

# Capítulo VII PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y REINSERCIÓN EN MATERIA DE DROGAS Y ADICCIONES

Severiano Fernández Ramos

## 1. MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL

### 1.1. Introducción

Aun cuando cambian las sustancias, el perfil de las personas, las vías de administración, las modas, la percepción sobre las drogas y los propios riesgos de las mismas, el consumo de drogas constituye un problema complejo, constante y, en permanente evolución que genera fracaso escolar, baja empleabilidad, violencia en el ámbito familiar y conductas disruptivas.

Así, la extensión en España durante la década de los 80 del consumo de la heroína en forma de una epidemia fatal, que diezmó toda una generación de jóvenes y que generó importantes problemas de seguridad ciudadana, llevó a la drogadicción a constituir uno de los principales problemas de preocupación de la sociedad española, rivalizando incluso con el paro y el terrorismo, problema acentuado por la ausencia inicial de recursos de protección social y sanitaria adecuados para afrontar esta situación<sup>1</sup>. Ahora bien, la «crisis de la heroína» lo fue por el incremento de la inseguridad ciudadana y la conflictividad social que producía el aumento de

---

<sup>1</sup> Como señalara el Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga, «El fenómeno del consumo de drogas ilegales adquiere su primera gran extensión en un contexto socio-histórico determinado y que, en todo caso, provocó lo que se ha venido en calificar de «crisis» o «epidemias» referido a la aparición y rápida extensión del consumo de heroína por vía parenteral. A pesar de que el consumo de otras drogas, como cannabis y cocaína, también aumentó e incluso en la práctica la mayor parte de los casos eran y son de poli-toxicomanía, no cabe duda que la heroína determina las características del fenómeno y la respuesta que se iba a dar al problema. Son diversos los elementos confluyentes para la creación de un imaginario social en torno a los

los delitos relacionados con las drogas. No se empezó a considerar como un problema de salud pública hasta la aparición del VIH y VHC<sup>2</sup>.

Con posterioridad, el problema de la heroína fue remitiendo, gracias a los esfuerzos realizados por los servicios públicos y por la sociedad civil, y a la propia mortalidad de los afectados<sup>3</sup>. Pero el consumo de otras sustancias, a menudo inducido por los usos sociales vinculados a formas y modas de disfrute del ocio, evoluciona hoy día en sentido contrario. Así, constituye un motivo de preocupación el consumo inadecuado y excesivo de bebidas alcohólicas, la creciente aceptación social de los derivados del cannabis y la falsa percepción de su inocuidad, así como el consumo de otras drogas –las más conocidas las sintéticas, como el éxtasis y otras, en general, variantes de la anfetamina– en proceso de renovación constante, ligadas al ocio y la diversión, y, en particular la extensión del consumo de cocaína (el informe mundial sobre las drogas de la ONU de 27 de junio de 2007 declaró a España como el país donde más se consume cocaína, superando a los Estados Unidos de América)<sup>4</sup>.

También se produce, cada vez con mayor frecuencia, la utilización como drogas de algunos compuestos (precursores) que, siendo autorizados para actividades y consumos perfectamente lícitos y sin relación alguna con su utilización como sustancias psicotrópicas,

---

drogodependientes y su contexto social que se traduce en una gran alarma social, que condiciona de manera evidente una respuesta racional y alejada de las soluciones mágicas y de la satanización de los problemas».

<sup>2</sup> Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, *BOCG*, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 7.

<sup>3</sup> El citado Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, señaló: «Las poblaciones de heroínómanos envejecen progresivamente o padecen problemas sanitarios muy graves, una clara desintegración social y una historia de repetidos fracasos terapéuticos».

<sup>4</sup> El Informe de 24 de mayo de 2011 de la Ponencia de la Comisión Mixta Congreso-Senado, sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», sintetiza la evolución histórica del consumo de droga en España como sigue. En los años 80 los rasgos distintivos era: un consumo casi exclusivamente de heroína; un consumo casi únicamente masculino; un consumo altamente rechazado socialmente, debido a la frecuente conexión con la delincuencia; una alta percepción social del riesgo de la drogadicción; la gran soledad que aquejaba a las familias afectadas, y la consideración de la droga como un problema social, con respuestas aisladas y desde los servicios de atención social. En los años 90 las notas predominantes son: consumo creciente; cambio de sustancias, con la cocaína en ascenso, pero la heroína siempre latente; cambio del perfil del consumidor; comienza a calar la idea de que las drogas son un producto de consumo, sobre todo en el tiempo del ocio, que puede usarse con normalidad; aumenta el consumo juvenil; y surgen las primeras terapias médicas, si bien el tratamiento social es aún hegemónico. Desde 2000 a nuestros días se consolida el predominio de la cocaína, combinada con una amplia variedad de sustancias, por regla general aceptadas socialmente como producto de consumo normal y con usuarios de ambos sexos; se confirma el cada vez más temprano comienzo en el consumo (así continúan aumentando el consumo y la incidencia de las drogas entre jóvenes y adolescentes); debido al despegue del consumo de cocaína, irrumpe la patología dual; avanza y termina por consolidarse el tratamiento médico, a pesar de las disfunciones en las relaciones con las áreas psiquiátricas. *BOCG*, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011. Una descripción también de la evolución del consumo en Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 26.999 y ss.

se utilizan como drogas de consumo, a veces con efectos demoledores. Entre ellas están fármacos anestésicos, productos químicos industriales o fertilizantes. Estas modas son cambiantes y de imprevisibles consecuencias, lo que justifica la alarma social que supone la aparición de estos nuevos consumos<sup>5</sup>.

En Andalucía, 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 (al tiempo que aparecen signos de retorno de la heroína). En cuanto al consumo de tabaco, se detecta una reducción del consumo diario, aunque aumenta el consumo ocasional. En general, se observa una estabilización de las edades de inicio al consumo de sustancias psicoactivas, situándose este inicio en edades muy tempranas<sup>6</sup>.

## 1.2. Evolución de la normativa autonómica sobre drogodependencias

La respuesta desde el Derecho a este problema ha sido muy dispar. Desde el Estado, debe destacarse la ausencia de un marco legal estatal global en materia de drogodependencias. Así, la normativa estatal se ha centrado principalmente en la faceta del control sobre la oferta tanto de drogas ilegales –vía Código Penal y Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana–, como de la oferta y demanda de drogas institucionalizadas (destacando la Ley 28/2005, de 26 diciembre, de Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco<sup>7</sup>. Sólo recientemente, con la aprobación de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que ampara un nuevo enfoque de las actuaciones de promoción y protección de la salud, se ha completado el marco legal estatal.

Por su parte, la mayoría de las Comunidades Autónomas desde la década de los ochenta, dictaron disposiciones específicas para la atención a las personas con drogodependencias,

---

<sup>5</sup> Exposición de motivos de Ley 4/2015, de 6 de marzo, de Asturias, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas. Pero lo más reseñable es que, a diferencia de los consumos de los 80, durante los noventa se incrementa notablemente la asociación de los consumos de esas sustancias a los espacios de ocio, de forma que se incorpora de forma creciente a los estilos de vida de sectores de población (en ocasiones prácticamente adolescente), que lo practican en un marco de «normalización» muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior, cuya característica más destacable había sido la marginación de los consumos (Estrategia Nacional 2009-2016, pág. 33).

<sup>6</sup> Diagnóstico del III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (2016-2021), p. 40.

<sup>7</sup> Esta Ley vino a replantear el diseño del Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población. Este Real Decreto se dictó con el carácter de norma básica, al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16. a de la Constitución, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 25.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

y que, principalmente, durante la década posterior de los noventa, fructificaron en leyes específicas sobre drogas<sup>8</sup>. En general, estas Leyes autonómicas, aunque impulsadas desde la política de servicios sociales, se caracterizan porque no son exclusivamente unas Leyes de servicios sociales, sino que contienen una regulación global del fenómeno de las drogodependencias, considerando de forma *integral* el conjunto de actuaciones de prevención del consumo de drogas, así como del proceso continuado de asistencia e integración social de las personas drogodependientes. De este modo, estas Leyes incluyen tanto medidas de prevención orientadas a la reducción de la demanda, y de asistencia e incorporación social del drogodependiente, que atañen principalmente a los sistemas sanitarios y de servicios sociales, como también medidas de reducción de la oferta de drogas institucionalizadas –limitaciones a la publicidad, promoción, venta y consumo–, con el correspondiente régimen sancionador<sup>9</sup>.

En el caso de Andalucía, en la década de los 80, se creó una estructura específica de actuación sanitaria y social, integrada por el Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía (Decreto 72/1985, de 3 de abril) y los Patronatos Provinciales para la Droga y los Centros Provinciales de Toxicomanías (Decreto 73/1985, de 3 de abril). A ello debe añadirse la aprobación de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, que dispuso que los Servicios Sociales Especializados atenderán, entre otros sectores, a los toxicómanos, con la finalidad de desarrollar actuaciones de prevención y reinserción social de alcohólicos y otros drogodependientes, coordinadas por el órgano de la Administración autonómica especializado en la materia (art. 11.4), y, en consecuencia, la aplicación a este sector de las normas generales en materia de servicios sociales (registro, autorización y acreditación de centros y entidades, subvenciones, inspección...).

---

<sup>8</sup> La pionera fue la Ley 20/1985, de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia de Cataluña, que se anticipó más de un lustro al resto de las leyes autonómicas: Ley 3/1994, de 29 de marzo, de Castilla y León de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes; Ley 2/1996, de 8 de mayo, de Galicia, sobre drogas; Ley 3/1997, de 16 de junio, de la Comunidad Valenciana, sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos (derogada); Ley 1/1997, de 6 de octubre, de Cantabria, de prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias; Ley 6/1997, de 22 de octubre, de la Región de Murcia, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social; Ley 18/1998, de 25 de junio, del País Vasco, reguladora de la prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias (derogada); Ley 9/1998, de 22 de julio, de Canarias, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias; Ley 1/1999, de 29 de marzo, de Extremadura; de prevención, asistencia y reinserción de las drogodependencias de tratamiento de las toxicomanías; Ley 3/2001, de 4 de abril, de Aragón, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias; Ley 5/2001, de 17 de octubre, de La Rioja, sobre drogodependencias y otras adicciones; Ley 5/2002, de 27 de junio, de la Comunidad de Madrid, de drogodependencias y otros trastornos adictivos; Ley 15/2002, de 11 de julio, de Castilla La Mancha, de drogodependencias y otros trastornos adictivos; Ley Foral 24/2014, de 2 de diciembre, reguladora de los colectivos de usuarios de cannabis en Navarra; Ley 4/2005, de 29 de abril, Islas Baleares, de drogodependencias. La Comunidad más tardía en abordar esta temática de modo global ha sido Asturias, con la Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

<sup>9</sup> Vid. E. MOREU CARBONELL, «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias», VV AA, *El marco jurídico de los servicios sociales en España, Realidad actual y perspectivas de futuro*, Atelier, Barcelona, 2012, pp. 323 y ss.

Ahora bien, la aprobación durante la década siguiente, de la Ley 4/1997, de 9 julio, de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía, supuso un significativo avance en la regulación de la normativa en cuanto a la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogas en Andalucía. En efecto, mientras las regulaciones anteriores partían de un enfoque sectorial (casi exclusivo desde los servicios sociales), la Ley 4/1997 abordó la regulación de las drogodependencias, como ya habían avanzado otras Comunidades Autónomas, desde un enfoque global, tomando en consideración el fenómeno social de la dependencia de las drogas en sus aspectos educativos, sanitarios, sociales y laborales.

En líneas generales, la Ley andaluza 4/1997 es una norma de contenido predominantemente programático, es decir, sus preceptos son mayoritariamente mandatos genéricos a las Administraciones Públicas andaluzas para que promuevan, impulsen o fomenten determinadas actividades, habiliten medios, desarrollen programas..., mientras que escasean los preceptos que reconocen derechos subjetivos. Asimismo, aun cuando ya la Ley 4/1997 se preocupó por contemplar las llamadas drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco), en los años posteriores se acentuó el consumo de alcohol con alta incidencia en la juventud (conocido fenómeno del «botellón»), lo que obligó a adoptar nuevas medidas, mediante la modificación de la Ley 4/1997 en dos ocasiones (Ley 1/2001, de 3 de mayo, y Ley 12/2003, de 24 de noviembre)<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> La Ley 1/2001, de 3 de mayo, respondió a la modificación de los perfiles y hábitos de los consumidores en especial en el consumo de alcohol, con alta incidencia en la juventud, así como la necesidad de que las Corporaciones Locales apoyaran las actuaciones tanto en materia preventiva como de disminución de oferta en este campo, para lo cual se alcanzó el acuerdo institucional llamado el «Pacto por la Noche», el cual se plasmó en una Proposición de Ley tramitada por acuerdo entre los Grupos Parlamentarios. La Ley 1/2001, de 3 de mayo, vino a modificar varios preceptos de la Ley 4/1997, en cuanto a las prohibiciones referidas al consumo de alcohol y a la potestad sancionadora y su posible delegación a favor de los Ayuntamientos, extremos que fueron desarrollados reglamentariamente por el Decreto 167/2002, de 4 de junio. Por su parte, la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, declaró en su exposición de motivos que la finalidad inicial de dicho texto legal tenía un marcado carácter preventivo y asistencial, y, en menor medida, punitivo o sancionador, «por lo que, a la vista de hechos concretos de enorme trascendencia y alarma social que han tenido lugar durante los últimos meses en Andalucía, relativos a la venta indiscriminada de alcohol a jóvenes y en muchos casos menores de edad, con peligro grave para la salud, se han detectado carencias importantes en la referida Ley; en concreto, falta de instrumentos eficaces para atajar dichas conductas en tiempo real por parte de los agentes de la autoridad o autoridad competente, imposibilidad de acordar medidas cautelares para evitar la comisión de infracciones con gran alarma social y de acordar sanciones accesorias, tales como cierres o clausuras de locales, así como deficiencias en la correcta tipificación de algunas conductas reprobables que originan la imposibilidad de imponer las sanciones correspondientes, por lo que resulta necesario y urgente proceder a modificar algunos aspectos de la Ley de Prevención y Asistencia en materia de Drogas.

Además, de la experiencia tanto en el ámbito de la Administración autonómica como municipal en la lucha contra el descontrolado consumo de alcohol en la calle o en determinados establecimientos, de manera preocupante por los más jóvenes, y en especial desde la entrada en vigor de la Ley 4/1997, de 9 de julio, y sobre todo desde su última modificación de 2001, se evidencia la necesidad urgente de contar con instrumentos más rápidos y eficaces para evitar consecuencias negativas para la salud pública y especialmente contra aquellos infractores que burlan la Ley debido a la falta de dichos instrumentos, convirtiéndose esta impunidad en un elemento de consternación y alarma social que es necesario atajar».

Asimismo, desde el punto de vista competencial, cabe recordar que, de acuerdo con el artículo 61.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, tras la reforma de la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva en materia de servicios sociales, que en todo caso incluye:

- «a) La regulación, ordenación y gestión de servicios sociales, las prestaciones técnicas y las prestaciones económicas con finalidad asistencial o complementarias de otros sistemas de protección pública.
- b) La regulación y la aprobación de planes y programas específicos dirigidos a personas y colectivos en situación de necesidad social.
- c) Instituciones públicas de protección y tutela de personas necesitadas de protección especial, incluida la creación de centros de ayuda, inserción y rehabilitación».

### **1.3. Conceptos básicos**

#### 1.3.1. *Drogas*

La Ley 4/1997 –art. 3– considera drogas aquellas «sustancias, naturales o de síntesis, cuyo consumo pueda generar adicción o dependencia, o cambios en la conducta, o alejamiento de la percepción de la realidad, o disminución de la capacidad volitiva, así como efectos perjudiciales para la salud»<sup>11</sup>. Específicamente tienen esta consideración:

- a) Los estupefacientes y psicótrpos. El Convenio de Viena sobre Sustancias Psicotrópicas de 21 de febrero de 1971 incluye el listado de sustancias consideradas ilícitas, así como sus precursores<sup>12</sup>. No se puede olvidar, no obstante, el proceso de renovación constante de drogas sintéticas en un contexto de ocio y diversión.
- b) El tabaco. El tabaco continúa siendo uno de los más importantes problemas de salud pública, y es la causa prevenible más importante de mortalidad, que provoca, además, una notable pérdida de calidad de vida y disminución de la esperanza de vida<sup>13</sup>. Cabe destacar, entre otras normas, el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud

---

<sup>11</sup> De modo similar, la Ley 20/1985 de Cataluña define la droga como la Sustancia que, administrada al organismo, es capaz de originar una dependencia, provocar cambios en la conducta y producir efectos perniciosos para la salud –art. 3.2–. Como señala E. MOREU CARBONELL, «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y inserción en materia de drogodependencias», *op. cit.*, p. 327, ni toda sustancia capaz de considerarse «droga» es objeto de atención por el Derecho, ni las políticas en el ámbito de las drogodependencias se limitan a las drogas en sentido farmacológico, ni la intensidad de la intervención jurídica está en función de las características farmacológicas o de los efectos adictivos de las distintas drogas.

<sup>12</sup> Por Real Decreto 1194/2011, de 19 de agosto, se establece el procedimiento para que una sustancia sea considerada estupefaciente en el ámbito nacional.

<sup>13</sup> En Andalucía, según la evaluación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 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. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021), p. 41.

- (OMS) para el Control del Tabaco, de Ginebra de 21 de mayo de 2003, así como la Directiva 2014/40/UE, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados (y por la que se deroga la Directiva 2001/37/CE), y, ya en el ordenamiento español, la importante la Ley 28/2005, de 26 diciembre, de Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, sobre todo, tras las reformas efectuadas por la Ley 42/2010, de 30 de diciembre y la Ley 3/2014, de 27 de marzo<sup>14</sup>.
- c) Las bebidas alcohólicas. El alcohol ha sido considerado por la Organización Mundial de la Salud como una de las drogas potencialmente más peligrosas para la salud física, psíquica y social de las personas, en especial cuando se trata de personas menores y jóvenes que están adoptando sus hábitos de salud, más aún, como ocurre en nuestro entorno, cuando existe un nivel alto de tolerancia social. No define la Ley 4/1997 qué deba entenderse por bebidas alcohólicas. Otras leyes autonómicas entienden por bebida alcohólica toda bebida con una concentración de etanol igual o superior al uno por ciento de su volumen<sup>15</sup>. En todo caso, como ha señalado E. MOREU CARBONELL, esta consideración de las bebidas alcohólicas como droga contrasta el planteamiento de la Ley 24/2003, de 10 de julio, de la viña y el vino, que califica esta sustancia como «alimento natural»<sup>16</sup>.
- d) Otras sustancias de uso industrial o cualquier otra capaz de producir los efectos y consecuencias antes descritos. En tal sentido, debe subrayarse la utilización de compuestos cuyos usos legales se alteran para convertirse en drogas de consumo con efectos demoledores.

Pero, además, la Ley 4/1997 diferencia entre:

- Drogas no institucionalizadas. La Ley considera como tales principalmente, la heroína, la cocaína, cannabis y sus derivados, así como otras drogas sintéticas «cuyo uso no constituye un hábito socialmente aceptado»<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> En relación con los dispositivos susceptibles de liberación de nicotina, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, parece razonable considerar que, cuando el dispositivo es susceptible de liberar nicotina, sus efectos tanto para la persona usuaria como para terceras personas no difieran del tabaco. Así, en julio de 2013, la OMS recomendó no utilizar estos artículos y desaconsejaba el producto hasta que no haya datos que demuestren que es un producto seguro, eficaz y de calidad aceptable, y que todo ello esté certificado por un organismo regulador nacional competente; y en un informe publicado en agosto de 2014, considera además que hay suficiente evidencia para advertir sobre estos dispositivos y recomienda prohibir su uso en espacios públicos cerrados, su venta a los menores y cualquier tipo de reclamo o alegación sobre su utilidad para dejar de fumar.

<sup>15</sup> Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas de Asturias (art. 4.1).

<sup>16</sup> «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias», *op. cit.*, p. 345. Cabe reseñar en este ámbito el «Plan de Acción Europeo para reducir el Uso Perjudicial del Alcohol 2012-2020» de la Organización Mundial de la Salud de la Región Europea

<sup>17</sup> La similitud con la Ley 20/1985 de Cataluña es evidente: La heroína, la cocaína, la «cannabis» y sus derivados, el ácido lisérgico y otras drogas de uso no integrado en la estructura social –art. 3.2–.

– Drogas institucionalizadas. El tabaco y las bebidas alcohólicas<sup>18</sup>.

### 1.3.2. *Drogodependencias y adicciones*

La Ley 4/1997 –art. 5.c)– define la drogodependencia como una «enfermedad crónica y recidivante que afecta al estado físico, psicológico y social del individuo, caracterizada por una tendencia compulsiva al consumo de drogas»<sup>19</sup>. Así, la Ley –art. 1– parte de la consideración de la drogodependencia como una enfermedad con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social del individuo, por lo que requiere la integración de las actuaciones de asistencia e integración social del drogodependiente en el Sistema Sanitario y de Servicios Sociales. Así, se dirá que la drogodependencia es una «enfermedad de carácter social» –art. 4–. En tal sentido, años después, la Estrategia Nacional 2009-2016, dirá que el cambio más significativo producido en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas y de las drogodependencias en los últimos años reside en la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, en el reconocimiento de que los afectados por las mismas tienen derecho a la correspondiente atención sanitaria y social<sup>20</sup>.

<sup>18</sup> España, el alcohol es la droga legal más consumida y presenta una fuerte asociación con las conductas de ocio. Se ha señalado que, quizás, debería pensarse en mecanismos tendentes a su uso racional, teniendo en cuenta modelos como la Ley 25/2005 sobre tabaco, pues el debate social en torno a esta norma y, finalmente, la aprobación y aplicación de la misma ha generado un aumento de la percepción del riesgo, así como una disminución de su consumo. Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, BOCG, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 12.

<sup>19</sup> «La adicción a las drogas no es una elección libre, sino el final de un camino que comienza con el uso libre de una droga y que en un porcentaje de personas vulnerables, por factores que todavía se investigan, conduce a la pérdida de control. En cuanto a la causa que la provoca, a grandes rasgos podría sintetizarse la existencia de dos posiciones. La que considera que la causa es biológica, siendo el resto de circunstancias factores que inciden en algunos aspectos relacionados con la misma. Y las que, sin negar la biología, otorgan un lugar decisivo a las demás circunstancias que rodean la enfermedad. En relación con la primera posición, se ha puesto de manifiesto ante la Ponencia que se está asistiendo en la actualidad a un cambio de paradigma, en el sentido de que se viene de un paradigma clásico, centrado en el objeto adictivo, a un paradigma nuevo centrado en la vulnerabilidad individual, lo que explica que sólo una minoría de los sujetos expuestos desarrollan conductas adictivas. No se trata de que las adicciones se produzcan por las sustancias, sino que hay sujetos que tienen una especial vulnerabilidad». Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, BOCG, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, pp. 20 y 21.

<sup>20</sup> Pág. 77. Ya el Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, expresó: «El horizonte básico de una adecuada política asistencial y re habilitadora ha de estar orientado a un cambio profundo en la representación social de las personas con problemas de drogodependencia, procurando, como única vía real de resocialización, desterrar la imagen marginal y criminógena de los drogodependientes. La solidaridad ha de prevalecer sobre la mitificación del problema». Pero, sobre todo, la Comisión Mixta Congreso-Senado, en el Informe de la Ponencia de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», señaló tajantemente que la idea de mayor calado expuesta a lo largo de las reuniones de trabajo fue justamente que «a pesar del estigma de la heroína, que pervive en la percepción social, la drogadicción es una enfermedad», y, en concreto, una enfermedad crónica y recidivante. BOCG, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011.

La consideración del drogodependiente, ante todo, como un enfermo crónico plantea, además, la exigencia de *dignificación de su estatuto desde una perspectiva ética*, con los mismos derechos que los demás pacientes, incluido el respeto a su intimidad y autonomía personal<sup>21</sup>.

De otro lado, conviene resaltar que un número de pacientes presenta una «patología dual» (término acuñado en nuestro país por D. Miguel Casas), es decir, la concurrencia, simultánea o secuencial, a lo largo del ciclo vital, de una enfermedad adictiva y otro trastorno mental<sup>22</sup>. Es este uno de los mayores retos del sistema de las adicciones en nuestra Comunidad Autónoma (en realidad, en todo el país), pues requiere de la coordinación de dos redes asistenciales diferenciadas<sup>23</sup>.

Por su parte, el II Plan Andaluz de Drogas incluyó el término adicción sin sustancia, para hacer referencia básicamente a los problemas generados por el juego de azar patológico, si bien posteriormente se han revelado otras adicciones sin sustancia, especialmente la adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La impulsividad es el rasgo común a todas las adicciones<sup>24</sup>.

Más aún, en la actualidad, se considera que el término «drogas» es obsoleto, y es una palabra estigmatizada y nos hace pensar únicamente en las adicciones ilegales con sustancias, concepto que actualmente está muy superado. Por el contrario, se considera que la palabra adicciones como «pérdida del poder de control de la conducta» es la palabra a utilizar en la actualidad, pues es la única con capacidad de aglutinar las adicciones con o sin sustancias tanto legales como ilegales (alcohol, tabaco, medicamentos hipnótico-sedantes, heroína, cocaína, anfetaminas, cannabis, ludopatía, ciber-póquer, móviles y otras nuevas tecnologías de la información y la comunicación, compras y sexo compulsivo, etc.), dando una visión más amplia y menos sesgada de la situación actual y de las estrategias a abordar en el futuro, siendo necesario generalizar oficialmente el término

---

<sup>21</sup> Informe de 24 de mayo de 2011 de la Ponencia de la Comisión Mixta Congreso-Senado, sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», p. 29.

<sup>22</sup> En el citado Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», se indica que entre el 60 y el 70% de los adictos a las drogas sufren ya hoy de patología dual.

<sup>23</sup> Se trata de una deficiencia puesta de manifiesto por el Defensor del Pueblo de Andalucía, Informe al Parlamento de 2011, BOPA 6 de junio de 2012, p. 469. Por su parte, el Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 21 de marzo de 2014, sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, habla de la necesaria integración de las redes existentes en la red única sanitaria. BOCG, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 21.

<sup>24</sup> La Ley 13/2011, de 27 mayo, impone a los operadores del juego la elaboración de un «plan de medidas» que incorpore las reglas básicas del juego responsable (art. 8.1, párrafo 3º). En tal sentido, en 2013 se aprobó la Estrategia de Juego Responsable de la Dirección General de Ordenación del Juego, adscrita al Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

«adicciones» como palabra que construye la realidad del mundo anteriormente llamado de las «drogodependencias» y que incluiría las adicciones clásicas a las drogas, más las adicciones sin sustancias<sup>25</sup>.

### 1.3.3. Titulares de derechos y principios

Según la Ley 4/1997 –art. 2–, tendrá derecho a la atención en los servicios públicos cualquier persona que se encuentre en el territorio de la Comunidad Autónoma. Por tanto, se incluyen a los extranjeros, aún sin residencia legal.

De otro lado, de acuerdo con el último informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado, la política española sobre drogas y adicciones se sustenta en los principios de solidaridad; corresponsabilidad de los poderes públicos; responsabilidad pública en lo relativo a la disponibilidad y el acceso a prestaciones y servicios; universalidad; igualdad; equidad; integración de la perspectiva de género; multiculturalidad y atención específica a la vulnerabilidad; máxima proximidad al ciudadano; interdisciplinariedad en las intervenciones; atención personalizada; integral y continuada; y participación ciudadana<sup>26</sup>.

## 2. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y COMPETENCIAS

### 2.1. Administración del Estado

Aunque no es el objeto de este trabajo, parece oportuno introducir una breve referencia a la organización en la Administración del Estado, pues sirvió de referencia para la Administración autonómica<sup>27</sup>. En concreto, el Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre,

---

<sup>25</sup> Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 24 de mayo de 2011, sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro». *BOCG*, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011. De hecho, el Informe propuso que el Plan Nacional de Drogas pasara a llamarse Plan Nacional sobre Adicciones. Además, el informe insiste en la idea de diferenciar entre los conceptos de consumo de drogas y adicción a las drogas. El consumo suele ser circunstancial, pudiendo o no acompañar al sujeto que lo practica a lo largo de su vida. Por el contrario, las conductas adictivas son enfermedades crónicas recidivantes y evitables que constituyen un problema de salud pública.

<sup>26</sup> Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 21 de marzo de 2014, sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, *BOCG*, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 28.

<sup>27</sup> Las primeras referencias sobre la necesidad de realizar actuaciones estructuradas y coordinadas en materia de drogodependencias, aparecen en el Decreto 3032/1978 de 15 de diciembre sobre la creación de una Comisión Interministerial para el estudio de los problemas derivados del consumo de drogas. Como consecuencia de lo anterior, en el debate sobre el Estado de la Nación de 1983 el Gobierno informó de su intención de institucionalizar y centralizar en un sólo órgano la acción de coordinación política y administrativa de prevención de drogodependencias, para lo que elaboraría un «Plan Nacional».

de coordinación interministerial para la ejecución del Plan Nacional sobre Drogas para el período 1985-1999 (primer Plan Nacional) instituyó la figura del Delegado del Gobierno para dicho Plan y le atribuyó funciones encaminadas a instrumentar la coordinación de sus participantes. De este modo, la *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*, fue creada con el objetivo de instrumentar la coordinación del Grupo Interministerial encargado del diseño, implantación y ejecución del Plan. Mucho más tarde (2014) el Grupo Interministerial al que servía de apoyo la Delegación de la Gobierno, sería suprimido, pero permanece ésta. Los objetivos y funciones la Delegación del Gobierno se han ido adaptando a la evolución de las políticas de prevención y lucha contra las drogodependencias plasmadas en los sucesivos Planes y Estrategias aprobados desde 1985<sup>28</sup>.

En 1993 se unen definitivamente el control de la oferta y la reducción de la demanda, al incorporarse éstas competencias últimas al Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Así, entre sus funciones se encuentra la de fomentar, analizar, proponer y gestionar, en el ejercicio de sus competencias, programas de prevención, asistencia y reinserción en el ámbito de las drogodependencias, en coordinación con las distintas instituciones que participan en el PND<sup>29</sup>. Asimismo, la Delegación del Gobierno para el PND, si bien desde su creación en 1985 dependió del Ministerio de Interior, desde el año 2004 depende del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ahora bien, su rango inicialmente asimilado al de un Subsecretario<sup>30</sup>, en la actualidad se ha relegado al de Director General<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> Por Real Decreto 1885/1996, de 2 de agosto, la Delegación del Gobierno se le atribuyó la función de llevar el Registro General de Operadores de Sustancias Químicas Catalogadas y las demás que se atribuyen al Ministerio del Interior por la Ley 3/1996, de 10 de enero, así como la competencia para recibir, analizar y estudiar la información sobre tráfico de drogas y blanqueo de capitales relacionado con el mismo. Asimismo, como consecuencia de la aprobación de la Ley 36/1995 de 11 de diciembre, de creación de un Fondo procedente de los bienes decomisados por tráfico de drogas, se atribuyeron nuevas competencias de gestión del fondo. Finalmente, por Real Decreto 79/1997 se derogó el Real Decreto 1677/1985.

<sup>29</sup> Art. 7 Real Decreto 200/2012, de 23 de enero. Otras funciones son realizar y coordinar en el territorio español actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de la información, tanto de carácter estadístico como epidemiológico, sobre el consumo de drogas y las toxicomanías, definiendo, a tales efectos, indicadores y criterios, actuando como Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, sin perjuicio de las competencias que en sus respectivos ámbitos territoriales puedan ejercer las Comunidades Autónomas sobre la materia, de acuerdo con sus Estatutos. Promover sistemas de evaluación de programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social y aplicar estos sistemas a los programas y a las actividades financiadas con cargo al Plan Nacional sobre Drogas; elaborar y dirigir la encuesta estatal sobre el uso de drogas en la enseñanza secundaria y la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España, así como recoger y elaborar la información de los indicadores que componen el Sistema Estatal de la información en drogodependencias.

<sup>30</sup> Todavía en el Real Decreto 1449/2000, de 28 de julio, de estructura básica del Ministerio de Interior, tenía asignado el rango de Secretaría General.

<sup>31</sup> Art. 2 Real Decreto 200/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el cual determina su adscripción a la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

Además, para reforzar la coordinación se creó la figura de los *coordinadores departamentales del Plan Nacional sobre Drogas*, de tal modo que en todos los ministerios representados en el Consejo Español de Drogodependencias existe una persona designada como coordinadora departamental a efectos del Plan Nacional sobre Drogas<sup>32</sup>.

Asimismo, el mismo Plan Nacional de Drogas de 1985, creó dos órganos de cooperación de la Administración del Estado con las Comunidades Autónomas: de un lado, la *Conferencia Sectorial sobre Drogas*, integrada por miembros de los órganos de Gobierno del Estado y de las Comunidades Autónomas (Ministros y Consejeros) competentes en la materia; y, de otro lado, la *Comisión Interautonómica sobre Drogas*, presidida por el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, y de la que forman parte los responsables directos de los planes autonómicos sobre Drogas en las Comunidades Autónomas, y que actúa como órgano delegado de la Conferencia. Así, la Comisión Interautonómica asume la preparación de los asuntos a someter a la Conferencia Sectorial y el estudio de todos aquellos que interesan al Plan constituyendo el foro técnico en el que se somete a debate aquellas cuestiones que atañen al desarrollo de las políticas sobre drogas y drogodependencias en España.

De otro lado, como estructuras vinculadas al PND, se creó el Observatorio Español sobre Drogas, al que correspondía las actividades de recogida y análisis de datos y de difusión de información sobre drogas<sup>33</sup>, así como el llamado Grupo Interministerial para el PND, como órgano de coordinación<sup>34</sup>. No obstante, en el marco del proceso de racionalización y simplificación general de la estructura organizativa del sector público estatal, ambos órganos fueron suprimidos en 2014 y, en cambio, se creó el *Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones*, como órgano colegiado interministerial de consulta y asesoramiento, así como de participación (por parte de las administraciones públicas no estatales; de la Fiscalía General del Estado; y de los principales agentes sociales implicados) en las políticas o actuaciones de competencia estatal en los ámbitos de la prevención y/o la atención integral a las adicciones, que sean promovidas, llevadas a cabo o coordinadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, al que

---

<sup>32</sup> Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones (disposición final primera).

<sup>33</sup> El Observatorio Español sobre Drogas se creó mediante Real Decreto 783/1998, de 30 de abril, y por Orden del Ministerio del Interior, de 24 de noviembre de 1998, se regularon las funciones, composición y estructura del Consejo Asesor del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Este órgano se creó a semejanza del Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanía, creado por el Reglamento (CEE) 3021/93, del Consejo, de 8 de diciembre de 1993, con el objetivo general de alcanzar una información objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de la droga y toxicomanía, así como sobre sus consecuencias (art. 1.2), para lo cual se creó la Red europea de información sobre droga y toxicomanía (artículo 5).

<sup>34</sup> El Grupo interministerial para el Plan Nacional sobre Drogas fue creado por Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, y por Real Decreto 1116/2006, de 2 de octubre, se determinó la última versión de su composición y estructura.

se adscribe<sup>35</sup>. La Ley atribuye al Consejo el cumplimiento de la finalidad general de mejora de la calidad técnica en la definición y ejecución de las políticas y actuaciones estatales de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas, así como de otras adicciones como la ludopatía, y de sus perjudiciales efectos en la vida de las personas y en la sociedad que se promuevan, coordinen o lleven a cabo por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Por otra parte, en lo que respecta a la composición, la ley obliga a que la norma reglamentaria de desarrollo garantice la presencia de las distintas administraciones públicas con competencias en materia de control de la oferta y reducción de la demanda de drogas y de otras adicciones, de la Fiscalía General del Estado y de los principales agentes sociales implicados en la prevención y el tratamiento de los problemas relacionados con las drogodependencias y otras conductas adictivas<sup>36</sup>.

Distinto del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, es el *Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social*, creado en 1999, y regulado en la actualidad por el Real Decreto 235 /2005, de 4 de marzo, órgano colegiado, de naturaleza interinstitucional y de carácter consultivo, adscrito a la Administración General del Estado, a través del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, concebido como ámbito de encuentro, diálogo, participación y asesoramiento en las políticas públicas de servicios sociales. Así, este órgano tiene como finalidad primordial propiciar la participación y colaboración del movimiento asociativo en el desarrollo de las políticas de acción social enmarcadas en el ámbito de competencias atribuidas al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales<sup>37</sup>.

En otro plano, se creó la *Comisión Técnica de Valoración de Actuaciones sobre Drogas*, como órgano colegiado consultivo adscrito a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, para el apoyo y asesoramiento técnicos a ésta en el ejercicio de las

---

<sup>35</sup> La Ley 15/2014, de 16 de septiembre, de racionalización del Sector Público y otras medidas de reforma administrativa –art. 20 y disposición adicional segunda–.

<sup>36</sup> En tal sentido, el Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, contempla la representación mayoritaria, pero no exclusiva, de los ministerios y órganos superiores y directivos de la Administración General del Estado, así como de los organismos y agencias que dependen de ésta, que tienen atribuidas en la actualidad competencias que afectan o pueden afectar más directamente al cumplimiento de los fines y funciones legales ya mencionados y que, por tal motivo, deben estar presentes en el Consejo. Y, junto a dicha representación estatal, se contempla, de acuerdo con lo previsto legalmente, la representación de las administraciones públicas autonómicas y locales, de la Fiscalía General del Estado, así como de los principales agentes sociales implicados en la prevención y atención integral de la problemática relativa a las drogodependencias y otras adicciones. En este último caso, se han incorporado representantes de la comunidad científica, de las entidades privadas sin ánimo de lucro más representativas de ámbito estatal y de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas también de ámbito estatal.

<sup>37</sup> Para el cumplimiento de los fines señalados, el Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social tiene asignadas las funciones de asesoramiento y propuesta sobre cuantas medidas de política social pueden abordarse a favor de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, entre los cuales se mencionan expresamente el área de personas con problemas de drogodependencia.

competencias que le corresponden<sup>38</sup>. Por su arte, el *Sistema Español de Alerta Temprana* fue creado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Europol en colaboración con los Estados Miembros de la UE, en el marco de la Acción Conjunta de 16 de junio de 1997 relativa al intercambio de información, la evaluación de riesgos y el control de las nuevas drogas de síntesis.

Finalmente, por Ley 36/1995, de 11 de diciembre, se creó el *Fondo de bienes decomisados*, regulado por Ley 17/2003, de 29 de mayo<sup>39</sup>. Este fondo de titularidad estatal se nutre con los bienes, efectos e instrumentos que sean objeto de decomiso, cuando se hayan utilizado o provengan de la ejecución de un delito de contrabando de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas catalogadas como precursores<sup>40</sup>, y que por sentencia firme se adjudiquen al Estado, y del producto obtenido por la aplicación de la Ley 4/2009, de 15 de junio, de control de precursores de drogas. También forman parte de este Fondo las rentas e intereses procedentes de dichos bienes. Los recursos del Fondo se destinarán a programas de prevención de toxicomanías, asistencia de drogodependientes e inserción social y laboral de éstos, así como a la intensificación y mejora de las actuaciones de prevención, investigación, persecución y represión de los delitos a los que se refiere esta Ley, incluyendo los gastos necesarios para la obtención de pruebas, la adquisición de medios materiales para los órganos competentes en la represión de los mismos delitos y el reembolso de los gastos incurridos durante la investigación de estos delitos –art. 2 Ley 17/2003<sup>41</sup>. En tal sentido cabe mencionar la Mesa de Coordinación de Adjudicaciones, órgano colegiado al que corresponde adoptar las medidas necesarias para procurar el incremento de los ingresos del Fondo mediante la colaboración con los órganos judiciales y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la mejora de la gestión de los bienes integrados en el mismo –art 6 Ley 17/2003<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> Orden SCO/2036/2007, de 3 de julio, por la que se crea la Comisión Técnica de Valoración de Actuaciones sobre Drogas.

<sup>39</sup> Por Real Decreto 864/1997, de 6 de junio, se aprobó su Reglamento.

<sup>40</sup> Los precursores son sustancias químicas que se desvían de su curso legal y se utilizan para la elaboración de distintos tipos de drogas, de acuerdo con la Ley 4/2009, de 15 de junio, de control de precursores de drogas.

<sup>41</sup> Pueden ser beneficiarios del Fondo, además de la propia Delegación del Gobierno para el PND, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, las organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro, de ámbito estatal, cuya labor se desarrolle total o parcialmente en materia de drogodependencias, así como los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado con competencias en materia de narcotráfico, entre otros –art. 3 Ley 17/2003–.

<sup>42</sup> La Ley 17/2003 –art. 7– establece que «dentro del primer trimestre de cada ejercicio, se remitirá a las Cortes Generales un informe completo sobre la actividad del fondo en donde se recogerá tanto el detalle de las principales operaciones como los datos económicos más destacados que permitan conocer el alcance de sus actuaciones en relación con los fines legalmente atribuidos». A este respecto, los destinatarios del Fondo deben remitir una memoria sobre la realización de las actividades y un informe económico justificativo del gasto realizado. Sobre la gestión del Fondo es de interés el Informe de Fiscalización del Tribunal de Cuentas núm. 999 sobre la Delegación del Gobierno para el PND.

En otro plano, no puede dejarse, tampoco de lado la creación en 1990 de la Comisión Mixta en el Parlamento español, inaugurando, así un modelo democrático de participación política en el abordaje de la problemática de la droga, que ha dado como fruto diversos informes, abundantemente citados en este trabajo.

## 2.2. Administración Junta de Andalucía

### 2.2.1. Competencias de Administración de la Junta de Andalucía

De acuerdo con la Ley 4/1997 corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía desarrollará, en materia de drogodependencias, las funciones siguientes:

- *Planificación y coordinación de actuaciones.* Las funciones de planificación general de las actuaciones, la evaluación y las de coordinación de las funciones y servicios que en esta materia desarrollen las Administraciones Públicas andaluzas y las entidades públicas y privadas, sin perjuicio de las competencias que le corresponden en materia de sanidad, servicios sociales, consumo, educación y otras –art. 27.1–. La planificación se trata de modo específico más adelante.
- *Sistema de información.* Directamente vinculado a al competencia sobre planificación, corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía el establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre drogodependencias, que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo de drogas y de su problemática asociada, facilitando los programas de investigación sobre el tema, con las debidas garantías del derecho al anonimato sobre los datos que se registren –art. 27.2.b)–.
- *Funciones administrativas.* Corresponde también a la Administración de la Junta de Andalucía la autorización, acreditación, registro e inspección de centros, programas y servicios que, puestos en marcha por entidades públicas o privadas, desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de consumo de drogas o problemática asociada al mismo –art. 27.2.a)<sup>43</sup>. A estas funciones debe añadirse la competencia para la imposición de las sanciones previstas en la Ley –art. 40.1–, y, aun cuando no se explicita, la competencia para convocar y conceder subvenciones y ayudas públicas a entidades públicas o privadas, desarrollen actividades y acciones de intervención en materia de drogas.
- *Gestión de centros y programas.* Aunque la Ley no lo mencione, también corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía la gestión de recursos, centros y programas propios de atención socio-sanitaria y de incorporación social dirigidos a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones.

<sup>43</sup> Decreto 87/1996, de 20 de febrero, y de la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía; Orden de 28 de agosto 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias. Asimismo, debe tenerse en cuenta que el Decreto 69/2008, de 26 febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, califica como centros sanitarios a los centros de atención sanitaria a drogodependientes (Anexo I, C.2.5.90.2.).

### 2.2.2. Órganos de coordinación y gestión

El Decreto 72/1985, de 3 abril, asignó a la *Comisión Delegada de Bienestar Social* la función de dirigir al Comisionado para las Drogodependencias. Más asépticamente, la Ley 4/1997 –art. 27.3– dispuso que la Comisión delegada de Bienestar Social contará con un área específica para la planificación, coordinación y atención a las drogodependencias cuya composición se fijará reglamentariamente. Sin embargo, el Decreto 281/2010, de 4 de mayo, por el que se regula la composición y funciones de las Comisiones Delegadas del Gobierno, aun cuando contempla una *Comisión Delegada para la Igualdad, el Bienestar y la Inmigración*, no le asigna ya funciones específicas en materia de drogodependencias.

También en 1985, como consecuencia de la aprobación del I Plan Andaluz de Drogas, y a imagen y semejanza del Delegado del Gobierno de la Administración del Estado, por el citado Decreto 72/1985, de 3 abril, se creó la figura del *Comisionado para las Drogodependencias*, que sería recogida incluso en la Ley 4/1997 –art. 35.1– como órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en Andalucía y de gestión de los recursos destinados específicamente a este fin por la Administración de esta Comunidad Autónoma<sup>44</sup>.

No obstante, lo cierto es que este órgano que, pasó a depender de la Consejería competente en asuntos sociales, acabó por asignársele un nivel orgánico de Director General<sup>45</sup>, por lo que se trataba exclusivamente de una singularidad meramente nominal. Así, por Decreto del Consejo de Gobierno 205/2004, de 11 de mayo, fue reemplazado por una simple Dirección General para las Drogodependencias, dependiente de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Años antes, mediante Acuerdo de 23 de febrero de 1998, el Gobierno había creado la *Fundación Pública Andaluza para la Atención a las Drogodependencias*, que sería finalmente extinguida y sustituida en 2011, en el marco del proceso de reordenación del sector público andaluz, por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, a la cual le corresponden las funciones gestoras en la materia<sup>46</sup>. De este modo, las competencias en materia de drogodependencias se reparten entre la Consejería

---

<sup>44</sup> El Comisionado para la actuación frente a la drogodependencia se adscribió inicialmente a la Consejería de Gobernación, pero en ejecución de las directrices de la Comisión Delegada de Bienestar Social, de modo que parecía presentar una cierta dependencia funcional de la Comisión delegada. Y dependiente del Comisionado como órgano de apoyo al mismo, se constituyó una Comisión Técnica integrada por los ocho directores de los Centros Provinciales de Toxicomanías.

<sup>45</sup> Decreto 112/1985, de 5 de junio, por el que se asigna rango de Director General al Comisionado para la Droga (BOJA nº 64, de 21 de junio).

<sup>46</sup> La Ley 1/2011, de 17 de febrero, de reordenación del sector público de Andalucía, ordenó su extinción y la subrogación de la fundación por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (art. 19). Lo cierto es que la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias realizaba acuerdos y convenios con federaciones y asociaciones para el mantenimiento de distintos programas, mediante los cuales la fundación transfería fondos al movimiento asociativo procedentes de los presupuestos pertenecientes a la Administración de la Junta de Andalucía, y que la fundación percibía como subvención específica por la Ley de Presupuesto para

de Igualdad y Políticas Sociales<sup>47</sup> y la *Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía*<sup>48</sup>.

Por su parte, el III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (2016-2021) prevé la creación de una *Comisión Regional de Drogodependencias y Adicciones* integrada por la Secretaría General de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y las Comisiones Técnicas provinciales<sup>49</sup>.

De otro lado, el Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, por el que se aprobó la Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2000-2008, contempló, en el objetivo segundo del Área de Evaluación y Sistemas de Información, la necesidad de que cada Plan Autonómico dispusiera de un Observatorio propio antes del año 2003<sup>50</sup>. En tal sentido, el II

---

el desarrollo de programas que, en principio, ella misma debe ejecutar, y que se delegaban a las asociaciones, sin estar sometidas de esta forma a lo dispuesto el Derecho público.

<sup>47</sup> De acuerdo con el Decreto 209/2015, de 14 julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, corresponden a este departamento las competencias sobre desarrollo y coordinación de las políticas activas en materia de prevención, asistencia y reinserción social de las personas en situación de drogodependencias y adicciones (art. 1.d.6º). Más específicamente, corresponden a la Secretaría General de Servicios Sociales, entre otras, las funciones siguientes: h) La coordinación de las actuaciones que en materia de atención a las drogodependencias se lleven a cabo en Andalucía. i) La elaboración y dirección del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. j) La coordinación técnica de las actuaciones de las distintas instituciones implicadas y el desarrollo de programas específicos de prevención, asistencia y reinserción social en el ámbito de las drogodependencias y adicciones. k) La autorización de centros de atención a drogodependientes (art. 7.1).

<sup>48</sup> El Decreto 101/2011, de 19 de abril, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, entre los fines generales de la Agencia, asigna: La atención a las drogodependencias y adicciones; y la incorporación social para la atención a colectivos excluidos o en riesgo de exclusión social (art. 7.c). En consecuencia, la Agencia desarrollará las siguientes competencias, funciones y actuaciones para la atención a las drogodependencias y adicciones; y la incorporación social para la atención a colectivos excluidos o en riesgo de exclusión social, mediante su colaboración y asistencia técnica en: a) La gestión de recursos, centros y programas de atención socio-sanitaria y de incorporación social dirigidos a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones. b) La gestión de programas dirigidos a personas, grupos y colectivos excluidos socialmente para favorecer su incorporación social. c) Las actividades que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por las drogodependencias y adicciones (art. 9.1.4).

<sup>49</sup> Presidida por la persona titular de la Secretaría General de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, la Comisión estará compuesta por la Subdirección General de Drogodependencias y Adicciones de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, la Subdirección de Drogodependencias de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, los Jefes y las Jefas de Servicio de la Secretaría General de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía con competencias en esta materia y los Directores y las Directoras de los Centros Provinciales de Drogodependencias. La Comisión podrá ampliarse a los Jefes y las Jefas de Servicio de las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía y a otras personas cuando así lo estime la presidencia de la misma.

<sup>50</sup> El origen último se encuentra en el Consejo Europeo reunido en Dublín en junio de 1990 que ratificó el documento «Orientaciones para un plan europeo de lucha contra la droga», y que en su reunión de Luxemburgo en junio de 1991 aprobó el principio de creación de un *Observatorio Europeo de las Drogas* como respuesta en el ámbito de la Unión Europea a la necesidad de contar con la suficiente información sobre la droga y la toxicomanía

Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, aprobado mediante Decreto 209/2002, recogió entre sus objetivos la necesidad de crear el *Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones* como un instrumento de información, formación e investigación de dicho Plan, y en tal sentido se aprobó el Decreto 294/2002, de 3 diciembre, por el que se crea y regula el Observatorio andaluz sobre drogas y adicciones<sup>51</sup>.

Técnicamente, el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones se crea como órgano colegiado de carácter consultivo y de investigación, al objeto de asesorar y formular propuestas, a la Junta de Andalucía, de modo interdisciplinar, en materias técnicas relacionadas CON el fenómeno de las drogas y el problema generado por las drogodependencias y otros trastornos adictivos en la Comunidad Autónoma de Andalucía –art. 1.1.<sup>52</sup>. Y, además, de los miembros que lo integran en representación principalmente de la Administración de la Junta de Andalucía, está asistido por un Comité Científico integrado por profesionales y personalidades relevantes en disciplinas relativas a las drogodependencias –art. 5.<sup>53</sup>.

Por su parte, el III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones (2016-2021) considera que el Observatorio deberá incorporar a su labor la coordinación e impulso de la actividad investigadora y formativa, con el objetivo de mejorar la información científica disponible, promover la divulgación de los resultados obtenidos a través de los proyectos de investigación que se desarrollen en Andalucía y favorecer la promoción y gestión del conocimiento

---

en una visión de conjunto a difundir entre los Estados miembros. Así el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías fue aprobado por el Reglamento 302/93 del Consejo, de 8 de febrero.

<sup>51</sup> En su día el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», formuló alguna duda sobre este órgano: «se vuelve a crear un órgano más de participación institucional que un órgano técnico de estudio y de conocimiento de la realidad». BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 26.999 y ss.

<sup>52</sup> El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones tiene encomendadas, entre otras las siguientes funciones: a) Coordinar un sistema de información que permita evaluar la situación del consumo de drogas y sus efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencia futura. b) Analizar periódicamente la situación epidemiológica del consumo de drogas en la Comunidad Autónoma Andaluza. c) Realizar propuestas en el ámbito de las drogas y adicciones que, en base a los estudios y evaluaciones realizadas, favorezcan la toma de decisiones sobre las políticas que pueden desarrollarse. d) Asesorar en las acciones a adoptar en cualquiera de los ámbitos competenciales de la Junta de Andalucía para disminuir la prevalencia de las patologías adictivas e incrementar la calidad de la asistencia a las mismas. e) Desarrollar estudios e investigaciones sobre aspectos relevantes relacionados con las drogas y las adicciones, tendentes a obtener un mejor conocimiento de la realidad social de estos problemas en Andalucía. h) Elaborar un informe anual que recoja los datos más relevantes sobre las Drogas y Adicciones en Andalucía.

<sup>53</sup> 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 el Indicador Admisiones a Tratamiento (2006, 2007 y 2008), Indicador Urgencias Hospitalarias (2006, 2007 y 2008), Informe Mortalidad (2004 y 2005), la encuesta poblacional 'Los Andaluces ante las Drogas' (2005) y «La Población Andaluza ante las Drogas» (2007), «La encuesta escolar sobre uso de drogas en Andalucía» (2006).

generado a toda la ciudadanía y a la comunidad científica y profesional, debiendo dotarse para ello de la estructura necesaria para su adecuado desarrollo<sup>54</sup>.

Asimismo, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, aprobado mediante Decreto 209/2002, contempló las *Comisiones Provinciales de Drogodependencias* como órganos de coordinación provincial de las actuaciones de las Administraciones autonómicas y locales en materia de drogas. Estas Comisiones se integran en las Delegaciones Provinciales de la Consejería competente en materia de drogodependencias, y están compuestas, además de por representantes de las Administración autonómica, por representantes de la Diputación Provincial y de los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y otras Entidades Locales supramunicipales (mancomunidades) gestionen en materia de drogodependencias. Sus funciones principales consisten en formular las bases del Plan provincial sobre drogodependencias, incentivar y potenciar la creación de Planes Municipales de drogodependencias, especialmente en municipios de más de 20.000 habitantes, y fomentarán el asociacionismo municipal a tales efectos. La composición y funcionamiento de las Comisiones Provinciales de Drogodependencias se encuentra regulada por Decreto 301/2003, de 21 de octubre<sup>55</sup>.

Además, el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2017) contempla la creación de *Comisiones Técnicas Provinciales*, como órganos para la coordinación de recursos y programas de drogodependencias y adicciones por áreas de intervención. Presididas por la dirección del Centro Provincial de Drogodependencias, que coordinarán las actuaciones que se acuerden junto con los Jefes y las Jefas de Servicio de las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía en el ámbito de sus competencias. En concreto, se crearán cuatro Comisiones Técnicas por provincia, tantas como Áreas de intervención del III PASDA: Prevención, Incorporación Social, Atención Sociosanitaria y Gestión del Conocimiento.

### 2.3. Administraciones Locales

La Ley 4/1997 dispuso que las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos ejercerán sus competencias en esta materia, tanto propias como delegadas, en el marco de lo

---

<sup>54</sup> El III Plan Andaluz asigna, además, al Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones la función de coordinación del proceso de evaluación del propio III Plan, garantizando el registro de toda la información necesaria para la evaluación del III Plan y articulando la intervención de las diversas partes implicadas en el proceso de evaluación.

<sup>55</sup> La Comisión Provincial de Drogodependencias podrá determinar la constitución y composición, con carácter indefinido o temporal de Grupos Técnicos de seguimiento que asumirán el estudio y análisis de temas concretos encomendados por aquélla. Los Grupos Técnicos de seguimiento serán presididos por el Director del Centro Provincial de Drogodependencias, pudiendo asistir a sus reuniones los expertos que el Presidente de la Comisión Provincial de Drogodependencias estime conveniente convocar para que asesoren sobre las materias objeto de estudio –art. 6 Decreto 301/2003, de 21 de octubre–. Desde el último trimestre del año 2004 y hasta finales del año 2005 se habían constituido las Comisiones Provinciales de Drogodependencias de Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén y Sevilla. Por su parte, la Comisión Provincial de Drogodependencias de Málaga quedó constituida en febrero de 2006 (Memoria de gestión de 2006).

previsto en la presente Ley –art. 28.1–. Específicamente, en relación con los Ayuntamientos, estableció que, de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Andaluz sobre Drogas, podrán llevar a cabo actuaciones de información, prevención e integración social –art. 28.2–. Por tanto, se excluyen las actuaciones de tratamiento a drogodependientes, que por su naturaleza sanitaria se consideran de competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma.

Sin embargo, de un modo incoherente, la Ley 4/1997 añade que la Administración de la Junta de Andalucía podrá establecer con las Corporaciones Locales las adecuadas relaciones de colaboración, en orden a la prestación de servicios de carácter preventivo, *asistencial* y de reinserción social, sin perjuicio de las competencias que les sean propias –art. 30–. Asimismo, la Ley prevé que los Ayuntamientos que pongan en marcha actuaciones en materia de drogas podrán recibir financiación de la Junta de Andalucía –art. 28.4–.

Y en tal sentido, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones estableció como objetivo general de sus programas asistenciales y de incorporación social el aumento de la cobertura y de la calidad de la atención socio-sanitaria a las personas drogodependientes, para lo cual la Administración de la Junta de Andalucía ha venido convocando subvenciones a las entidades locales para el desarrollo de programas y el mantenimiento, construcción, reforma y equipamiento de centro de atención a las drogodependencias<sup>56</sup>.

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 asignó a los municipios las siguientes funciones: desarrollo de políticas específicas de prevención en materia de drogodependencias, fundamentalmente en el ámbito comunitario; procurar la integración social de los usuarios de drogas en base al desarrollo de planes de formación profesional y empleo; elaboración y puesta en marcha de medidas de limitación de la oferta y disponibilidad, fundamentalmente de drogas legales; ejecución de la función inspectora y de la potestad sancionadora, así como la cooperación de la policía local; coordinación de las intervenciones en materia de drogas a nivel local<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> Así, primero se dictó la Orden de 22 de abril de 2002, por la que se regulan y convocan subvenciones a las entidades locales para el desarrollo de programas, y el mantenimiento, construcción, reforma y equipamiento de centros de atención a las drogodependencias. A este Orden siguió la Orden de 21 de julio 2005, por la que se regulan y convocan subvenciones a las entidades locales para el desarrollo de programas y el mantenimiento, construcción, reforma y equipamiento de centro de atención a las drogodependencias (modificada por Orden de 12 de julio de 2007), establece que su objeto es la convocatoria de subvenciones a las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y sus organismos autónomos y las Mancomunidades de municipios pertenecientes al ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el mantenimiento, construcción, reforma y equipamiento de Centros de atención a las drogodependencias y para el desarrollo de *programas de prevención, asistenciales y de incorporación social* en esta materia. Como es lógico, la Orden establece que las actuaciones a subvencionar deberán adecuarse a los objetivos y estrategias del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

<sup>57</sup> En su día, el Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga, expresó que la participación de las Corporaciones Locales es muy desigual y, en muchos casos, insuficiente. La Comisión consideró entonces conveniente la implicación activa de los municipios en el marco de los planes autonómicos sobre drogodependencia. Pero doce años después se volvió a señalar: «Las

En este sentido, desde la Administración de la Junta de Andalucía se ha impulsado también el programa «Ciudades sin Drogas», dirigido a establecer políticas de promoción de la salud, desarrollando aptitudes y recursos individuales que permitan a los ciudadanos unas condiciones de vida saludable, a desarrollar por las Corporaciones Locales<sup>58</sup>.

Por su parte, respecto a las Diputaciones Provinciales, según la Ley 4/1997 –art. 28.3–, los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes recibirán el apoyo técnico y económico de las Diputaciones provinciales, de este modo la Ley 4/1995 se ajustó a los parámetros generales de cooperación previstos en la entonces vigente Ley 11/1987 de relaciones entre la Junta de Andalucía y las Diputaciones Provinciales. En tal sentido, las Diputaciones suscribieron convenios con diversos Ayuntamientos al objeto de mantener, entre otros, servicios ambulatorios en sus respectivas localidades.

Pero además de esta función de cooperación a los Ayuntamientos, lo cierto es que las Diputaciones andaluzas han sido claves para la implantación de la red asistencial de atención a las personas con drogodependencias. Así, cabe recordar que mediante Decreto 73/1985, de 3 de abril se crearon los Patronatos Provinciales para la Droga y los Centros Provinciales de Toxicomanías, los cuales se sustentaron mediante Convenios con las Diputaciones Provinciales.

De otro lado, la reforma de la Ley 4/1997, operada por la Ley 1/2001, de 3 de mayo, contempló expresamente la posibilidad de que el Gobierno de la Junta de Andalucía delegue en los órganos de las Corporaciones Locales la competencia para sancionar en esta materia, en los términos que reglamentariamente se establezcan –art. 40.2–. Posibilidad de la se hizo uso mediante el Decreto 167/2002, de 4 junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio<sup>59</sup>. Y el III Plan Andaluz contempla

---

Corporaciones locales como entidad más cercana al ciudadano deben tener un papel relevante sobre todo en el diseño de las políticas y estrategias de prevención». Si bien se añadía que para ello es necesario que cuente con los recursos adecuados que le permitan llevar a cabo labores de prevención y de intervención temprana. Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño. BOCG, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

<sup>58</sup> Orden de 5 de julio de 1999 por la que se regulan y convocan ayudas públicas en materia de prevención de drogodependencias, dirigidas a Ayuntamientos y Mancomunidades de Municipios, para el desarrollo del Programa «Ciudades sin Drogas», sustituida por una posterior Orden de 1 de febrero de 2006, por la que se regulan y convocan subvenciones en el ámbito de la Consejería. De acuerdo con la Memoria de Gestión de 2006 del II Plan Andaluz habían participado 388 municipios en este Programa, y, sobre todo, el porcentaje de población que residía en municipios con programa, en 2006 se situaba en el 86,17% (pág. 21 de la Memoria).

<sup>59</sup> El art. 3.1 del Decreto 167/2002, de 4 junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio, dispone lo siguiente: «De acuerdo con el artículo 40.2 de la Ley 4/1997, de 4 de julio, se delega en los Ayuntamientos la competencia para la iniciación, instrucción y resolución de los procedimientos sancionadores por las infracciones leves y graves tipificadas en dicha Ley, que se cometan dentro de su término municipal, así como la revisión de los actos dictados en esos procedimientos. Quedan exceptuadas de esta

como objetivo promover el incremento del número de Ayuntamientos Andaluces que establezcan Convenio de Colaboración en materia normativa sancionadora.

### 3. PLANIFICACIÓN

#### 3.1. Los Planes Nacionales sobre Drogas

Hasta la fecha se han aprobado tres Planes Nacionales sobre Drogas:

- *Plan Nacional sobre Drogas para el periodo 1985-1999*. Como ya se señaló la principal plasmación del primer Plan Nacional sobre Drogas fue la aprobación del Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre (derogado por el Real Decreto 79/1997) de creación de la Delegación del Gobierno para el PND, como órgano unipersonal, con las competencias de desarrollo de los Acuerdos del Grupo Interministerial. En este primer Plan las prioridades eran compensar una red abundante en centros de internamientos no acreditados y carentes de dispositivos ambulatorios y hospitalarios<sup>60</sup>. Tras un informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio de las Drogas, aprobado por unanimidad por todos los grupos políticos, el Gobierno aprobó en 1997 un Plan de Medidas dirigidas a implementar las propuestas del informe.
- *Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008*. Aprobada por Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, en colaboración con los órganos de la Administración Central, todas las Comunidades Autónomas y las ONGs del sector, con la finalidad de adecuarse a la evolución de las drogodependencias y a los compromisos internacionales adquiridos por España en la lucha contra la drogadicción. Tiene origen en la declaración de principios rectores, metas y objetivos plurianual aprobada en la vigésima Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio 1999 en Nueva York con masiva presencia de Jefes de Estado y de Gobierno (reflejo de la importancia que el fenómeno de las drogas seguía significando a nivel mundial). En dicha declaración se mandataba a todos los Estados la elaboración de estrategias sobre drogas que constituyeran los elementos operativos para la consecución de los objetivos propuestos<sup>61</sup>. Asimismo, se tuvieron en cuenta los trabajos que la Unión Europea venía desarrollando al objeto de aprobar

---

delegación aquellas infracciones cuya comisión tenga lugar en las dependencias o Centros de la Administración de la Junta de Andalucía». Ahora bien, como era preceptivo de acuerdo con la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local en aquel momento –art. 27–, el Decreto 167/2002 dispuso que para la efectividad de las competencias delegadas, la Administración de la Junta de Andalucía suscribirá con los Ayuntamientos los Convenios correspondientes, en los que se establecerán los medios necesarios para la financiación de las competencias delegadas. En tal sentido, hacia 2006 un total de 93 Ayuntamientos tenían suscrito Convenio en esta materia (Memoria de gestión de 2006).

<sup>60</sup> Informe de 12 de junio de 1991, de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de la droga. Boletín Oficial de las Cortes Generales (número 9, Serie A, de 17 de junio de 1991).

<sup>61</sup> En concreto, el objetivo primero de dicha declaración recogía la necesidad de desarrollar y aplicar para el 2003 estrategias nacionales que incorporen plenamente los principios rectores en la declaración referidos a la reducción de la demanda y, en su objetivo segundo, lograr al más alto nivel político en cada país, un compromiso a largo

en el Consejo Europeo de Helsinki los días 10 y 11 de diciembre de 1999 la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas (2000-2004), continuación del Plan de Acción de Drogas (1995-1999) aprobado en Cannes en junio de 1995. Posteriormente en el año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha un Plan de Acción sobre Drogas hasta 2008, basado en la evaluación del primer cuatrienio de la Estrategia.

- *Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2009-2016*. En el marco de la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012, aprobada por el Consejo Europeo en diciembre de 2004, por Acuerdo de Consejo de Ministros de 23 de enero de 2009, se aprueba con el propósito de impulsar y desarrollar los aspectos positivos de la anterior Estrategia y corregir sus limitaciones<sup>62</sup>. En desarrollo de la misma se previó la elaboración de dos Planes cuatrienales de Acción sobre Drogas (2009-2012 y 2013-2016), en los que habrían de definirse las actuaciones específicas a desarrollar<sup>63</sup>. En concreto, el Plan de Acción para el periodo 2009-2012, aprobado el 14 de octubre de 2009, perseguía la coordinación y cooperación en el marco del Estado, la reducción de la demanda y de la oferta de drogas, la mejora del conocimiento científico y la formación para los profesionales del ámbito de las drogodependencias. Por su parte, la Unión Europea cuenta con una Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga para el período 2013-2020.

### 3.2. El Plan Andaluz sobre Drogas

El mismo año que el primer Plan Nacional de Drogas, en 1985, se aprobó el Plan Andaluz sobre Drogas, el cual sería consagrado por la Ley 4/1997 –art. 29–. Mediante Decreto

---

plazo para la aplicación de una estrategia nacional de reducción de la demanda y establecer un mecanismo para asegurar la más absoluta coordinación y participación de las autoridades y sectores pertinentes de la sociedad.

<sup>62</sup> Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, BOE 13 febrero 2009.

<sup>63</sup> La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se sustentó en los principios rectores siguientes: a) *La consideración de la evidencia científica*. En función de la misma y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia se definirán, priorizarán y desarrollarán las intervenciones. b) *La participación social*. Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad. c) *La intersectorialidad*. Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes. d) *La integralidad*. Comprende tanto el objeto de la Estrategia, que contempla las drogas legales e ilegales, como el ámbito de las intervenciones, que incluye la reducción de la demanda y el control de la oferta. e) *La equidad*. Garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas. f) *El enfoque de género*. Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguirlos mismos. El problema es que esta Estrategia se formuló en el período inmediatamente anterior a la crisis económica, que supuso un drástico recorte en las aportaciones de todos los agentes públicos.

209/2002, de 23 julio, se aprobó el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, el cual debía extender su vigencia hasta el 2007<sup>64</sup>. Asimismo, por Orden de 18 de noviembre 2009 se creó el Comité Director para el impulso y de coordinación de la elaboración del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2010-2016. Sin embargo, este III Plan no ha llegado a aprobarse hasta justamente en 2016, mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de 19 de abril de 2016, lo cual ha exigido la prórroga del II Plan. Este III Plan se aprueba con vigencia de 2016 a 2021, y crea una Comisión Regional de Drogodependencias y Adicciones presidida por la persona titular de la Secretaría General de Servicios Sociales de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, con las funciones de coordinación, evaluación y seguimiento de los diferentes recursos y programas del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

En cuanto a su elaboración, la Ley 4/1997 especifica que los poderes públicos promoverán la participación de las asociaciones y federaciones de drogodependencias, y otras organizaciones no gubernamentales, en la planificación y evaluación de los diferentes ámbitos territoriales del Plan Andaluz sobre Drogas –art. 31.5–. Además, corresponde al Consejo Asesor sobre drogodependencia conocer, con carácter previo a su aprobación, el Plan Andaluz sobre Drogas e informar el mismo –art. 31.2.a)–. Asimismo, aun cuando la Ley 4/1997 no lo mencione, en aplicación de la legislación de régimen local, las entidades locales deben poder participar en la elaboración de los planes empujados por la Administración autonómica como instrumentos de coordinación, como sucede justamente con el Plan Andaluz sobre Drogas –art. 58.2 Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local<sup>65</sup>. En todo caso, corresponde al Consejo de Gobierno la aprobación del Plan Andaluz sobre Drogas (no se especifica que la aprobación sea mediante Decreto). Del contenido del plan y sus evaluaciones se elevará una memoria anual al Parlamento de Andalucía –art. 29.2–.

Respecto a su contenido, el Plan se contendrán todas las actuaciones preventivas, de atención e incorporación social a desarrollar de forma coordinada por las distintas Administraciones Públicas Andaluzas y por las entidades colaboradoras. Por las especiales características de los problemas relacionados con el mal uso de las bebidas alcohólicas y el grado de incidencia de esta problemática concreta, el Plan Andaluz sobre Drogas incluirá medidas específicas sobre el alcohol –art. 29.1 Ley–.

En cuanto a su financiación, la Ley 4/1997 dispone que las cantidades recaudadas por las Administraciones competentes como resultado del régimen sancionador que se establece

---

<sup>64</sup> Sobre la base de los estudios del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones se confeccionó el Informe de Situación tras el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), en el cual se indicaba que el alcohol y el tabaco eran los consumos más extendidos. Entre las sustancias de curso ilegal, el cannabis era con diferencia la más consumida, seguida a distancia por la cocaína en polvo. Las prevalencias de consumo eran más elevadas entre los hombres que entre las mujeres para todas las sustancias.

<sup>65</sup> Esta participación de las entidades locales se prevé expresamente en algunas leyes autonómicas, como la Ley 20/1985 de Cataluña –art. 34.2–.

en la presente Ley serán aplicadas al presupuesto del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones en el municipio –art. 39.6–. Otra cosa es la cuantía exigua que supone esta medida.

En relación con sus efectos, la Ley declara expresamente que el Plan Andaluz sobre Drogas será vinculante para todas las Administraciones Públicas y entidades privadas e instituciones que desarrollen actuaciones en materia de drogas –art. 29.3–. En tal sentido, la Ley 4/1997 –art. 33.3– condiciona la integración de centros de titularidad privada, y los de titularidad pública distinta de la Junta de Andalucía, en la red pública de atención a las drogodependencias, «siempre que se adecuen a los objetivos y a la programación establecidos por la Junta de Andalucía». Y, como nos consta, la Ley prevé que los Ayuntamientos podrán llevar a cabo actuaciones de información, prevención e integración social «de acuerdo con los criterios y directrices del Plan Andaluz sobre Drogas» –art. 28.2–.

### 3.3. Planes locales sobre drogas

Ya la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 se propuso como objetivo que en el año 2003, el 50% de todos los Municipios españoles de más de 20.000 habitantes contaran con un Plan Municipal sobre Drogas, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios y directrices del Plan Autonómico de Drogas<sup>66</sup>. Asimismo, debe recordarse que las Comisiones Provinciales de Drogodependencias, contempladas en el II Plan Andaluz y reguladas por Decreto 301/2003, de 21 de octubre, tienen entre sus funciones, de acuerdo con la Estrategia Nacional, incentivar y potenciar la creación de Planes Municipales de drogodependencias, especialmente en municipios de más de 20.000 habitantes<sup>67</sup>.

## 4. PARTICIPACIÓN E INICIATIVA SOCIAL

### 4.1. Participación

La Ley 4/1997 –art. 31.1– creó el *Consejo Asesor sobre Drogodependencias*, como órgano de carácter consultivo y de participación social en materia de drogodependencias, en el que estarán representadas las Administraciones Públicas andaluzas, las asociaciones

<sup>66</sup> Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008, p. 84. En el año 2008, el porcentaje de Municipios al que se refiere el objetivo debía ser del 100%. Por su parte, en la evaluación de la estrategia en 2003 se indicó que de los 334 municipios que, según los datos del INE superaban una población de 20.000 habitantes, sólo un centenar habían aprobado planes municipales de drogas (pág. 46). Por su parte, en el documento de evaluación final de la Estrategia 2000-2008 (p. 31) se dirá que en los municipios mayores (de más de 20.000 habitantes) se supera el objetivo del 50% planteado en la Estrategia Nacional sobre Drogas, cuando lo cierto es que ese objetivo era para 2003.

<sup>67</sup> En este sentido, el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló que la existencia de un Plan Municipal de drogas debe ser un requisito para acceder a las subvenciones en materia de drogas, tanto para la realización de convenios como para recibir ayudas para el programa «Ciudades ante las Drogas». BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27035.

de drogodependencias a través de sus federaciones más representativas, así como otras organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social<sup>68</sup>.

El Consejo Asesor sobre drogodependencia tendrá las siguientes funciones: a) Conocer, con carácter previo a su aprobación, el Plan Andaluz sobre Drogas e informar el mismo; b) Conocer e informar el presupuesto de gastos y la memoria anual del Plan Andaluz sobre Drogas; c) Solicitar de los órganos o entidades competentes expertos en la materia los informes que se estimen necesarios; d) Valorar las necesidades generadas por el problema de las drogas en Andalucía; e) Ser consultado previamente a la concesión de ayudas económicas destinadas al movimiento asociativo; f) Proponer para ser declarados de interés para la Comunidad Autónoma a aquellas entidades que reúnan los requisitos establecidos en el artículo 33.2 de la presente Ley; g) Cualesquiera otras que, en el marco de sus competencias, se le atribuyan reglamentariamente para el adecuado cumplimiento de sus fines<sup>69</sup>.

Al objeto de conseguir mayor operatividad, el Consejo Asesor funcionará en Pleno y en Comisión Ejecutiva. La organización y composición del Consejo Asesor sobre Drogodependencias se encuentra regulada en el Decreto 128/2001, de 5 de junio<sup>70</sup>.

De otro lado, la Ley 4/1997 dispuso que en los ámbitos provinciales, comarcales y locales, podrán constituirse Consejos de Participación. Las Administraciones Públicas de Andalucía facilitarán su constitución y funcionamiento. Y por Decreto 23/2007, de 30 enero, se crearon los *Consejos Provinciales de Participación sobre Drogodependencias* y se regula su constitución, funciones, y régimen de funcionamiento. Son funciones de los Consejos Provinciales de Participación sobre Drogodependencias, entre otras: a) Informar a la Presidencia de la Comisión Provincial de Drogodependencias sobre las actuaciones y programas previstos en la provincia desde el movimiento asociativo representado en el Consejo Provincial respectivo, en el marco del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

---

<sup>68</sup> Este Consejo Asesor de Drogodependencias viene a sustituir a la anterior Comisión de Participación sobre Drogodependencias de Andalucía, creada por Decreto 68/1994, de 22 de marzo, y regulada por Orden de 13 de mayo de 1994, modificada posteriormente por Orden de 11 1996. En concreto, el Decreto 68/1994 dispuso lo siguiente: «Para articular la participación social se crea adscrita a la Consejería de Asuntos Sociales la Comisión de Participación sobre Drogodependencias como órgano colegiado para la colaboración y asesoramiento de la Comunidad Autónoma en esta materia, con las siguientes funciones: Informar el Plan Andaluz sobre Drogas. Conocer la Memoria anual del Plan Andaluz sobre Drogas. Intervenir en los procedimientos de indulto en los términos establecidos en la legislación vigente. Cualesquiera otras que se le asignen».

<sup>69</sup> En la práctica, la precedente Comisión de Participación sobre Drogodependencias ha servido para consensuar las solicitudes de indultos de drogodependientes en proceso de reinserción remitidas al Ministerio de Justicia.

<sup>70</sup> El Decreto 128/2001, de 5 de junio, fue objeto de una queja ante el Defensor del Pueblo andaluz presentada por dos Asociaciones de profesionales (APRODA Y SOMAPA), por su exclusión del mismo. Asimismo, el Decreto 128/2001, de 5 junio, fue modificado por el Decreto 131/2005, de 17 de mayo. El 9 de enero de 2006 tuvo lugar, en Sevilla, la reunión constitutiva del Pleno del Consejo Asesor, cuyo Orden del Día contemplaba, además de la constitución formal del órgano tras su nueva regulación y la designación de los miembros de la Comisión Ejecutiva.

b) Analizar el Plan Provincial de Drogas y Adicciones y su cumplimiento en la provincia. c) Colaborar en la elaboración de Planes Municipales de Drogodependencias y el desarrollo de Programas Específicos en los ámbitos Municipales y de Zonas de Trabajo Social, propiciándose la generación de datos desagregados por sexo<sup>71</sup>.

## 4.2. Iniciativa social

### 4.2.1. Fomento de la iniciativa social

Al igual que en otros ámbitos sociales, conforme al principio de participación, la Ley 4/1997 establece que las Administraciones Públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, promoverán la participación y concurrencia de las instituciones, asociaciones, federaciones y de los ciudadanos en general –art. 6.2–. Asimismo, las Administraciones Públicas de Andalucía facilitarán la formación específica del voluntariado, integrado en las asociaciones que trabajan en drogodependencias –art. 9.2 Ley 4/1997–.

Más específicamente, la Ley 4/1997 establece que se promoverá la participación de las asociaciones ciudadanas en las actuaciones de las Administraciones Públicas para la prevención, atención e integración social de los drogodependientes, previa autorización y acreditación de sus actividades –art. 32.1–. Se fomentará preferentemente el voluntariado social de drogodependientes en proceso de reinserción social que colaboren en las actividades citadas o en otras de carácter cívico o social, y se mantendrán líneas estables de coordinación entre las Administraciones Públicas y las asociaciones y federaciones de drogodependencias para la prevención, atención e integración social –art. 32.4–.

Con anterioridad a la creación del Plan Nacional sobre Drogas y de los Planes Autonómicos, el movimiento asociativo ya había comenzado a desarrollarse. Los primeras asociaciones que surgen estaban formadas por personas afectadas por el consumo de alcohol. En aquel momento este tipo de asociaciones se orientaban fundamentalmente a la autoayuda. La llegada de la epidemia de heroína en los años ochenta, con la morbilidad y mortalidad que supuso, precipitó el desarrollo de asociaciones en el ámbito de otras drogas. En un principio estas asociaciones se orientaron principalmente a la reivindicación ante las administraciones públicas sobre la necesidad de implantar recursos especializados. Más adelante, una vez desarrollada la red de recursos para la atención a las drogodependencias, asumen también la realización de actividades específicas y la prestación de servicios. A partir de ese momento, vinieron a cubrir un importante espacio en cuanto a recursos y

---

<sup>71</sup> En cuanto su composición, además de diversos representantes de los órganos periféricos de la Administración de la Junta de Andalucía, hay también representantes de la Diputación Provincial, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, las asociaciones o federaciones provinciales específicas de drogodependencias, de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados y de las asociaciones de jugadores de azar, entre otros. Téngase en cuenta que los Patronatos Provinciales de Drogodependencias que en algunas provincias no llegaron ni siquiera a ponerse en funcionamiento, o no llegaron a pasar del simple acto de constitución.

programas dentro de la Red de Atención a las Drogodependencias en Andalucía, realizan acciones tanto preventivas como asistenciales. Posteriormente surgen las asociaciones de personas afectadas por el juego patológico y las integradas por profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones<sup>72</sup>. En la actualidad, el tejido asociativo en este ámbito en Andalucía es numeroso y diversificado<sup>73</sup>.

De acuerdo con la Ley 4/1997, las Administraciones Públicas de Andalucía apoyarán la creación y funcionamiento de las Federaciones Provinciales y Regionales de Asociaciones, a fin de crear cauces de coordinación entre éstas y de ellas con las Administraciones Públicas –art. 31.6–. Las asociaciones, federaciones, fundaciones y organizaciones de acción social en el campo de las drogodependencias podrán cooperar en la prevención, asistencia e integración social, previa inscripción en el correspondiente Registro de Entidades, Centros y Servicios, y siempre que se adecuen a las normas previstas en la legislación vigente –art. 33.1-<sup>74</sup>.

La Administración de la Junta de Andalucía podrá declarar de interés para la Comunidad Autónoma aquellas entidades en las que concurren los siguientes requisitos –art. 33.2–:

a) Que sus estatutos establezcan fines de interés en el área de las drogodependencias.

---

<sup>72</sup> Como señalara el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», el movimiento asociativo en Andalucía, que tuvo sus orígenes previos a la existencia del Plan Andaluz sobre Drogas, se potencia a raíz de la creación de la Red de Atención a las Drogodependencias. Como comentábamos antes, el movimiento asociativo ha servido para producir un mayor acercamiento del drogodependiente a los recursos asistenciales y programas de incorporación social. Por ello, podemos decir que el papel del voluntariado se centra en la reeducación del toxicómano, en la búsqueda de alternativas nuevas o abandonadas, actuando como refuerzo, y en muchas otras ocasiones cubriéndole sus necesidades básicas. *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27112.

<sup>73</sup> En Andalucía existen aproximadamente 340 asociaciones subvencionadas de afectados, familiares y voluntarios que se agrupan en varias federaciones de carácter regional (Informe de Situación tras el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones 2002-2007): FAAR, AL-ANDALUS (ambas federaciones específicas de alcohol); Federación Andaluza de Drogodependientes y Sida (ENLACE), y por una escisión de ésta en 2002, Federación REDES; Federación Andaluza de Jugadores de Azar Rehabilitados (FAJER), al a que hay que añadir FAPEJA. Un caso singular lo representan las asociaciones provinciales vinculadas a Proyecto Hombre, que se integran en una entidad denominada Fundación Andaluza Proyecto Hombre. También hay en Andalucía dos asociaciones específicas de profesionales: APRODA, que integra a profesionales de todas las disciplinas que intervienen en adicciones y SOMAPA, integrada únicamente por médicos. Asimismo hay otras asociaciones y federaciones no específicas de drogodependencias que también realizan actividades en esta materia, como son la CAVA (Confederación Andaluza de Asociaciones de Vecinos) y la CODAPA (Confederación Andaluza de Padres de Alumnos).

<sup>74</sup> El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló los siguientes problemas del movimiento asociativo: 1) Primacía de una actitud mercantilista en algunos colectivos, sin que ello pueda suponer una merma de la capacidad profesional de éste. 2) Excesiva burocratización del movimiento asociativo, que tiene que ver con la necesidad de atender las demandas y exigencias que el sistema de ayudas y subvenciones exigen. Esta cuestión se está resolviendo en algunos casos a través de una mayor centralización de esta gestión en las federaciones de asociaciones. 3) Intrusismo producido por algunas asociaciones que surgen al amparo de las subvenciones y de las convocatorias públicas. 4) Dependencia económica de la Administración con las ventajas e inconvenientes que ello comporta. *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27117.

b) Carecer de ánimo de lucro. c) Llevar a cabo programas o servicios en el campo de las drogodependencias. d) Contar con los medios adecuados para el correcto cumplimiento de sus fines. e) Destacarse significativamente eficaz en su campo de actuación en materia de drogodependencias. La Ley añadió que el procedimiento de declaración se establecerá reglamentariamente<sup>75</sup>.

#### 4.2.2. Autorización, registro y acreditación de entidades y centros

Según la Ley 4/1997, las entidades privadas de iniciativa social, que presten servicios de carácter asistencial o sanitario a los drogodependientes, estarán sometidas a un régimen de autorización administrativa previo cumplimiento de las condiciones mínimas materiales y funcionales que reglamentariamente se establezcan –art. 34.1–. En el caso de los servicios de carácter asistencial (servicios sociales) se trata aún del régimen general del Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía, dictado en desarrollo de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía<sup>76</sup>. Por su parte, los centros de atención sanitaria a drogodependientes están sujetos al Decreto 69/2008, de 26 febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, y se encuentran, por tanto, excluidos del régimen de autorizaciones del Decreto 87/96, de 20 de febrero. Sin embargo, sí están sometidos estos recursos a las normas de registro y acreditación dictadas en desarrollo del referido Decreto, como es el caso de la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes (Orden de 28 de agosto 2008).

Asimismo, la Ley dispone que la acreditación y autorización de las entidades supondrá la habilitación de las mismas para la suscripción de conciertos y la percepción de subvenciones

---

<sup>75</sup> Esta previsión no ha sido objeto de desarrollo, probablemente debido a que la Ley 4/2006, de 23 de junio, de Asociaciones de Andalucía, ya contempla la posible declaración de asociaciones de interés público de Andalucía (art. 36).

<sup>76</sup> El Decreto 87/1996 se desarrolló por la Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas, varía en función de su condición de sanitarios o no. Esta Orden de 28 de julio de 2000 fue modificada por la Orden de 28 de agosto 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias, a fin de contemplar en su regulación, a los efectos de la obtención de la autorización administrativa de funcionamiento, los requisitos materiales y funcionales a reunir por los centros de tratamiento ambulatorio que atiendan juego patológico exclusivamente, en tanto que centros de atención a personas con problemas de adicción que no precisan contar con un profesional de la medicina y por tanto incardinados en el concepto de Centros de Servicios Sociales. Sobre el régimen del Decreto 87/1996, véase S. FERNÁNDEZ RAMOS, «La ordenación general de los servicios sociales en Andalucía: situación actual y prospectiva», en VV AA, *El Derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*, Instituto Andaluz de Administración Pública, Sevilla, 2012, pp. 75-219.

de la Junta de Andalucía –art. 34.1–. A este aspecto, dentro del marco general establecido por el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, y en base a la previsión y habilitación establecidas en el mismo –art. 25 y disposición final primera–, se aprobó la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes, quedando con ella concretados los requisitos mínimos a reunir por los centros de atención a drogodependientes a los efectos de lograr su acreditación como tales.

No obstante, la aprobación mediante Decreto 209/2002, de 23 de julio, del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, amplió y diversificó la Red de Recursos de Tratamiento de las Drogodependencias y Adicciones, lo que llevó a aprobar la Orden de 28 de agosto 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias (que deroga la anterior Orden de 29 de febrero de 1996). Esta Orden tiene por objeto regular en un único texto los requisitos materiales y funcionales a reunir por todos los centros que integran la Red de Tratamiento de las Drogodependencias y Adicciones para su acreditación.

Los centros deberán ser acreditados en su totalidad sin que se pueda solicitar, ni –debe entenderse– acordar, acreditación parcial de los mismos –art. 7.2–. El plazo para dictar resolución es de tres meses, y transcurrido dicho plazo sin que haya recaído y se haya notificado la resolución, las personas interesadas podrán entender estimadas por silencio administrativo sus solicitudes –art. 7.1–<sup>77</sup>.

La acreditación como centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias, debidamente expedida, será condición indispensable para que estos centros, dependientes de entidades públicas o privadas, puedan realizar cualquiera de las siguientes actividades: a) Obtener el reconocimiento de la calidad de sus servicios. b) Establecer conciertos con la Administración de la Junta de Andalucía –art. 2–<sup>78</sup>.

La acreditación se otorgará por un periodo máximo de cuatro años, condicionada siempre a que se mantenga el cumplimiento de los requisitos en base a los que se concedió –art. 9.1–. Asimismo, las entidades y centros acreditados están obligados al cumplimiento de las obligaciones siguientes: a) Remitir anualmente la memoria de actividades del centro. b) Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos. c) Remitir balance económico del ejercicio anterior

---

<sup>77</sup> No obstante, se prevé que podrá concederse una acreditación provisional a los centros que, sin cumplir alguno de los requisitos previstos en la presente Orden, se comprometan a realizar un plan de adecuación, que deberá ser aprobado por el órgano competente para resolver, señalando el plazo para su ejecución –art. 8–.

<sup>78</sup> En tal sentido, el Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía, establece que los Servicios y Centros de Servicios Sociales de las Entidades públicas o privadas que pretenden concertar con la Administración de la Junta de Andalucía deberán, previamente a la concertación, ser acreditadas en el nivel de calidad exigido con las normas que se determinen de acuerdo con los aspectos señalados en el artículo anterior (art. 27).

y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los quince días posteriores a su aprobación –art. 10–.

#### 4.2.3. *Convenios de colaboración*

La Ley 4/1997 dispone que la Administración de la Junta de Andalucía podrá establecer con carácter complementario fórmulas de cooperación y colaboración con entidades públicas o privadas –art. 14–. Y, más específicamente, establece que los centros de titularidad privada, y los de titularidad pública distinta de la Junta de Andalucía (es decir de titularidad local), podrán integrarse en la *red pública de atención a las drogodependencias*, mediante convenios, conciertos u otras formas previstas en el ordenamiento jurídico, siempre que se adecuen a los objetivos y a la programación establecidos por la Junta de Andalucía –art. 34.4–. Lo cierto es que en este ámbito desde el principio en los años 80 la presencia de los centros de iniciativa local y social ha sido capital<sup>79</sup>.

En todo caso, mediante Orden de 20 de diciembre 2002, se regulan los convenios con entidades privadas para la atención a las drogodependencias<sup>80</sup>. Los Centros que podrán ser objeto de convenio son los siguientes –art. 2–: a) Centros de Tratamiento Ambulatorio. b) Centros de Día. c) Centros de Emergencia Social. d) Viviendas de Apoyo al Tratamiento. e) Comunidades Terapéuticas. f) Viviendas de Apoyo a la Reinserción<sup>81</sup>. No obstante, de

---

<sup>79</sup> El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló la conveniencia de clarificar el papel que la Administración pretende que juegue la iniciativa social en relación a la prestación de los servicios. «Es necesario la clarificación del modelo organizativo que se desea, donde se fije tanto los criterios de la prestación de servicios como el papel del voluntariado. Para ello, sería necesario que la Administración en el momento de establecer la convocatoria de subvenciones fije claramente y de forma diferenciada lo que son convenios para la prestación de servicios y subvenciones dirigidas al mantenimiento del movimiento asociativo para el funcionamiento de los programas. Se detecta la necesidad de ampliar y mejorar el marco legal que regule las funciones del movimiento asociativo, donde se recojan aquellas situaciones que tienen que ver con su papel de prestación de servicios. En este sentido, su regularización permitiría contar con todas las garantías para el personal que trabaja en los centros concertados. En este sentido, si las Administraciones delegan determinadas funciones y servicios, deben también establecer el marco que fije la continuidad que garantice el periodo de permanencia de su función asistencial dentro del Plan». BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27119.

<sup>80</sup> La Orden de 20 de diciembre de 2002 fue modificada por Orden de 23 de mayo 2005. El motivo fue que en la aplicación práctica de la Norma, se han venido formalizando Convenios individualizados por cada Centro, con independencia de su titularidad. Sin embargo, la experiencia de los últimos años ha puesto de manifiesto que existen numerosas entidades privadas que realizan actividades de carácter asistencial y de incorporación social, que se llevan a cabo en diferentes centros de la misma titularidad. Estos hechos aconsejaron proceder a una modificación del articulado de la Orden de 20 de diciembre de 2002, al objeto de acomodar dicha Norma a la realidad y permitiendo, así, establecer en un solo texto, las condiciones de colaboración para el funcionamiento de los diferentes centros cuya titularidad pertenezca a una sola entidad.

<sup>81</sup> En 2014 los concierto fueron: 15 Comunidades Terapéuticas, con un total 166 plazas; 11 Vivienda de Apoyo a la Reinserción, con un total de 85 plazas; 3 Viviendas de Apoyo al Tratamiento, con un total de 16 plazas; 3 Viviendas de Apoyo a enfermos de Sida, con un total de 31 plazas; 23 Centros de Tratamiento Ambulatorio

acuerdo con la evolución del Derecho de la contratación pública, estos convenios deben adoptar la forma de contratos de gestión de servicio público, en modalidad de concierto.

A efectos de valoración de las solicitudes, la Orden contempla los siguientes criterios –art. 7–: a) La adecuación a los objetivos y estrategias recogidos en el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. b) Las necesidades de plazas y centros a concertar por parte de la Administración, para las distintas modalidades. c) El grado de implantación y cobertura técnica del programa (marco teórico, objetivos, metodología, cobertura de población, capacidad, plazas disponibles, coste económico del servicio y modelo de evaluación). d) No percibir otras ayudas de la Junta de Andalucía para el funcionamiento del Centro. e) El grado de coordinación del centro a nivel provincial o regional. Se podrán requerir informes a los Centros Provinciales de Drogodependencias sobre los programas terapéuticos contenidos en las solicitudes. A la vista de las solicitudes y los informes emitidos, la Consejería competente resolverá sobre la procedencia o no de la realización del convenio con la entidad solicitante, «en función de las características del proyecto, de su adecuación a los criterios y prioridades del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones y de las disponibilidades presupuestarias» –art. 8.2–.

Cuando el tipo de Centros Concertados sea Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento y Viviendas de Apoyo a la Reinserción, se determinarán el número de plazas concertadas y la descripción de los perfiles de las mismas. Estableciéndose por la Administración autonómica el importe en euros a abonar por día de estancia y por cada una de las plazas concertadas durante un período máximo equivalente a 365 días/año natural. La entidad firmante del Convenio presentará mensualmente la relación de estancias ocupadas en función del número de plazas concertadas. En ningún caso el número de estancias a justificar durante el período de vigencia del presente convenio podrá ser superior al estipulado<sup>82</sup>.

Otra cuestión, agravada por la prolongada crisis económica, ha sido el retraso de la Administración autonómica en el abono de los pagos a los centros concertados<sup>83</sup>. Tal como ha expresado el propio Defensor del Pueblo de Andalucía, se observa la ausencia de un

---

de Alcohol y Drogas; 9 Centros de Tratamiento Ambulatorio de Juego Patológico; 5 Centros de Encuentro y Acogida (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>82</sup> En Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento y Viviendas de Apoyo a la Reinserción, la gestión de ingresos de drogodependientes, así como la recepción de protocolos de derivación y la elaboración y gestión de la lista de espera para ingresos en estos centros, se podrá llevar a cabo por entidades colaboradoras de la Consejería competente.

<sup>83</sup> Ya antes de la crisis económica el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», había señalado que las cantidades percibidas no llegan a cubrir los costes mínimos, ya que en algunos si se han aumentado las cantidades se han reducido el número de plazas, dispersándose éstas en muchos recursos y creando escasas condiciones para un funcionamiento normalizado, lo cual ya entonces estaba llevando en algunos casos a situaciones insostenibles. *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27043.

marco estable de participación y financiación de los movimientos sociales, lo que supone la merma de su capacidad para seguir prestando sus servicios a los ciudadanos. Resulta obvio que la precariedad actual en el sistema de ayudas y conciertos, por no haberse establecido en el momento que ello era posible, genera estos problemas y supone un riesgo para el tercer Sector y la pérdida de servicios a los ciudadanos»<sup>84</sup>.

Finalmente, la Ley 4/1997 añade que la totalidad de los centros y servicios de atención de drogodependientes gestionados por entidades que suscriban conciertos y convenios o se beneficien de ayudas de la Administración Autonómica tendrá, en cuanto al desarrollo de programas de intervención, una *dependencia funcional* del órgano administrativo al que se adscriba el Plan Andaluz sobre Drogas –art. 34.4–. Aun cuando este tipo de preceptos tienen precedentes, esta regla se extralimita, tanto si se trata de centros o servicios de titularidad local –por invadir la autonomía local– como de titularidad privada –por injerencia en la autonomía privada–. Una cosa es la sujeción a las directrices generales del Plan Andaluz sobre Drogas, y otra bien diferente es imponer una especie de subordinación jerárquica a un órgano de la Administración autonómica.

## 5. LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

### 5.1. Las políticas sobre drogas y adicciones

No se puede tratar aquí el debate sobre la penalización-legalización de determinadas sustancias, cuestión que excede a la modesta finalidad de este estudio. Ciertamente, la legislación española, en coherencia con el reconocimiento de la adicción como enfermedad, no penaliza el consumo privado de sustancias ilegales, si bien son aún dominantes las políticas basadas en el control<sup>85</sup>.

Con todo, como ha señalado el propio Defensor del Pueblo Andaluz, las políticas controladoras vienen a dar respuestas a determinados sectores de la sociedad que las apoyan

---

<sup>84</sup> Informe al Parlamento de Andalucía de 2012, p. 813: «Este aspecto lo vimos recogido en las quejas de 2012, al afectar a los conciertos y convenios con la iniciativa social, así como por el retraso en el pago de éstos. Este grupo de quejas, casi el 37% de las de este año, afecta a la prestación de servicios a la población adicta desde los dispositivos públicos o privados concertados, sobre todo en los centros de día concertados que se vieron obligados a cerrar a mediados de año ante la suspensión de los conciertos». Como añade la institución, p. 815, las consecuencias no solo afectan a los servicios sino a los propios usuarios, que ven mermada su atención, unido en estos momentos a la precariedad económica, la falta de empleo y expectativas a corto o medio plazo de recuperación, lo que les está llevando de forma irrevocable a formar parte de lo que se viene definiendo como –sectores de la miseria–.

<sup>85</sup> Los recientes debates que han concluido con el informe de la CICAD/OEA sobre escenarios futuros de abordaje del problema de las drogas, así como las acciones emprendidas por algunos Estados federados de los Estados Unidos de Norteamérica (Washington, Colorado) y las nuevas regulaciones emprendidas por Uruguay, deberán ser tenidos en cuenta, para valorar sus resultados de cara a la toma de decisiones futuras, en su caso.

y las ven como la mejor manera de ejercer el control sobre éstas, de modo que crean cierta conciencia de que se actúa, sin embargo, debería caminar hacia estrategias que fomenten la responsabilidad y el autocontrol en los adolescentes, que les permita alejarse de su consumo o convivir con ellas con el menor riesgo posible. «Por ello, es necesario una revisión en profundidad de las políticas de drogas, que permitan una mayor coherencia con el modelo social que se pretende implantar, donde se combinen los derechos individuales con aquellos otros que están relacionados con la salud pública de los ciudadanos y su adecuada atención. Debemos admitir que la actual política prohibicionista que se pretende instaurar está llena de sombras, presentándose como ineficaz para controlar el tráfico y el consumo, y que lejos de disminuir los riesgos para la salud llega, en algunos casos, a incrementarlos»<sup>86</sup>.

Asimismo, tampoco puede dejar de señalarse que entre ambas alternativas, liberalización absoluta (con el riesgo de acceso incontrolado, en especial por parte de los jóvenes y adolescentes) y penalización (que somete a los pacientes a un sufrimiento innecesario), existen soluciones intermedias, como la legalización sanitaria controlada de ciertas sustancias, como remedio terapéutico para el enfermo<sup>87</sup>. O, más aún, el paso dado recientemente en algunas Comunidades Autónomas de legalización de los llamados clubs de consumidores de cannabis<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía", BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27137. Así, añade: «cuando se establezcan los límites que regulen las drogas ilegales habrá que prever límites específicos para cada una de estas sustancias, abordándolas en función de los aspectos que inciden en nuestra sociedad con relación a su consumo. Ello ayudará a poner fin a la doble moral imperante que permite tan diferente trato jurídico, asistencial y económico, con respecto a las drogas institucionalizadas y a las no institucionalizadas, y que al final lleva a la población afectada, por unos u otros motivos, a sufrir consecuencias que marcarán en muchos casos el destino final de sus vidas».

<sup>87</sup> Esta propuesta fue formulada por uno de los expertos (Casas i Brugué) en las sesiones del Informe de 24 de mayo de 2011 de la Ponencia de la Comisión Mixta Congreso-Senado, sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», BOCG, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011.

<sup>88</sup> Ya la jurisprudencia considera, atendiendo a la realidad social, que el consumo de cannabis sativa escapa del tipo penal cuando se lleva a cabo de forma personal y sin riesgo para la salud colectiva. Igualmente, se viene entendiendo que no constituye infracción administrativa si dicho consumo o tenencia no se lleva a cabo en lugares públicos. Pues bien, la Ley Foral 24/2014, de 2 de diciembre, reguladora de los colectivos de usuarios de cannabis en Navarra, viene a ofrecer seguridad jurídica al consumo de esta sustancia, tanto de carácter lúdico como por sus efectos paliativos para determinadas dolencias. De acuerdo con esta Ley, los clubs de personas consumidoras de cannabis, que deberán constituirse conforme a la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, estarán integrados por personas mayores de edad consumidoras de cannabis (que acrediten su condición de consumidores de cannabis con anterioridad a la presentación de su solicitud de ingreso), y están obligados a limitar la entrada a los locales en que se desarrolle cualquier actividad de consumo únicamente a sus integrantes, para lo cual cada club deberá elaborar un registro de sus integrantes, que permita en cualquier momento determinar quiénes son las personas que conforman la asociación. O la Ley 1/2016, de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias, contempla las entidades –legalmente registradas y sin ánimo de lucro– constituidas por personas mayores de edad consumidoras de cannabis –art. 83– Asimismo, el TSJ País Vasco, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sentencia 195/2016, 17 May. Recurso 722/2014, ha declarado que es conforme a Derecho una Ordenanza municipal (Ayto San Sebastián) que regula los clubs de cannabis.

Ahora bien, aun entendiendo que las políticas reguladoras del consumo van a existir siempre, a éstas se les deben anteponer, como prioritarias, las dirigidas a prevenir y a atender a las personas que tienen problemas con ellas, promoviendo condiciones para un modelo de prevención educativo en función de la realidad social, y no en base a determinado modelo cultural predominante<sup>89</sup>.

En efecto, como en toda política socio-sanitaria, la prevención es el pilar fundamental de la política contra el uso indebido de drogas y también una tarea compleja en sí misma. La Ley 4/1997 –art. 5– entiende por prevención todas aquellas medidas encaminadas a limitar, y en su caso eliminar, la oferta y la demanda de drogas, así como las consecuencias dañosas asociadas a su consumo<sup>90</sup>. En tal sentido, según la Estrategia Nacional 2009-2016 sobre Droga, debe concederse prioridad a la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema, y ello debe hacerse desde la «integralidad» (mejor, integridad): contemplar tanto las drogas legales como ilegales, e incluir tanto la reducción de la demanda y como el control de la oferta<sup>91</sup>.

## 5.2. Reducción de la demanda

De acuerdo con la Ley 4/1997, las Administraciones andaluzas deben desarrollar actuaciones preventivas integradas en materia de información, educación, salud e inserción social, así como sobre las condiciones y actitudes sociales que favorecen el uso de drogas, fomentando el autocontrol personal<sup>92</sup>. Lo cierto es que las políticas de prevención de

---

<sup>89</sup> Para ello, según el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», es necesario establecer concordancia y coherencia entre los diversos tipos de medidas. En concreto, acompañar los instrumentos preventivos con aquellos otros que actúan para regular el funcionamiento social con relación a las sustancias, y que infunden credibilidad a los ciudadanos. Ello les lleva a percibir que si no se sabe controlar el mercado de las drogas legales, difícilmente se podrá regular el de las drogas ilegales. *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27137.

<sup>90</sup> El National Center for the Advancement of Prevention define la prevención como «los intentos de reducir los problemas derivados del abuso de drogas antes de que comiencen a través de una diversidad de estrategias» (CSAP, 1997). Es decir, se trataría de realizar acciones que eviten la aparición misma de problemas relacionados con el uso de drogas.

<sup>91</sup> Como ha señalado E. MOREU CARBONELL, el tratamiento jurídico de las drogodependencias ha evolucionado desde la represión hacia la prevención. La prevención, en efecto, se erige hoy en pilar y fundamento de todas las políticas de acción en la materia, acompañadas de medidas globales de asistencia sanitaria y social. «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias», *VV AA*, El marco jurídico de los servicios sociales en España, Realidad actual y perspectivas de futuro, Atelier, Barcelona, 2012, p. 324.

<sup>92</sup> La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, establece lo siguiente: Las actuaciones de promoción de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas –infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez– e irán destinadas a promover la salud física y mental, mejorando la competencia de las personas y acondicionando sus entornos, de forma que: g) El consumo de tabaco y otras sustancias adictivas se evite, se retrase o se abandone. h) El consumo de alcohol, así como otras conductas con riesgo de crear adicción, se haga de forma que se minimice dicho riesgo y se promueva la reducción de daños (art. 68.2).

drogas deben basarse en estrategias más globales dirigidas a la promoción de la salud y al bienestar de los ciudadanos<sup>93</sup>. En tal sentido, la prevención presenta en la Ley 4/1997 diversos frentes:

- *Sistema de información e investigación*. La Administración de la Junta de Andalucía deberá disponer de sistemas de información que garanticen el conocimiento permanente y evolución de los patrones de consumo, así como la evaluación de las intervenciones realizadas –art. 6.1.e)–. En tal sentido, corresponde a la Administración de la Junta de Andalucía el establecimiento de un sistema centralizado de información y documentación sobre drogodependencias, que permita el seguimiento y la evaluación continua del consumo de drogas y de su problemática asociada, facilitando los programas de investigación sobre el tema, con las debidas garantías del derecho al anonimato sobre los datos que se registren –art. 27.2.b)–<sup>94</sup>.

Como se señaló antes, estas funciones recaen fundamentalmente en el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Asimismo, entre los objetivos del II Plan Andaluz se incluyó un Sistema de Información centralizado para la red asistencial de drogodependientes en Andalucía, que permitiera incrementar la eficacia de las intervenciones preventivas, asistenciales y de incorporación social, y facilitara la toma de decisiones y la planificación. Este sistema es conocido como siPASDA<sup>95</sup>. Por su parte, el III Plan Andaluz se propone desarrollar el siPASDA, incorporando a todos los recursos y programas de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones y ampliando la información sobre aspectos clínicos y sociales de las personas que reciben tratamiento<sup>96</sup>.

De otro lado, la Administración de la Junta de Andalucía promoverá y favorecerá la creación y desarrollo de los programas de investigación, estudio, formación y diagnóstico en

---

<sup>93</sup> Habría que incorporar el enfoque de promoción de la salud, que se centra en modelos generales de salud, más que en el trastorno concreto. Por ejemplo, el ejercicio físico o la alimentación son multifactoriales, actuando como factor protector en el consumo de sustancias. Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, BOCG, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 17.

<sup>94</sup> De modo similar, la Ley 20/1985 de Cataluña dispuso que el Departamento de Sanidad y Seguridad Social estructurará un sistema de información y vigilancia sobre la frecuencia asistencial, morbilidad y mortalidad por dependencias, preservando el derecho al anonimato –art. 37–.

<sup>95</sup> 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 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. Los primeros datos sobre ocupación de los recursos residenciales (Comunidades Terapéuticas, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Viviendas) en el siPASDA son del año 2004.

<sup>96</sup> En concreto, se propone incorporar al siPASDA los Centros de Día y los Centros de Encuentro y Acogida de la Red de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, así como adaptar el siPASDA a la nueva estructura de gestión provincializada.

relación con la problemática social, sanitaria y económica relativa a las drogodependencias, y fundamentalmente en las drogas de nueva aparición. Para potenciar la investigación, se podrán suscribir convenios de colaboración entre las administraciones educativas y aquellas entidades, públicas o privadas, directamente relacionadas con la prevención y el estudio de las drogodependencias –art. 10.2–. Con objeto de aumentar los conocimientos existentes sobre el fenómeno de las drogodependencias, la Administración de la Comunidad Autónoma Andaluza promoverá la realización de estudios e investigaciones<sup>97</sup>.

La Ley 4/1997 considera áreas prioritarias las siguientes: a) Niveles y tendencias en el consumo de drogas. b) Actitudes y estados de opinión de la población general respecto al fenómeno de las drogodependencias. c) Repercusiones individuales y sociales del consumo de drogas. d) Evaluación de los diferentes programas de intervención y, particularmente, de la efectividad de los métodos y programas terapéuticos. e) Estilos de vida asociados al consumo de drogas. f) SIDA y su asociación al consumo de drogas vía parenteral en los centros penitenciarios –art. 10.3–.

La Administración de la Comunidad Autónoma Andaluza impulsará la formalización de convenios de colaboración a nivel autonómico, nacional e internacional, para potenciar la investigación básica en el campo de las drogodependencias, para los cuales tendrán una consideración preferente las Universidades de Andalucía<sup>98</sup>.

– *Formación de profesionales y voluntarios.* Las Administraciones Públicas andaluzas desarrollarán programas formativos específicos, destinados a los profesionales que por su relación con la infancia, los jóvenes y sectores sociales con mayor riesgo social se encuentren directamente implicados en la prevención del consumo de drogas y en el tratamiento de los problemas asociados al mismo<sup>99</sup>. Asimismo, las Administraciones Públicas de Andalucía facilitarán la formación específica del voluntariado, integrado en las asociaciones que trabajan en drogodependencias –art. 9.2 Ley 4/1997–. En tal sentido, la Ley 4/1997 dispone que la Administración Pública de la Comunidad Autónoma elaborará y proporcionará información actualizada a profesionales y ciudadanos sobre la utilización de sustancias estupefacientes y psicotrópicas y demás medicamentos, así como los derivados de los anteriores y en concreto las llamadas drogas de síntesis capaces de producir dependencia –art. 23<sup>100</sup>.

---

<sup>97</sup> En tal sentido, se venían convocando por Orden de la Consejería competente los Premios Andaluces de Investigación en materia de Drogodependencias y Adicciones (el último, al parecer, el XII por Orden de 22 de junio de 2007).

<sup>98</sup> Asimismo, la Administración de la Comunidad Autónoma Andaluza promoverá acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y tabaco destinados a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en las mencionadas drogas –art. 10.5–.

<sup>99</sup> SOMAPA (la Sociedad Médica Andaluza de Adicciones y Patología Asociada) fomenta la creación de una nueva especialidad en adicciones y patología asociada, dotada de la correspondiente titulación.

<sup>100</sup> Este precepto está claramente inspirado en la Ley 20/1985 de Cataluña –art. 32–: «El Departamento de Sanidad y Seguridad Social elaborará y facilitará a los usuarios de los servicios sanitarios y a los profesionales

- *Programas de información y sensibilización.* La Ley 4/1997 ordenó a las Administraciones Públicas andaluzas a establecer y desarrollar programas de información sobre las drogas, con la finalidad de proporcionar conocimiento y orientación a los ciudadanos acerca de los riesgos que comporta su consumo y las medidas adecuadas para prevenirlo –art. 7.1.<sup>101</sup>. Pero, además, la Administración de la Junta de Andalucía deberá modificar las actitudes y comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias, generando una conciencia social solidaria y participativa frente a este problema –art. 6.1.f)–.

A tal fin, es evidente la relevancia de los medios de comunicación social<sup>102</sup>. Se promoverá la colaboración con los medios de comunicación social, en especial con los de titularidad pública, para la realización de programas y campañas de prevención del consumo de drogas<sup>103</sup>. Los medios de comunicación social de titularidad pública andaluza incorporarán a su programación habitual contenidos dirigidos a difundir mensajes preventivos y a fomentar estilos de vida saludables –art. 11.4.<sup>104</sup>.

En todo caso, debe señalarse la dificultad para evaluar los programas y campañas preventivas y sus efectos. No obstante, existe un consenso en que la información que se transmita a los adolescentes, así como a toda la sociedad, debe ser veraz, adecuada y basada en la evidencia científica. Información clara y suficiente sobre el riesgo del consumo de drogas, alejada de cualquier moralina y del alarmismo inútil, que permita a los jóvenes tomar decisiones responsables que favorezcan su desarrollo personal y su libertad a la hora de elegir como quieren vivir su vida<sup>105</sup>. Asimismo, como señaló ya la Estrategia

---

de la sanidad información actualizada sobre la utilización en Cataluña de fármacos psicoactivos y demás medicamentos y productos capaces de producir dependencia».

<sup>101</sup> Estos programas irán dirigidos de manera preferente a los ámbitos infantil, juvenil, laboral y otros de especial incidencia, apoyando las acciones informativas que pueden realizar las entidades o empresas –art. 7.2–.

<sup>102</sup> Como señala la Estrategia Nacional 2009-2016, en la sociedad actual, el papel de los medios de comunicación es clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión, así como a la formación de la ciudadanía para adquirir una visión informada sobre los principales temas que afectan a la sociedad y sobre los factores que los determinan. Por ello, no sólo es necesario atender al contenido de la información difundida, sino a los mensajes más o menos explícitos que contiene dicha información (pág. 70).

<sup>103</sup> El precepto se reitera en el artículo 7.3: «Las Administraciones Públicas de Andalucía promoverán la colaboración de los medios de comunicación social para la realización de las actuaciones mencionadas, en particular los de titularidad pública».

<sup>104</sup> La Junta de Andalucía y los medios de comunicación social, en especial la RTVA, articularán su colaboración para la prevención del consumo de drogas, mediante la formalización de convenios en los que se contemplen: a) La realización de campañas de prevención conjuntas. b) La programación de espacios divulgativos con información veraz sobre drogas. c) Orientación consensuada en los espacios informativos en lo referido a drogas –art. 10.4–.

<sup>105</sup> Así el Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño, señaló lo siguiente: «La Comisión considera que los medios de comunicación

Nacional para la prevención de drogas para el periodo 2000-2008, en su apartado 5.2, se debe crear un sistema de autorización y acreditación de programas preventivos, así como para la homologación de materiales, ajustados a los criterios acordados por todas las Comunidades Autónomas<sup>106</sup>. Por su parte, el III Plan Andaluz prevé la creación de un registro de programas de prevención en drogodependencias y adicciones que cumplan unos criterios técnicos mínimos que garanticen su eficacia y la incorporación de la perspectiva de género<sup>107</sup>.

– *Prevención en el ámbito educativo.* No basta hacer campañas de prevención puntuales, sino que la prevención es un proceso lento, largo, sistemático y continuo de educación. La educación para la salud, especialmente en sus aspectos relacionados con la prevención del consumo de drogas, formará parte de los contenidos de la enseñanza de los centros docentes no universitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía –art. 8.1–. Todos los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Andalucía establecerán en sus planes anuales el conjunto de actuaciones, tanto de desarrollo curricular como actividades extraescolares y complementarias, en orden a concienciar a los alumnos y alumnas acerca de la importancia de tener hábitos saludables, y de las consecuencias que conlleva para las personas y la sociedad el consumo de las sustancias a que se refiere la presente Ley. A tal fin, la Ley dispone que se dotará al sistema educativo, de equipos de orientación y de personal especializado, que garanticen la formación del profesorado en orden a la aplicación y desarrollo de los programas de educación sobre drogas que se mencionan. En dichas actuaciones se deberá tener en cuenta la participación del Consejo Escolar y de las asociaciones de padres y madres de alumnos –art. 8.2–.

En tal sentido, por Decreto 312/2003, de 11 de noviembre, se establecen actuaciones de prevención de las drogodependencias y adicciones en el medio educativo, dirigidas

---

social deben implicarse en la prevención de drogodependencias, cumpliendo los acuerdos y códigos éticos allí donde existieran y la adopción de los mismos, para procurar una información veraz y ajustada a la realidad social de los consumos, evitando la estigmatización de los menores y abandonando el binomio jóvenes-drogas y sumándose a la difusión de los mensajes de adopción de hábitos de vida saludables. La información que trasladen los medios de comunicación tiene que ser veraz y basada en evidencias científicas». *BOCG*, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

<sup>106</sup> Para ello, como señaló Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», es necesario partir de una terminología común que permita la creación de sistemas, métodos e instrumentos compartidos y vinculados a la recogida y análisis de la información, como fuente de cambio y planificación. Se debe crear un registro de programas y materiales, que acredite la viabilidad de éstos y su adecuación a los objetivos que se recogen en el II Plan Andaluz. *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, pp. 27035 y 27141. Por su parte, el Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 21 de marzo de 2014, sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones insistió en la importancia de establecer algún tipo de control previo de los programas de prevención, en el sentido de que exista un Catálogo de programas preventivos, de manera que no pueda ponerse en marcha cualquier programa, sino solo aquellos que han pasado unos procedimientos. *BOCG*, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 19.

<sup>107</sup> Además, se prevé crear un Banco Documental de Buenas Prácticas en el Portal para profesionales que recoja indicadores y estándares de calidad desagregados por sexo.

al alumnado de alumnado de educación primaria, secundaria, bachillerato y formación profesional, así como al profesorado, padres y tutores. Según esta disposición, en las medidas de prevención que se desarrollen en el ámbito educativo regirán como criterios de actuación el impulso de la participación familiar y de los Consejos Escolares así como la intervención en las poblaciones de alto riesgo. Las actuaciones previstas, realizadas conjuntamente por la Consejería de Educación y la competente en materia de drogodependencias se orientan principalmente a la sensibilización, información al alumnado y padres sobre el consumo de drogas, y la formación del profesorado para el desarrollo de programas educativos. El modelo de prevención en el ámbito educativo deberá promover habilidades sociales, afectivas e intelectuales, basadas en actitudes y valores que propicien el desarrollo de la autoestima, la responsabilidad, la autonomía personal y la promoción de hábitos de vida saludable y alternativas de ocio y tiempo libre, que capaciten al alumnado para tomar decisiones responsables con relación al consumo de drogas y otros comportamientos adictivos, fomenten su sentido crítico ante los mensajes que reciban del exterior, y eviten el consumo o la conducta adictiva –art. 3.<sup>108</sup>.

Igualmente, se fomentará una formación adecuada sobre los distintos aspectos de las drogodependencias en los estudios universitarios de las áreas educativa, sanitaria y social –art. 8.3–. Las Universidades andaluzas y demás centros de formación de profesionales facilitarán medidas para la inclusión de programas formativos de prevención de las drogodependencias en el desarrollo de sus actividades. Sobre todo en las que estén directamente relacionadas con las áreas de Salud, Educación y Servicios Sociales –art. 9.3.<sup>109</sup>.

– *Prevención en el ámbito comunitario.* La Ley 4/1997 prevé fomentar el movimiento asociativo, favoreciendo su participación en programas culturales, deportivos, medioambientales y de educación para la salud, de apoyo a colectivos que viven en situación de grave riesgo social –art. 6.1.b)–, así como favorecer el acceso a los re-

---

<sup>108</sup> Para la consecución de este objetivo, de acuerdo con el Informe de Situación tras el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007), se ha desarrollado una batería de programas preventivos sobre drogas y adicciones en los colegios, en colaboración con las Consejerías de Educación y Salud (DINO, Prevenir para vivir, Y tú ¿qué piensas?, A no fumar me apunto, Forma Joven) y con el Plan Nacional sobre Drogas (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 del centro, desarrollándose a través de una metodología transversal e integradora en el proyecto curricular, lo que ha permitido que exista un control individualizado en los centros escolares de las acciones puestas en marcha. Los tutores u orientadores son los que han realizado las intervenciones en los centros educativos. En general, los programas de prevención en el ámbito educativo han pasado por tres momentos: creación y extensión de los programas a las 8 provincias, del 2000 al 2003; consolidación entre 2003 y 2006, en que se garantiza el funcionamiento de los mismos; y un tercer momento del 2006 a la actualidad, de seguimiento, evaluación y valoración, iniciándose un proceso de revisión y mejora cualitativa.

<sup>109</sup> En los años 90 la Junta de Andalucía estableció convenios de cooperación con las Universidades Andaluzas para la realización de programas de formación a través de cursos de Expertos y Máster en drogodependencias, lo que permitió la creación de asignaturas optativas sobre drogodependencias en distintas disciplinas, así como la proliferación de cursos de doctorado y tesis doctorales en esta materia. No obstante, en el año 2001, se suspendieron las actuaciones con las Universidades en materia de formación.

cursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que, por su situación deprimida y de marginación, pueden resultar especialmente afectados por las drogas. Pero, sobre todo, se ordena que la Administración de la Junta de Andalucía promoverá la realización, por las corporaciones locales de programas comunitarios de prevención de las drogodependencias dirigidos a aquellas zonas urbanas y rurales con una mayor incidencia y prevalencia. Serán considerados prioritarios los programas comunitarios que cuenten con la participación de varias corporaciones locales, que serán coordinados de manera específica por los centros comarcales de drogodependencia –art. 7.5.<sup>110</sup>.

En Andalucía, el citado programa «Ciudades ante las Drogas» es el principal referente de la prevención comunitaria. Iniciado en 1997, se lleva a cabo a través de la colaboración con Ayuntamientos y Mancomunidades, y desarrolla actividades preventivas, en general, y de ocio alternativo al consumo de drogas<sup>111</sup>. Un aspecto positivo adicional de este programa es la creación de una red de Ayuntamientos que se implican en la prevención de las

---

<sup>110</sup> El Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga señaló lo siguiente: «En las zonas socialmente más afectadas, como barrios marginales o municipios específicos, sería necesario la elaboración de Planes de acción social, con la implicación de los servicios sociales comunitarios, en los que se incluyan medidas compensatorias en el área educativa, alrededor de equipos de profesores bien formados para trabajar en estos sectores y gabinetes de orientación psicopedagógica y equipos de asistencia social, que pusieran especial atención en la corrección del absentismo y el fracaso escolar, producto de la ausencia de motivación por el estudio y de apoyo por parte de las familias que, en gran parte, están desestructuradas o no actúan como tales. Asimismo, estos Planes incluirían el desarrollo de todos aquellos programas de formación y empleo que tengan como objetivo la inserción social de los colectivos desfavorecidos, entre los que destaca el colectivo de jóvenes, sobre los que se produce la mayor tasa de paro». Por su parte, el Defensor del Pueblo Andaluz, ha señalado que se entiende por prevención comunitaria «aquella que va dirigida al conjunto de la comunidad, sin que se tenga claro quién o quiénes deben promoverla. El ámbito comunitario de intervención en materia de drogas debe constituirse por ello en un espacio capaz de incluir e integrar los distintos sectores de intervención. Viene a ser el escenario que mayores dificultades presenta a la hora de intervenir, y donde se han podido realizar un mayor número de actuaciones. La idea de la intervención preventiva en el marco comunitario se sustenta en el concepto de intervención comunitaria, siendo ésta la capacidad de la Comunidad de auto-gestionarse, de organizarse para conseguir lo que desea, o llevar algo adelante». (Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27015).

<sup>111</sup> El Programa Ciudades ante las Drogas se orienta al fomento de la calidad de vida de la ciudadanía andaluza, reduciendo el uso y abuso de sustancias y otras adicciones. Las actuaciones se dirigen a toda la población, si bien se incide en mayor medida en los sectores más jóvenes y en aquellos grupos de mayor riesgo social. Las actividades son llevadas a cabo desde los ayuntamientos, lo que facilita la participación activa de la población en los distintos objetivos a conseguir, permitiendo la construcción de soluciones adecuadas a los escenarios y espacios de cada comunidad. El número de municipios adscritos se ha incrementado notablemente desde su puesta en marcha en 1997, pasando de 43 los municipios o mancomunidades adscritos, a 423 en 2009, fecha en la que alcanzó su máximo histórico. A partir de ese año, debido a la crisis económica, se produjo un descenso paulatino, hasta alcanzar a 308 en 2014, ligado a la evolución de la financiación del programa. Las actividades se desarrollan en los ámbitos comunitario, educativo, familiar y laboral, y tratan desde actividades de ocio y tiempo libre, campañas, divulgación, formación, investigación y reducción de riesgos. En la aplicación informática «Ciudades ante las Drogas» se registraron en 2014 un total de 1945 actividades de prevención de adicciones (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

drogodependencias, pues las entidades locales deben realizar una aportación presupuestaria idéntica a la concedida<sup>112</sup>.

Por su parte, la Orden de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de 28 de mayo de 2014, por la que se convocan subvenciones en régimen de concurrencia competitiva para el ejercicio 2014 (BOJA 106, de 4 de junio de 2014), contempló la «Línea 9», relativa a las «Subvenciones en materia de prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones». Para 2014 los criterios prioritarios para la concesión de subvenciones fueron: a) Actuaciones de prevención selectiva e indicada dirigidas a menores en situación de vulnerabilidad. b) Programa Servicio Responsable (dirigido a los empresarios y trabajadores del sector hostelero). c) Programas que incluyan actividades de prevención de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de las familias<sup>113</sup>.

Por su parte, el III Plan Andaluz prevé consolidar el programa de prevención comunitaria «Ciudades ante las Drogas», como eje vertebrador e impulsor de las actividades preventivas en los distintos ámbitos, enmarcado en los Planes Municipales de Drogas y Adicciones, a través de fórmulas administrativas que favorezcan su estabilidad, y ello al tiempo que se homogeneizan sus actuaciones.

Además, en el marco de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y en cumplimiento de la Decisión 2005/387/JAI del Consejo de la Unión Europea mediante el contacto, a través de acciones de proximidad, con población consumidora de drogas en contextos recreativos, se ha desarrollado el programa Reducción de riesgos y monitorización de drogas en zonas de riesgo<sup>114</sup>.

– *Prevención en el ámbito laboral.* La Administración de la Junta de Andalucía, en colaboración con los organismos competentes y las organizaciones sindicales y empresariales, fomentará: a) Programas específicos de prevención, asistencia y reinserción en el

---

<sup>112</sup> Asimismo, el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía", se señaló que se debe incidir a la temporalidad de los programas de prevención para poder garantizar su continuidad. Así, la convocatoria del programa «Ciudades ante las Drogas» o los programas subvencionados al movimiento asociativo deberían contar con periodos de aprobación y ejecución no inferior a tres años. Existiendo al final una evaluación de estas actuaciones que sea el soporte para futuras actuaciones. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27036.

<sup>113</sup> Para el año 2014 se aprobaron y cofinanciaron 209 proyectos de prevención, de los cuales 195 corresponden a ayuntamientos y 14 a agrupaciones de municipios. Un total de 308 municipios desarrollaron este programa, lo que supone el 40 % de los municipios de Andalucía.

<sup>114</sup> Las acciones de proximidad en ocio nocturno han consistido en la instalación de puntos de reducción de riesgos y daños en establecimientos y eventos de música electrónica. En 2014 se instalaron 26 stands desde los cuales se contactó con las personas destinatarias, se distribuyeron materiales de reducción de riesgos (material informativo, preservativos, tapones para los oídos, agua), se difundieron mensajes específicos sobre riesgos particulares en función de las necesidades detectadas y se prestaron servicios como el análisis de sustancias o las pruebas gratuitas de alcoholemia (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones). Este programa se financia con cargo al Fondo de Bienes Decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados.

ámbito laboral, a incluir en la negociación colectiva. b) Programas de salud laboral que incluyan actividades informativas y de formación de los trabajadores y empresarios en los problemas derivados del consumo de drogas. En el diseño, ejecución y evaluación de dichos programas se fomentará en cada empresa la participación de los sindicatos, empresarios, servicios médicos de empresa y comité de seguridad e higiene. Asimismo se apoyará las acciones informativas que por su cuenta realicen las empresas y sindicatos –art. 12.1–.

Por su parte, el II Plan Andaluz contempló la puesta en marcha de «Estrategias de Formación, Información y Coordinación» dirigidas al medio laboral –trabajadores, representantes y empresas–<sup>115</sup>. Sin embargo, la evaluación realizada del II Plan indicó la debilidad del desarrollo de la prevención en el ámbito laboral (y familiar). Así, 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<sup>116</sup>.

### 5.3. Control de la oferta

#### 5.3.1. Drogas ilegales

La oferta de drogas afecta al consumo. Ahora bien, en el caso de las drogas ilegales, la reducción de la oferta compete de un modo especial a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, a sus homólogos en las Comunidades Autónomas, a los distintos órganos de inspección de las Administraciones Públicas, tanto a nivel nacional como autonómico y local, así como a los órganos judiciales especializados, sobre todo si se tiene presente que el tráfico de drogas es considerado unánimemente como un pilar del crimen organizado<sup>117</sup>.

---

<sup>115</sup> Desde el año 1994, en que se firma el protocolo de la Junta de Andalucía con los Agentes Sociales (CEA, UGT y CCOO), sólo las Centrales Sindicales mayoritarias, a partir de 1995, han seguido desarrollando los compromisos asumidos en éste protocolo. Mientras, la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA), hasta el año 2001 que firma el primer convenio, se ha mantenido al margen por discrepancias en temas referido a la Ley de Drogas, con relación al alcohol y las limitaciones a la publicidad. Al parecer la causa podría estar en la posición mantenida con respecto al tratamiento realizado en la Ley de Drogas al tema del alcohol, lo que ha dado origen a esta situación, lo que supone no reconocer lo recogido en la Ley 4/1997. Según el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», llama la atención en este ámbito el escaso número de programas y actuaciones existentes debido a las pocas intervenciones detectadas, así como las que han existido tienen un carácter puntual y poco han servido a la prevención. La existencia de programas estructurados y con carácter de continuidad queda limitada a las grandes empresas. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27031.

<sup>116</sup> III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021), p. 26.

<sup>117</sup> Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y especialmente la Fiscalía Antidroga, actúan en esta parte del proceso genérico oferta-demanda, afectando a cuatro

En síntesis, pues no constituye el objeto principal de este trabajo, en el contexto previsto por la Convención de las Naciones Unidas de 1988 (Convención de Viena), se ha modificado reiteradamente el Código Penal, graduando las penas en función de las circunstancias concretas, se ha incorporado la ampliación de las facultades de comiso de los instrumentos de tráfico, así como la investigación de movimientos de capitales y las posibilidades de remisión condicional de la pena para los delincuentes toxicómanos<sup>118</sup>. De igual forma, se ha llevado a cabo la incorporación de la figura del arrepentido, de las entregas vigiladas de droga. Asimismo, se ha transpuesto de diversas directivas europeas, que ha tenido como resultado, entre otros, la aprobación de la Ley de Lucha contra el Blanqueo de Capitales<sup>119</sup>.

Por su parte, tanto la anterior Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, como la vigente Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, tipifican diversas infracciones administrativas relativas a la tenencia y consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas –art. 36, núms. 16 a 19). No obstante, puede señalarse que la Ley Orgánica 4/2015 prevé la suspensión de sanciones pecuniarias impuestas por infracciones en materia de consumo de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas cometidas por menores de edad (la responsabilidad se extiende a los menores a partir de los 14 años –art. 30.1-): «Las multas que se impongan a los menores de edad por la comisión de infracciones en materia de consumo o tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y sus representantes legales, aquéllos accedan a someterse a tratamiento o rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación. En caso de que los infractores abandonen el tratamiento o rehabilitación o las actividades reeducativas, se procederá a ejecutar la sanción económica» (disposición adicional quinta)<sup>120</sup>.

Por su parte, en el ordenamiento andaluz, la Ley 4/1997 establece que la Administración de la Junta de Andalucía, en el marco de las Leyes penales y procesales, promoverá las

---

grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales: **1.** El proceso de producción de las drogas a partir de materias primas y precursores. **2.** El proceso de distribución mayorista de las sustancias, incluyendo el tráfico internacional y el tráfico interno en cada Estado. **3.** El proceso de distribución minorista, es decir, de distribución al consumidor final de la sustancia. **4.** El proceso de transformación de las ganancias obtenidas en bienes económicamente cuantificables (Estrategia Nacional 2009-2014, pág. 81).

<sup>118</sup> Véase un resumen de las reformas del Código Penal por LO. 15/2003, de 25 de noviembre, y LO. 5/2010, de 22 de junio, relacionadas con el tráfico de drogas en E. MOREU CARBONELL, «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias», *op. cit.*, 342.

<sup>119</sup> Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, modificada por la Ley 19/2013, de 9 de diciembre.

<sup>120</sup> Reglamentariamente se regularán los términos y condiciones de la remisión parcial de sanciones prevista en esta disposición adicional. Debe recordarse que esta cuestión ya se ordenó en el Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, por el que se regula la remisión de las sanciones administrativas en materia de drogas.

actuaciones adecuadas para cooperar en la persecución del narcotráfico, al objeto de reducir la disponibilidad de las drogas ilegales en el territorio andaluz, y pondrá fin a cualquier relación económico-financiera con las entidades o personas sancionadas por la comisión de conductas de blanqueo de capitales –art. 21.1–. Asimismo, la Administración de la Junta de Andalucía, en el marco de las Leyes penales y procesales, promoverá las actuaciones jurídico-penales, de entidades públicas, federaciones y asociaciones, dirigidas contra las drogas, mediante convenios, subvenciones u otras formas de cooperación para facilitar estas acciones en lo relativo a medidas de control en materia de drogas –art. 21.2.<sup>121</sup>.

La Administración de la Junta de Andalucía pondrá fin a cualquier relación económico-financiera con las entidades o personas a que se refiere la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, que hayan sido objeto de sanción firme en virtud de la misma –art. 21.3–.

Además, la Ley 4/1997 declara prohibido, a los menores de 18 años, la venta de colas y demás productos industriales inhalables con efectos euforizantes o depresivos. Queda excluida de esta prohibición la venta a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional de estos productos<sup>122</sup>. La Junta de Andalucía regulará las condiciones y presentación a la venta de sustancias químicas que puedan producir efectos nocivos para la salud y crear dependencia, a fin de evitar su uso como drogas –art. 24.1.<sup>123</sup>.

### 5.3.2. Drogas institucionalizadas

En este ámbito, la actuación se orienta principalmente mediante restricciones a la publicidad del tabaco y el alcohol, y a su venta a menores de edad, así como su consumo en lugares públicos, medidas impulsadas desde la Unión Europea.

- *Publicidad en los medios de comunicación.* Con carácter general se establece que la Administración Pública andaluza regulará la limitación en los medios de comunicación andaluces de cualquier tipo de publicidad directa o indirecta de tabaco y bebidas alcohólicas, así como la emisión de programas en los que el presentador o presentadora

---

<sup>121</sup> Estas acciones ya se contemplaron en el Decreto 68/1994, de 22 marzo, por el que se establecen medidas especiales en materia de drogodependencias, si bien en la actualidad parece que están en desuso.

<sup>122</sup> El Consejo de Gobierno, en el plazo de seis meses contados a partir de la entrada en vigor de la Ley, debía aprobar la relación de productos a que se refiere este precepto (disposición adicional primera). Ambos preceptos están claramente inspirados en la Ley 20/1985 de Cataluña, –art. 31–, con la diferencia de que esta ley refiere la prohibición a los menores de 16 años. En este sentido, otras leyes autonómicas sobre drogodependencias (como la valenciana, la castellano-manchega o la madrileña) recogen la prohibición de vender a menores de edad colas, pegamentos y otros productos químicos industriales inhalables de venta autorizada que puedan producir efectos nocivos para la salud y creen dependencia, o productos euforizantes, depresivos o alucinatorios.

<sup>123</sup> La Consejería de Salud debía determinar reglamentariamente la relación de productos a que se refiere el precepto –art. 24.2–.

o cualquier otro participante aparezca fumando, junto a bebidas alcohólicas, tabaco o menciones de sus marcas o logotipos –art. 25.2.<sup>124</sup>. Sin embargo, la posterior Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, prohíbe directamente en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados: a) Aparezcan fumando. b) Mencionen o muestren, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco (art. 9.3).

- *Restricciones a la publicidad de bebidas alcohólicas.* Sin perjuicio de las prohibiciones y limitaciones establecidas en las normas básicas estatales, como la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad y Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual<sup>125</sup>, se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas: a) En los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados preferentemente a menores de 18 años<sup>126</sup>. b) En los centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios y dependencias de las Administraciones Públicas. c) En áreas de servicios de autovías y autopistas. d) En las instalaciones deportivas públicas y privadas. e) Con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas y aquéllas dirigidas a menores. La promoción pública de bebidas alcohólicas en Andalucía, mediante ferias, exposiciones, muestras y actividades

---

<sup>124</sup> Lo cierto es que la Ley 20/1985 de Cataluña había ido más lejos, al prohibir la publicidad del tabaco y productos relacionados con su consumo en los medios de comunicación dependientes de la Generalidad y en los medios dependientes de la Administración local de Cataluña –art. 25.1–.

<sup>125</sup> Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, se prohíbe la publicidad prohíbe la comunicación comercial televisiva de bebidas alcohólicas con un nivel superior de veinte grados; la comunicación comercial televisiva de bebidas alcohólicas con un nivel inferior a veinte grados cuando se emita fuera de la franja de tiempo entre las 20.30 horas y las 6 horas del día siguiente, salvo que esta publicidad forme parte indivisible de la adquisición de derechos y de la producción de la señal a difundir; la comunicación comercial de bebidas alcohólicas con un nivel inferior a veinte grados cuando esté dirigida a menores, fomente el consumo immoderado o asocie el consumo a la mejora del rendimiento físico, el éxito social o la salud –art. 18.3–.

<sup>126</sup> La Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana, calificó como infracción leve la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad en establecimientos públicos o en locales de espectáculos –art. 26.b)–. Dado que la citada Ley Orgánica no definía lo que debía como «establecimiento público» a efectos de la misma, se suscitó si podía afirmarse o no que la Ley prohibía la venta de bebidas alcohólicas a menores de edad en los establecimientos minoristas de alimentación (que –como es bien sabido– es la base de a práctica del «botellón»). Sin embargo, desde el propio Ministerio de Interior se consideró que no puede extenderse la prohibición a establecimientos no dedicados a actividades distintas de las recreativas. La prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores –en todo tipo de establecimientos comerciales aparece en disposiciones de diversas Comunidades Autónomas, como por ejemplo la Ley, del Principado de Asturias 5/1990, de 19 de diciembre, de Prohibición de venta de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años; la Ley, del Parlamento de Cataluña, 20/1985, de 25 de julio –modificada por la Ley 10/1991, de 10 de mayo– de Prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan generar dependencia, en Cataluña; y la Ley, de la Comunidad Foral de Navarra, 10/1991, de 16 de marzo, de Prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad. Por tanto, el precepto de la Ley 4/1997 venía a cubrir la ausencia en el ordenamiento estatal de norma alguna que –con carácter general– prohibiese la venta de alcohol a los menores.

- similares, será realizada en espacios diferenciados cuando tenga lugar dentro de otras manifestaciones públicas. Se permitirá el acceso a menores, exclusivamente cuando estén acompañados de personas mayores de edad bajo su responsabilidad –art. 25.1–.
- *Restricciones a la publicidad del tabaco.* La publicidad del tabaco estará sometida a las prohibiciones y las limitaciones establecidas en la legislación vigente<sup>127</sup>. Se prohíbe la publicidad del tabaco: a) En los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados preferentemente a menores de 18 años. b) En los centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios y dependencias de las Administraciones Públicas. c) En las instalaciones deportivas públicas y privadas. d) Con ocasión o mediante patrocinio de actividades deportivas, educativas y aquellas dirigidas a menores –art. 25.3-<sup>128</sup>. Sin embargo, estas determinaciones se han visto de nuevo rebasadas por la posterior Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, que declara directamente prohibido el patrocinio de los productos del tabaco, así como toda clase de publicidad, y promoción de los citados productos en todos los medios y soportes, incluidas las máquinas expendedoras y los servicios de la sociedad de la información, únicamente con determinadas excepciones (art. 9.1).
  - *Restricciones a la venta y consumo de bebidas alcohólicas.* Según la Ley 4/1997 –art. 25.1–, queda prohibido, en relación con las bebidas alcohólicas<sup>129</sup>:
    - a) La venta o suministro a menores de 18 años, así como permitirles el consumo dentro de los establecimientos. Queda excluida de esta prohibición la venta o suministro a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional del producto<sup>130</sup>. Para reforzar esta prohibición, la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, calificación como infracción grave su incumplimiento.
    - b) La venta y el consumo en los centros docentes, centros de menores, los de carácter recreativo y otros análogos destinados a menores de 18 años.

<sup>127</sup> Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual, se prohíbe la publicidad prohíbe la comunicación comercial de cigarrillos y demás productos de tabaco, así como de las empresas que los producen –art. 18.3–.

<sup>128</sup> Véase el Decreto 150/2006, de 25 de julio, por el que se desarrolla la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, en materia de señalización y zonas habilitadas para fumar.

<sup>129</sup> Las restricciones legales a la venta de bebidas alcohólicas en especial a menores son muy antiguas. Cabe recordar que el Código Penal de 1928 tipificó como falta la conducta de quienes, en establecimientos públicos, vendieren o sirvieren bebidas alcohólicas o permitieren la permanencia en dichos lugares a menores de dieciséis años. Junto a este tipo básico, más tarde se configuró con carácter agravado el ilícito consistente en ocasionar o agravar el estado de embriaguez de los menores, no omitiendo, tampoco, la referencia sancionadora al descuido o abandono de padres, tutores o guardadores de hecho.

<sup>130</sup> Precepto modificado por art. 2 de Ley 12/2003, de 24 de noviembre. La redacción original de esta letra se limitaba al texto siguiente: «La venta o suministro a menores de 18 años».

- c) La venta y el consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20° en los centros de enseñanza superior y universitarios, centros sanitarios, dependencias de las Administraciones públicas, hospitales y clínicas, así como en las instalaciones deportivas, áreas de servicio y gasolineras o estaciones de servicio ubicadas en las zonas colindantes con las carreteras, autovías, autopistas y en gasolineras ubicadas en los núcleos urbanos<sup>131</sup>.
- d) La venta, suministro o distribución, realizada a través de establecimientos en los que no está autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, cuando tengan lugar durante el horario nocturno que reglamentariamente se determine<sup>132</sup>.

Asimismo, la Ley 13/1999, de 15 de diciembre, de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Andalucía, tipifica como infracción grave el permitir el consumo de bebidas alcohólicas o de tabaco a menores de edad en los establecimientos públicos sometidos al ámbito de aplicación de dicha Ley, así como permitir, de forma general, la venta y consumo de bebidas alcohólicas a cualquier persona en espectáculos públicos o actividades recreativas que, de manera específica, lo prohíban en sus reglamentos particulares (art. 20.5)<sup>133</sup>.

– *Restricciones a la venta y consumo de tabaco.* De acuerdo con la Ley 4/1997 –art. 25.2–, queda prohibido, en relación con el tabaco:

<sup>131</sup> La redacción original de este apartado era la siguiente: «La venta y el consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20 grados centesimales en los centros de enseñanza superior y universitaria, centros sanitarios, dependencias de las Administraciones Públicas, en las instalaciones deportivas y áreas de servicio de autovías y autopistas». Este apartado fue modificado por art. único.1 de la Ley 1/2001, de 3 de mayo, que dispuso la siguiente redacción: «La venta y el consumo de bebidas alcohólicas superiores a 20 grados centesimales en los Centros de enseñanza superior y universitaria, Centros sanitarios, dependencias de las Administraciones Públicas, en las instalaciones deportivas, en las áreas de servicio y gasolineras o estaciones de servicio ubicadas en las zonas colindantes con las carreteras, autovías y autopista». Pero fue modificado, a su vez, por art. 3 de la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, con la redacción vigente. Asimismo, el art. 2 del Decreto 167/2002, de 4 junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio, dispone lo siguiente: «A los efectos previstos en el artículo 26.1.c) de la Ley 4/1997, de 9 de julio, se entenderá por estaciones de servicio las instalaciones y servicios ubicados en gasolineras o en edificaciones contiguas a las mismas que se destinen al mantenimiento y reparación de vehículos de motor, o a cubrir las necesidades de alimentación, descanso o distracción de los usuarios de las carreteras, autovías y autopistas».

<sup>132</sup> Letra adicionada por art. único.2 de la Ley 1/2001, de 3 de mayo. Asimismo, el art. 3 del Decreto 167/2002, de 4 junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/1997, de 9 de julio, dispone lo siguiente: «1. De conformidad con el artículo 26.1.d) de la Ley 4/1997, de 9 de julio, queda prohibida, con carácter general, la venta, suministro o distribución de bebidas alcohólicas, realizada a través de establecimientos en los que no está autorizado el consumo, la de carácter ambulante y la efectuada a distancia, durante el horario comprendido entre las 22 horas y las 8 horas del día siguiente. 2. Los Ayuntamientos podrán establecer excepciones a la limitación horaria dispuesta en el apartado anterior durante la celebración de fiestas locales, Semana Santa, Navidad u otras fiestas de carácter tradicional en sus respectivos términos municipales, especificando las zonas a las que serían de aplicación y el régimen horario previsto en tales casos». El Decreto 167/2002 fue impugnado, si bien la STSJ de Andalucía (Málaga) núm. 2015/2010, de 19 mayo, desestimó el recurso.

<sup>133</sup> Téngase en cuenta, además, la Ley 7/2006, de 24 de octubre, sobre potestades administrativas en materia de determinadas actividades de ocio en los espacios abiertos de los municipios de Andalucía.

- a) «La venta o suministro a los menores de 18 años. Queda excluida de esta prohibición la venta a mayores de 16 años que acrediten el uso profesional del producto». En su día este mandato de la Ley 4/1997 supuso un avance respecto al Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población, el cual prohibió vender o entregar a los menores de dieciséis años labores de tabaco –art. 5.1–. Sin embargo, la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, prohíbe vender o entregar a personas menores de dieciocho años, sin excepciones, productos del tabaco, así como cualquier otro producto que le imite e induzca a fumar (art. 3.2). Por tanto, debe entenderse derogada la excepción prevista en la Ley andaluza.
- b) «La venta: En los centros, servicios y establecimientos sanitarios. En los centros docentes no universitarios. En los establecimientos destinados preferentemente a la atención a la infancia y la juventud. En las instalaciones deportivas, públicas o privadas». No obstante, la citada Ley 28/2005, de 26 de diciembre, establece que queda prohibida la venta y suministro de productos del tabaco en los siguientes lugares: a) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público. b) Centros sanitarios o de servicios sociales y sus dependencias. c) Centros docentes, independientemente de la edad del alumnado y del tipo de enseñanza. d) Centros culturales. e) Centros e instalaciones deportivas. f) Centros de atención y de ocio y de esparcimiento de los menores de edad (art. 5). De este modo, por ejemplo, si bien la Ley 4/1997 no prohibía la venta de tabaco en centros universitarios, la Ley 28/2005 sí lo hace.
- c) «El consumo en los lugares no autorizados dentro del ámbito de las Administraciones Públicas, centros docentes, centros sanitarios e instalaciones deportivas cerradas»<sup>134</sup>. Téngase en cuenta que la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, prohíbe fumar, además de en aquellos lugares o espacios definidos en la normativa de las Comunidades Autónomas, en muchos otros que se detallan<sup>135</sup>.

<sup>134</sup> Ya el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, sobre limitaciones en la venta y uso de tabaco para protección de la salud de la población, prohibió fumar en –art. 7.2–: a) Centros de atención social destinados a menores de dieciséis años. b) Centros, servicios o establecimientos sanitarios definidos según el Real Decreto 2177/1978, de 1 de septiembre, por el que se aprueba el Registro, catalogación e inspección de Centros, servicios y establecimientos sanitarios. c) Centros docentes. d) Zonas de las oficinas de las Administraciones Públicas destinadas a la atención directa al público.

<sup>135</sup> Entre otros, en: a) Centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre. b) Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público. c) Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos. d) Centros docentes y formativos, salvo en los espacios al aire libre de los centros universitarios y de los exclusivamente dedicados a la formación de adultos, siempre que no sean accesos inmediatos a los edificios o aceras circundantes. e) Instalaciones deportivas y lugares donde se desarrollen espectáculos públicos, siempre que no sean al aire libre. f) Zonas destinadas a la atención directa al público. g) Centros comerciales, incluyendo grandes superficies y galerías, salvo en los espacios al aire libre. h) Centros de atención social. i) Centros de ocio o

d) Según la Ley 4/1997, la expedición de tabaco o sus labores mediante máquinas automáticas de venta sólo podrá realizarse en lugares cerrados, y se hará constar en la superficie frontal de la máquina que el tabaco es perjudicial para la salud, y que los menores de 18 años tienen prohibido utilizar la máquina<sup>136</sup>.

Finalmente, la Ley 4/1997 añadió lo siguiente: «En los lugares en que está prohibido el consumo, podrán habilitarse zonas para fumadores debidamente aisladas y señalizadas. En caso de que no fuere posible su aislamiento eficaz, se mantendrá la prohibición para todo el local». Este precepto debe entenderse derogado por la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, la cual únicamente prevé la habilitación de zonas para fumar en hoteles, hostales y establecimientos análogos (art. 8).

## 6. LA ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

### 6.1. La atención en general

#### 6.1.1. *La red andaluza de atención a las drogodependencias y adicciones*

De acuerdo con la Ley 4/1997 –art. 5–, la «atención» a drogodependientes comprende todas aquellas medidas dirigidas a dar cobertura sanitaria y social a las personas afectadas por drogodependencias, como consecuencia del abuso, así como del consumo en situaciones especiales de riesgos físico y psíquico. De este modo, la atención engloba tanto las actividades de tratamiento socio-sanitario (asistencia) como de rehabilitación social<sup>137</sup>.

En nuestra Comunidad Autónoma desde el I Plan Andaluz se ha desarrollado la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía, un gran paralela a la Ley

---

esparcimiento, salvo en los espacios al aire libre. j) Centros culturales, salas de lectura, exposición, biblioteca, conferencias y museos. k) Salas de fiesta, establecimientos de juego o de uso público en general, salvo en los espacios al aire libre. l) Áreas o establecimientos donde se elaboren, transformen, preparen, degusten o vendan alimento. (art. 7).

<sup>136</sup> Sobre las condiciones para la venta y el suministro de tabaco a través de máquinas expendedoras la véase artículo 4 de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. La STC 204/2013, de 5 de diciembre, declaró que el régimen de venta de productos del tabaco previsto en la Ley 28/2005 es formal y materialmente básico.

<sup>137</sup> A lo largo de los años, el modelo de tratamiento de las drogodependencias se ha definido como modelo biopsicosocial, como modelo universalmente aceptado. Este concepto surge a mediados de los ochenta, y pone de manifiesto el carácter interdisciplinar de la intervención en este ámbito. A partir de ese momento, adquiere un mayor protagonismo la intervención psicológica y social, al entenderse que es ahí donde se encuentran muchos de los conflictos previos que se dan en las drogodependencias y en las formas de abordarlos. Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27038.

4/1997, se ha configurado en la práctica como es una red mixta, bajo un llamado «modelo descentralizado», que agrupa recursos dependientes de las diversas administraciones (local, provincial o autonómico) y privados-concertados. En esta Red han desempeñado un papel fundamental los *Centros Provinciales de Drogodependencias* (en adelante CPD). Fueron creados por Decreto 73/1985, de 3 de abril<sup>138</sup>, al mismo tiempo que el Comisionado para la Droga y son fruto de los Convenios formalizados entre la Junta de Andalucía y las Diputaciones Provinciales, financiándose con fondos procedentes de estas dos Administraciones y del Plan Nacional sobre Drogas. Dependen orgánicamente de las Diputaciones Provinciales y funcionalmente del órgano autonómico competente en la materia<sup>139</sup>.

Desde el punto de vista asistencial, los CPD actúan como centros especializados en la atención a las drogodependencias en la provincia. Los CPD cumplen varias funciones. De un lado, tienen el carácter de Centros de Tratamiento Ambulatorio de primer nivel y puerta de entrada a la red asistencial, pues constituyen el canal de acceso al resto de los recursos y programas disponibles en la red asistencial. Pero, además, desarrollan actividades de información, prevención, programas de reinserción social, y tienen encomendada la coordinación técnica del Plan en su provincia. De este modo, puede afirmarse que los CPD han sido los pilares de la red asistencial andaluza. Por su parte, el III Plan Andaluz trata de impulsar su función en materia de prevención, definiendo la figura de Responsable del Área de Prevención en cada Centro Provincial de Drogodependencias que coordine las aportaciones de profesionales en esta materia en su respectiva provincia.

En general, puede decirse que desde mediados de los años 80 hasta el inicio de la crisis en 2008 tuvo lugar una continua extensión de la red servicios asistenciales. Se generaron nuevos recursos asistenciales, como centros de atención, centros de día y camas hospitalarias para la desintoxicación, y se sometieron las comunidades terapéuticas a controles de calidad. No obstante, el propio Defensor del Pueblo andaluz señaló la necesidad de contar con un Plan Director o un Mapa Asistencial, así como de revisar los criterios de ubicación de los centros y recursos para equilibrar determinadas zonas geográficas, con relación a la ubicación de los centros en función de la población existentes y su distancia a los mismos<sup>140</sup>. «Además, se debe definir el mapa de recursos, para no dar la imagen de

---

<sup>138</sup> Este Decreto 73/1985 fue derogado por el Decreto 301/2003, de 21 de octubre, por el que se regula las Comisiones Provinciales de Drogodependencias.

<sup>139</sup> El momento de mayor inflexión en la configuración de la Red se produjo a finales de los ochenta, cuando las Diputaciones solicitaron un compromiso claro de la Administración Autonómica con relación al futuro de los recursos humanos y materiales que se habían ido incorporando para garantizar el futuro de los mismos, y así seguir avanzando en su configuración. Para dar respuesta a esta exigencia, mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de 27 de junio de 1989, se comprometió a garantizar la continuidad de los efectivos personales y funcionales de los centros provinciales de drogodependencias, tal como son recogidos en los convenios con las Diputaciones Provinciales en esos años. Aspecto éste que se modificó en el convenio de 2001, al cambiarse la estipulación donde venía recogido. En los convenios realizados en el 2002, por primera vez se recoge la creación de unos equipos para atender los problemas de ludopatía.

<sup>140</sup> «Partiendo de ello, podemos considerar que la Red no se puede considerar concluida con relación al número de recursos, ya que existen zonas donde la distancia a los mismos es bastante considerable, o faltan centros

que se abren o conciertan unos en función de la presión que se ejerce mientras se cierran otros, dando todo ello una sensación de provisionalidad y descoordinación que poco favorece la definición del modelo de atención»<sup>141</sup>.

En tal sentido, el III Plan Andaluz se marca como objetivos implementar recursos o redistribuyendo los existentes en las provincias, atendiendo a criterios de demanda, población, dispersión geográfica y horarias. Acercando los recursos residenciales mediante una distribución provincializada que consiga el acercamiento y la participación de las familias de las personas usuarias, así como la comunicación y la coordinación entre profesionales de los recursos. Además, se contempla la elaboración de un catálogo de Servicios dinámico y adaptado a las necesidades de hombres y mujeres que demandan atención en la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

A ello se ha unido que la red ha estado integrada de forma muy mayoritaria por centros concertados, lo cual ha constituido un innegable factor de precariedad, acusando fuertemente la crisis económica: conciertos que se no prorrogan y retrasos en los abonos de los mismos, con la consiguiente insuficiencia de los recursos disponibles, como acredita la prolongada permanencia en la lista de espera para el ingreso en los centros, tal como ha señalado el Defensor del Pueblo de Andalucía<sup>142</sup>. Todavía el III Plan Andaluz plantea la elaboración de sendos protocolos para la coordinación entre los recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía y del Sistema público de Servicios Sociales con la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones.

Asimismo, la implicación de las redes generales (sanitaria y de servicios sociales) en la atención y la integración de los distintos recursos en una única red, ha sido aún insuficiente<sup>143</sup>.

---

de apoyo social que cubran necesidades que en estos momentos tiene la red». Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27046.

<sup>141</sup> Y añadía el Defensor del Pueblo Andaluz: «Con respecto a la denominada cartera de servicios, ésta debe dejar de depender exclusivamente de la decisión política, que responde a la influencia y la presión que ejerce la sociedad, y tener en cuenta los intereses individuales de los propios afectados. Se retoma de esta forma la vieja polémica de la búsqueda del control social del adicto, en nombre de la salud pública, por encima de los intereses y derechos individuales». BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27139.

<sup>142</sup> Informe al Parlamento de Andalucía de 2012, p. 813: «(...) fue un importante número de quejas referidas al ingresos en comunidades terapéuticas y viviendas de apoyo a la inserción, motivadas en el retraso en la lista de espera para el ingreso. Retraso debido a la falta de plazas, cuando las características de estos pacientes exige una respuesta rápida y urgente cuando surge la demanda. Una espera prolongada supone para muchos el abandono y un efecto muy negativo sobre el trabajo realizado anteriormente. Se debilita así la motivación y los deseos de iniciar el tratamiento o, cuando ingresan en el recurso, las situaciones de abandono llegan a ser frecuentes».

<sup>143</sup> Como ya señalara el Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga.

Por último, y a diferencia de lo establecido en otras Comunidades Autónomas (Extremadura, Castilla-La Mancha, Cantabria, Canarias o Comunidad de Madrid), se echa en falta en el ordenamiento andaluz la definición de un específico estatuto de las personas con drogodependencia o adicciones, que dignifique su posición, en tanto que usuarios de los sistemas de salud y asistenciales, enumerando sus derechos y deberes: confidencialidad, acceso a la oferta terapéutica más adecuada, voluntariedad para iniciar y cesar el proceso terapéutico, salvo excepciones (en caso de riesgo para la salud pública o cuando la urgencia no permita demoras), o gratuidad de la asistencia socio-sanitaria<sup>144</sup>. Además, son de interés algunas cautelas previstas para facilitar el acceso de personas en situaciones sociales complejas a los programas de desintoxicación, deshabitación y reducción de daños en centros especializados, tal como la regla según la cual el ingreso en un centro especializado no conllevará la suspensión de ninguna subvención, ayuda o prestación de carácter social de la Administración de la que pudiera ser beneficiario<sup>145</sup>.

### 6.1.2. Especialización versus normalización

La Ley 4/1997 –art. 13.a)– establece que las Administraciones Públicas andaluzas, dentro de sus respectivos ámbitos de competencias, efectuarán las actuaciones precisas para garantizar a las personas drogodependientes, «en iguales condiciones que al resto de la población», la atención sanitaria y social adecuada a sus necesidades y a los niveles de prestaciones existentes en la red ordinaria de Salud y Servicios Sociales<sup>146</sup>. Pero, además, la Ley 4/1997 añade que para el adecuado desarrollo de una atención integral

---

<sup>144</sup> Así, la Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas de Asturias reconoce a las personas consumidoras de drogas o de bebidas alcohólicas los derechos siguientes: a) A que se respete su dignidad humana, la autonomía de su voluntad, su intimidad y su personalidad, sin que puedan ser discriminadas por motivos de salud mental o física, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole o condición personal, social o económica. b) A la seguridad jurídica, incluyendo los mecanismos y vías para formular las quejas y reclamaciones que estime pertinentes y que éstas sean respondidas adecuadamente. c) A la voluntariedad para iniciar y cesar un proceso terapéutico y a conocer las diferentes opciones terapéuticas y sus implicaciones. d) A conocer el nombre del terapeuta al que esté asignado y el nombre y categoría profesional de todas las personas que intervengan en su tratamiento. e) A no ser objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier tipo de comunicación, o de agresiones contra su honor y su reputación. f) A la participación activa propia o de la familia o responsables del paciente a lo largo de todo el proceso. g) A la constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso asistencial. h) A que se le extienda certificación acreditativa sobre su situación de salud, así como sobre el tratamiento que esté recibiendo o haya recibido. i) A prestar consentimiento informado y, en particular, si el tratamiento que se le aplique puede ser utilizado para un proyecto docente o investigación, que en ningún caso podrá comportar peligro adicional para su salud. j) A obtener la información sobre servicios y recursos a los que puede acceder y los requisitos y exigencias que plantea su proceso o tratamiento (art. 7).

<sup>145</sup> Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas de Asturias (art. 31).

<sup>146</sup> Diez años después el Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso– Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño, declaró lo siguiente: «El Sistema Nacional de Salud debe

al drogodependiente, la Administración de la Junta de Andalucía establecerá «programas específicos» orientados a facilitar el acceso a los servicios y la continuidad asistencial –art. 16–. En estos apartados legales subyace la tensión entre la necesidad de crear dispositivos específicos para la atención de los drogodependientes y la conveniencia, a largo plazo, de impulsar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales, con el fin de aprovechar todos los recursos existentes y evitar la segregación<sup>147</sup>.

Por su parte, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de diciembre, por el que se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incluye la prevención, atención y tratamiento a las adicciones, a las conductas adictivas en general, al consumidor de alcohol, trastornos del comportamiento, diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías, tanto en atención primaria y especializada, como en atención a la salud mental<sup>148</sup>.

En todo caso, parece lógico que el nivel primario de intervención debe ser atendido por los Equipos Sanitarios de Atención Primaria y los Servicios Sociales Generales o Comunitarios. Las funciones de nivel primario que constituyen la primera línea de intervención han de ser llevadas a cabo por los Equipos Sanitarios de Atención Primaria y los Servicios Sociales Generales o Comunitarios<sup>149</sup>. A los primeros les correspondería la tarea de detección, atención y seguimiento de la problemática orgánica del drogodependiente, derivando, cuando sea necesario, a los restantes elementos de la red sanitaria o especializada del

---

asumir la asistencia al drogodependiente en términos de igualdad y equidad con el resto de pacientes». BOCG, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

<sup>147</sup> Ya el Informe de 12 de junio de 1991 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga, consideró necesario integrar cada vez más a los servicios generales de salud y de servicios sociales en los programas de atención a drogodependientes, prosiguiéndose con las actividades de formación ya iniciadas, dirigidas a los profesionales de este sector.

<sup>148</sup> Ya la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 declaró La asistencia a los enfermos drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Acción Social y Servicios Sociales, complementados con recursos privados debidamente autorizados y/o acreditados, a lo que denominó «Sistema de Asistencia e Integración Social de Drogodependientes». Este sistema se configura como una red asistencial de utilización pública, y en él se deberán integrar de forma coordinada centros y servicios generales, especializados y específicos, que presten asistencia ambulatoria y en régimen residencial y que oferten una asistencia diversificada que se ajuste a las características, necesidades y demandas de cada paciente (p. 60). Por su parte, el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», se preguntaba «¿Cómo se justifica que existiendo cada vez más patologías asociadas (trastornos psiquiátricos, deterioro del estado de salud de muchos de los actuales pacientes, problemas graves de marginalidad) éstas son atendidas de forma diferenciada con el resto de las enfermedades, cuando la tendencia es a integrar en un sistema único los problemas de salud de la población?». BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27043.

<sup>149</sup> Así lo expresó ya el Informe de 22 de noviembre de 1995 de la Comisión Mixta Congreso-Senado, para el estudio del problema de la droga.

segundo nivel<sup>150</sup>. A los Servicios Sociales, Generales o Comunitarios les correspondería el diseño, ejecución y evaluación de la reinserción social del drogodependiente.

Otra cosa podrá ser el nivel secundario, si bien la tendencia debería consistir en avanzar hacia una oferta normalizada, evitando la creación de recursos paralelos y la segregación o aislamiento de los usuarios. Más aún, el principio debería ser el de *atención integral* las personas con problemas de drogodependencias, atención que debe abordarse desde el principio de cooperación y coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Servicios Sociales<sup>151</sup>. Finalmente, debe señalarse que existen consumidores de sustancias muy normalizados, que no pretenden perder esta condición. Por ello, muchos de estos consumidores encuentran dificultades serias de acudir a unos recursos de tratamiento que difícilmente responden a la demanda que ellos solicitan<sup>152</sup>.

Más recientemente se ha insistido en la idea según la cual la integración, tanto funcional como administrativa, de la red específica de adicciones en el sistema sanitario general, no sólo es un proceso deseable sino, además, viable<sup>153</sup>. Por motivos históricos, las drogodependencias son tratadas en redes paralelas al sistema de salud, por médicos generales, psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajadores sociales, que han ido formándose a lo largo de los años para atender la complejidad de estas enfermedades, que en gran número de ocasiones se asocian con otros trastornos mentales, por lo que se hace necesaria su

---

<sup>150</sup> El Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño, insistió en esta idea: «Debe consolidarse y reforzarse el papel de los servicios de atención primaria en la detección e intervención precoz en la atención a las drogodependencias. Hay que incrementar las acciones de formación específica de los profesionales y las profesionales de la salud en los problemas derivados de la drogodependencia, en la atención primaria de salud, y especialmente en los servicios de urgencias y en la atención especializada». *BOCG*, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

<sup>151</sup> Así lo señaló el Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño. *BOCG*, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

<sup>152</sup> Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 271.

<sup>153</sup> Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro». *BOCG*, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011. El Informe añade: «Es recomendable que la integración se realice de manera secuencial, comenzando por la integración funcional para llegar, posteriormente, a la integración orgánica. La integración en el sistema sanitario se sustenta en un diagnóstico y tratamiento en igualdad de condiciones con cualquier otra patología, en la mejora en la accesibilidad al tratamiento, pruebas diagnósticas y capacidad de resolución, mejorando los indicadores de calidad y gestión clínica, todo bajo el paraguas del efecto positivo que genera la normalización sobre la conciencia social del problema y la mayor facilidad para el desarrollo de estrategias de detección precoz en el propio sistema sanitario, y en donde las tecnologías de la información y la comunicación deben ser el medio que permita el acceso al sistema y que garantice la atención» (p. 31).

atención de forma integral, abordando ambos, a la vez, dentro de la red de salud mental: «El Sistema Nacional de Salud es el entramado que debe garantizar la asistencia de estas personas; cualquiera otra red de utilización pública que exista se debe de integrar en el Sistema Nacional de Salud». El Sistema Nacional de Salud debe asumir la asistencia a las personas que padezcan adicciones en términos de igualdad y equidad con el resto de pacientes<sup>154</sup>.

## 6.2. Actuaciones de asistencia

### 6.2.1. Competencias

De acuerdo con la Ley 4/1997, la actividad de asistencia o tratamiento propiamente dicho comprende las actuaciones de desintoxicación, deshabituación y todas aquellas medidas encaminadas a tratar las enfermedades y trastornos físicos y psicológicos causados por el consumo o asociados al mismo, incluyendo (tras la modificación efectuada por la Ley 12/2003, de 24 de noviembre) tratamientos terapéuticos con las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, que permitan mejorar las condiciones de vida de los pacientes –art. 5.b)–. Por su propia naturaleza, esta fase de asistencia es de carácter eminentemente sanitaria, a cubrir por los dispositivos de socio-sanitarios.

A este respecto, la Ley 4/1997 declara que la Administración de la Junta de Andalucía, en los términos que reglamentariamente se establezcan, velará por el desarrollo de las actuaciones precisas para el *tratamiento* de las drogodependencias: La desintoxicación, la deshabituación, la atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de drogas<sup>155</sup>. Al mismo tiempo podrá establecer con carácter complementario fórmulas de cooperación y colaboración con entidades públicas o privadas. De este precepto parece desprenderse que estas actuaciones de asistencia o tratamiento,

---

<sup>154</sup> Pág. 32. Y continúa el Informe de la Ponencia: «Esta red asistencial única, de cobertura universal, incidiría en que la atención integrada fuese normalizada, profesional, intensiva y de corta duración. Un recurso socio-sanitario para otro perfil, que posiblemente requiera otro tipo de demanda, que tendrá que ser flexible. Y esto será más factible si se impulsa que el Sistema Nacional de Salud, dentro de su cartera de servicios, incluya a estos pacientes como pacientes que la atención primaria asista dentro de la detección precoz». En este sentido, el posterior Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 21 de marzo de 2014, sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, destaca la necesidad de integrar el tratamiento de las adicciones en una única red sanitaria, para evitar deficiencias en el acceso a los tratamientos y la atención a drogodependientes que todavía hoy se están produciendo. «Es preciso normalizar los tratamientos, integrarlos como en cualquier otro problema de salud». *BOCG*, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014, p. 23.

<sup>155</sup> El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló a propósito de este precepto: «Debido a la importancia de este apartado, consideramos necesaria la existencia de un reglamento que recoja los derechos de los usuarios con relación a los distintos aspectos del tratamiento, como garantía de los derechos básicos que deben estar presentes ante las Administraciones Públicas». *BOPA* núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 26.994.

debido a su indicada naturaleza sanitaria, se reservan a «la Administración de la Junta de Andalucía», asignando a las Administraciones Locales y entidades privadas un papel complementario de la Administración autonómica, mediante fórmulas de cooperación y colaboración.

De modo general, la Ley 4/1997 establece que los centros, servicios y establecimientos que, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma andaluza, desarrollen actividades asistenciales, tanto de carácter sanitario como social, deberán cumplir las normas de autorización, registro y acreditación que les sean aplicables –art. 17–. Por su parte, la Ley 5/2002 de Parejas de Hecho –art. 16– declara que las Administraciones tendrán en cuenta, en su caso, la existencia de parejas de hecho, y desarrollarán su actuación sobre las mismas, cuando éstas sean un factor determinante para la asistencia, rehabilitación e incorporación social de sus miembros.

### 6.2.2. Centros y recursos para la asistencia de drogodependientes

En general, debe tenerse presente que, en la mayoría de los casos, el abordaje terapéutico de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales, unas veces secuencialmente y otras veces simultáneamente. Es decir, cada recurso es un elemento necesario, pero no suficiente, de un proceso terapéutico complejo del que forma parte y que obliga a trabajar en red, así como que los centros, servicios y programas que forman parte de la misma, acepten unos objetivos asistenciales individualizados en los que primen evitar el deterioro biológico, psicológico y social. Asimismo, de acuerdo con la Estrategia Nacional 2009-2016, los programas asistenciales deben ser flexibles en las condiciones de acceso y de permanencia, y deben realizarse preferentemente en su ámbito de residencia. Es necesario, además, que el Sistema se estructure en niveles de intervención, correspondiendo a los Planes Autonómicos sobre Drogas determinar el circuito terapéutico, las condiciones de acceso y derivación en el mismo, así como la inclusión de niveles complementarios de intervención. En concreto, de acuerdo con la Estrategia Nacional 2009-2016, la atención sanitaria al drogodependiente debe contemplar, como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico<sup>156</sup>.

---

<sup>156</sup> Pág. 77. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 recomendó que en todas las Áreas de Salud exista un circuito terapéutico que estructurado, al menos en tres niveles básicos de intervención, dé respuesta adecuada y suficiente a las necesidades terapéuticas de los drogodependientes. El primer nivel del circuito terapéutico debe ser la principal puerta de entrada al Sistema, y debe estar constituido al menos por los Equipos de Atención Primaria de Salud, los Servicios Sociales y los recursos que ejecuten los programas de reducción de los riesgos y los daños así como aquellos otros recursos que desarrollen la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas de los drogodependientes pertenecientes a los citados Sistemas Públicos. Los recursos que forman parte del primer nivel tienen como principales funciones la detección, captación, motivación

De otro lado, la evaluación de los programas de tratamiento la situación no ha evolucionado satisfactoriamente. Según el documento de evaluación final de la Estrategia Nacional 2000-2008, menos de la mitad de los Planes Autonómicos de Drogas disponen de sistemas de evaluación del proceso del tratamiento y sólo la tercera parte evalúa los resultados<sup>157</sup>.

- *Centros de Tratamiento Ambulatorio*. La Orden de 28 de agosto 2008, por la que se regula la acreditación de los centros de atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancias, los define como centros especializados en la atención a las drogodependencias y adicciones sin sustancias, en régimen de consulta programada<sup>158</sup>. Se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación e incorporación social de las personas con trastornos adictivos en régimen ambulatorio<sup>159</sup>. Son la puerta de entrada a toda la red de atención, pues son los únicos recursos que pueden realizar admisiones a tratamiento motivadas por consumo abusivo o por dependencia<sup>160</sup>.

Además, estos centros articulan el proceso de tratamiento de las personas usuarias a lo largo del circuito terapéutico y actúan como centro de referencia de estas personas. Son también los responsables de la finalización de los tratamientos ya sea a través del alta terapéutica o de otros motivos de finalización (alta derivada, abandono o alta voluntaria)<sup>161</sup>.

---

y derivación de los drogodependientes a los servicios especializados, la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente, y la necesaria coordinación con los recursos de segundo y tercer nivel que faciliten la incorporación social de los drogodependientes. El segundo nivel del circuito estará compuesto por equipos ambulatorios interdisciplinares que se responsabilizarán de diseñar y desarrollar los planes terapéuticos individualizados. Los recursos que forman parte del segundo nivel se pueden clasificar en recursos especializados de carácter general (atención primaria, especializada o salud mental) y recursos específicos. En cualquier caso, encuadrados en el Sistema Público de Salud, estos recursos deben garantizar la atención especializada, el seguimiento y la derivación al tercer nivel, así como la necesaria coordinación con los otros niveles de intervención. El tercer nivel estará constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización. Los diferentes dispositivos de este nivel pueden ser de ámbito supra Área de Salud, y su acceso debe ser por derivación desde los recursos de segundo nivel. En este tercer nivel de intervención se incluyen recursos tales como las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, centros residenciales, etc.

<sup>157</sup> Tampoco se consiguió la creación de un sistema de indicadores de calidad que permita objetivar el funcionamiento de los programas de tratamiento a escala nacional, tal y como proponía la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 (pág. 61 del Documento de Evaluación Final).

<sup>158</sup> Se crearon por Decreto 368/1990, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Programa Especial de Intervención sobre Drogodependencias en Barriadas de Actuación Preferente.

<sup>159</sup> Personal mínimo: 1 Psicólogo/a. 1 Trabajador/a Social.

<sup>160</sup> El número de admisiones a tratamiento en Andalucía venía aumentando anualmente desde 2006, si bien en el año 2010 se produce una tendencia inversa con un marcado descenso, que continúa en el ejercicio 2011 (el doble del registrado el año anterior); la tendencia cambia de nuevo en el año 2012 incrementándose en 1636 admisiones respecto al año anterior, y en 376 admisiones más en 2013 respecto a 2012.; es en el año 2014, cuando la tendencia cambia de nuevo disminuyendo las admisiones a tratamiento en 924 con respecto al año anterior (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>161</sup> El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló las características siguientes: 1. Son dispositivos territoriales, lo que

Los Centros de Tratamiento Ambulatorio son coordinados por el Centro Provincial de Drogodependencias, y dependiendo de su ámbito de actuación los centros ambulatorios pueden ser: Centros Provinciales, Comarcales o Municipales en función de su ámbito territorial de competencias. En la Red de Atención a las Drogodependencias de Andalucía la titularidad de los Centros de Tratamiento Ambulatorio puede ser pública o privada. En el caso de los privados la actividad deberá haber sido previamente concertada<sup>162</sup>. El III Plan Andaluz se propone flexibilizar el horario de atención de los Centros Tratamiento Ambulatorio, de modo que permita a las personas usuarias la conciliación con la vida personal, familiar y laboral y que facilite la adherencia al tratamiento.

– *Comunidades terapéuticas*. Inicialmente eran centros de rehabilitación en régimen de internado, es decir, aislado de su entorno social más próximo, aunque también realizaban tratamientos de desintoxicación y deshabituación. Surgen de la importancia terapéutica de lo comunitario, constituyéndose en uno de los recursos más demandado por los pacientes. Andalucía es uno de los territorios en que el modelo de Comunidades Terapéuticas para los tratamientos a las drogodependencias ha conseguido un mayor desarrollo e implantación. Previo a la creación del Plan Andaluz sobre Drogas existían ya Comunidades Terapéuticas gestionadas por la iniciativa social, creándose la primera pública a comienzos de 1986<sup>163</sup>.

---

ayuda por un lado a un mayor acercamiento a las peculiaridades de la población a atender, al mismo tiempo que consigue una mayor coordinación con los recursos comunitarios de la zona. 3. Cuentan con equipos interdisciplinarios capaces de garantizar el abordaje de los distintos aspectos del problema. 4. Realizan todo un proceso de accesos y derivaciones a los distintos recursos especializados con los que cuenta la Red. Son por ellos, el referente de los pacientes con independencia de la fase de tratamiento en la que se encuentren. 5. Dependen tanto orgánica como funcionalmente, en un elevado porcentaje, de una Administración Pública. Constituyen una de las estructuras más fuertes del sistema de atención a las drogodependencias en Andalucía y son el referente más utilizado por pacientes y familiares. Con relación a los pacientes, las quejas más generalizadas tienen que ver con la atención recibida en la primera cita que les lleva a una espera, en algunos casos, prolongada. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27054.

<sup>162</sup> El número de centros se mantiene prácticamente estable desde 2003 (que se pasó de 110 a 121), que es cuando se consolida la red de atención a las drogodependencias y adicciones (119 en 2008, 120 en 2014). En aplicación del II Plan Andaluz, se realizó un esfuerzo en reforzar el número de centros de titularidad pública, negociando con diferentes ayuntamientos la asunción de la gestión de centros que anteriormente eran de titularidad privada. Así se pasó de un 70,9 % de centros públicos en 2002 a un 81,9 % en 2007. En 2008 este porcentaje volvió a reducirse ligeramente (79,8%). En 2014, de acuerdo con la Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones, 101 centros eran de droga (89 públicos y 12 concertados), 10 de alcohol (todos concertados) y 9 de juego (todos concertados). 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, la adaptación de los horarios de apertura de algunos recursos, que actualmente limitan la posibilidad de acceso. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021), p. 29.

<sup>163</sup> Surgen fuera de los centros de investigación y de tratamiento del mundo profesional; al mismo tiempo que son dirigidas por ex drogadictos o comunidades religiosas, sin auxilio especializado de ningún tipo y donde el tratamiento, no es una técnica, sino una estructura social comunitaria que vive en régimen de autogestión. Según el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», las características más importantes de estos recursos son: 1. Están en zonas alejadas de las ciudades. 2. Realizan una selección severa y exclusiva de los miembros para potenciar la voluntariedad del sujeto. 3. Crean actividades artesanales y agrícolas, junto a acción psicoterapéutica. 4. Existen

Según la Orden de 28 de agosto 2008, son centros de carácter residencial, cuyo fin principal es ofrecer tratamiento integral biopsicosocial, orientado a la deshabitación de la conducta adictiva, a la rehabilitación del hábito de comportamiento de la persona y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas, así como actividades formativas y de capacitación profesional, tendentes a favorecer la incorporación social. Podrán contar con Unidades de Desintoxicación Residencial<sup>164</sup>. Las comunidades realizan tratamientos libres de drogas, con sustitutivos, así como actividades socioeducativas orientadas a la incorporación social. A las comunidades de titularidad pública y a las concertadas se accede gratuitamente, según la indicación del equipo terapéutico del Centro de Tratamiento Ambulatorio, mediante un protocolo específico<sup>165</sup>.

- *Centros de desintoxicación residencial*. La citada Orden de 28 de agosto 2008 aclara que ofrecen asistencia sanitaria para la desintoxicación de las drogodependencias en régimen de internamiento. Pueden estar integrados como unidades en Comunidades Terapéuticas<sup>166</sup>.
- *Unidades de Desintoxicación Hospitalarias*. La Ley 4/1997 –art. 18– establece que los hospitales que se determinen reglamentariamente, del sector público o vinculados

---

equipos profesionales psicoterapéuticos. 5. Dentro del modelo existente en Andalucía, cuentan con unidades de desintoxicación hospitalarias lo que facilita el proceso de tratamiento. Por tanto, se configuran como un dispositivo de carácter residencial que permite un mayor grado de tutela y control del drogodependiente. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27056.

<sup>164</sup> Personal técnico mínimo: 1 Médico/a. 1 Psicólogo/a con una ratio de 20 personas usuarias como máximo. 1 Trabajador/a Social. 1 Monitor Ocupacional o Educador con una ratio de 20 personas usuarias como máximo, con título de bachiller, formación profesional de grado medio o superior y experiencia mínima de un año en el ámbito de las drogodependencias y adicciones sin sustancias. En 2004 se llevó a cabo la homologación del Programa de Intervención en todas las Comunidades Terapéuticas, públicas y concertadas, de manera que el tratamiento recibido por un paciente cumple una serie de criterios comunes en cualquiera de ellas.

<sup>165</sup> El número de recursos y plazas, en líneas generales, ha aumentado progresivamente. Según datos del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en 1988 se disponían de 61 plazas públicas y 36 concertadas, y el número de usuarios era de 108. Hacia el año 2000 se disponían de 256 plazas públicas y 119 concertadas, y el núm. de usuarios ascendía en torno a 1000. Por su parte, según la Memoria de gestión de 2006, ese año funcionaron 23 comunidades terapéuticas, nueve públicas y catorce concertadas con un total de 436 plazas. En 2008, a pesar de contar con un centro menos (22), se incrementó el número de plazas (472) por medio de la ampliación de varios centros. Durante el año 2014 la red de Drogodependencias y Adicciones de Andalucía contaba con 23 Comunidades Terapéuticas, de las cuales 8 fueron de titularidad pública y 15 concertadas, siendo 478 el total de las plazas ofertadas (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones). aspecto problemático es el intento de homogeneizar estos recursos sin llegar a diferenciarse en función de los perfiles de usuarios, cuando existe una gran variedad de éstos (patología dual, menores, alcohólicos, mujeres, etc.), lo que supone para muchos pacientes y centros que existan dificultades a la hora de abordar unos tratamientos adecuados a éstos y que se produzca un mayor número de abandonos. Un aspecto problemático es el criterio seguido de homogeneizar estos recursos sin llegar a diferenciarse en función de los perfiles de usuarios, cuando existe una gran variedad de éstos (patología dual, menores, alcohólicos, mujeres, etc.), lo que supone para muchos pacientes y centros que existan dificultades a la hora de abordar unos tratamientos adecuados a éstos y que se produzca un mayor número de abandonos. Sin embargo, con este sistema se ha pretendido dar una mayor rentabilidad económica a éstos recursos, a expensa de sacrificar otros criterios de funcionamiento. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27058.

<sup>166</sup> Personal mínimo: 1 Médico/a. 1 ATS/DUE.

a éste mediante concierto o convenio, dispondrán de una unidad de desintoxicación. La designación de estos hospitales se realizará, en todo caso, atendiendo a criterios geográficos, de densidad de población y de existencia de núcleos de riesgo. Por tanto, estas unidades están integradas en hospitales y tienen la función de realizar desintoxicaciones en régimen de internado, cuando la patología asociada o las circunstancias psicosociales o familiares hacen difícil llevarla a cabo de forma ambulatoria. Son, por ello, reconocidas como recursos altamente especializados no polivalentes, que prestan una atención cualificada durante un periodo de tiempo limitado; posteriormente derivan a los pacientes atendidos al dispositivo de referencia una vez que cesa su intervención. A las Unidades de Desintoxicación se accede gratuitamente, a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, mediante el correspondiente Protocolo de Ingreso. La derivación a una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria vendrá dada por la imposibilidad de afrontar de forma ambulatoria o domiciliaria la desintoxicación<sup>167</sup>.

- *Centros de encuentro y acogida*. Llamados Centros de Emergencia social en la Orden de 20 de diciembre 2002, surgieron como recursos dirigidos a personas con problemas derivados del abuso de drogas que se encuentran en situación de grave marginalidad social, que tienen deteriorada o en grave peligro su salud, representando una población de alto riesgo para sí mismos y para la comunidad y que se mantienen al margen de las redes socio-sanitarias<sup>168</sup>. Por su parte la Orden de 28 de agosto 2008 los denomina Centros de encuentro y acogida (CEAS), y los define como centros destinados al desarrollo de programas de disminución de daños y riesgos, para personas con problemas de adicción que no deseen o no puedan abandonar el consumo, priorizándose las intervenciones orientadas a minimizar los daños provocados por las conductas adictivas, así como prestar información y orientación sobre las consecuencias del consumo,

---

<sup>167</sup> En 1987 se crea la primera Unidad de Desintoxicación mediante concierto entre el SAS y Cruz Roja Española. Posteriormente el SAS puso en marcha cuatro unidades integradas en hospitales públicos: Algeciras, Sevilla, Málaga y Granada. Desde el año 2002 se ha contado en Andalucía con las tres siguientes UDH: Hospital Punta Europa (Algeciras), Hospital Virgen de las Nieves (Granada) y Hospital Victoria Eugenia (Sevilla), con un total de 24 plazas. El Índice de Ocupación, en los últimos años, ha aumentado progresivamente en las tres UDH, llegando en 2008 el Hospital Victoria Eugenia al 90,6%, el Hospital Punta Europa al 81% y el Virgen de las Nieves al 58,7%. En 2014 permanecen las mismas tres unidades, si bien el número de plazas desciende a 19 (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones). Ya en su día el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló la falta de interés de la Administración por este programa lleva a los profesionales al convencimiento de que se pretende prescindir de estos recursos, sin que se propongan alternativas. Mientras, existen las quejas de los usuarios sobre la espera para entrar en ellos en determinados momentos, por lo que dejan de ser eficaces. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27052.

<sup>168</sup> Nacen en el marco de las nuevas estrategias de reducción del daño, con el objetivo de paliar o minimizar los daños generados por el consumo problemático de drogas en aquellos colectivos que no acceden habitualmente a los servicios asistenciales. Para el periodo 2000-2006, se preveía la construcción de uno por provincia con cargo a los Fondos Estructurales Europeos. Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», puso de manifiesto las dificultades surgidas en la apertura de este tipo de centros ante la presión ambiental que se genera. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27077.

las formas de consumo menos perjudiciales y el acceso a los recursos de atención socio-sanitaria y programas formativos, laborales, etc.<sup>169</sup>.

- *Viviendas de Apoyo al Tratamiento*. Se trata de unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a la residencia de personas con problemas de adicciones durante su proceso terapéutico. Son recursos destinados al alojamiento de personas carentes de sistemas de relación y vinculación con el entorno, con el objetivo de posibilitar su normalización social y familiar. La fundamentación de este tipo de recurso se debe a que el abuso de drogas conduce a la población afectada a una degradación personal, familiar y social. Ese deterioro les lleva a veces a abandonar el medio familiar, quedando sin recursos donde convivir<sup>170</sup>. Los albergues no son solución para ellos debido a los criterios de permanencia, y que llegan a ser muy estrictos ante el consumo. En definitiva, se trata de una estancia temporal, cuyo objetivo es el objetivo es proporcionar un medio para la adquisición de determinados hábitos para drogodependientes en primera fase de tratamiento y que presentan una conflictividad socio-familiar grave<sup>171</sup>.

Además, desde 2004 existen Viviendas de Apoyo a enfermos de SIDA, como recurso específico de apoyo al tratamiento destinado a drogodependientes afectados de VIH y con un alto grado de exclusión social<sup>172</sup>.

<sup>169</sup> Personal mínimo: 1 profesional Sanitario con titulación superior o media. Un/a Psicólogo/a. 1 Trabajador/a Social 3 Monitores/Educadores. Durante el año 2006, funcionaron 7 centros de este tipo. Durante los años 2002 y 2003 funcionaron cuatro centros de encuentro y acogida en nuestra Comunidad Autónoma, uno en la ciudad de Córdoba, otro en Sevilla, un tercero en La Línea de la Concepción (Cádiz) y un cuarto en Granada. Estos centros, durante estos dos años, atendieron un total de 2.071 personas. En el año 2003 se iniciaron los trámites para la apertura de tres centros en las provincias de Huelva, Málaga y Almería que comenzaron a funcionar durante el 2004. En 2008 eran un total de 7 centros con 1.374 usuarios. En 2014 permanece el número de centros en 7 (uno por provincia, salvo Jaén), si bien el número de usuarios subió a 2516 (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones). La evaluación del II Plan Andaluz reconoció que la existencia de un centro por provincia, excepto en Jaén, no resulta suficiente y sería necesario seguir ampliando su número. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021), p. 34.

<sup>170</sup> BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27063.

<sup>171</sup> Personal mínimo: 3 profesionales, con título de bachiller, formación profesional de grado medio o superior. Desde 2004 se cuenta con 4 Viviendas de Apoyo al Tratamiento con un total de 18 plazas. En 2008 se concertó una nueva vivienda en Málaga, Concepción Arenal, pasando el número de plazas total a 22, con índices de ocupación del 100%. En cambio, en 2014 se dispuso de tres VAT concertadas, con un total de 16 plazas (Cruz Roja de Huelva con 5 plazas, Torreblanca en Sevilla con 6 plazas y Madre de Dios en Granada con 5 plazas). El número total de personas beneficiarias de este recurso ascendió en el año 2014 a 76 personas (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>172</sup> Desde 2004 se dispone de tres viviendas, todas ellas en la provincia de Cádiz en las localidades de Chiclana (Gerasa), La Línea (Marillac) y Jerez de la Frontera (Siloé). Durante el año 2005 se produjo un aumento importante del número de personas usuarias que accedieron a estos centros, produciéndose posteriormente un descenso del número de personas usuarias debido a que muchas han pasado a la consideración de dependientes, y ocupando las plazas con esta denominación (Informe de situación tras el II Plan Andaluz 2002-2007). A lo largo del año 2014 se contó con 31 plazas, las cuales atendieron a 32 nuevas demandas (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

### 6.2.3. Programas de Reducción del Daño

El modelo inicial de atención a las drogodependencias estaba fundamentado por el objetivo de conseguir la abstinencia (*programas libres de drogas*). Sin embargo, a raíz del bajo índice de retención de pacientes en programa, la aparición del SIDA y las recomendaciones de la OMS con relación al tratamiento de las drogodependencias, se comenzaron a priorizar estrategias de reducción del daño para los pacientes que no responden a los programas libres de drogas<sup>173</sup>. De esta forma, se consolida en la actualidad un modelo de atención que combina complementariamente los Programas Libres de Drogas con los *Programas de Reducción del Daño*. Estos programas tienen por objetivo paliar o minimizar las consecuencias del consumo de drogas promoviendo la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a usuarios infectados por VIH o enfermos de SIDA y a sus familiares<sup>174</sup>.

Así, la Ley 4/1997 dispuso que la Administración de la Junta de Andalucía, además de los programas asistenciales anteriores, realizará otros programas orientados a la promoción de la salud de los drogodependientes, a través de la educación sanitaria, la prevención, la detección y el tratamiento de las enfermedades asociadas al consumo de drogas. A este fin, se llevarán a cabo de manera preferente los siguientes programas:

- a) Encaminados a la reducción de daños y la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a usuarios de drogas infectados por el VIH o enfermos del SIDA y a sus familiares.
- b) De promoción de la salud, orientados de forma prioritaria a colectivos de riesgo, especialmente de vacunación y quimioprofilaxis de los sujetos afectados y personas que con él convivan, considerándose preferente los de hepatitis, tétano y tuberculosis.

<sup>173</sup> Estos programas de reducción del daño y riesgos asociados al consumo surgen ante las situaciones producidas por la ausencia de adhesión a los tratamientos de sectores de población que presentaban dificultades para abandonar el consumo; la no presencia en los mismos de poblaciones que no estaban y, probablemente, no estarán nunca por dejar de consumir; y, por último, la aparición de la pandemia del SIDA, y su posterior control, lo que llevó, con el paso de los tiempos, al envejecimiento y deterioro de un sector importante de la población consumidora. Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía", BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27067.

<sup>174</sup> El Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro» señala lo siguiente: «Los programas de reducción de daños tienen como objetivo la disminución de los efectos negativos del uso de drogas, para disminuir la morbi-mortalidad y las consecuencias psicosociales asociadas al consumo y mejorar así la calidad de vida de los drogodependientes, propiciando el contacto de los consumidores con los servicios de salud y sociales, motivando y facilitando la incorporación a centros de tratamiento. La implementación de programas de reducción de daños representa una alternativa eficaz y posible, que no es antagónica, sino que complementa los programas de rehabilitación, donde la abstinencia total es la meta, contribuyendo a dar una respuesta más plural y realista a la problemática de la droga, con el fin de que el adicto pueda llevar una vida lo más normalizada posible. Que existan programas de reducción de daños va a permitir que se puedan individualizar las intervenciones y adecuarlas a los objetivos que se persigan». BOCG, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011, p. 33.

- c) Programas específicos de extensión regional, dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo sanitario. Estos programas incluirán la accesibilidad a tratamientos con sustitutivos opiáceos al control sanitario y a la atención social, personalizado y familiar.
- d) Para enfermos terminales de SIDA y su asistencia sociosanitaria.

Más aún, como se señaló antes, la reforma de la Ley 4/1997 efectuada por la Ley 12/2003, de 24 de noviembre, incluyó expresamente en la noción de «asistencia» a «los tratamientos terapéuticos con las propias sustancias que hubiesen generado la adicción, que permitan mejorar las condiciones de vida de los pacientes» –art. 5.b)–. En tal sentido, mediante Decreto 300/2003, de 21 de octubre, se regulan los tratamientos con sustitutivos opiáceos a personas dependientes de los mismos, bajo el control sanitario y la atención social, personalizada y familiar, dentro de los cuales se incluye el conocido Programa de Tratamiento con Metadona<sup>175</sup>.

Asimismo, el Gobierno andaluz aprobó en 1997 un proyecto de Programa Experimental de Tratamiento Médico con Heroína para adictos a esta sustancia y dirigido fundamentalmente a un sector de la población drogodependiente de alta cronicidad y riesgo sanitario (se calculó que podría servir para el 30% de los heroínómanos que fracasan con el tratamiento de mantenimiento con metadona)<sup>176</sup>.

Centrándonos en el régimen del Decreto 300/2003, de 21 de octubre, puede sintetizarse como sigue.

- *Centros o Servicios de tratamiento.* Los tratamientos se realizarán únicamente por los Centros o Servicios sanitarios públicos o privados, sin ánimo de lucro, debidamente acreditados para ello por el órgano competente. A estos efectos, se podrán acreditar Servicios en Centros penitenciarios, Oficinas de farmacia, Unidades móviles de drogodependencias, Comunidades terapéuticas de drogodependencias, Centros de encuentro y acogida, Centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias y cualesquiera

<sup>175</sup> Este Decreto 300/2003, como el precedente, viene a adaptar el Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, regulador de los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, modificado por Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, en relación a los requisitos necesarios para la admisión a este tipo de tratamientos y a la introducción de un nuevo principio activo, lo que hacía necesario su adaptación a la Comunidad Autónoma de Andalucía. Según la Memoria de gestión del II Plan Andaluz correspondiente a 2006, durante ese año un total de 16.147 personas adictas a los opiáceos se beneficiaron del Programa de Tratamiento con Metadona en Andalucía (pág. 75). Por su parte, en 2014 un total de 14.012 personas adictas a los opiáceos se beneficiaron del Programa de Tratamiento con Metadona en Andalucía, siendo la provincia de Sevilla la que mantiene mayor número de pacientes en programa, seguida de Cádiz (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>176</sup> Este proyecto fue presentado en 1998 ante el Ministerio de Sanidad y Consumo para su autorización. El Plan Nacional de Drogas creó una Comisión para estudiar la viabilidad del proyecto. Finalmente, la iniciativa se aprobó el mes de mayo de 2001, después de más de tres años de esfuerzos denodados por parte de la Comunidad Autónoma ante el Plan Nacional sobre Drogas. En este sentido, fue modificada la Ley de Drogodependencias de la Comunidad Valenciana, con el objeto de incluir el tratamiento con sustancias que pudieran ser útil a cualquier tipo de adicción. De esta forma se dio un paso más para respaldar legalmente la administración de heroína.

- otros Centros de carácter no estrictamente sanitario que la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios estime conveniente para cubrir las necesidades que los tratamientos regulados en el mismo presenten en un futuro –art. 2-<sup>177</sup>.
- *Comisión de acreditación, evaluación y control de centros o servicios.* La Comisión de Acreditación tendrá las siguientes funciones –art. 5-<sup>178</sup>: a) Emitir informe en relación con las solicitudes de acreditación presentadas por los Centros o Servicios ante el órgano competente de la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía. b) Coordinar y evaluar la información sobre materias objeto de su competencia. c) Suministrar a los órganos competentes de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la información que les sea solicitada, de tal forma que quede siempre garantizada su confidencialidad. d) Establecer un registro de pacientes, con mecanismos que garanticen el derecho a la confidencialidad<sup>179</sup>.
  - *Acreditación.* Las solicitudes de acreditación serán informadas por la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios. El informe deberá ser favorable para que pueda otorgarse la acreditación<sup>180</sup>. Además, la acreditación no parece un acto reglado, pues a los efectos del informe preceptivo de solicitudes por la Comisión, este órgano deberá tener en cuenta una serie de criterios (consecución de un equilibrio entre la demanda y la oferta de este tipo de servicios asistenciales en la Comunidad Autónoma de Andalucía; prioridad para la acreditación de los Centros o Servicios sanitarios de titularidad pública; experiencia en el tratamiento de toxicómanos por parte del equipo del Centro o Servicio; existencia de adecuación entre los recursos disponibles y los objetivos que se propongan)<sup>181</sup>. La solicitud de acreditación debe ser resuelta en el plazo máximo de seis meses, y tiene una vigencia temporal, por un período de dos años, debiendo renovarse –art. 10–.
  - *Admisión.* Para la admisión a estos tratamientos se exige, como es lógico, el previo diagnóstico confirmado de la dependencia a opiáceos. Podrán ser solicitados por la Comisión documentos acreditativos del cumplimiento de dicho requisito –art. 4-<sup>182</sup>.
  - *Prescripción y administración.* La prescripción de estos tratamientos debe ser realizada, con carácter general, por los facultativos de los centros o servicios acreditados<sup>183</sup>,

---

<sup>177</sup> De acuerdo con el art. 2,2 del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, siempre que se considere oportuno, las autoridades sanitarias de aquellas Comunidades Autónomas que tengan atribuciones en esta materia o en su caso, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de sus órganos competentes, podrán acreditar servicios en Centros penitenciarios o en otros establecimientos de carácter no estrictamente sanitario.

<sup>178</sup> Art. 5 Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.

<sup>179</sup> La información mínima que debe contener figura en el Anexo 2 del Decreto.

<sup>180</sup> Art. 6.2 Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.

<sup>181</sup> Art. 6.3 Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.

<sup>182</sup> Art. 9.1 Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.

<sup>183</sup> No obstante, con carácter excepcional se podrá otorgar autorización para la prescripción de los tratamientos a aquellos facultativos no integrados en los Centros o Servicios acreditados que lo soliciten ante el órgano

y el control de su administración –generalmente en solución oral– debe ser llevada a cabo por profesionales del equipo sanitario, preferentemente diplomados en enfermería –art. 3.<sup>184</sup>.

### 6.3. Actuaciones de incorporación social

#### 6.3.1. Competencias y programas

La Ley 4/1997 define la «rehabilitación» como la fase de atención para la recuperación o aprendizaje de comportamientos individuales socialmente aceptados, como medio de facilitar su incorporación social. A su vez, la «incorporación social», es la fase de la atención dirigida a la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos –art. 5.b) Ley-<sup>185</sup>. De este modo, y a diferencia de las actuaciones de asistencia, se trata de acciones propias del sistema de servicios sociales<sup>186</sup>.

A este respecto, la Ley 4/1997 dispone que las Administraciones Públicas andaluzas realizarán actuaciones encaminadas a garantizar la atención de las necesidades sociales de los drogodependientes, y a favorecer su rehabilitación e integración social, mediante los dispositivos del sistema de servicios sociales y otras medidas de apoyo social y laboral –art. 15–. De este modo, y a diferencia de la fase de asistencia reservada a la Administración autonómica, las actuaciones de rehabilitación e integración social se asignan de modo genérico a las Administraciones Públicas andaluzas, y a los dispositivos del sistema de servicios sociales y otras medidas de apoyo social y laboral. Más aún, la Ley

---

competente aportando, además de la correspondiente solicitud, la información adicional que les sea requerida –art. 3.1–, y que se detalla en la disposición adicional primera del Decreto 300/2003. El anterior Decreto 162/1990, de 29 de mayo, establecía dos niveles en su aplicación, con la denominación de bajo y alto umbral; al mismo tiempo separaba la prescripción y la dispensación en centros de distinta naturaleza. En el primero de los casos, eran los centros de tratamiento ambulatorio de drogas y los acreditados para tal fin y, en el segundo, se trataría de los Centros de Salud. Para concluir la expansión del programa, el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», propuso tener en cuenta la propuesta realizada desde los profesionales con relación a que la dispensación se pudiera llevar a los establecimientos farmacéuticos, al menos en aquellos lugares que se encuentran alejados de los Centros de Salud. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27072.

<sup>184</sup> Art. 3.4 Real Decreto 75/1990, de 19 de enero.

<sup>185</sup> La utilización de este término en el ámbito de las drogodependencias se produce a principios de los noventa, una vez asentado el periodo de la institucionalización de las drogas. Con anterioridad se habían venido aplicando los términos *reinserción*/*inserción*, como una etapa posterior a la rehabilitación física y psicológica.

<sup>186</sup> En el Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro», la Comisión apostó por la *reinserción* como objetivo fundamental: *reinserción familiar, educativa, laboral y social*, que tiene que contar con los actores fundamentales, la familia, la escuela, la empresa y la sociedad. Será por tanto necesario dotar a estos actores de la formación adecuada y de los recursos necesarios para que puedan cumplir su papel, pues ninguno de ellos puede sentirse desamparado cuando tiene en su entorno un problema de adicción.

4/1997 dispone que la Administración de la Junta de Andalucía, con la colaboración de las Corporaciones Locales, a través de los servicios sociales comunitarios y especializados, «realizarán» programas orientados a la rehabilitación e incorporación social de los drogo-dependientes –art. 19.2-<sup>187</sup>.

En concreto, la Ley 4/1997 se refiere, entre otros, a los programas:

- a) De información, orientación y asesoramiento sobre los recursos disponibles.
- b) Complementarios al tratamiento sanitario de las personas afectadas, mediante intervenciones que incluirán su entorno personal, familiar y comunitario.
- c) De desarrollo de actuaciones integrales que incluyan aspectos educativos, ocupacionales, familiares y sociales.
- d) De formación y capacitación profesional y fomento del empleo, encaminados a favorecer la reinserción laboral y social de las personas afectadas.
- e) De cooperación con los órganos judiciales y penitenciarios, con el fin de facilitar el acceso de los internos con problemas de drogodependencia a las prestaciones sociales. Asimismo, estos programas tendrán por objeto garantizar la prestación de información, asesoramiento y orientación a los órganos judiciales, sobre las circunstancias socio-sanitarias que puedan incidir en la adopción de decisiones y, en su caso, en la posible sustitución del internamiento penitenciario por otras medidas.
- f) De atención específica a la población juvenil, para propiciar la formación de grupos y asociaciones que permitan una adecuada integración de los drogodependientes.

### 6.3.2. Centros y recursos para la rehabilitación e incorporación social

Además de los Centros Provinciales de Drogodependencias y Centros de Tratamiento Ambulatorio que también impulsan acciones de rehabilitación e incorporación social, pueden citarse los siguientes:

- *Centros de día*. Son recursos intermedios para la población drogodependiente que vienen a complementar el trabajo realizado en los centros de tratamiento ambulatorio para la deshabituación e integración socio-laboral, donde se realizan actividades con diferentes fines, teniendo como ejes fundamentales el terapéutico, el educativo, el ocupacional y el integrador, realizándose las tareas con un horario preestablecido y supervisadas por un equipo interprofesional<sup>188</sup>. Así, según la Orden de 28 de agosto de 2008, son

<sup>187</sup> Como señala la Estrategia Nacional 2009-2016, para muchas personas, el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una determinada sustancia, sino otras circunstancias: policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores. En este sentido, se debe prestar una especial atención a la potenciación y mejora de los recursos de inserción social para aquellas personas que abandonan las instituciones penitenciarias (pág. 78).

<sup>188</sup> Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27061.

centros en los que se realizan actividades orientadas a la adquisición de hábitos de vida normalizados, horarios, distribución de tiempo libre, actividades y programas culturales, educativos y de formación laboral, con el objetivo de favorecer la incorporación social de las personas en tratamiento. Podrán ser anexos a los centros de tratamiento ambulatorio, pudiendo compartir los servicios comunes y la dirección. La mayoría de estos centros son de iniciativa social concertada<sup>189</sup>.

- *Viviendas de Apoyo a la Reinserción*. Se trata de recursos de convivencia de carácter urbano indicados para aquellos pacientes que requieren de un proceso de acercamiento y normalización, bien procedan éstos de una Comunidad Terapéutica o desde un centro de Tratamiento Ambulatorio<sup>190</sup>. Su configuración en la Orden de 28 de agosto de 2008 es idéntica a las Viviendas de Apoyo al Tratamiento, sólo que en este caso atienden en una fase posterior colaborando en el proceso de Incorporación social y de normalización<sup>191</sup>. Se crean a partir de 1994. Se trata de viviendas tuteladas por personal técnico que sirven de residencia temporal para facilitar la adaptación del individuo al medio social. Comparten, por tanto, el mismo objetivo que los Pisos de Apoyo al Tratamiento pero atienden en una fase posterior, colaborando de este modo en el proceso de Incorporación social y de Normalización<sup>192</sup>.

---

<sup>189</sup> Personal mínimo: 3 profesionales, con título de bachiller, formación profesional de grado medio o superior. En 1999 de un total de 41, 26 era privados concertados. En 2006 existían 25 Centros de Día, que pasaron a 26 en 2008, distribuidos por todas las provincias excepto en Córdoba (Memoria de gestión 2006, pág. 91). En cambio, en 2014 eran sólo 6 los centros de día, todos ellos de titularidad pública. El dato es preocupante, si se tiene en cuenta que la propia Memoria de gestión de 2014 señala que la realidad social pone de manifiesto que existen nuevas necesidades desatendidas a raíz de la crisis económica que ha provocado que las personas con problemas de drogodependencias se encuentren en peligro o riesgo de exclusión social, por lo que los Centros de Día se han convertido en un recurso multidisciplinar en todas las áreas de atención (psicológica, sanitaria, socioeducativa y de inserción laboral).

<sup>190</sup> Son recursos tutelados de tercer nivel y especializados que cumplen el objetivo de la normalización progresiva a través de las actividades de los usuarios (búsqueda de empleo, capacitación profesional o académica, adquisición de determinados hábitos sociales, saludables, de relaciones). Se pretende, a través de ello, el manejo de pautas sociales y de competencia que de manera progresiva les permita una mayor autonomía y autorresponsabilidad en los usuarios. El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señalaba que estas unidades deberían contar con una mayor atención desde las Administraciones Públicas, en el sentido de atender las deficiencias detectadas y puestas de manifiesto por los profesionales y los propios pacientes. Asimismo, se añadía la necesidad de revisar los programas terapéuticos de éstos para llegar a homogeneizarlos, así como para incrementar el número actual de plazas que impidan largas listas de espera. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, pp. 27064 a 27067.

<sup>191</sup> Además, en las Viviendas de Apoyo a la Reinserción será necesaria la coordinación con el/la Trabajador Social del Centro de Tratamiento Ambulatorio de referencia.

<sup>192</sup> El II Plan Andaluz contempló en su Red Asistencial 12 Viviendas repartidas por toda Andalucía. Desde 2003 a 2008 el número de viviendas permaneció estabilizado en torno a las 12 indicadas en el II Plan, con 233 usuarios (2008). En 2014 existían 11 viviendas, con un total de 85 plazas (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

## 6.4. Actuaciones de inserción laboral

### 6.4.1. Reserva de puesto de trabajo

Como se ha señalado desde la Comisión Mixta Congreso-Senado, «El trabajo es un antídoto para el mundo de las drogas. Una persona con una tarea determinada, obligaciones concretas, parte de un equipo, ve aumentada su autoestima, lo que le hace más fuerte en su lucha personal contra la adicción a la droga. Proponemos una mayor implicación de la Administración en la promoción de programas específicos con empresas que estén dispuestas a acoger y dar empleo a estas personas»<sup>193</sup>. La Ley 4/1997 establece, de modo genérico, que la Administración de la Junta de Andalucía deberá facilitar la formación profesional para favorecer el acceso al primer empleo, autoempleo y promoción empresarial de los drogodependientes –art. 6.1.c)<sup>194</sup>.

Pero la primera medida de inserción laboral debería ser que el drogodependiente que tenga empleo, no lo pierda<sup>195</sup>. Así, en coherencia con la consideración de la drogodependencia como una enfermedad de carácter social, la Ley 4/1997 establece que la Administración de la Junta de Andalucía, en sus centros, establecimientos y servicios, reservará el puesto de trabajo de la persona drogodependiente durante el proceso de tratamiento. Reglamentariamente se establecerán las condiciones y requisitos que tienen que cumplirse para poder hacer efectiva esta reserva de puestos de trabajo –art. 12.2–. Se trata de una medida que la Administración de la Junta de Andalucía acuerda como empleadora. Pero la Ley andaluza no se atreve ir más allá, dado que la legislación laboral es competencia exclusiva del Estado, y el Estatuto de los Trabajadores sigue calificando a la embriaguez habitual o toxicomanía como causa de despido disciplinario «si repercuten negativamente en el trabajo»<sup>196</sup>.

<sup>193</sup> Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro». BOCG, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011, p. 35. Por su parte, en el documento de evaluación final de la Estrategia 2000-2008 se señaló que si bien la oferta de recursos para la inserción socio laboral del drogodependiente ha aumentado, el porcentaje de participantes en estos programas es bajo, sobre todo de los tratados en la red de atención a las drogodependencias, siendo más alta en el caso de personas drogodependientes en instituciones penitenciarias. «Es difícil disponer de datos sobre el número de personas drogodependientes que participan en estos programas, excepto en el caso de las prisiones, quizás por la tendencia a utilizar recursos normalizados en los que la condición de drogodependiente no se considera. Se desconoce los resultados de estas intervenciones; de hecho no se tiene constancia de que sean objeto de evaluación o seguimiento» (pág. 47).

<sup>194</sup> El Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», señaló que solo se puede hablar de la realización de programas de formación para el empleo o de medidas de contratación, sin que se hayan articulados propuestas que vengán a incidir en los aspectos recogidos –autoempleo, promoción empresarial, primer empleo–. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27014.

<sup>195</sup> Como indica la Estrategia Nacional 2009-2016, es fundamental reforzar los mecanismos que promueven la «no desvinculación» de las personas en tratamiento de su medio laboral (pág. 78).

<sup>196</sup> Art. 54.2 Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. El Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de

Con todo, la Ley 4/1997 añade que se fomentarán entre organizaciones empresariales y sindicales acuerdos que tiendan a garantizar la reserva del puesto de trabajo de personas drogodependientes, y a no ejercer las potestades disciplinarias que contempla la legislación laboral (las antes señaladas), en casos de problemas derivados del abuso de drogas cuando dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento o rehabilitación

#### 6.4.2. Programa de Red de Artesanos

Ya en 1986, en aplicación del I Plan Andaluz sobre Drogas se aprobó el llamado Programa de Red de Artesanos, con el objetivo de que drogodependientes que hubieran superado las fases de desintoxicación y deshabituación, adquirieran habilidades sociales y el aprendizaje de un oficio con la colaboración de trabajadores autónomos, pequeños y medianos empresarios, talleres y otras entidades<sup>197</sup>. Posteriormente, ya en ejecución del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se aprobaron la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 30 de enero de 2004, y de 14 de diciembre de 2006, que regula y convoca la participación en el Programa Red de Artesanos para la Incorporación Social de Personas Drogodependientes y/o afectadas por el Juego Patológico, que derogó a la anterior (y no consta que haya sido derogada).

El Programa Red de Artesanos tiene como finalidad última la incorporación social de aquellas personas drogodependientes y/o afectadas por el juego patológico que, encontrándose en un proceso terapéutico o como apoyo a éste, carezcan de la formación adecuada y de los recursos que les capaciten para el desarrollo de una actividad laboral. Esta finalidad justifica el hecho de que las ayudas que se regulan mediante la presente Orden se concedan en atención a la mera concurrencia de los requisitos que en la misma se especifican sin que sea necesario establecer la comparación de solicitudes ni la prelación entre las mismas<sup>198</sup>.

---

mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro» manifestó que la embriaguez habitual o la toxicomanía es la única enfermedad que es causa de despido, pero no es la única enfermedad que puede repercutir negativamente en el trabajo. Esas otras no son causa de despido. Si es enfermedad, se le debe ofrecer y facilitar el tratamiento a quien la sufre. Puede ser necesario apartarlo del puesto de trabajo si existe riesgo para su salud, para terceros o para bienes, pero de ahí al despido media un gran trecho. BOCG, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011, pág. 35. Más abiertamente, el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía», se pronunció a favor de la derogación de este precepto del Estatuto de los Trabajadores. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27033.

<sup>197</sup> Orden de 27 de febrero de 1996, por la que se convocan y regulan programas en materia de reinserción social para drogodependientes (Red de artesanos).

<sup>198</sup> En los años 90 el programa pasó de 120 plazas (1990) a 426 (1999). En 2000 y 2001 se redujo el número de plazas sin que aparentemente existiera ningún criterio objetivo que lo justificara o que hubiese surgido de la propia evaluación realizada. Desde 2003 a 2008 el número de plazas permaneció estable en 250 plazas. En cambio, el número de usuarios ha tenido importantes oscilaciones (422 en 2003 o 388 en 2008) (Informe de Situación tras el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones 2002-2007). Por su parte, en 2014 el número total de usuarios bajó a 96.

En esta línea el Programa Red de Artesanos concede ayudas a personas con problemas de drogodependencias y adicciones en proceso de incorporación social, con déficit formativos que les impiden el acceso al empleo, mediante su incorporación a talleres, pequeñas o medianas empresas, Administraciones y Empresas Públicas, donde reciben la formación práctica y teórica necesaria para el aprendizaje de un oficio.

- *Beneficiarios*. Pueden solicitar su participación en el programa aquellas personas con problemas de drogodependencias y/o afectadas por el juego patológico que cumplan los requisitos siguientes: a) Tener 18 años cumplidos. b) Estar en proceso terapéutico en algunas de las entidades de seguimiento terapéutico y estar registrado en el SIPAS-DA (sistema de información centralizado para la red asistencial de drogodependencias en Andalucía). c) Contar con el informe de la persona profesional correspondiente de la entidad en la que se siga el proceso terapéutico, en el que conste la conveniencia de la participación en el programa tras una valoración de los recursos económicos y de la falta de una capacitación profesional adecuada<sup>199</sup>.
- *Entidades de seguimiento terapéutico*. Las personas con problemas de drogodependencias y/o afectadas por el juego patológico solicitantes de las ayudas deberán encontrarse en proceso terapéutico en algunas de las siguientes entidades: a) Centros de Tratamiento Ambulatorio o cualquier otro recurso público o privado concertado en el ámbito del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. b) Asociaciones de Drogodependencias y Adicciones sin ánimo de lucro, a través de las entidades reguladas en el apartado anterior, y cuya actividad principal sea la atención a personas con problemas de drogodependencias y adicciones, siempre que estén inscritas en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales y debidamente acreditadas. Estas entidades actuarán como centros de referencia, estando obligados a realizar el seguimiento de la persona beneficiaria en el programa.
- *Centros colaboradores*. Son los talleres de trabajos manuales, pequeñas y medianas empresas, profesionales, así como las entidades públicas, que aceptan acoger a los beneficiarios del programa. La relación entre la persona que participa en el programa y el centro colaborador se regirá por el pliego de condiciones del Programa, que ambos suscribirán al efecto y sin que en ningún caso ello suponga algún tipo de relación laboral<sup>200</sup>.

---

<sup>199</sup> En Órdenes anteriores se exigía carecer de recursos económicos que les permitan subsistir de forma autónoma y de la capacitación profesional adecuada.

<sup>200</sup> En 2014 existía un total de 40 entidades, de las cuales salvo 3, el resto de ellas (72,5%) correspondían a la administración pública, siendo los ayuntamientos tanto de ciudades capitales como de pueblos los que, sensibilizados con el programa, más colaboran con el programa. En el fondo, se trata de una desviación del objetivo inicial, pues la ulterior inserción del beneficiario en una pequeña empresa es infinitamente más fácil que en una Administración pública, sujeta a procedimientos de selección reglados. Así, un estudio realizado en 1997, de una muestra de 650 pacientes, puso de manifiesto que sólo un 12% de los beneficiarios habían encontrado empleo en la misma empresa donde realizaban sus prácticas. Sin embargo, como señalara el Defensor del Pueblo Andaluz, Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía", esta opción de utilizar administraciones impide su posterior contratación al estar éstas sujetas a normas administrativas. También se apunta a una escasa formación al final del programa debido a la baja

- *Procedimiento*. La presentación de las solicitudes no está sujeta a plazo y requiere tanto el informe emitido por el profesional de la entidad de seguimiento terapéutico, relativo a la conveniencia de la participación de la persona drogodependiente y/o afectada por el juego patológico en el programa, como declaración expresa de conformidad del centro colaborador<sup>201</sup>. La concesión de las ayudas se efectúa en régimen de concurrencia no competitiva, condicionadas a la existencia de disponibilidad presupuestaria. Por ello, se prevé la constitución de una lista de espera con aquellas personas cuya solicitud haya sido resuelta favorablemente pero cuyo acceso al Programa no pueda realizarse de forma inmediata por ausencia de plazas<sup>202</sup>.
- *Ayudas*. Los beneficiarios del programa perciben una ayuda mensual en concepto de beca, con una duración máxima de 12 meses, a partir de la incorporación efectiva de la persona beneficiaria en el centro colaborador. El pago de la ayuda se realizará por meses vencidos –art. 18–. Asimismo, las entidades colaboradoras perciben una gratificación mensual por cada beneficiario, si bien podrán renunciar a la misma, en cuyo caso se sumará el importe de dicha gratificación a la cantidad mensual que recibe el beneficiario<sup>203</sup>.
- *Deberes de los beneficiarios*. La principal es asistir a las instalaciones del centro colaborador que se le asigne en el horario y fecha establecidos durante el período de duración del programa, estableciéndose un mínimo de formación de 20 horas semanales y un máximo de 30 horas semanales. También deben asistir a las citas establecidas de forma conjunta con la entidad de seguimiento terapéutico, a efectos de realización del seguimiento en el programa y en el proceso terapéutico. Además se establece deberes formales de justificación de la participación o colaboración en el programa.

---

cualificación y motivación de los responsables de los talleres y a las tareas y funciones donde se les ubica, que nada tienen que ver con el aprendizaje de un oficio. Además, esta forma de actuar, desde el punto de vista de los usuarios, les lleva a una menor motivación en el programa al ver que se les merman sus posibilidades de contratación posterior. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27095.

<sup>201</sup> El plazo para dictar y notificar la resolución correspondiente será de tres meses a contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación. Transcurrido dicho plazo sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, los interesados podrán entender desestimadas sus solicitudes por silencio administrativo de acuerdo con lo establecido en el artículo 31.4 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras –art. 15–.

<sup>202</sup> La Orden establece que las ayudas se harán públicas en la sede del órgano competente para resolver, sin perjuicio de la publicidad que pueda articularse mediante su inclusión en la página web de la Consejería competente –art. 22–, si bien es innegable que esta publicación afecta a datos personales especialmente protegidos, por lo que sería necesaria una ley que diese cobertura a esta publicidad, para no incumplir la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales.

<sup>203</sup> Antes del 2006 el plazo máximo era de 18 de meses. Asimismo, en la convocatoria de 2004 el importe de la ayuda a los beneficiarios del programa se fijó en 360 euros mensuales, y se contemplaba la gratificación a las entidades colaboradoras en 60 euros mensuales por cada beneficiario, si bien podían renunciar a la misma mediante escrito dirigido a la Administración, en cuyo caso se sumaba dicha gratificación a la cantidad mensual que recibía el beneficiario. En la convocatoria de 2006 la cantidad era de 420 euros mensuales, y no se contemplaba la gratificación a las entidades colaboradoras, de modo que cabe colegir que directamente se añadió la parte de la gratificación a las entidades a la ayuda a los beneficiarios.

- *Seguimiento del programa.* Las entidades colaboradoras deben facilitar a los centros de referencia toda la información referente al beneficiario para que éstos últimos puedan realizar el seguimiento del programa. Asimismo, los beneficiarios deben asistir a las citas establecidas de forma conjunta con el centro de referencia, a efectos de seguimiento del programa. Para la justificación de las ayudas basta la acreditación de la participación en el Programa mediante certificado expedido por la entidad de seguimiento terapéutico a meses vencidos.

En su día ya el Defensor del Pueblo Andaluz señaló que este programa requiere una actualización, y apuntó, entre otros aspectos, aquellos que hacen referencia al tiempo y duración en el programa, ya que no todas las profesiones necesitan un mismo tiempo de aprendizaje; la mejora de las cuantías de las ayudas; la necesidad de ejercer un mayor control sobre los pacientes y las empresas; y, por último, mejorar la preparación previa para su participación en el programa<sup>204</sup>.

#### 6.4.3. Programa Arquímedes

De entrada, debe destacarse que el Decreto 85/2003, de 1 de abril, por el que se establecen los Programas para la Inserción Laboral de la Junta de Andalucía incluye entre los colectivos de atención preferente a las personas con problemas de drogadicción o alcoholismo que se encuentren en procesos de rehabilitación o reinserción social –art. 3.3–. De este modo este colectivo puede beneficiarse de los programas generales de inserción laboral impulsados desde la Consejería competente en materia de empleo.

Pero, además, el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones estableció como objetivo final de todas las políticas diseñadas para la actuación en drogodependencias evitar la exclusión y facilitar el proceso de incorporación social de las personas que a causa de su adicción no están integradas, de ahí la importancia que en la incorporación laboral tienen

<sup>204</sup> Informe especial al Parlamento de Andalucía “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía». Más detalladamente, se sugirieron las medidas siguientes: 1. Arbitrar otras medidas de empleo que permita complementar el programa o prever medidas de apoyo posterior. 2. La duración máxima debe flexibilizarse para que responda a los perfiles de los usuarios y la adaptación del aprendizaje a las características individuales del paciente y de la actividad que realiza. 3. Aumentar las cuantías de las becas, al menos al salario mínimo interprofesional. Las cantidades actuales no están en consonancia al tiempo y trabajo que realizan. 4. Se deben clarificar los oficios que deben estar dentro del programa, para evitar oficios que no requieran o no puedan ejercer posteriormente. 5. Incrementar el número de becas que facilite el acceso a todo aquel que cumpla el perfil mínimo exigible en el programa. 6. Los participantes en el programa deben contar con un seguro que cubra los niveles máximos permitidos. 7. Se deben realizar campañas de captación de empresas que colaboren en el programa incentivando o gratificando socialmente su participación. 8. Se debe complementar la formación recibida a la empresa con otro tipo más específica que realmente de acceso posterior al empleo. 9. Los pacientes que participen en el programa deben estar estabilizados, y así poder garantizar un buen nivel de cumplimiento y aceptación. 10. Se debe potenciar la participación de las empresas por encima de las Administraciones. BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003, p. 27096.

los programas destinados a sensibilizar e incentivar a las empresas y recursos de la comunidad para que acepten a las personas drogodependientes. En esta línea la Consejería competente en materia de drogodependencias convoca periódicamente subvenciones dirigidas al fomento del empleo de drogodependientes y personas afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social. La última ha sido la Orden de 8 de febrero 2006, por el que se regulan y convocan subvenciones dirigidas al fomento del empleo de drogodependientes y personas afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social (Programa Arquímedes, financiado por el Fondo Social Europeo)<sup>205</sup>.

Las subvenciones a la contratación de personas con problemas de drogodependencias y/o afectadas por el juego patológico en proceso de incorporación social, tienen por finalidad el acceso de éstas al mercado laboral, incentivando su incorporación y estabilidad en el empleo mediante contratos de trabajo de carácter temporal o indefinido.

Pueden ser beneficiarios de estas subvenciones las personas físicas y jurídicas, titulares de empresas constituidas, las Entidades sin ánimo de lucro y las Administraciones Públicas y Entidades de ellas dependientes –art. 3-<sup>206</sup>. Por su parte, los trabajadores contratados deberán encontrarse en proceso de incorporación social en cualquiera de los siguientes recursos responsables del seguimiento: a) Recursos de la red de drogodependencias y adicciones, públicos o privados concertados con la Consejería competente. b) En el supuesto de personas afectadas por el juego patológico será requisito el que sean atendidas por entidad registrada para tal fin en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. c) Asociaciones de drogodependencias sin ánimo de lucro, cuya actividad principal sea la atención a personas con problemas de drogodependencias y estén inscritas en el Registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales –art. 4.1–.

La propia finalidad de la norma justifica el hecho de que estas subvenciones se concedan en atención a la mera concurrencia de los requisitos que se especifican en la Orden sin que sea necesario establecer la comparación de solicitudes ni la prelación entre las mismas. Por lo demás, la cuantía de la ayuda depende de si se trata de contrato indefinido o temporal, y en este caso de su duración, y si es tiempo completo o parcial –art. 5-<sup>207</sup>.

---

<sup>205</sup> La primera fue la Orden de la Consejería de Asuntos Sociales de 11 de septiembre de 2000, modificada por Orden de 26 de abril de 2002 y por Orden de 3 de julio de 2003. Esta Orden fue derogada Orden de 21 de enero de 2004, que amplió su objeto a las personas afectadas por el juego patológico. El número de contrataciones en aplicación de este programa, pasó de 162 en 2002 a 237 en 2008, con una cifra punta de 520 en 2003, con una presencia muy mayoritaria del sector público (Administraciones locales y empresas públicas). Por su parte, en 2014 las incorporaciones fueron de 195 (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>206</sup> En 2014, hubo un total de 116 empresas, entre las que dominan, las entidades públicas en la mayoría de los contratos, las pequeñas y medianas empresas, seguidas de las empresas individuales (Memoria 2014 Atención a las Drogodependencias y Adicciones).

<sup>207</sup> La Orden dispone que las subvenciones concedidas deberán ser publicadas trimestralmente en el «Boletín Oficial de la Junta de Andalucía» con expresión de la convocatoria, el programa y crédito presupuestario que se imputen, *personas beneficiarias*, cantidad concedida y finalidad de la misma. Es evidente que el dato de las

## 7. FINAL

Cuando a principios de los años 80 la drogodependencia a la heroína se extendió por todo el país como una epidemia fatal, que diezmo toda una generación de jóvenes, la Comunidad Autónoma de Andalucía reaccionó con presteza, mediante la aprobación en 1985 del Plan Andaluz sobre Drogas. Este Plan creó una específica estructura dirigida a su coordinación (Comisión delegada de Bienestar Social y Comisionado para las Drogodependencias) y gestión (Patronatos Provinciales para la Droga y Centros Provinciales de Toxicomanías), en estrecha cooperación con las Diputaciones Provinciales.

Asimismo, cuando en la década siguiente de los 90 cambiaron sensiblemente los consumos (las sustancias) y los perfiles de los consumidores (consumo juvenil vinculado al ocio), extendiéndose la preocupación por el impacto en la salud de las drogas institucionalizadas, la Comunidad andaluza volvió a tomar el pulso de esta realidad, y posicionándose con las Comunidades Autónomas más sensibilizadas, aprobó la Ley 4/1997, de 9 julio, de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía.

Esta Ley supuso un significativo avance en la regulación de la normativa, pues mientras las regulaciones anteriores partían de un enfoque sectorial, la Ley abordó la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogas desde una perspectiva global, incluyendo no sólo las drogas ilegales, sino también las institucionalizadas, todo ello en la medida permitida por los títulos competenciales de la Comunidad Autónoma. Además, merece destacarse la temprana consideración por la Ley andaluza de la drogodependencia como una enfermedad, superando definitivamente el estigma social que se arrastraba de épocas anteriores.

Todavía a principios de la década siguiente, la Junta de Andalucía mantuvo el pulso en la política sobre droga con la aprobación en 2002 del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que –como su propio nombre indica– extendió su atención a las adicciones sin sustancias (fundamentalmente para hacer referencia a los problemas generados por el juego de azar patológico). Asimismo, la Ley 4/1997 experimentó sendas modificaciones (2001 y 2003) para afrontar el conocido fenómeno del «botellón».

Sin embargo, desde mediados de la década del 2000 la política en materia de drogas y adicciones parece experimentar una cierta atonía, cuyo principal reflejo ha sido, hasta fechas recientes, la falta de renovación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que debía estar vigente hasta el 2007 y ha visto prorrogada su vigencia hasta 2016, con la aprobación del III Plan Andaluz sobre Drogas, de modo que hasta el 2016 la Comunidad Autónoma no ha adaptado su planificación a la Estrategia Nacional 2009-2016, es decir, cuya vigencia vence el propio 2016.

---

personas beneficiarias es un dato personal especialmente protegido, por lo que sería necesaria una ley que diese cobertura a esta publicidad, para no incumplir la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Pero también la Ley 4/1997 se ha visto sobrepasada en estas casi dos décadas de vigencia por los cambios acaecidos en los contextos social y normativo. Así, la Ley 4/1997 no refleja la perspectiva actual de la adicciones sin sustancias (y no limitadas al juego, como en el II Plan Andaluz, sino también de otros tipos, como la adicción a internet). Asimismo, los planteamientos de la Ley 4/1997 en materia de drogas institucionalizadas se han visto también superados por normas básicas estatales (como la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, y la Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual).

Además, el entramado institucional previsto en la Ley 4/1997 ha quedado también obsoleto: el órgano central de coordinación en el modelo de la Ley, el Comisionado para las Drogodependencias, se suprimió en 2004, al tiempo que otras estructuras no previstas en la Ley se han consolidado (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, o Comisiones Provinciales de Drogodependencias).

A todo ello deben añadirse los efectos causados por la crisis económica, con importantes recortes presupuestarios en las distintas medidas y recursos, y que han acusado especialmente los centros concertados, con la consiguiente precariedad en los servicios ofertados (conciertos que se no prorrogan y retrasos en los abonos de los mismos, o listas de espera para el ingreso en los centros), tal como ha puesto de manifiesto el Defensor del Pueblo de Andalucía.

Por todo ello, urge abordar una revisión profunda de la Ley 4/1997, que parta de la premisa de que no todos los consumos de drogas y las conductas de las personas son de por sí problemáticas o perniciosas para la salud, puesto que, dentro de la libertad personal, es innegable el derecho a elegir las libremente y a convivir con ellas de forma responsable. En tal sentido, la Ley deberá situar como centro de su atención a las personas consumidoras de sustancias con capacidad adictiva, o en situación de riesgo de generar adicciones comportamentales, dignificando su posición, empezando por proscribir cualquier tipo de discriminación por razón de su circunstancia, garantizando que puedan ejercer sus derechos en los mismos términos que el resto de la ciudadanía.

A partir de este objetivo fundamental, la Ley deberá reconocer su derechos (y definir su deberes) en tanto que usuarios de los sistemas de salud y asistenciales, así como la cartera de servicios de estos sistemas de atención, todo ello presidido por una apuesta decidida por la integración, tanto funcional como administrativa, de la red específica de asistencia a las adicciones en el sistema sanitario general, tal como propuso la Comisión Mixta Congreso-Senado en su ponencia de 24 de mayo de 2011.

En otro orden, conforme a las estrategias internacionales, la Ley deberá contemplar nuevas limitaciones a la publicidad, promoción, suministro, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco (y demás dispositivos susceptibles de liberación de nicotina). Asimismo,

la Ley deberá contemplar limitaciones sobre los servicios o establecimientos relacionados con conductas susceptibles de generar adicciones comportamentales (como la actividad de juego). Todo ello sin perjuicio de contemplar otras realidades sociales, como los clubs o entidades de personas mayores de edad consumidoras de cannabis.

## 8. BIBLIOGRAFÍA Y DOCUMENTACIÓN

ALMODÓVAR IÑESTA, María: *El consumo de alcohol en las vías públicas: régimen jurídico y competencias administrativas*. Madrid, Civitas, 2003.

ARANA, Xabier e MARKEZ, Iñaki (coordinadores): *Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención*, Madrid, Dykinson, 2006.

ARANA BERAESTEGLI, Xabier - GERMÁN MANCEBO, Isabel: *Delimitación del «status» jurídico del ciudadano «consumidor de drogas»: propuesta de Carta de derechos de los usuarios de drogas*. Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004.

Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones, Memoria de gestión 2006.

Consejería de Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, Informe de Situación tras el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (2002-2007).

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Atención a las Drogodependencias y Adicciones, Memoria 2014.

Cortes Generales, Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado de 12 de junio de 1991, para el estudio del problema de la droga. *BOCG*, número 9, Serie A, de 17 de junio de 1991.

Cortes Generales, Informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado de 22 de noviembre de 1995, para el estudio del problema de la droga.

Cortes Generales, Acuerdo de 28 de marzo de 2007 de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, la cocaína y las drogas de diseño. *BOCG*, Sección CG, VIII Legislatura, 30 de abril de 2007.

Cortes Generales, Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado de 24 de mayo de 2011 sobre «Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro». *BOCG*, Sección CG, IX Legislatura, 31 de mayo de 2011.

Cortes Generales, Informe de la Ponencia Comisión Mixta Congreso-Senado, de 21 de marzo de 2014, sobre las perspectivas de futuro en el abordaje de las actuales y nuevas adicciones, *BOCG*, Sección CG, X Legislatura, 25 de marzo de 2014.

Defensor del Pueblo Andaluz, *Informe especial al Parlamento de Andalucía "La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía"*, BOPA núm. 461, 18 de febrero de 2003.

Defensor del Pueblo Andaluz, *Informe al Parlamento de Andalucía de 2012*, pp. 813 y ss.

FERNÁNDEZ RAMOS, S.: «La ordenación general de los servicios sociales en Andalucía: situación actual y prospectiva», en VV AA, *El Derecho de los Servicios Sociales en Andalucía*, Instituto Andaluz de Administración Pública, Sevilla, 2012, pp. 75-219.

HERNÁNDEZ DE MARCO, Saturio; *El procedimiento sancionador y las sanciones de la ley contra el tabaco: Ley 42/2010, de 30 de diciembre que modifica la Ley 28/2005, y entra en vigor el 2-1-2011, sobre medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, suministro, consumo y publicidad de productos del tabaco*. Madrid, Dykinson, 2011.

HEVIA FERNÁNDEZ, José Ramón: «La situación de las drogas en España». *Crítica*, nº. 967, 2010 (Ejemplar dedicado a: Adicciones que matan), págs. 22-27.

GARCÍA-PERROTE ESCARTÍN, Ignacio (coordinador): *Comentarios de urgencia a la Ley de medidas frente al tabaquismo*, Valladolid, Lex Nova, 2006.

MARTÍN UCLÉS, Francisco: *Aspectos jurídicos y policiales de la alcoholemia*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2003.

MARTÍNEZ GARCÍA, Clara; BURZACO SAMPER, María: *Ley de prevención del tabaquismo : comentarios y texto íntegro de la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*, Cizur Menor, Aranzadi, 2006.

MOREU CARBONELL, E.: «Acción sanitaria y social para la prevención, asistencia y reinserción en materia de drogodependencias», VV AA, *El marco jurídico de los servicios sociales en España, Realidad actual y perspectivas de futuro*, Atelier, Barcelona, 2012, pp. 323 y ss.  
«Régimen de la acción sanitaria en materia de drogodependencias », ob. col. J. PEMÁN GAVÍN (dir.): *Derecho sanitario aragonés. Estudios sobre el marco jurídico de la Sanidad en Aragón*, Colección Cortes de Aragón-Derecho, Zaragoza, pp. 369 a 424 (vol. II).

III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2017).

Plan Nacional sobre Drogas, *Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008*, Evaluación 2003.

Plan Nacional sobre Drogas, *Evaluación Final de la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008*.

Tribunal de Cuentas, *Informe de Fiscalización del núm. 999, sobre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*.