salud del can.

3. LA PREVENCIÓN EN EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1985/1995)

El Plan Nacional sobre Drogas es el resultado de una noción aprobada por el Parlamento Nacional en la sesión del 27 de octubre de 1984, tras el debate sobre el Estado de la Nación. Dicha noción establecía la necesidad de “*elaborar un plan de prevención contra la droga en el que se contemple la reinserción social de los drogadictos*”.

Algo que suponía un potente espaldarazo para el apoyo institucional que requería la implementación de una política de prevención. Pero de hecho no fue así. Ya hemos podido contar como hasta el año 1986 el Ministerio de Educación se negó a participar en proyectos de prevención, pero con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas (del que formaba parte) la negativa ya no fue formalmente posible, sin embargo el Ministro de Educación y Ciencia como tal nunca formó parte del Grupo Interministerial (en el que si estaban el de Sanidad, Justicia, Trabajo e Interior), además en el Grupo Técnico Interministerial (el verdadero órgano de coordinación del Plan) figuran diferentes Secretarías de Estado y Direcciones Generales, pero Educación está representado solo por un Asesor Ejecutivo. Aunque es cierto que en el texto del Plan el Ministerio de Educación aparece desarrollando una serie de prioridades, pero muchas de ellas no fueron nunca aplicadas.

Pero esto no es todo porque si bien el Plan dedica uno de sus seis capítulos a la prevención, lo hace en términos muy genéricos y además subdivididos en dos subcapítulos que tratan de mostrar un cierto equilibrio. De un lado la “reducción de la demanda” (prevención en el sentido estricto) y por otro la “reducción de la oferta” (acción policial y judicial a la que también considera prevención). Con la circunstancia de que el tipo de acciones propuestas en cada uno de estos apartados son muy desiguales, así mientras que en el ámbito de la “reducción de la demanda” propone acciones puntuales de bajo coste y expresadas como “se debería...”, en cambio en el ámbito de la reducción de la oferta se proponen cambios legales de mucho calado y especialmente actuaciones bien definidas que implican mucho personal y abundantes recursos presupuestarios.

Estas diferencias permiten entender que en los años siguientes, y con los datos de las propias Memorias del Plan Nacional, las diferencias presupuestarias entre “reducción de la demanda” y “reducción de la oferta” resulten tan favorables a la segunda, a pesar de que los presupuestos atribuidos a la reducción de la oferta reflejen los costes reales, mientras que en el caso de la demanda, se suelen incluir todos los costes del programa por ejemplo “centros de información juvenil” o “reforma y mejora del sistema educativo”.

Asimismo en la reducción de la demanda se apela a una sistemática de acciones protagonizadas solo por el tercer sector, mientras que la reducción de la oferta se refiere solo a iniciativas del sector público. Lo que quizás explique la trayectoria desde 1987/88 de la FAD, una organización dedicada a la prevención, que no tiene su equivalente en asistencia ¿Por qué ocurre esto? Pues la prevención parece ser una “responsabilidad social” (quizás también la reinserción), mientras que la asistencia la reducción de la



oferta y por supuesto la investigación son tareas de lo público en las que no conviene que intervengan otros actores.

Esto explica también el mayor hándicap de la Prevención (o si se quiere de la reducción de la demanda), que se puede identificar con la noción de “**doble etiqueta presupuestaria**” que consiste en que un programa o una actuación pre-existente y que como tal ya consta en los presupuestos, sean del Estado, de una Comunidad Autónoma o de un Municipio, sigue desarrollándose como tal, pero a la vez, se le añade otra etiqueta, con otra finalidad, que se superpone a la anterior, pero que en un Plan de Drogas aparece como si el destino exclusivo de esta partida presupuestaria fuera la prevención. La doble etiqueta puede llegar a ser, especialmente en ámbitos educativos y sociales, triple, cuádruple o incluso más.

Como consecuencia si un programa (y su correspondiente partida presupuestaria) tienen a la vez varios usos y finalidades, resulta incongruente que todo el presupuesto se atribuya de forma particular a todos y cada uno de ellos. Es cierto que, especialmente en los años posteriores a la puesta en marcha de PNsD, se justificó este proceder desde la argumentación, puramente teórica, de que la prevención debía ser “inespecífica”, a lo que algunos alegamos “*perfecto, pero con su propio y exclusivo presupuesto*”.

Pero la administración pública lo hace, en una gran medida, porque desde el nivel político se exige que se desarrollen acciones, planes y programas a coste cero. Como consecuencia y por pura lógica esta práctica debería legitimar a los ciudadanos, para que, cuando presentan su declaración de renta y se pueden aplicar deducciones por el motivo que sea, las aplicaran dos, tres o más veces, ahorrándose así una parte importante de la cuota. Desde luego la reacción de la Agencia Tributaria no se haría esperar. De la misma

manera el Parlamento Nacional (así como los autonómicos y los plenos municipales) deberían actuar contra las dobles etiquetas presupuestarias que constituyen un fraude a la ciudadanía.

En este sentido presentar la reducción de la oferta y la reducción de la demanda como dos intervenciones complementarias y equivalentes, puede ser incluso considerado razonable, pero deja de serlo cuando observamos la distribución de medios, recursos y responsabilidades reales que se atribuyen a cada una. Porque en el capítulo del Plan titulado de forma paradójica “prevención” no hay nada (salvo palabras) para la prevención en sentido estricto y mucho para la represión o el control del narcotráfico. También es cierto que esta misma situación se reproduce en el capítulo titulado “asistencia”, en el que “lo terapéutico”, aparece con recursos específicos y muy bien dotados, mientras que la reinserción social solo se menciona de pasada como una competencia que sin ningún objetivo o prioridad se atribuía a los servicios sociales comunitarios “*existentes o que fuera necesario crear*” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985).

En resumen, el Parlamento aprobó una moción instando a la creación de un Plan de prevención y reinserción y el documento final se centraba en la asistencia y la represión.

Para comprender como fue posible esta inversión de contenidos hay que tener en cuenta que el Plan Nacional sobre Drogas, fue el resultado del impulso de determinados agentes sociales que representaban grupos de interés y que impusieron sus particulares puntos de vista. Mientras se discutía el Plan, el organismo competente en la materia³ la Comisión Interministerial sobre Dro-

³ La Comisión Interministerial sobre Drogas había sido creada el 15-12-1978, se constituyó formalmente el 8 de febrero 1979 y en realidad hasta 1984 su actividad había sido escasa, en parte porque retomaba las



gas que se ubicaba en la Dirección General de Acción Social, pero las decisiones sobre el contenido y la estructura del Plan las tomaron los Ministros de Sanidad Ernest Lluch (a cuyo Ministerio se trasladó finalmente el Plan) y el de Interior José Barrionuevo, con la presencia de actores secundarios de Justicia, Trabajo y Acción Social, y por supuesto con la ausencia de Educación.

Este perfil político explica la profunda reorientación que sufrió el Plan, desde la moción del parlamento hasta la aprobación del mismo (aunque fue por unanimidad). Pero además y en paralelo, una de las últimas actividades de la Comisión Interministerial sobre Drogas fue la firma de un convenio con Cruz Roja Española a través del cual entre 1984 y 1986, se realizaron una serie de investigaciones que dieron lugar a una colección de publicaciones, que crearon el relato de lo que ha sido, tanto en términos institucionales como profesionales la orientación hegemónica del Plan. En la colección de publicaciones (excelente por otra parte) que produjo el mencionado convenio, se percibe cómo la asistencia y lo terapéutico pasan a ocupar el lugar más relevante, porque a la misma se dedicaron la mayoría de los trabajos, que además se plantearon cuestiones institucionales, funcionales e incluso reformas administrativas, así como prioridades, objetivos y una valoración de los recursos para alcanzarlos. En cambio en prevención, con un solo texto, se limitó a presentar algunas cuestiones metodológicas en términos pedagógicos sin llegar plantear temas institucionales o de recursos (Oñate, 1984). Lo mismo ocurrió en reinserción social.

El cambio entre la propuesta parlamentaria (prevención/reinserción) y el resultado administrativo (asistencia/control), fue

tareas de la Comisión Interministerial para el estudio del problema de la droga, creada en 1973 y que se limitó a emitir un Informe bastante completo.

posible porque los primeros se convirtieron en temas de debate metodológico, mientras los segundos ocuparon el territorio de las estructuras institucionales y administrativas y por supuesto la gestión de los recursos.

Podemos observar como esta deriva se plasmó en la práctica a través de la Revista COMUNIDAD Y DROGAS (1986/1992), incluida la colección de Monografías, así como los Cuadernos Técnicos y Otras Publicaciones, del Plan Nacional sobre Drogas que constituyen un excelente referente de la pérdida de relevancia de la prevención convertida en una mera cuestión de debate metodológico. Un debate además muy circular y que de forma progresiva cada vez tenía menos que ver con la realidad de las intervenciones. Esta situación fue expresada por una parte sustancial de las contribuciones que aparecieron en un texto que trataba de posicionarse fuera del discurso institucional y analizar la realidad de los hechos (Comas el alt, 1992).

4. LAS CONCLUSIONES DEL “LIBRO BLANCO SOBRE LA PREVENCIÓN” (1996)

Como consecuencia de todo ello, en el año 1995 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas estaba preocupada por la falta de visibilidad de las iniciativas preventivas, había realizado numerosos esfuerzos para fundamentar técnicamente la prevención, pero el tema tenía un escaso impacto mediático e incluso algunas voces se hacían eco, cada vez con mayor frecuencia, del “fracaso de la prevención”.

Para tratar de entender y de diagnosticar lo que ocurría se contrató al Grupo GID (ahora Fundación Atenea) para que realizara un trabajo empírico y sistemático de rastreo y características de las acciones y programas de prevención en todo el territorio del Estado (Grupo Interdisciplinar



sobre Drogas, 1996). Fue un esfuerzo colosal, que contó con un equipo muy amplio, coordinado por Javier García y supervisado por Domingo Comas y José Carrón, formado por más de treinta personas, que incluía a muchos profesionales dedicados en lo local a la prevención y a un equipo con gran experiencia para el trabajo de campo. La duración del proyecto se prorrogó más allá de un año y los resultados fueron recogidos en varios volúmenes⁴.

En cuanto al diseño metodológico, se articularon cuatro tareas, la primer una recopilación bibliográfica de todo lo publicado en España en torno a prevención incluida la literatura gris y la descripción de programas y actividades. La técnica fue la bola de nieve y un amplio dispositivo de informantes locales. Se utilizó un criterio de selección amplio para que ningún “tipo de prevención” quedara excluido.

La segunda tarea fue la elaboración de un censo sistemático sobre cualquier programa, acción o actividad realizada entre 1980 y 1995. Los datos se recogieron en una ficha-cuestionario (1.308), utilizándose para dicha tarea la misma metodología y criterios que en la tarea anterior. Posteriormente se realizó un análisis individualizado de 966 programas o proyectos.

La tercera tarea consistió en una selección de “micro-entornos” a los que se aplicaron instrumentos metodológicos cualitativos para intentar profundizar en la lógica real de la prevención en los mismos. Finalmente, la cuarta tarea consistió en una revisión sistemática de los datos de consumo en el periodo estudiado.

4 Agradezco a Carlos López (Fundación Atenea) la realización de un Informe Ejecutivo que me ha librado de volver a repasar aquel, por otro lado, tedioso trabajo. Un repaso que por razones obvias me produce mucho malestar personal.

En cuanto a los resultados, voy a destacar los más llamativos: a) la fuerte presencia del ámbito municipal, b) la mayor parte de los programas censados se declaraban específicos y se referían a intervención primaria, c) la mitad eran esencialmente informativos, d) la población objetivo eran los adolescentes, e) el ámbito con mayor número de intervenciones era el educativo aunque la mayor parte de las actuaciones finales correspondían a ONGs, f) existía mucha literatura sobre la intervención comunitaria pero escasas iniciativas, g) en el ámbito sanitario las iniciativas eran nulas e incluso suscitaban rechazo, h) lo mismo ocurría con el ámbito laboral, i) en el ámbito de los medios de comunicación se observaba una creciente tendencia hacia una información más rigurosa y orientada en una perspectiva preventiva.

Finalmente el informe destacaba los puntos débiles de la intervención preventiva: a) recursos insuficientes⁵, b) inestabilidad del personal-clave, c) discontinuidad de las iniciativas, d) exceso de voluntarismo, e) errores metodológicos en la planificación y falta de evaluación. Obviamente este último punto tenía mucho que ver con la falta de recursos propios y la inestabilidad del personal-clave.

5. LAS CONSECUENCIAS INESPERADAS DEL “LIBRO BLANCO”

Pero los hallazgos del denominado coloquialmente “Libro Blanco” (aunque en realidad era esto) no sirvieron para nada. Cuando llego el momento de la presentación formal se creó una comisión de expertos para discutirlo y el debate produjo dos facciones, la primera formada por los profesionales

5 Fuimos conscientes de que si eliminábamos los recursos con doble etiqueta la insuficiencia se convertía en “inexistencia” de recursos.



que trabajan sobre el terreno, que se felicitó por la correcta descripción e interpretación de lo que ellos vivían realmente en lo cotidiano, la segunda formada por los máximos responsables del tema en el Plan Nacional sobre Drogas, la cual expresó, sin ningún dato o argumento concreto, que “el diagnóstico de precariedad no podía ser correcto” añadiendo que esto era la consecuencia de un trabajo de campo insuficiente y no había sido capaz de detectar muchos programas y recursos que “seguramente existían”. Lo cual era absurdo por la metodología y el despliegue utilizado.

También es cierto que aunque el trabajo no incluía, por pura discreción, conclusiones como el análisis realizado en el apartado 3 de este artículo sobre el desinterés institucional en la prevención real, se podía entender perfectamente que los magros resultados en la implantación de la misma, tenían algo que ver con las actitudes de las administraciones y en particular con la inexistencia de recursos suficientes para desplegarla.

En todo caso los no aludidos, pero que se sabían responsables, trataron de evitar que el diagnóstico fuera conocido, por lo que se prohibió la difusión de los documentos y se estableció un cierto consenso de silencio administrativo en torno a los mismos.

Aunque a la vez los principales responsables entonces del Plan Nacional publicaron, como autores, el informe ejecutivo del “libro blanco”, aunque censurando algunas partes (las más negativas y en particular la cuestión de la falta de recursos) y pulieron otras, para llegar a asumir la conclusión de que era cierto que no se había promovido de una forma adecuada la prevención, aunque sin expresar sus posibles causas, eludiendo de nuevo la falta de financiación, lo que les llevaba a poner en primer plano la cuestión de “las metodologías y los problemas metodológicos” que se suponía se iban

a podían corregir adoptando “otras alternativas metodológicas” (Robles, Martín y Moncada, 1997). Es decir, las carencias no tenían que ver con la falta de dinero, ni con la falta de compromiso institucional, ni con la carencia de un modelo en la administración, ni con la escasa legislación sobre el tema, sino más bien con los déficits técnicos de los propios profesionales.

Esta “otra metodología” se concretó en los años siguientes en el modelo de “prevención basada en la evidencia” (Salvador y Martínez, 2002) que se suponía compensaba o limitaba las carencias de los profesionales y en la sustitución de la clasificación entre primaria, secundaria y terciaria, por la equivalente clasificación entre universal, selectiva e indicada, que permitió trasladar el foco de la intervención de lo primario/universal a lo secundario/selectiva y lo terciaria/indicada. Lo cual nos hace sospechar que el diagnóstico de las carencias detectadas por el Libro Blanco, se intentó resolver por una parte con una narración más metodológica y por otra parte con el abandono de las prácticas habituales, muy primarias, genéricas e incluso “participativas” y su sustitución por programas más limitados en la población objetivo como son la mayoría de los programas selectivos e indicados (Comas, 2006). Obviamente esta transformación evitaba, al menos en parte, afrontar el problema de la falta de recursos presupuestarios. También hay que señalar la existencia de propuestas que trataban de reequilibrar la evidencia, con la realidad y la necesidad de participación social con mayor o menor éxito (Alonso, 2005; Martín, 2005).

Como consecuencia en el primer caso se consiguió que el objetivo del trabajo preventivo se convirtiera en proyectos para establecer evidencias, no necesariamente basadas en estándares de evidencia científica reconocibles, ni tan siquiera los criterios básicos muestrales



y de aleatoriedad y no digamos ya la triangulación, la racionalidad, la evaluación y la falsabilidad, de tal manera en la mayoría de las supuestas evidencias solo hay una declaración cuasi-ideológica de inductivismo o empirismo espontáneo (Comas, 2014). Como el objetivo parece incluso más publicar que reducir el consumo o el impacto de las drogas. Y en el segundo caso la transformación de la terminología facilitó recomponer el esquema de las prioridades de actuación adaptándolo al modelo de micro-proyectos escasos pero conectados en red, que no requerían evaluaciones globales (tampoco era posible sin un fuerte compromiso institucional) pero si evidencias cuya finalidad no era tanto la salud de las poblaciones afectadas como la participación en la propia red de expertos reconocidos (Comas, 2006).

Esta transformación supuso la desaparición de la revista "IDEA Prevención", cuyo primer número había aparecido en 1990 y el último, el 26, a principios de 2003. "IDEA prevención" era una publicación sobre "buenas practicas" seleccionadas entre los diversos programas que efectivamente se realizaban en España, aunque tenía una interesante parte internacional. Obviamente tras el Libro Blanco no se podía permitir una nueva foto de las carencias, carencias presupuestarias en particular, que afrontaba la prevención. Y una vez establecido este hecho, "IDEA Prevención" sin duda lo estaba reflejando y por tanto podía ser peligrosa.

6. LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE DROGAS Y LA PREVENCIÓN (2000/2016)⁶

Un par de años después, en 1999, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas elaboró un documento de Plan

⁶ Los documentos citados pueden encontrarse en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Estratégico (2000/2008) que fue aprobado el 19 de diciembre del mismo año. El Plan Estratégico venía a sustituir el documento del Plan Nacional y se aplicó en dos fases, o Planes de Actuación, el primero entre 2000 y 2004 y el segundo entre 2004 y 2008. En este último año se aprobó un segundo Plan Estratégico (el 23 de enero de 2009), que también ha contado con dos Planes de Actuación, el primero entre 2008 y 2012 y el segundo entre 2012 y 2016. Puede observarse el perfecto encaje entre cada legislatura nacional y los planes de actuación, aunque no ocurre lo mismo con las legislaturas autonómicas.

El primer Plan Estratégico daba una gran importancia a la prevención, de hecho de 31 páginas destinadas a objetivos, 13 tenían que ver con prevención (5 con reducción del daño, 8 con asistencia y 5 con control de la oferta) y todo parecía ajustarse a un balance de la situación, que recordaba mucho (aunque matizadas), las conclusiones del Libro Banco, especialmente en sus metas entre las cuales la más extensa afirma:

"Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo, el alcohol y el tabaco. Pero se trata, fundamentalmente, de una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria. La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. Por ello resulta necesario incluir actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo".



Por su parte los 14 objetivos generales, bastante concretos, se desagregaban en indicadores aún más concretos, que, facilitaban la evaluación de los logros. Pero la estrategia carecía de una memoria económica o presupuestaria. Ni tan siquiera se citaba o se suscitaba dicha cuestión. Lo cual ahondaba la diferencia entre prevención (que carecía de recursos) y el resto de las actuaciones (que si los tenían). Por este motivo resultó extraño que en la evaluación final de dicha estrategia, aunque los objetivos en materia de prevención fueran los que se alcanzaron en menor proporción (46%), casi el 82% mostraban algún tipo de mejora. Pero significativamente el punto de partida en dicha mejora (o en el cumplimiento) era mucho más alto de lo que se podía deducir por los datos del Libro Blanco⁷. Lo que combinado con el hecho de que la evaluación de la estrategia fue una auto-evaluación realizada por las propias administraciones responsables de alcanzar dichos objetivos, es decir los planes autonómicos de drogas, no deja la duda de que ¿hasta qué punto son ciertos dichos logros?.

Por su parte el segundo plan estratégico es menos concreto, y si bien dentro de los objetivos generales (son 13) la prevención ocupa un lugar relevante, los cuatro primeros se refieren de forma específica a la prevención y los cuatro últimos (formación, investigación, evaluación y coordinación) parecen especialmente redactados pensando en la prevención y sus carencias. Pero en los ámbitos de actuación apenas se añade nada concreto a estos objetivos generales, aunque se vinculan a poblaciones diana y ámbitos de actuación genéricos. No hay objetivos concretos, como si los hay, en oca-

siones muy concretos incluso, en el resto de la estrategia, incluida investigación y cooperación internacional. Por supuesto tampoco hay memoria económica.

Esta segunda estrategia aún no se ha evaluado, pero es cierto que renuncia a la auto-evaluación e indica que se deberá realizar de forma “mixta” con participación de la administración pero también de otros agentes y actores sociales.

7. LA CRECIENTE INVISIBILIDAD DE LOS PROGRAMAS REALES DE PREVENCIÓN

En el año 2009 la asociación Socidrogalcohol publicó un número monográfico de la revista adicciones que con la excusa de realizar una “*historia de las adicciones en la España contemporánea*” revisaba, de forma muy amplia y sistemática, la trayectoria de dicha asociación (Torres et al., 2009). Los autores son cinco médicos psiquiatras que han ocupado cargos de responsabilidad en la misma, lo cual, de entrada, resulta excéntrico en un ámbito profesional tan feminizado y tan multi-disciplinar en el cual los psiquiatras representan una ínfima minoría, incluso entre el resto de los sanitarios. El relato en todo caso resulta muy completo si lo consideramos desde una perspectiva peculiar: las sustancias y el “abordaje” a cada una de ellas desde una perspectiva en la que prima lo neurológico. Sin duda algo relevante pero que no representa la totalidad del ámbito de las drogas, aunque intenta serlo en el ámbito de las adicciones “con sustancia”.

La cuestión es que las prácticas preventivas en cuanto tales apenas son mencionadas en el amplio texto, a pesar de que la palabra clave “prevención” es la que recibe más menciones en el análisis de los 1.141 artículos relativos al tema de las drogo-

7 Los datos de la evaluación parecen dar la razón a aquellos que alegaron que el Libro Blanco no había localizado muchos programas. Aunque, claro, nunca sabremos como los localizaron después desde el PNSD, tanto para determinar cuál era el punto de partida del Plan Estratégico, como para obtener tan brillantes resultados.



dependencias (en el entorno de la propia asociación). He asistido a algunas Jornadas anuales de Socidrogalcohol, y de alguna manera, he sabido de sus programas e incluso alguna persona vinculada a la Fundación Atenea ha participado en muchas, siendo bastante obvio que la práctica de la prevención ha estado presente en casi todas ellas y en algún caso de manera relevante. ¿Por qué entonces desaparece la prevención en el relato? Pues en parte porque la asociación ha adoptado el criterio de “Prevención basada en la evidencia”, y obviamente son muchos los textos que no cumplen con este criterio.

En su página de inicio la asociación anuncia que pone en marcha una página web basada en estos criterios y en la misma analiza 48 programas españoles (otros 5 están en proceso) y solo 4 programas ofrecen una “calidad moderada”, otros 8 programas una “calidad baja” y el resto una “calidad muy baja”. Los criterios para establecer lo que es evidencia y diferenciarlo de lo que no es, se derivan de la propuesta de MBE de la Universidad de Ontario, lo que explica la propia clasificación, que sería otra si se utilizaran los estándares de evidencia científica consensuados por la comunidad científica y no solo por una titulación académica concreta (Comas, 2014). En todo caso, sea cual sea el criterio, tienen razón los responsables de la página web: en España (y como veremos en el resto de la UE), apenas hay programas de prevención basados en la evidencia, porque sus condicionantes, y muy en particular los estándares consensuados de evidencia científica, no se pueden cumplir en el entorno de la realidad de nuestras sociedades salvo tener una financiación continua y adecuada. Algo a lo que solo acceden los programas de investigación, aunque raramente en España, y nunca lo harán los programas de intervención. Quizás por este motivo en la Guía del Observatorio Europeo sobre Estándares de Calidad en Prevención, hay 56 criterios de calidad y

solo 14 programas, en toda Europa, que se definen como “buenas practicas”. [Http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220566_ES_Est%C3%A1ndares%20prevenci%C3%B3n%20OEDT%20ES%2024.07.2014.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220566_ES_Est%C3%A1ndares%20prevenci%C3%B3n%20OEDT%20ES%2024.07.2014.pdf).

Por tanto la óptica de la prevención basada en la evidencia es en la práctica, una fórmula para lograr la invisibilidad (y reducir al mínimo), los programas de prevención. Entonces ¿no se puede hacer nada? Si, desde luego, se trata de comenzar a orientar a los profesionales de la intervención en las categorías y los estándares de la evidencia científica, no tanto para exigirles su cumplimiento inmediato y formal como promocionar una tendencia hacia la efectividad real y contrastada. Pero para ello la lógica de la prevención basada en la evidencia debe situarse en el propio ámbito de estos profesionales y no en el de unos evaluadores de evidencia externos.

Es decir, no se trata tanto hacer una valoración final con criterios del propio evaluador, sino valorar la capacidad de mejora y adaptación de los equipos profesionales en una perspectiva de trabajar con la evidencia. Aunque es cierto que esto no resulta fácil de hacer en el actual marco presupuestario.

Esto significa, a la vez, que si bien las recopilaciones de evidencia son útiles no son una guía para la intervención, aun aquellas que están, en términos académicos, muy bien formuladas (Becoña, 2002). Puede existir un diseño lógico adecuado de como planificar la intervención, pero las bases científicas pueden ser contradictorias, complejas, han sido seleccionadas entre muchas y como ocurrió con el crucial “Parque de las ratas” manipuladas para ser olvidadas.

Más útiles resultan para los profesionales las guías institucionales para la planificación y evaluación: www.emcdda.europa.eu/.../att_78087_ES_EMCCDDA-manuals1-es.pdf.



Y en particular las realizadas en España y con materiales y ejemplos propios de nuestra forma de trabajar (Arbex, 2013), que al ser publicadas por el propio Plan Nacional de Drogas nos inducen a pensar que la política de la invisibilidad preconizada por los modelos de prevención basada en evidencia, se compensa por otros trabajos que permiten sostener otro modelo de evidencia, más abierto, más participativo, más riguroso con la metodología pero menos estricto con aspectos formales. Aunque esta cuestión comenzó a ser abordada apenas hace unos años (FAD, 2009).

8. EL INFORME “PLANIFICACIÓN LOCAL EN DROGODEPENDENCIAS” (1913)

En el año 2013 la FEMP y el Plan Nacional sobre drogas encargaron a la Fundación Atenea⁸ un estudio sobre los Planes Municipales de drogas en los municipios de más de 20.000 habitantes, es decir aquellos que según la Estrategia Nacional 2000/2008 tenían la obligación de dotarse de un Plan Municipal de drogas. Siendo el objetivo de que al menos un 50% de los municipios de este tamaño alcanzaran dicha meta. En el año 2004 (en la evaluación intermedia) ya eran el 71,1% y en 2008 se había alcanzado la cifra de un 80,0% de los municipios de más de 20.000 habitantes que tenían un PMD, lo que parecía un gran éxito o más bien un éxito muy redondo (Fundación Atenea, 2013).

En el estudio de 2013 se trataba, como en el Libro Blanco de 1996, de realizar también una tarea censal, aunque para este caso, fue menos trabajosa, porque se partió del listado de los municipios de más de 20.000 habitantes (con la indicación de los que constaba que

tenían un PMD y la personas de contacto) aportado por la FEMP y se les pasó, tras un previo contacto personal/institucional, un cuestionario on-line. Para evitar la pérdida de los municipios que no figuraban con PMD en la FEMP, se contactó con todos y cada uno de ellos, en ocasiones varias veces, y también se requirió información sobre los mismos en la siguiente fase de la investigación, que consistió en 80 entrevistas y 6 grupos de discusión de seis territorios más o menos cercanos y con personal técnico de estos planes. Ningún municipio de más de 20.000 habitantes dejó de ser exhaustivamente investigado. El objetivo no era sólo saber quién tenía y quien no tenía Plan sino como se producía la planificación local en el ámbito de la prevención.

El porcentaje de respuesta del cuestionario fue del 70,81% y por el seguimiento aplicado parece razonable pensar que el 30% restante no nos proporcionó un contacto, ni lo encontramos, ni nos contestaron, porque no tenían PMD o actividades en materia de prevención de las drogodependencias. De las respuestas el 88% realizaban algún tipo de actividad y el 42% contaban con un PMD. Como puede observarse hay una notable diferencia entre estos datos y la auto-evaluación del Plan Estratégico Nacional (2000/2008). Ya que si bien el 80% declaraba en dicha evaluación que tenía PMD en 2008, en realidad, en 2013, eran solo un 32,9%, en una constatación externa, sistemática y rigurosa.

Es cierto que contrastando las fechas de inicio una parte importante de estos PMD se habían creado durante la vigencia de dicho Plan Estratégico, pero también resultaba evidente que el objetivo del 50% no se había cumplido, a pesar de las declaraciones tan optimistas efectuadas en la evaluación del mismo. Es decir, debemos suponer que “tenían Plan” aquellos municipios que así lo hacían constar a las CCAA, aunque esta fuera solo una declaración de intenciones.

⁸ El trabajo fue coordinado por Yolanda Nieves de la Fundación Atenea y contó con el apoyo de Alfonso Ramírez de Arellano.



Pero no era esta la única carencia. Los datos de los cuestionarios, que fueron corroborados tanto en las entrevistas en profundidad como en los grupos de discusión, mostraron que aun en aquellos ayuntamientos que tenían PMD su situación no era demasiado boyante. Aparece en los mismos una falta de coordinación y colaboración de otras áreas, personal escaso, pocos recursos presupuestarios, aunque menor dotados los casos en que existe una financiación autonómica estable, y en general un sensación de falta de medios con los que encarar las tareas encomendadas. También en cierto que, en muchos casos, la existencia de comisiones locales de drogodependencias y/o participación, de las que suelen formar parte las entidades del tercer sector, articulan iniciativas de interés, buenas prácticas y motivación profesional. Como curiosidad señalar que en los grupos de discusión, aunque no figure en el Informe, se señaló que *“debería trabajarse en la óptica de prevención basada en la evidencia”*, pero que los *“medios disponibles para el conjunto de las tereas municipales lo imposibilitaban”*. Es decir estaban dispuestos, de forma disciplinada, a aceptar las propuestas institucionales en materia de prevención, pero no disponían de los recursos adecuados para hacerlo.

9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tras cuarenta años (casi medio siglo) de acciones en materia de prevención en España la trayectoria histórica no resulta demasiado halagüeña y se parece demasiado a los simulacros que muestran los balances de otras políticas y planes de actuación públicos como es el caso de las publicitadas políticas de juventud que ocupan un lugar tan relevante en casi todas las campañas electorales y que en la práctica no son otra cosa que simulacros (Comas, 2007; Castaño y Zinku-

negi, 2011). Parece claro que existe una tendencia, que podríamos identificar incluso como una dimensión cultural de nuestras prácticas políticas, caracterizada por las retóricas maximalistas en combinación con la ausencia de medios y recursos para alcanzar los objetivos enunciados. El estilo político que define este modelo de actuación se resume en la expresión *“poder figurar y tener argumentos a partir de las escasas actuaciones reales que se emprenden”*. La cobertura legal para poder actuar así es la doble etiqueta presupuestaria que tan bien conocen los profesionales del ámbito de prevención.

Pero el diagnóstico de la responsabilidad de la retórica política resulta insuficiente por si mismo, porque no tiene en cuenta otra característica, que quizás forme parte de la misma dimensión cultural y que se puede enunciar afirmando que esto no ha impedido que en el nivel local y micro existan experiencias de interés, en general poco publicadas y escasamente publicitadas, resultado del esfuerzo de profesionales motivados y entregados que en solitario o con escuetos (y compartidos) equipos y con el apoyo de algunos políticos locales o sectoriales, han tejido una red de buenas prácticas cuya existencia parece no encajar demasiado con las retóricas políticas globales, porque son *“poca cosa”* si las comparamos con los *“grandes relatos”* de la prevención que, en el pasado ofrecían los criterios morales e ideológicos y que en la actualidad se sustentan sobre la selección burocrática de una supuesta evidencia.

Pero a la vez la existencia de estas experiencias y buenas prácticas reales sirve como justificación institucional para afirmar que *“la prevención existe”* cuando se denuncia la precariedad en la que se desenvuelve. Expresado en otros términos: la demagogia y el simulacro del maximalismo político ignora las prácticas reales, pero también las utiliza



como argumento cuando tiene necesidad de responder a las críticas de que “no se hace nada en prevención”.

Por su parte los profesionales que actúan y que realizan estas buenas prácticas se suelen mover entre el deseo de explicar lo que ocurre y la necesidad de no poner en peligro aquello que han conseguido mantener o preservar.

Si las políticas y acciones en materia de prevención no se transforman a fondo, ya solo pueden ser un conjunto de rituales, que como todos, no tienen otra función que calmar el malestar de la ciudadanía. Esta necesaria transformación debe realizarse, al menos sobre tres planos, el primero dotándolas de medios y recursos adecuados, el segundo priorizando el modelo de buenas prácticas reales, asumiendo que estas poco tienen que ver con la evidencia seleccionada (Comas, 2014), obtenida mediante experimentos a los que se suele calificar de aleatorios sin serlo y realizados de forma exclusiva en un solo país. Finalmente el tercer plano se refiere a la necesidad de reforzar el papel y la capacidad de decidir de los propios profesionales involucrados, aquellos que en el pasado tenían este reconocimiento pero que en los últimos años han sido objeto de demasiadas descalificaciones incluida la de “magos que no utilizan el conocimiento científico”⁹.

En resumen para avanzar desde el actual punto de realidad hay que definir el campo (Comas y Arza, 2000), obviar las retóricas (en particular las relacionadas con la evidencia de una supuesta enfermedad neurológica que lo explica todo) y de la que constituye un ejemplo la última publicación del organismo coordinador de drogas europeo (Buhler

9 No dudo que los magos existen, pero precisamente no suelen estar entre los profesionales que afrontan situaciones con escasos recursos y aunque a veces tengan que “hacer magia” para alcanzar algún objetivo.

y Thru, 2015), un texto excelente en términos de metodología de la ciencia, pero perfectamente prescindible e inútil para la práctica de la prevención, ¿para qué sirve entonces?: es un mero relato corporativo que solo vale para construir otros relatos corporativos y que entretiene a muy pocos. Definido el campo y obviado este tipo de literatura (formal pero fantástica) sólo hay que obtener lo que nunca se tuvo, es decir la financiación adecuada y poder así volver a empoderar a los/las profesionales. ¡Casi nada!, pero lo mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguado, Consuelo; Comas, Domingo y Martín, Emiliano (1986). *Dictamen para la planificación de la prevención de drogas en la Comunidad Escolar*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Alonso, Carlos (2005). “La prevención del consumo de drogas en España”. *Revista Española de Drogodependencias*, Vol 30, nº 3-4.

Arbex, Carmen (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.cen-docbogani.org/Archivos/Bibliografias>

Becoña, Elisardo (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNSD.

Buhler, Anneke y Thru, Johannes, (2015). *Prevention of addictive behaviour*. Lisboa: OEDT.

Castaño, José Andrés y Zinkunegi, Teresa (2011). “De la práctica del simulacro a la sistematización de la práctica”. En Comas, Domingo, *Las políticas públicas de juventud*. Madrid: INJUVE.



CIDUR (1980). *Juventud y droga en España*. Madrid: INJUVE.

Comas, Domingo (1981). "Para una sociología de las toxicomanías: Panorama y alternativas metodológicas para el estudio de los aspectos sociales y culturales del consumo de drogas en España". Zaragoza, Primer Congreso de Sociología del Estado Español.

Comas, Domingo (1984). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: INJUVE.

Comas, Domingo (1993). *Los jóvenes y las drogas en la perspectiva de los años 90*. Madrid: INJUVE.

Comas, Domingo (2006). "¿Prevención selectiva o prevención secundaria de riesgos?". En VV.AA., *Prevención selectiva del consumo entre menores vulnerables*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Comas, Domingo (2007). *Las políticas de juventud en la España democrática*. Madrid: INJUVE.

Comas, Domingo (2008). *Manual de evaluación para políticas, planes, programas y actividades de juventud*. Madrid: INJUVE.

Comas, Domingo (2014). *¿Qué es la evidencia científica y cómo utilizarla? Una propuesta para profesionales de la intervención*. Madrid: Fundación Atenea.

Comas, Domingo y Arza, Javier (2000). "Niveles, ámbitos y modalidades para la prevención del uso problemático de drogas". En GRUP IGIA, *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona/FAD.

Comas, Domingo; Espin, Manuel y Ramírez, Eugenia (1992). *Drogodependencias: Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid: Fundamentos/GrupoGID.

FAD (2009). *Problemas de drogas aquí y ahora*. Madrid: FAD.

Freixa, Francesc y Soler, Pere Antoni (editores) (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinar*. Barcelona: Fontañella.

Fundación Atenea (2013). *Evaluación diagnóstica de los Planes Municipales de Drogodependencias*. Madrid: FA.

Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (1996). *Reducción de la demanda de drogas. Prevención del abuso de drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

INJUVE (1969). "Encuesta de juventud 1968". *Revista Española de Opinión Pública*, nº 15.

Lamo de Espinosa, Emilio (1982). *Delitos sin víctimas en España*. Madrid: Alianza.

Lamo de Espinosa, Emilio, (1983). "Contra la nueva prohibición: los límites del derecho penal en materia de tráfico y consumo de estupefacientes". *Boletín de Información del Ministerio de Justicia*, nº 1303.

Martin, Emiliano (2005). "20 años de prevención familiar en España", en *Revista Española de Drogodependencias*, vol 30, nº 3-4.

Megías, Eusebio; Comas, Domingo; Elzo, Javier; Navarro, José y Vega, Amando (1998). *Los docentes españoles y la prevención*. Madrid: FAD/Santillana.

Mendoza, Eduardo y Vega, Amando (1980). *El papel del educador ante el problema de las drogas*. Madrid: Pablo del Río.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Plan Nacional sobre drogas*. Madrid: MSC.

Onate, Pedro (1984). *Prevención de las toxicomanías y educación*. Madrid: DG de Acción Social y Cruz Roja Española.

Ongil, Dolores (1990). *Evaluación de los programas de prevención de las drogodependencias en los centros educativos de la Comunidad Autónoma de Madrid*. Madrid: Edusalud.



Robles, Gonzalo; Martín, Emiliano y Moncada, Sonia, (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el PNsD.

Salvador, Teresa y Martínez, Isabel María (2002). "De la magia a la evidencia: desarrollo de las actuaciones preventivas en España". En FAD, *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD.

Torres, Miguel Angel; Santodomingo, Joaquín; Pascual, Francisco; Freixa, Francesc y Álvarez, Carlos (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*, Número especial de la revista *Adicciones*, Palma de Mallorca, Socidrogalcohol.