



# Sumario

## Ejecutivo

.....  
Evaluación Externa  
Plan Nacional  
Contra las Drogas y Toxicomanías  
2005-2012 (PNCDT)

## Información Editorial

- 
- **Título Original:** Sumário Executivo - Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicoddependências 2005-2012 (PNCDT)
- **Título:** Sumario Ejecutivo: Evaluación Externa del Plan Nacional Contra las Drogas y Toxicomanías 2005-2012 (PNCDT)
- **Autor:** Gesaworld SA
- **Editor:** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- **Diseño e Impresión:** LouresGráfica
- **ISBN:** 978-972-9345-80-7
- 200 copias
- Lisboa 2013

La información contenida en la publicación es de exclusiva responsabilidad de Gesaworld SA.

**1. Índice**

1.	Introducción .....	3
2.	Entorno .....	3
3.	Metodología .....	6
4.	Resultados .....	7
4.1.	Prevenición .....	7
4.2.	Disuasión .....	8
4.3.	RRMD .....	10
4.4.	Tratamiento .....	12
4.5.	Reinserción .....	15
4.6.	Reducción de la Oferta .....	16
4.7.	Reorientaciones Estratégicas .....	18
4.8.	Coordinación .....	22
4.9.	Evaluación del Impacto .....	23
5.	Conclusiones Generales .....	29
6.	Recomendaciones Generales .....	30
7.	Bibliografía .....	32
8.	Glosario .....	34





## 1. Introducción

Este resumen ejecutivo es relativo al informe de evaluación externa del "Plan Nacional Contra las Drogas y Toxicomanías 2005-2012" (PNCDT). El estudio fue adjudicado a la empresa Gesaworld, SA en marzo de 2012, a través de la licitación limitada por anterior calificación No. 01/2011/SC-IDT, I.P.

Las políticas de lucha contra las drogas y las toxicomanías están basadas en dos ejes principales, a saber: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta. Los vectores de intervención de prevención, disuasión, reducción del riesgo y minimización del daño (RRMD), tratamiento y reinserción forman el cuerpo del eje de reducción de la demanda. El segundo eje, reducción de la oferta, se basa en los esfuerzos por limitar la oferta y el acceso a las drogas ilícitas.

En 1999, por resolución del Consejo de Ministros n. ° 46/99 se creó la Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas (ENLCD), que definía los principios, objetivos y respectivas opciones estratégicas. Con base en esta organización, los siguientes documentos fueron producidos para orientar el trabajo en este área: el "Plan de Acción Nacional de Lucha contra las Drogas y las Toxicomanías - Horizonte 2004" y el PNCDT cuya ejecución es objeto de esta revisión. La primera evaluación de la ENLCD y por lo tanto, del "Plan Horizonte 2004", se llevó a cabo en 2004 por el Instituto Nacional de Administración (INA: 2004). Ahora se pretende evaluar el PNCDT, 2005-2012, que fue puesto en práctica en dos planes de Acción: el "Plan de Acción sobre Drogas y Toxicomanías - Horizonte 2008", que fue objeto de una evaluación interna y, el "Plan de Acción sobre Drogas y las Toxicomanías 2009-2012", cuya evaluación interna está en curso en el momento de la preparación de este resumen.

La presente evaluación tiene como objetivo evaluar críticamente el ciclo 2005-2012 del PNCDT, con el fin de obtener información para el próximo ciclo de planificación. Los objetivos específicos, debidamente explicados en las especificaciones técnicas, se desarrollan en cuatro áreas de evaluación, a saber: i) el análisis del cumplimiento de los objetivos del PNCDT y respectivas desviaciones en aspectos particulares de las opciones estratégicas - centralidad de los ciudadanos, territorialidad, enfoques integrados, la mejora de la calidad y de los mecanismos de certificación y, finalmente, la prevención de delitos relacionados con drogas, ii) evaluación de impacto basada en el análisis de las variables epidemiológicas y de oferta de servicios en Portugal en comparación con España y Noruega, iii) evaluación económica del coste-beneficio de la implementación de respuestas integrales en relación a una estructura anterior con respuestas dispersas y, iv) el estudio de la eficiencia, la eficacia y la calidad de las intervenciones específicas en el ámbito de los vectores de los ejes estratégicos de reducción de la demanda y de la oferta.

## 2. Entorno

En Portugal, la Estructura de Coordinación Nacional para los Problemas de Drogas, Toxicomanías y Uso Nocivo del Alcohol garantiza la coordinación y la articulación entre los diferentes departamentos gubernamentales implicados en los problemas relacionados con las drogas, las drogadicciones y el uso nocivo del alcohol. El Decreto-ley n. ° 17/2012 del 26 de enero crea el Servicio de Intervención en Comportamientos Adictivos y Dependencias (SICAD), que extingue el Instituto de la Droga y de las



Toxicomanías (IDT, I.P.) y presenta una importante innovación basada en la opción de reforzar la planificación y el seguimiento de los programas para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, la prevención de las conductas adictivas y la disminución de las dependencias. El componente operacional corresponde a la esfera de acción de las Regiones de Salud (ARS, I.P.). El Director General de este Servicio es, inherentemente, el Coordinador Nacional para la Lucha contra la Droga y las Toxicomanías que ejerce sus funciones junto del Ministro de Salud y apoya el miembro del Gobierno responsable por el área de salud en la definición de esta estrategia. Al Instituto extinguido competían las tareas de coordinación e implementación de la ENLCD cometidas por el Ministro de Salud. El Instituto desarrolló una estrategia integrada de lucha contra las drogas y las toxicomanías arraigada en la prevención del consumo, RRMD, tratamiento y reinserción social, garantizando de modo transversal el funcionamiento del Sistema Nacional de Información sobre las Drogas y las Toxicomanías (SNIDT), la promoción y el fomento de la investigación del fenómeno, el apoyo a la formación de los profesionales implicados en este ámbito, garantizando el funcionamiento de los Comités para la Disuasión de la Drogadicción (CDT), asegurando la cooperación con entidades externas y estudiando y proponiendo medidas legislativas y administrativas en la materia, siguiendo su aplicación.

### Situación de partida del PNCDT

A continuación se presenta un resumen de la situación de partida en la elaboración del PNCDT 2005-2012, por área.

#### *Resumen de la situación de partida en la preparación del PNCDT*

##### **Consumo:**

- La cannabis era la sustancia con mayor prevalencia de consumo entre la población portuguesa de 15 a 64 años, la población escolar del 1 a 4º años de la Educación Secundaria Obligatoria y del 1º y 2º años de Bachillerato y de la población carcelaria (estudios epidemiológicos nacionales). A nivel de la población escolar existió un aumento en el consumo de varias sustancias;
- La prevalencia del consumo de cannabis entre los estudiantes de las escuelas es más elevada que la de las otras sustancias psicoactivas, tanto en los resultados hallados por el HBSC / Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 como por el *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) en 2003 (9,2% y 15%, respectivamente en el primero y segundo estudio). La prevalencia de consumo entre los escolares portugueses se mantuvo sin embargo por debajo de la media europea;
- La heroína era la droga predominante en el caso de los consumos problemáticos (a menudo asociada con la cocaína o base de cocaína).

##### **Tratamiento:**

- **Droga principal:** la heroína era en él 2004 la sustancia principal de los usuarios en la mayoría de las estructuras de tratamiento: 85% de los usuarios en consulta externa en la red de provisión pública (de los cuáles el 63% consumía solo heroína y el 22% heroína y cocaína) y el 75% de los usuarios en primera consulta;



- **Vía de administración:** la administración intravenosa de la droga primaria variaba entre 25% y 52%;
- Se asistía a una reducción del consumo por vía intravenosa entre los usuarios en primera consulta en la red pública de tratamiento de drogadicciones (de 45% en 1999 al 25% en 2004, para los usuarios que reportaron el consumo por vía intravenosa durante el mes previo a la consulta).

#### Enfermedades infecciosas:

- **Notificación de las infecciones por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH):** 39% del total acumulado de casos notificados de infección por VIH en 2004 se asociaron con la adicción a las drogas, sin embargo, este porcentaje disminuyó en comparación con 1998, del 62%;
- **VIH positividad:** 12 a 28% de los usuarios de las estructuras de tratamiento de drogas;
- **Terapia antirretroviral:** el porcentaje de usuarios consumidores de drogas que eran seropositivos con terapia anti-retroviral en 2004 osciló entre el 19% y el 68%;
- **Hepatitis B:** entre el 3% y el 9% en 2004 entre la población de adictos;
- **Hepatitis C:** entre el 44% y el 62% en 2004 entre la población de adictos;
- **Tuberculosis:** en 2004 entre 1% (usuarios de las Unidades de Desintoxicación (UD) públicas y con convenio) y 4% (usuarios de la red pública de tratamiento – ambulatorio).

**Muertes:** 156 casos en 2004 (resultados positivos en las pruebas toxicológicas realizadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal (INML, I.P.);

**Infracciones por consumo de drogas:** un total de 5.370 eventos llevaron a la iniciación de procedimientos legales en 2004, de los cuales el 68% estaban relacionados con el consumo de cannabis.

Fuentes: Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Relatório de actividades 2004; Lisboa, IDT; Instituto da Droga e da Toxicoddependência (2005). A situação do país em matéria de drogas e toxicoddependências 2004, Lisboa, IDT.

Con base en estos datos en la evaluación de la ENLCD (INA, 2004) se hicieron recomendaciones para el futuro, a saber: i) reorganizar y ampliar el alcance del SNIDT; ii) reducir la oferta mediante el aumento de la captura de los traficantes; iii) desarrollar una nueva generación de iniciativas y de programas de prevención con la comunidad y las empresas, iv) mejorar los sistemas de RRMD a través del desarrollo de las líneas de actuación ya empezadas; v) enriquecer los servicios ofrecidos por la red de centros de tratamiento, Centros de Día (CD) y por las Comunidades Terapéuticas (CT), además de mejorar los sistemas de seguimiento y evaluación; vi) lanzar una nueva gama de iniciativas para reducir el estigma social de la droga entre los empleadores y promover la reinserción social y laboral; vii) reorganizar el IDT, I.P. y establecer un nuevo modelo de cooperación interministerial y, por fin, viii) aclarar las prioridades para las actividades de formación y de investigación, para aprovechar mejor sus resultados.

### EL PNCDT 2005-2012

El PNCDT fue construido con una estructura basada en áreas transversales (Coordinación, Cooperación Internacional, Información, Investigación, Formación y Evaluación y Reordenamiento legal) y las áreas de misión: la Reducción de la demanda y la Reducción de la oferta.



Los principios estratégicos definidos en el PNCDT han tenido por objeto garantizar la coherencia de la coordinación y la optimización de los resultados. Estos son:

- Centralización del ciudadano: que establece que la intervención en toxicomanías no es un fin en sí mismo, sino que debe asumir la descentralización de las sustancias y la centralización en los ciudadanos y en sus necesidades objetivas y subjetivas;
- Territorialidad: que pone el énfasis en la gestión y planificación territorial y de proximidad;
- Los enfoques y las respuestas integradas: en una apuesta por la intervención integrada a nivel interno y externo;
- Mejora de la calidad y de los mecanismos de certificación, a través de un proceso que se inicia con la elaboración de un diagnóstico (punto de partida) y definición del punto final bien cómo de los indicadores e instrumentos a ser utilizados. La evaluación por lo tanto debe ser una parte integral de la cultura institucional.

### 3. Metodología

En esta evaluación se ha combinado el uso de técnicas cuantitativas y cualitativas (por ejemplo, técnicas de grupo nominal<sup>1</sup> y entrevistas<sup>2</sup>) con el fin de obtener una perspectiva global del proceso de implementación del PNCDT. Para ello ha sido fundamental no sólo describir los resultados y ver si hubo desviaciones con respecto a la previsión (eficacia), sino también saber cuál fue el efecto (impacto), la forma como se obtuvieron (eficiencia y calidad) y en qué circunstancias. De esta forma se pudo conocer y encuadrar los resultados en el entorno que influyó su implantación, ya sea en términos políticos, de mercado, de recursos u otros.

En este estudio hemos identificado las herramientas de recogida de información<sup>3</sup> y se presentó la batería de indicadores propuesta para evaluar las áreas consideradas. Este conjunto de indicadores fue consensuado con el equipo de trabajo que acompañó el proyecto (*Steering Committee*). El cálculo de los indicadores se logró a través de información cuantitativa y cualitativa recopilada.

<sup>1</sup> Hubo siete sesiones destinadas a Técnica de Grupo Nominal. En ellas han estado los elementos que han participado en la elaboración del PNCDT, representantes de las organizaciones socias del IDT, I.P., Delegados regionales y representantes de los Núcleos de Apoyo Territorial, de las Delegaciones Regionales, los profesionales de los Programas de Respuestas Integradas, elementos de las fuerzas y cuerpos de seguridad y profesionales de diversas CDT y equipos de calle.

<sup>2</sup> Hemos llevado a cabo cinco entrevistas a saber: al Coordinador Nacional para los Problemas de Drogas, de las Toxicomanías y el Uso Nocivo del Alcohol, a un miembro del Consejo de Administración del IDT, I.P., a un representante del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y a dos usuarios del Centro de Día de la Unidad de Desintoxicación - Centro de Taipas.

<sup>3</sup> Recopilación de la información disponible en las siguientes fuentes: IDT, I.P. (Informes de actividad); IDT, I.P. ("A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências") y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (estadísticas). Fue necesario desarrollar reuniones y solicitudes de información a los coordinadores de cada uno de los vectores del área de misión de la demanda, el departamento de finanzas de IDT, I.P. y dos solicitudes específicas a las Delegaciones Regionales y CDT. Por el lado de la reducción de la oferta se estableció contacto con las fuerzas de seguridad.



### 4. Resultados

Analizando cada uno de los vectores del área de misión de reducción de la demanda, la presente evaluación de la implantación del PNCDT ha permitido concluir que las intervenciones definidas para el período comprendido entre 2005 y 2012 en la prevención, disuasión, RRMD, el tratamiento y la reinserción se han logrado globalmente. Se ha podido crear una red de intervención integral e integrada basada en respuestas de proximidad, colocando al individuo en el centro de las intervenciones independientemente de su situación con respecto al consumo de drogas y ha sido posible sentar las bases de un sistema integral de gestión de calidad.

#### 4.1 Prevención

La conceptualización de la intervención se basa en el modelo de Prevención en salud que incluye la prevención universal, selectiva e indicada.

La implementación de programas centrados en el desarrollo de competencias sociales fue una reconfiguración de la estrategia en la prevención universal, lo que permitió cumplir con los hallazgos científicos que recomiendan estas intervenciones por su mayor eficacia para fortalecer los factores de protección en la experimentación o en la evolución del consumo. Así, se han favorecido intervenciones más contextualizadas y participadas, frente a campañas publicitarias masivas. Entre los proyectos que representan esta apuesta se hallan "Eu e os Outros" (EEOO), "Trilhos", "Copos, quem decide és tu" (Copos), "E agora Ruca", "Atlante", entre otros.

En paralelo se ha puesto en marcha una nueva generación de programas dirigidos a poblaciones específicas identificadas en base a criterios uniformes en el territorio nacional (Programa de Intervención Focalizada (PIF) y Plan Operacional de Respuestas Integrales (PORI)). Estos programas han permitido responder a las zonas con insuficiencias en la intervención preventiva, interviniendo en las poblaciones necesitadas de intervenciones específicas y adecuadas frente a las condiciones sociales y económicas presentadas (prevención selectiva e indicada).

Al mismo tiempo, se ha desarrollado un intenso trabajo para evaluar la eficacia de estas intervenciones, proyectos y programas, aumentando el conocimiento acerca de las intervenciones con mejores resultados.

En esta evaluación se pudo observar que los diferentes proyectos y programas en evaluación han constituido una propuesta innovadora y experimental, coherente con los supuestos establecidos en el PNCDT. Fue posible identificar las dimensiones clave para la definición y ejecución de los programas, tanto en la prevención universal, como en la prevención selectiva de las drogodependencias, conocer nuevos métodos de ensayo y prácticas y, por fin, evaluar y reflexionar sobre sus resultados, obteniendo contribuciones para la intervención preventiva en el futuro.

Más allá, se han construido las bases para el desarrollo en el futuro de intervenciones preventivas en el entorno laboral, junto con los empleadores (*Programa Interacciones - European Research and*



## Resultados 4.2 Disuasión

*Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment (Eurídice)).*

En el vector de la prevención la eficacia, la eficiencia y la calidad de las intervenciones se han evaluado específicamente por el *aumento del número de programas de prevención que promueven estrategias y acciones basadas en la evidencia científica y en intercambios de experiencias y mejora del proceso de selección, seguimiento y monitorización de los proyectos ejecutados*. Los programas de prevención que se han desarrollado y en los cuáles se ha cumplido con el requisito de ser promotores de estrategias y acciones basadas en la evidencia científica, han sido identificados en conjunto con la unidad central de IDT, I.P., a saber: PIF; Proyecto de prevención del consumo de drogas desarrollado entre la Casa Pia de Lisboa y el IDT, I.P.; Copos; EEOO e Trilhos. En el contexto de la eficacia, se analizó la participación en los programas de prevención y el número de las acciones preventivas realizadas. En cuanto a la participación, el número medio anual de personas entre 2005 y 2012 (todos los programas incluidos) fue de 91.015 (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). El número anual promedio de acciones de prevención por programa realizado basado en la evidencia científica y en intercambios de experiencias entre 2005 y 2012 fue de 658,5 acciones (información *ad-hoc* proporcionada por IDT, I.P.). El coste medio anual por cada programa y persona fue de 3,5 euros (total de los programas objeto de examen). Se ha podido observar que el PIF fue el programa con un costo anual promedio más alto (13,4 euros) y el programa EEOO el que tuvo el coste medio más bajo (0,2 euros), seguido de los programas Copos y Trilhos, con un costo medio de 0,7 euros (información *ad-hoc* proporcionada por IDT, I.P.). A pesar de la complejidad de los programas en estudio, se considera una intervención eficaz. Hay que destacar los méritos por la capacidad de integrar los recursos de otros sectores en la implementación de estos programas.

En lo que respecta a la calidad, se ha desarrollado una serie de acciones en diferentes áreas que ha permitido llegar a la conclusión de que las intervenciones se han orientado principalmente por su capacidad de integrar la conceptualización y la ejecución de los programas. Se ha fortalecido la calidad científico-técnica y metodológica a partir de la formación de profesionales, del seguimiento permanente de los programas y proyectos, de la elaboración de manuales de procedimientos y buenas prácticas y se ha favorecido el trabajo en conjunto con los actores locales (municipios, escuelas, etc.), promoviendo la coherencia y la complementariedad en la acción.

En general, la estrategia de intervención de Prevención ha ganado un gran impulso con la puesta en práctica de PNCDT. En conjunto, los tres objetivos generales definidos en PNCDT en prevención se han cumplido

### 4.2 Disuasión

En el momento de la elaboración del Plan, Portugal había adoptado recientemente una política innovadora que incluía la despenalización del consumo, adquisición y tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para uso individual en un plazo de 10 días, cuyos efectos aún no se conocían. Así el Plan tenía la función de asegurar la organización y el funcionamiento del dispositivo de Disuasión y de producir evidencia de sus resultados y efectos. Hasta el momento se han realizado cuatro estudios



internacionales (Domoslawski: 2011; Greenwald: 2009; Hughes y Stevens, 2010; OEDT: 2011) con respecto a la política de despenalización del consumo adoptada en Portugal, mostrando un interés y reconocimiento internacional por el modelo.

En el ámbito de la Disuasión se ha pretendido evaluar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones, en particular el *fomento de la articulación interministerial con las tutelas cuya misión abarca las respuestas para las drogadicciones y promover y asegurar la articulación interna e intraministerial entre los departamentos con responsabilidades o implicaciones de la Ley 30/2000 de 29 de noviembre*, como se indica en las especificaciones técnicas del estudio.

Las entidades que participan en la aplicación de la ley son diversas e incluyen los Tribunales, Fuerzas de Seguridad, Servicios de Salud, los Gobiernos Civiles ya desaparecidos, las Cárceles (EP), entre otros. Se observó en este informe que la aplicación del PNCDT ha permitido un funcionamiento más eficiente del dispositivo asegurando la aplicación de la ley. El aumento de la accesibilidad a los recursos que articulan con las CDT se ha logrado por el aumento del número de procesos decididos observado entre 2005 y 2011. Al mismo tiempo es un instrumento importante en la identificación de consumidores problemáticos sin contacto previo con los servicios de tratamiento y en la derivación de los consumidores que habían tenido contactos previos con estos servicios. Los trabajos realizados por el profesor Jorge Quintas en 2011 revelan que las CDT "evalúan con eficacia un mayor número de transgresiones de consumo que los tribunales" y que los médicos oídos en su investigación afirman que las medidas aplicadas por el sistema "llevan a la red de tratamiento personas que fueron separados de ella (...) manteniéndolas en terapia por más tiempo". En resumen, los efectos disuasivos de consumo han resultado, tal como se puede observar a partir del número creciente de personas que llegan a las CDT clasificadas como no drogadictas, las cuáles de otra manera no tendrían acceso a respuestas específicas a sus necesidades. También hay un volumen significativo de adictos que son referidos por primera vez para el tratamiento y otras estructuras a través de la acción de las CDT.

El número de procesos en las CDT se mantuvo estable en el período que se examina. En 2005, las CDT tenían un total de 7.368 casos y en 2011 esta cifra fue de 7.388 (IDT, I.P.: 2005, 2011).

En cuanto a la articulación, se señala la formulación de nuevos mecanismos a lo largo del desarrollo del PNCDT, con otros organismos y entidades, satisfaciendo las necesidades de respuestas específicas de los individuos, sean ellos no drogadictos pero con trayectorias de vida problemáticas y/o en situación de riesgo o drogadictos, derivándolos para tratamiento o otras respuestas (ofreciendo transporte e/o desplazando las sesiones para locales más cercanos a las personas, tales como instalaciones de los Ayuntamientos).

El costo promedio por proceso en el conjunto de CDT fue estable en el período 2005-2011, variando de un mínimo de 346 euros en el año 2007 a un máximo de 388 euros en 2006. Sin embargo, las apariencias de los indiciados y los procesos resueltos tendieron a aumentar, revelando la optimización del funcionamiento de las CDT (IDT, I.P.: 2005-2011). Debe tenerse en cuenta que según la Dirección General de Administración de Justicia, el gasto por caso por cada 100.000 habitantes en 2007 fue de



## Resultados 4.3 RRMD

525,25 euros. Los costos de cada proceso en las CDT son más bajos que los costos presentados en los tribunales de primera instancia (Ministerio de la Justicia: 2007).

También se observaron mejoras en el seguimiento y difusión de los resultados de la actividad del dispositivo. Se ha implementado un sistema de seguimiento y supervisión de la labor de los equipos técnicos y se fortaleció la articulación con los socios, integrándolos en la estrategia para reducir la demanda y la oferta. Es de destacar el trabajo conjunto entre las CDT y los tribunales.

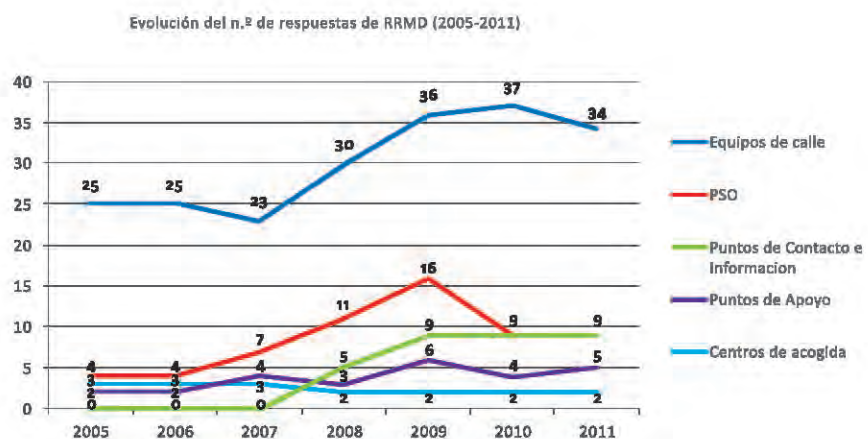
La aplicación del Sistema Integral de Evaluación del Desempeño de la Administración Pública (SIADAP) en las CDT ocurrió en 2011 y prevé la evaluación de los miembros del equipo técnico. Se ha publicado una delegación de competencias al IDT, I.P. (Despacho n.º 12132/2011, de 15 de Septiembre) en el ámbito de las reuniones de supervisión y control de todas las CDT dando lugar a un manual de buenas prácticas (basado en las aportaciones e intercambio de experiencias entre los técnicos y los miembros de las CDT, a nivel nacional), el cuál estaba en proceso de desarrollo al finalizar el presente informe.

Las CDT tienen un sistema adecuado de quejas el cuál implica su registro y envío de su contenido a la sede del IDT, I.P. Para un número de 52.820 procesos en las dieciocho CDT durante el período de 2005 a 2011, se registraron dos denuncias (información *ad-hoc* enviada por las CDT).

En general, la estrategia de intervención de la Disuasión ha ganado un gran impulso con la puesta en práctica de PNCDT. La mayoría de los objetivos definidos en PNCDT para el área de Disuasión se han cumplido.

### 4.3 RRMD

En el desarrollo del PNCDT la intervención en el ámbito de RRMD estuvo marcada por la expansión de la red de respuestas entre los años 2005 y 2011, a excepción de los centros de acogida. El número de programas de sustitución de opioides de bajo nivel de exigencia (PSO-BLE) aumentó hasta 2009 y disminuyó entre 2010 y 2011.



Elaboración propia.  
Fuentes: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2005-2011*, IDT, I.P.



En este período ha sido implantada la respuesta Puntos de Contacto e Información (PCI), avanzando en la intervención en los espacios recreativos. Se destaca el trabajo realizado en el entorno carcelario mediante la creación de propuestas para la intervención en programas de información y sensibilización con respecto a los riesgos de sobredosis y la evaluación del programa de intercambio de jeringuillas (PTS).

El aumento del número de respuestas de RRMD ha permitido contactar en el año 2011 con un total de 12.550 usuarios (IDT, I.P.: 2011), aumentando la accesibilidad a personas que no estaban normalmente en contacto con las estructuras convencionales, cumpliendo con el objetivo del PNCDT para este vector. Del universo de los usuarios contactados, un 72% se benefició de apoyo psicosocial, un 18% de la atención de salud y el 13% fueron derivados a otros servicios (IDT, I.P.: 2011). Hubo un aumento del 41% del apoyo psicosocial ofrecido entre 2009 y 2011 (IDT, I.P.: 2009-2011), lo que revela que la inversión realizada en este campo ha dado sus frutos.

El promedio anual de las asignaciones por individuo previsto en los equipos de calle (ER) es 336,5 euros (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, IP) que, en comparación con los servicios prestados, parece ser un monto relativamente bajo teniendo en cuenta los recursos involucrados en la estrategia RRMD. Sin embargo, hay una amplia variación entre estos equipos respecto a la cantidad anual otorgada por individuo (el valor mínimo se situó en 16,35 euros/año por individuo y el valor máximo en 1095,36 euros, información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). Esta variación está relacionada con los servicios incluidos en cada equipo y la variación posterior de las personas cubiertas.

La ampliación de las respuestas de PSO-BLE y de ER, la intervención en el ámbito del PTS y la actuación en las cárceles han permitido aumentar el acceso a grupos específicos, con consecuencias claras en términos de resultados de salud y accesibilidad. Estas respuestas compitieron por los buenos resultados obtenidos en Portugal en términos de la reducción de prevalencia de enfermedades infecciosas entre los Consumidores de Droga Inyectada (CDI), en línea con los objetivos del Plan.

Más allá de fortalecer la participación y la experiencia de los profesionales e instituciones en el área de RRMD el Plan preveía trabajar para mejorar de modo continuo la calidad. Esto ha sido logrado mediante la capacitación de técnicos, la elaboración de directrices para la intervención y el fomento de la cultura de registro, seguimiento y evaluación de respuestas. En el año 2006, se elaboró una guía metodológica para el PTS. En 2007 se realizó un estudio para evaluar los resultados de la intervención de los ER, así como fueron técnica y normativamente definidas sus competencias y actividades. La producción del manual de procedimientos del programa KLOTHO como del documento de seguimiento y programa de control de calidad, en colaboración con la Coordinación Nacional para la infección por el VIH / SIDA, fomentó la aplicación de la normatividad y condiciones de servicio de este área. Por otra parte, la creación de una cartera de proyectos de RRMD (IDT, I.P.: 2011) proporcionó un conocimiento detallado de todas las iniciativas existentes. Después del gran esfuerzo realizado en este área en los años anteriores, en 2011 la atención se dirigió a las iniciativas conjuntas con otros vectores de intervención (el modelo propuesto para la unidad residencial de larga estada, desarrollado en conjunto con el Centro para la Reinserción) y propuestas para la certificación de calidad del Centro de Reducción de Daños.



## Resultados 4.4 Tratamiento

La evaluación de la construcción de una red global de respuestas integradas con los socios públicos y privados recibió nota positiva, en particular el porcentaje de derivaciones de los usuarios a una variedad de servicios de salud y de apoyo psicosocial asegurando respuestas adecuadas a las necesidades de los usuarios. Por otro lado, se ha implementado una amplia red de socios, esencialmente organizaciones no gubernamentales (ONG), lo que permitió alcanzar mayores franjas de la población, además de proporcionar una amplia red de servicios a los usuarios, algo prácticamente inexistente antes del PNCDT 2005-2012 en este vector. Además se aseguró la complementariedad entre los proveedores de servicios de intervención en RRMD mediante la integración de vector RRMD en los centros de ambulatorio de la red pública (Centros Integrados de Respuesta - CRI) y la creación de un interlocutor en RRMD en estos centros. El trabajo desarrollado en las cárceles a nivel del Programa Experimental de Cambio de Jeringuilla (PETS) y las acciones de sensibilización realizadas en estos espacios, también confirma el alcance de la intervención requerida.

Los 3 objetivos definidos en el PNCDT para el área de RRMD se cumplieron ampliamente.

### 4.4 Tratamiento

La red de recursos de tratamiento existentes en la preparación del PNCDT era amplia y con una larga cartera de servicios. Así, el trabajo realizado en el marco del PNCDT se centró en la reorganización interna de los equipos a través de la constitución de los CRI, la elaboración de directrices y la creación y implantación de un sistema de información multidisciplinar (SIM). La integración de los servicios de alcoholismo ha tenido un impacto particular, condicionando eventualmente la ejecución de algunos de los objetivos establecidos en el PNCDT.

La reconfiguración del dispositivo clínico territorial de la red pública y el fortalecimiento de los vínculos entre las respuestas internas y externas proporcionan una mayor accesibilidad de la población a las respuestas: de 30.226 usuarios en tratamiento en 2004 para 38.292 en 2011. En el ambulatorio (CRI) el aumento del número de clientes atendidos registrado en 2007 está relacionado con la integración en la red de ambulatorio de drogodependencias, a partir de la segunda mitad del año, de los usuarios con problemas derivados del consumo de alcohol, lo que demuestra el impacto de la integración de estos usuarios en la actividad anual. En 2008 existían aproximadamente un 19% más de usuarios en tratamiento y un 32% más de usuarios en la primera consulta con relación a 2006, año en el que la actividad se refería exclusivamente a los usuarios de sustancias ilícitas (IDT, I.P.: 2006, 2007, 2008).

La casi duplicación del número de primeras visitas (de 4.844 a 8.492), comparando los datos de 2005 a 2011, indica que se ha aumentado la capacidad de atraer y servir a nuevos clientes. A partir de 2010, con la implementación del SIM, fue posible obtener información detallada sobre el tipo de clientes en la primera consulta. En el 2011 los usuarios con problemas relacionados con el consumo de alcohol representaban una proporción casi igual a la de usuarios que consumen drogas ilegales. Además, debe tenerse en cuenta la ampliación de las intervenciones dirigidas a grupos específicos y otras sustancias legales más allá del alcohol, tales como el tabaco.



Se han descentralizado las consultas especializadas en otros dispositivos (Centros de Atención Primaria, Centros Juveniles) y se mantuvieron y reforzaron los programas de tratamiento con agonistas opiáceos en los Centros de Atención Primaria, hospitales, farmacias, cárceles y otras estructuras.

Durante la ejecución del PNCDT hubo una consolidación de la labor pudiéndose ofrecer una serie de respuestas, con servicios y programas que abarcan una amplia gama de enfoques psicosociales y farmacológicos, guiados por principios éticos y por la evidencia científica.

Se destaca la existencia de servicios de tratamiento en régimen de ambulatorio y de hospitalización. En los servicios de tratamiento ambulatorio se incluyen los CRI y CD y en la hospitalización las CT y las UD.

En los servicios ambulatorios se incluyen consultas de psicoterapia individual y de terapia familiar, trabajo social médico y socio-terapéutico, consultas de enfermería, sesiones de grupo y terapias familiares y las consultas médicas en los otros niveles de atención. También está incluido en la cartera de servicios tratamiento con agonistas y antagonistas opiáceos, tratamiento sin Drogas / prevención de recaídas y derivación para otras respuestas de tratamiento.

En el ámbito de la atención a grupos con necesidades específicas, todos los CRI tienen consultas específicas para toxicómanas embarazadas y existe una colaboración entre los servicios públicos y las maternidades. En las estructuras de tratamiento se procedió a la identificación de los usuarios con enfermedades infecciosas por vía de la ejecución del programas KLOTHO y la adopción de la metodología de "Asesoramiento, Diagnóstico y Derivación" (ADR). En cuanto a los convenios en las CT se procedió al pago diferenciado de los tratamientos por tipos de consumidores (niños, personas que abusan sustancias que están embarazadas y personas con enfermedad mental y concurrente).

El cálculo de los costos por usuario atendido en CRI se llevó a cabo a partir de una muestra de datos obtenidos en algunos de estos centros<sup>4</sup>. El coste medio anual por usuario en CRI disminuyó de 633,40 euros a 303,90 euros entre 2009 y 2011 (datos *ad-hoc* proporcionados por las oficinas regionales). Las cifras de 2009 muestran una gran dispersión, con valores máximos de aproximadamente 1.400 euros por usuario atendido / año.

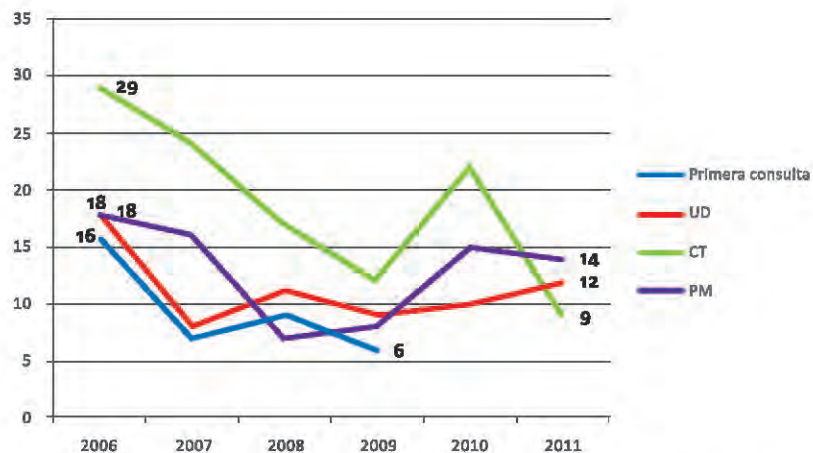
La disminución observada en los tiempos de espera para la admisión a respuestas y programas en este vector es esencial para permitir un acceso adecuado cumpliéndose con la meta establecida en PNCDT de "garantizar que el público tiene acceso, en tiempo útil, a respuestas oportunas". El tiempo de espera para la primera cita se redujo considerablemente de 2006 a 2009 (IDT, I.P.: 2006-2009), pues cayó a la mitad. Se hade tener en cuenta que el tiempo medio de espera aceptable es de 10 días, por lo que en 2009, no sólo se alcanzó la meta como se superó. En el caso de tiempo de espera para UD definido como aceptable es de 13 días. El tiempo real en 2006 fue de 18 días, y de ocho días en 2007. Desde 2008 que no se supera el tiempo de espera promedio consensuado como razonable (22 días).

<sup>4</sup> Oficinas regionales del Centro y Norte.

## Resultados 4.4 Tratamiento

De 2006 a 2008, los tiempos de espera para los programas de metadona se redujeron considerablemente, pasando de 18 días para el primer año referido para 7 días en el 2008. Desde entonces, ha habido una tendencia de aumento en esta variable. El promedio de tiempo considerado aceptable es de 10 días y desde 2010 se ha excedido este límite (IDT, I.P.: 2006 - 2011).

Evolución de los tiempos de espera para tratamiento (em días), 2006-2011



Elaboración propia.

Fuentes: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatórios de Atividades 2005-2011*, IDT, I.P.

En una perspectiva de más rápido acceso a programas de tratamiento, se reforzaron las asociaciones para administrar metadona con diversos organismos, lo que resultó en un aumento gradual de los usuarios en el programa. La capacidad de intervención se incrementó en un 16% (información *ad-hoc* facilitada por el IDT, I.P.) en la red nacional de centros de tratamiento, incluyendo las instalaciones públicas y convenciones de UD, CT y CD.

El desarrollo del SIM fue un elemento clave para sistematizar en la red pública el enfoque multidimensional de la persona (física, psicológica y social) creándose un proceso de intervención único e interdisciplinar para cada individuo, introduciéndose eficiencia en la gestión y seguimiento de la actividad y la producción. La elaboración de directrices y la creación de circuitos de derivación fueron instrumentos importantes para el fomento de las buenas prácticas de intervención. También se han definido los criterios de admisión en UD y Unidades de Atención (UA).

Los objetivos planteados para el área de tratamiento se han concretado en su mayoría, destacándose que la integración de los servicios de atención a los usuarios con problemas de consumo de alcohol ha supuesto un esfuerzo añadido con relación a los objetivos establecidos en el Plan.



### 4.5 Reinserción

En cuanto a la reinserción, la creación e implementación de un modelo adecuado - Modelo de Intervención en Reinserción (MIR) - fueron sin duda los elementos clave en la homogeneización y sistematización de la intervención, potenciando su papel en el proceso general de trabajo con cada individuo.

El MIR tuvo carácter de orientación técnica en el año 2009. Con respecto a su aplicación la evaluación es positiva ya que el 93% de los servicios locales en 2010 estaban funcionando con este modelo, porcentaje que se elevó al 95% en 2011 (sólo cuatro servicios locales de un total de 72 no habían aplicado el MIR) (IDT, I.P.: 2010-2011). Es importante señalar que la aplicación del modelo superó el alcance de los CRI, después de haber sido extendido a las CT y UA. La implementación del modelo en los CRI era del 100% en 2011 (IDT, I.P.: 2010).

Junto con el desarrollo de este modelo, se han creado en 2009 los instrumentos y mecanismos para la gestión multidimensional del caso de cada usuario, con un enfoque orientado a la reinserción social. Este es el caso del Plan Individual de Inserción (PII) (en 2011 un total de 44% de los usuarios tenían un PII elaborado (IDT, I.P.: 2011)). El MIR incluye el enfoque familiar y el seguimiento integrado del usuario por parte del gestor de caso. El gestor es el miembro del equipo de intervención que acompaña al usuario en su proceso de reinserción y que facilita su acceso a los servicios y las respuestas, contratando, supervisando y evaluando el PII.

Paralelamente, se ha dado prioridad a la creación o fortalecimiento de las alianzas con el fin de dotar el vector de la reinserción de recursos más amplios, con lazos formalizados con las organizaciones asociadas. La internalización de las competencias de los equipos de reinserción de los CRI de la función de "mediación para la formación y el empleo" en el marco del Programa Vida Empleo (PVE) contempla la reinserción social y profesional como parte del proceso de tratamiento de las personas y es un aspecto fundamental en los trabajos de reinserción. En 2011 el resultado fue un total de 77.112 visitas anuales llevadas a cabo por equipos de reinserción en los CRI, lo que supuso un incremento del 11% con respecto a 2008 (IDT, I.P.: 2008-2011). En 2011 se han desarrollado 431 respuestas de vivienda, 872 respuestas de educación, 608 respuestas de formación profesional y 1.883 respuestas de empleo (IDT, I.P.: 2011). Se destaca el crecimiento experimentado entre 2008 y 2011 en la capacidad de insertar a los usuarios con necesidades identificadas, aunque este crecimiento no se ha visto acompañado en las respuestas específicas de vivienda (IDT, I.P.: 2008-2011).

El coste promedio anual por usuario estimado en 2011 en los CRI en el vector de reinserción es de 120.46 euros (información *ad-hoc* proporcionada por las oficinas regionales). Sin embargo, la mayoría de los CRI presentan un valor bastante inferior, lo que significa que existen CRI con costos aparentemente elevados con relación a la media.

En términos de las respuestas del empleo queda evidente un aumento general en la capacidad de reinserción entre 2008 y 2011. Tomamos nota del éxito obtenido con la iniciativa de la Bolsa de Empleadores que fue creada en el 2009, en cuyo año ya se ha logrado incluir un total de 177 organizaciones, alcanzando las 928 entidades en 2011 (IDT, I.P.: 2009 - 2011). Dado el clima económico



## Resultados 4.6 Reducción de la Oferta

actual, con consecuencias negativas en términos de facilidad de acceso al mercado de trabajo, las medidas de discriminación positiva para grupos específicos son cruciales y deben mantenerse, permitiendo que el proceso de intervención sea amplio e incluya la reinserción profesional.

Las innovaciones introducidas en el marco de la reinserción han permitido dotar este área de mayor identidad e intensidad en el trabajo. Otras actuaciones han contribuido a ello, tales como la creación de una serie de herramientas y manuales que facilitan las buenas prácticas, el seguimiento y la evaluación de la intervención. Así, los objetivos definidos en el PNCDT se han cumplido en su mayoría. En 2009, fueron preparadas las directrices para el PVE con el objetivo de promocionar la creación y consolidación de los canales de comunicación y articulación entre los servicios regionales y locales del IDT, I.P. y el Instituto de Empleo y Formación Profesional (IEFP, I.P.), en una lógica integrada. Se aprobó el informe de evaluación del MIR y se creó el modelo de evaluación de la calidad de las unidades de hospitalización que trabajan en el área de la adicción. Fue definido y desarrollado un conjunto de indicadores y correspondiente sistema de información, promocionándose la evaluación de las necesidades y el conocimiento de los resultados de la intervención.

Parece evidente que se ha logrado el objetivo deseado, ya que las bases conceptuales de este modelo son una respuesta a las necesidades multidimensionales del usuario, él cuál participa en su propio proceso de reinserción, e incluyen el enfoque familiar.

### 4.6 Reducción de la Oferta

En el área de misión de la reducción de la oferta, el modelo de actuación de los Órganos de Policía Criminal (OPC) portugueses en la lucha contra las drogas está bien establecido y permite imprimir racionalidad en la asignación de recursos a cada fuerza y cuerpo de seguridad y autoridad con poderes en este área.

La articulación y coordinación a **nivel nacional** entre las fuerzas y cuerpos de seguridad nacionales y otras organizaciones con funciones en el desarrollo de actividades destinadas a prevenir y combatir la delincuencia relacionada con las drogas se pudo observar en esta evaluación a través de varios elementos, a saber: i) Proyectos conjuntos desarrollados entre fuerzas y cuerpos de seguridad y entre organizaciones con experiencia o relaciones con este fenómeno, ii) Implementación y desarrollo de mecanismos de enlace y comunicación entre las autoridades de supervisión y regulación administrativa, el comercio, la industria y de la Policía Judicial (PJ), iii) Implementación y desarrollo de mecanismos y soportes operativos que permiten investigar en el plan financiero y de activos las organizaciones criminales y las estructuras económicas y, iv) El fortalecimiento de la racionalización y coordinación de la actividad de todas las entidades con intervención en la lucha contra el narcotráfico. En cuanto a los mecanismos de coordinación entre las fuerzas y cuerpos de seguridad y los organismos involucrados en la reducción de la oferta fueron reforzados los instrumentos que han permitido optimizar el trabajo, en especial se ha consolidado el sistema de información en conjunto.



A **nivel internacional** existe una cooperación permanente y regular entre las fuerzas y cuerpos de seguridad y organismos similares en otros países para prevenir y combatir los delitos relacionados con drogas. Se ha fortalecido la forma de compartir la información bien como la conexión de las diferentes estructuras entre países a través de los oficiales de enlace, los cuales trabajan constantemente con las entidades similares en los demás países. Cabe señalar que Portugal, por vía de la PJ, fue el fundador del proyecto Maritime Analysis and Operations Center – Narcotics (MAOC-N) en 2007 y actualmente detenta la presidencia. En materia de cooperación internacional, el trabajo de los OPC ha estado marcado por el cambio en las rutas de tránsito de cocaína por vía marítima, al disminuir el uso del territorio nacional como centro de tránsito.

La evaluación de los mecanismos de articulación y coordinación establecidos para prevenir y combatir la delincuencia relacionada con las drogas ha demostrado ser una tarea difícil en ausencia de un marco conceptual común sobre delitos relacionados con drogas, a causa del carácter sensible y la confidencialidad de este tipo de información.

En términos de calidad, se destaca la formalización de un protocolo en 2008 sobre las competencias de investigación criminal de tráfico de drogas en las Unidades de Coordinación y de Intervención Conjunta (UCIC) y las actividades de formación desarrolladas que implica la intersección de múltiples fuerzas y cuerpos de seguridad / organismos con competencia en la materia. A lo largo del ciclo estratégico en evaluación se realizaron actividades de capacitación por parte de elementos de la PJ de la OPC a otras fuerzas y cuerpos de seguridad de terceros países (Cabo Verde y Brasil).

En términos del fortalecimiento de la seguridad de la población, a partir de la reducción de los pequeños delitos relacionados con drogas, se han verificado algunas medidas relevantes. Un ejemplo es el trabajo de proximidad a la población realizado a través de programas como el Escuela Segura. Dentro de este programa el 43% de los establecimientos educativos y las escuelas públicas y privadas del país estaban cubiertas en el año escolar 2010/2011 por las acciones de sensibilización llevadas a cabo por la Guardia Nacional Republicana (GNR) y el 22% por la Policía de Seguridad Pública (PSP) (información proporcionada por la GNR y PSP). En el año lectivo 2010/2011 ambas entidades han intensificado las acciones de información y sensibilización en relación al año lectivo 2005/2006. Estas acciones tratan, entre otras, de la temática del alcohol y drogas. La apuesta del Programa estuvo centrada en los jóvenes, con mayor exposición a transgresiones.

Para la prevención de la pequeña delincuencia fue también importante la disponibilidad de recursos alternativos de sustitución de opiáceos, tanto en el vector de tratamiento como de RRMD (aumento del 15% de los usuarios atendidos entre 2005 y 2011 (IDT, I.P.: 2005-2011)). Varios estudios realizados en Europa (Killias, Ribeaud, Aebi: 2006 y Uchtenhagen, Dobler Mikola, Steffen, Gutzwiller, Blater y Pfeifer: 1999 *in* Lobbman, R. y Verhein, U: 2008) se han centrado en la relación entre la reducción de la delincuencia y la inclusión de los consumidores en PSO-BLE. Aunque empíricamente existe la percepción por parte de los técnicos, las fuerzas y cuerpos de seguridad y la comunidad en general que la inclusión de los consumidores problemáticos en PSO, en específico en PSO-BLE en el caso de los más excluidos, pueden tener un efecto en la reducción del crimen, no se puede afirmar con seguridad



## Resultados 4.7 Reorientaciones Estratégicas

la existencia de una causalidad lineal con la reducción de la delincuencia asociada con la droga.

En cuanto a las incautaciones y las detenciones efectuadas por tráfico de drogas no se puede establecer una relación lineal entre el volumen de drogas incautadas, el número de incautaciones o el número de detenidos y la intensidad de las actividades y volumen de recursos asignados a las operaciones / investigaciones de cada año. Entre 2005 y 2011 hubo un número más o menos constante de incautaciones y cantidad de drogas incautadas, con la excepción del año 2005, en el cual fue capturada en todas las sustancias en estudio una mayor cantidad en gramos o unidades. De acuerdo con la información obtenida de los responsables de PJ del área, el año 2005 fue, sin embargo, un año especial en cuanto a incautaciones.

### 4.7 Reorientaciones Estratégicas

El PNCDT contempla las siguientes reorientaciones estratégicas: Centralización en el ciudadano, Territorialidad y Enfoques integrados. Los elementos presentados anteriormente ya han enseñado los resultados en términos de las respuestas de orientación al ciudadano y no a la sustancia. Para ello era importante crear respuestas de proximidad (territorialidad) e integradas, basándose en dos áreas de actuación:

**la interna**, a través de la incorporación de todas los vectores de la reducción de la demanda en los propios dispositivos de respuesta del IDT, I.P. (CRI) y la creación o revisión de los programas de respuesta integrada (PRI) en detrimento de la respuesta parcial o sectorial previamente existente. La constitución de los CRI ha permitido:

- **Ofrecer a nivel local y en la red pública respuestas integradas entre las diferentes áreas de misión**, con el objetivo de mejorar la articulación, definir las funciones y roles de los diferentes profesionales y crear mecanismos e indicadores para el seguimiento de la actividad. El número de CRI formado, y que se mantiene hasta el día de hoy, es de 22;
- **Ofrecer servicios diversificados integrando las cuatro áreas de la reducción de la demanda:** consultas (Clínica general, Psiquiatría, Psicoterapia) Programas de tratamiento con agonistas opioides, Programas de reducción de daños, Programas de reintegración social, Acciones de formación, Proyectos investigación. Se dio énfasis al desarrollo de acciones con el fin de implementar y / o mejorar programas específicos en un marco de actuación vertical (circuitos de derivación) y horizontal (articulaciones entre diferentes áreas) para grupos con necesidades especiales: las mujeres embarazadas y los recién nacidos, los niños, los reclusos y ex-reclusos y los grupos que sufren de comorbilidad física (infecciosa), psicológica o social (exclusión);
- **Garantizar la Integración de las actividades desarrolladas por los CRI con otras estructuras de su área de influencia**, al nivel del diagnóstico y planificación de las respuestas y de la coordinación y seguimiento de proyectos, planes y programas, con el objetivo de



promocionar su complementariedad.

En opinión de los Delegados Regionales y representantes de los Núcleos de Apoyo Técnico (NAT), el enfoque integrado permitió una mejora de los resultados en términos de salud a partir de una intervención que responde a las necesidades de cada individuo y que garantiza la continuidad de las intervenciones en términos de reducción de riesgos, tratamiento, minimización de daños y la inserción en la sociedad.

**la externa**, que consistió en: la creación y consolidación de las asociaciones, la creación de protocolos con otros servicios, la definición de orientaciones para la articulación, la promoción de mecanismos para la coordinación y gestión de la cooperación a nivel local, regional y nacional, y en el rediseño y definición de áreas de articulación que no eran específicamente de la responsabilidad del IDT, I.P. Una de las medidas más emblemáticas en este sentido ha sido la elaboración y ejecución del PORI, el cuál generó un amplio consenso en cuanto a su pertinencia, relevancia y calidad entre los encuestados y miembros de las técnicas de grupo.

En el PORI han sido realizados diagnósticos en 92 territorios (IDT, I.P.: 2007) con la intención de cubrir áreas con falta de respuestas (125 en 2008 y más 45 en 2009 (IDT, I.P.: 2008 y 2009) e identificadas en cuatro vectores de intervención: Prevención (52 en 2008 y 24 en 2009), RRMD (32 en 2008 y 7 en 2009), Tratamiento (3 en 2008) y Reinserción (38 en 2008 y 14 en 2009). El PORI se basó en cuatro principios estratégicos: Cooperación; Territorialidad, Integración y Participación. La cantidad presupuestada para el PORI (2008-2012) fue de 17.118.469,45 euros. El costo promedio anual (2008 - 2011) fue de 23 euros por persona en Prevención, 52 euros en RRMD, 238 euros en Tratamiento y 275 euros en Reinserción (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). A partir de la identificación de territorios prioritarios y de la definición de las áreas carenciadas de respuestas fueron lanzadas candidaturas para PRI, con la aprobación de un total de 146 proyectos (IDT, I.P.: 2009) en los 4 ejes de intervención: Prevención (68); RRMD (34); Tratamiento (3) y Reinserción (41) (IDT, I.P.: 2010). El número medio de PRI en funcionamiento durante los años de desarrollo del PORI se ha situado en 81 (IDT, I.P.: 2008 - 2011). Hay que señalar que en algunas de las áreas identificadas como prioritarias se hizo evidente que no había necesidad de financiación adicional sino que bastaba una reorganización de las intervenciones ya existentes con el fin de sacar provecho de los recursos disponibles. Así, algunos de los PRI no dieron lugar a la apertura de licitaciones y a la asignación de financiación directa, sino que se procedió a la reorganización de las intervenciones existentes y a la definición de un plan de acción dirigido por IDT, I.P., junto con los agentes en sus territorios.

En todos los territorios con PRI se han implantado Núcleos Territoriales (NT), los cuáles son una estructura clave en la integración de enfoques entre los actores locales que desarrollan su acción en otras áreas. Su actividad ha permitido dotar la actuación de coherencia y hacer el análisis, seguimiento y evaluación de la naturaleza y de la evolución de la intervención local en el área del uso/abuso de sustancias psicoactivas.

El PORI introduce, por vía de los PRI, una reorientación del paradigma de la operatividad mediante



## Resultados 4.7 Reorientaciones Estratégicas

la creación de dispositivos de intervención integral de respuesta, creando una red de acción coherente para hacer frente a la complejidad y transversalidad de los problemas relacionados con el consumo de drogas y cuestiones conexas. Los resultados de la evaluación corroboran que la estrategia integrada es más rentable que la pulverizada. A partir del análisis de las intervenciones incluidas en el PRI bajo el PORI, se puede inferir que el plan general es altamente rentable debido a los costos sociales que evita, por ejemplo en la educación, la productividad laboral, en la salud o en el sistema judicial país. De esta manera:

- **Prevención:** Los ahorros generados durante el período 2009-2011 para las respuestas de Prevención dentro de los PRI han sido calculados en 88.829.011,92 euros, lo que refleja los beneficios derivados de la aplicación de respuestas en el marco del PRI en esta área;
- **RRMD:** la relación costo-beneficio en esta área se encontró a través de la intervención de los ER en el PTS y PSO-BLE, comparando el desempeño de los equipos en el marco del PORI (2009 a 2011) y antes de este Plan (2004-2007). De acuerdo con las estimaciones que siguen el modelo de Laufer (2001), las infecciones prevenidas por la actuación de estos equipos en el marco del PORI se calculó en 71, mientras que en el período anterior la cifra fue de 45 personas. Así, hubo un ahorro superior en la primera (diferencia de 2,541 millones de euros). La relación costo-beneficio corroboró el mejor resultado de las intervenciones de los equipos de calle dentro del PRI, ya que es menor que la relación encontrada para la intervención anterior al PRI (1,52 a 3,41, respectivamente);
- **Tratamiento:** Entre las personas cubiertas por respuestas del vector tratamiento en el ámbito de los PRI hay consumidores de heroína, muchos de los cuales con consumo por vía intravenosa. De acuerdo con la literatura, aunque la relación entre el abuso de drogas y la delincuencia no es causal, parece que hay una alta probabilidad de que cometan un delito a lo largo de su vida. El resultado muestra que entre 2009 y 2011, las respuestas en el marco del PRI son costo-efectivas y costo-beneficiosas, ya que los costos evitados como resultado de las respuestas (medición en términos de ahorro por delitos evitados) son muy superiores a los gastos (37.393.293,5 €, frente a 385.606,55 €, respectivamente), con una relación de costo-beneficio de 96,97;
- **Reinserción:** En este vector se consideró el número de personas reinsertadas en términos de incorporación al mercado laboral, así como el valor económico que esto supone para la sociedad. Los resultados mostraron que las respuestas de reinserción en el marco de los PRI son rentables, ya que el costo por persona reinsertada (ratio coste-efectividad) es menor que el valor de productividad ganado por la reinserción de la persona. En cuanto al coste-beneficio, este es superior a 1 a lo largo de todo el período en estudio (2009 a 2011) y los beneficios superan a los costos de las intervenciones (6,202,200.43 euros frente a 2,233,663.57 euros, respectivamente).

**Las reorientaciones estratégicas de centralidad del ciudadano, enfoques integrados y territorialidad, proporcionaron una mejora clara en la accesibilidad de las personas a las intervenciones, perfeccionando la capacidad de seguir al individuo a lo largo de su ciclo de vida, aumentando la cobertura de la población con requerimientos de intervención y mejorando la eficacia de las intervenciones en el logro de los resultados deseados.**



La implementación del PNCDT también permitió el logro de los objetivos relacionados con la cuarta reorientación estratégica - mejora de la calidad y de los mecanismos de certificación - a saber:

- **Diagnóstico, Monitoreo y Evaluación:** la ejecución del PNCDT se basó en diagnósticos previos a la implementación de respuestas y soluciones (por ejemplo, en el PORI) y a la intervención (por ejemplo, el diagnóstico multidimensional del individuo). Como parte de la supervisión, se ha optimizado o se han creado sistemas de informe (por ejemplo, SIM) y en términos de valoración y satisfacción fueron realizadas encuestas a los profesionales en todas las sesiones de formación. Las reclamaciones hechas por los usuarios en las Unidades de Servicios Especializados (IDT, I.P.: 2008) son registradas en el libro amarillo y manejadas a través de una base de datos creada para tal fin;
- **Directrices técnicas elaboradas para la Definición y Normalización de Buenas Prácticas:** bajo el PNCDT se realizó una vasta obra de elaboración de directrices técnicas y manuales de procedimientos basados en las mejores prácticas, cuyo objetivo es crear un marco común conceptual y práctico que permite la normalización de la intervención;
- **Concesión de licencias y Fiscalización de estructuras, programas y proyectos:** a lo largo del ciclo estratégico de ejecución del PNCDT se ha intensificado la actuación del IDT, I.P. en relación a la concesión de licencias e inspección de las unidades. Los resultados indican que se han sobrepasado las metas establecidas y se ha aumentado la supervisión de las instituciones privadas más allá de se haber desarrollado nuevos instrumentos de trabajo (actualización de los contenidos de las inspecciones y / o encuestas);
- **Certificación / Acreditación:** en el año 2009 se destaca el esfuerzo para el desarrollo de un modelo de certificación para proyectos de RRMD y la obtención, en el área de tratamiento, de la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad según la norma NP EN ISO 9001:2008 de dos CT (IDT, I.P.: 2009) acreditadas por UKAS y Instituto Portugués de Acreditación (IPAC, I.P.) en 2010. También se obtuvo en 2010 la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en dos unidades - por *Lloyd's Register Quality Assurance* (LRQA), según la norma NP EN ISO 9001:2008 (IDT, I.P.: 2010). Fueron acreditados por el IPAC, I.P. un total de 4 unidades que previamente habían sido objeto de certificación por la norma ISO 9001:2008 (IDT, I.P.: 2010);
- **Auditorías:** el IDT, I.P. realiza auditorías de diversos proyectos e intervenciones cofinanciados. En 2009, se redactó un plan de auditorías y se pusieron en marcha 14 auditorías técnicas y financieras: 4 a proyectos del PIF y 10 a proyectos de las diferentes áreas de misión que integran los PRI desarrollados en el marco del PORI (IDT, I.P.: 2009), superándose los objetivos definidos en el Marco de Evaluación y Responsabilización (QUAR). En 2010 se realizaron 8 auditorías a proyectos en el marco del PRI. La 9ª auditoría programada se realizó a principios de 2011 (IDT, I.P.: 2010, 2011);



## Resultados 4.8 Coordinación

- **Formación:** El IDT, I.P. recibe el status de entidad de formación profesional acreditada para los Servicios Públicos de Salud. En este sentido, todos los proyectos oficiales que desarrolla en el ámbito de la capacitación están certificados y son objeto de un proceso de evaluación y seguimiento. En 2005, alrededor del 60% de los profesionales había participado en actividades de capacitación y en 2011, un 35% (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). Hay que señalar que el 100% de las acciones emprendidas incluyen criterios de selección de los participantes a través del diagnóstico de necesidades formativas y del plan de formación anual. A partir de 2009 se han elaborado los manuales de procedimientos para tratar los incidentes, quejas y sugerencias;
- **Investigación:** entre 2005 y 2011 el área de la investigación juega un papel fundamental en la recolección, análisis y consolidación de los datos nacionales, contribuyendo a la calidad y coordinación de las intervenciones y al rigor técnico. Este trabajo se realizó en el ámbito nacional y europeo. Entre 2005 y 2010, se publicaron anualmente tres números de la revista "*Toxicodependencias*", en la cual han llegado a participar cerca de 60 autores de diferentes instituciones académicas y campos.

### 4.8 Coordinación

La coordinación está presente en el PNCDT como área transversal y aborda cuatro niveles principales: el **nivel interministerial**, donde se destaca el buen funcionamiento de la Coordinación Nacional para los Problemas de las Drogas, la Drogadicción y el Uso Nocivo del Alcohol y que es la estructura de coordinación y articulación entre los distintos departamentos gubernamentales implicados en estos problemas; la **coordinación externa** a este nivel, los miembros de las organizaciones socias entrevistadas destacaron la creación de asociaciones como el segundo punto fuerte obtenido con la aplicación de PNCDT; la **coordinación interna** donde se ha cumplido con el procedimiento establecido con respecto a la reorganización de las funciones de su competencia profesional y sus departamentos (a nivel de los servicios centrales), de las oficinas regionales y de las Unidades especializadas (a nivel local, a través de la creación de CRI) y, finalmente, en relación a la **coordinación con otras estructuras del Ministerio de Salud (MS)**, se formalizaron los circuitos de derivación con el fin de garantizar a los ciudadanos respuesta a sus necesidades multidimensionales (por ejemplo metodología ADR).



### 4.9 Evaluación del Impacto

La evaluación de impacto se basa en la comparación de la situación epidemiológica y de la respuesta en Portugal con dos países a elegir entre el conjunto de países definidos en las especificaciones técnicas<sup>5</sup> del proyecto. De este conjunto han sido seleccionados España y Noruega. Se incluyeron en el análisis las dimensiones siguientes: i) la evolución del consumo de drogas y las consecuencias relacionadas con el consumo y ii) la oferta de servicios disponibles para contribuir a la reducción de las consecuencias.



En el ámbito de la política de drogas, los objetivos nacionales están en consonancia con los objetivos europeos, pero hay una característica específica: la despenalización del consumo. Esta despenalización representa un cambio de paradigma que "reemplaza" las acciones represivas por las acciones que incluyen el derecho a la salud y a la reinserción social. De este modo podemos reconocer un enfoque humanista, pragmático y centrado en la protección de la salud pública que distingue la política portuguesa sobre las drogas.

#### Oferta de Servicios:

En la comparativa entre los tres países objeto del estudio, se observó que:

- Los 3 países disponen de estrategias y planes de acción nacionales que encuadran el desarrollo de respuestas y servicios en el ámbito de la droga y drogodependencia. Todos incluyen servicios en el área de la prevención, RRMD, tratamiento y reinserción en su oferta;
- Los 3 países realizan intervenciones en el ámbito de la prevención universal, a través de asociaciones con el sistema escolar y prevenciones selectivas dirigidas a grupos vulnerables con factores de riesgo;
- Los 3 países aplican programas integrales de tratamiento, incluyendo enfoques farmacológicos, psicológicos y sociales en régimen ambulatorio y hospitalario. Portugal y Noruega se distinguen por la presencia de una alta cobertura de los servicios psicosociales en la consulta externa, hospitalización y desintoxicación. Tanto en Portugal como en España, la atención a los adictos se organiza principalmente a través de la red pública de servicios de tratamiento para drogodependientes. En los tres países, además de los servicios públicos, también se contratan servicios a ONG y se establecen protocolos entre las ONG y otros servicios de tratamiento para que se garantice un amplio acceso a diversas modalidades de tratamiento. Los servicios prestados en el sector público de los tres países, ya sea de forma gratuita o subvencionada son accesibles

<sup>5</sup> España, Francia o Italia y Noruega o Suiza.



## Resultados 4.9 Evaluación del Impacto

a todos los consumidores que buscan tratamiento;

- Las intervenciones en el ámbito de RRMD son equivalentes en los tres países comparados en términos de los servicios prestados. Es importante destacar los valores obtenidos en Portugal con el PTS, que presenta uno de los ratios de jeringuillas intercambiadas por CDI más importantes a nivel mundial, junto con Noruega: un promedio de 199 jeringas intercambiadas por consumidor / año en Portugal (variación entre 149-298 jeringas por consumidor / año) y 434 distribuidos en Noruega, que oscila entre 168-1048 (Mathers *et al.*: 2010);
- Los tres países comparados disponen de PSO. La cobertura de PSO en Portugal en relación con el número de usuarios en tratamiento cuya principal droga es heroína es muy alta (96% en 2009) en comparación con España (78% en 2008) y Noruega (el 55% en 2009) (OEDT: 2012). La metadona es el fármaco de remplazo más frecuentemente prescrito en Europa, llegando a ser administrado a tres cuartas partes de los usuarios. En Portugal, el porcentaje de usuarios en tratamiento de sustitución con metadona es de 70% y el 56% en Noruega. La mayoría de los usuarios de PSO en España está en tratamiento con metadona;
- El porcentaje de usuarios en programas de tratamiento con agonistas opiáceos los servicios penitenciarios es menor en Noruega (5,09% de la población penitenciaria total) por comparación con Portugal y España, con tasas de cobertura de 6,14% y 11 72%<sup>6</sup> (OEDT: 2012) de la población penitenciaria, respectivamente. La tasa de cobertura de la población carcelaria que consume opiáceos en prisión en Portugal se estimó a partir de los datos de Torres, A. (2008) y del IDT, I.P. (2010), en un 46%;
- Por último, con respecto a la relación entre servicios, Portugal es uno de los seis países europeos<sup>7</sup> que cuentan con protocolos estructurados para la coordinación interinstitucional (OEDT: 2011). En otros países, las asociaciones se basan principalmente en las redes informales.

**Caracterización de los usuarios:** en 2010 los que iniciaron un tratamiento ambulatorio en Portugal tenían una edad promedio de 38 años, situando a Portugal entre los países con usuarios de más edad, a par de Países Bajos, Italia y España, donde la media de edad es de 34 años, según datos de 2008 (IDT, I.P.: 2010 e OEDT: 2011). El porcentaje de usuarios femeninos era inferior a 1/4. Tanto en Portugal como en España, el 40 y el 45% de los usuarios estaban en paro (*idem*) información que corrobora la importancia de trabajar en el área de la reinserción. Se debe prestar atención especial a la existencia de un porcentaje del 12% en Portugal (y el 14% en España) de usuarios en tratamiento que vivían solos (*ibidem*). Estos colectivos pueden tener necesidades especiales de recursos sociales.

**Patrón de consumo:** En Portugal, el porcentaje de nuevos usuarios en tratamiento con tomas realizadas por vía endovenosa en los 30 días anteriores a la primera consulta disminuyó considerablemente entre

<sup>6</sup> Porcentaje calculado sobre el total de la población carcelaria.

<sup>7</sup> Francia, Países Bajos, Rumania, Reino Unido e Croacia.



2000 y 2007 (32% en 2000 a 17,4% en 2009), estabilizándose a partir de 2010, con una cuota del 8% (IDT, I.P.: 2011).

**Estimaciones:** las estimaciones de **usuarios en tratamiento** indican que por cada 1.000 habitantes con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años existían en Portugal en el año 2011 un total de 5 usuarios en tratamiento (38.292 usuarios en el total); en España (año 2008) 6 usuarios por 1.000 habitantes (173.092 usuarios) y, en Noruega, 2 por cada 1.000 habitantes en 2009 (5.383 pacientes). (IDT, I.P.: 2011 e OEDT: 2012).

En Noruega, el **número de CDI** aumentó hasta 2001, experimentando un descenso hasta 2003, año a partir del cual el número se estabilizó. Una estimación de 2008 indica un total de aproximadamente 6.600 a 12.300 consumidores problemáticos, incluyendo en esta estimación a los inyectados y los fumadores (2,1 a 3,9 consumidores problemáticos por cada 1.000 habitantes con edades entre 15 y 64 años) (OEDT: 2011). En cuanto al número de CDI en Portugal, por cada 1.000 habitantes de 15 a 64 años se estima un total de 1,8 a 2,2 (con base en el multiplicador de tratamiento) y entre 1,5 y 3,0 (utilizando un multiplicador de mortalidad) (OEDT: 2012).

En España, el número de **consumidores problemáticos** estimado en el año 2008 (basado en el método multiplicador) fue de 1,3 por 1.000 habitantes con edades comprendidas entre 15-64 años. Hubo una disminución en el número de consumidores de heroína y un crecimiento de nuevos consumidores problemáticos de cocaína. Portugal realizó cuatro estimativas para calcular el número de **consumidores problemáticos** utilizando métodos multiplicadores, con base en datos de 2005. La diferencia estaba en un mínimo de 4,3 consumidores por cada 1000 habitantes de 15 a 64 años (30.833 personas<sup>8</sup>) y un máximo de 7,4 casos<sup>9</sup> por cada 1000 habitantes de 15 a 64 años (*idem*).

En términos de **cobertura de la población de consumidores problemáticos** en Portugal se ha producido un aumento en el PNCDT operado por la ampliación de las respuestas RRMD. Por lo tanto, si a los valores de 38.292 (IDT, I.P.: 2011) de usuarios en tratamiento en 2011 en los CRI se sumaran los usuarios contactados en el contexto de las respuestas RRMD (12.550, IDT, I.P.: 2011) y los usuarios en unidades (públicas o convenios) vistos en CT, UD y CD (IDT, I.P.: 2011), se puede calcular que más de 55.000 usuarios en 2011 contactó con algunos de los dispositivos. Aunque este resultado pueda estar inflado, se trata de un cálculo que permite estimar aproximadamente el nivel de cobertura de los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas atendidos por los servicios existentes en Portugal, lo que apunta a un alto grado de cobertura.

<sup>8</sup> Multiplicador de equipos de proximidad.

<sup>9</sup> Con una definición más amplia y sin limitarse a consumidores regulares o de larga duración, estimada con recurso a un multiplicador de tratamiento.



## Resultados 4.9 Evaluación del Impacto

### Evolución de los Consumos

En cuanto a la evolución del consumo de drogas, hay que señalar en primer lugar que, en términos europeos, estamos asistiendo a la consolidación de algunos contrastes. En efecto, como se indica en el Informe anual 2011 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) "por un lado, el consumo de droga parece relativamente estable en Europa. Los niveles de prevalencia siguen siendo en general elevados en comparación con el pasado, pero no se están incrementando (...), el consumo de varias drogas, incluyendo la combinación de alcohol y drogas ilícitas y a veces las drogas y las sustancias no controladas, es ahora el patrón predominante de consumo de drogas en Europa "(OEDT: 2011).

Con respecto al consumo de la población portuguesa (15 a 64 años) apurado en las encuestas nacionales del consumo de sustancias psicoactivas (2001 y 2007) se observó baja prevalencia en comparación con las poblaciones de otros países europeos. En el presente año se está concluyendo en Portugal la Encuesta Nacional al Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Población General, la cual ilustrará las evoluciones ocurridas en los últimos años.

Con respecto a la población de 15 a 24 años Portugal es el país entre los 27 países comparados de la Unión Europea en que la población declara menor facilidad de acceso a todas las sustancias psicoactivas ilícitas, con la excepción de la heroína y la cocaína, siendo el cannabis la sustancia con mayor accesibilidad.

Con respecto a los consumos en la población portuguesa en edad escolar (15 a 16 años), los resultados del ESPAD en 2007 y 2011 muestran un aumento de las prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en esta población portuguesa a lo largo de la vida y en el último año, al contrario de lo ocurrido en España y Noruega, donde el consumo ha bajado y se ha mantenido, respectivamente. Sin embargo, los resultados obtenidos en 2011 en Portugal muestran valores bastante más bajos que los del país vecino (19% frente al 29%) y similares a la media del conjunto de países incluidos en esta encuesta (18%). Por otro lado, en Portugal y en España existe una alta prevalencia de tranquilizantes sin prescripción en esta población (8% y 7%) en comparación con la media europea (4%).

En cuanto al **riesgo de consumo de sustancias psicoactivas ilegales percibidas** (Euro barómetro: 2011) por la población de 15-24 años encuestada, los resultados indican:

- **consumo regular:** alrededor del 90% de los encuestados en el conjunto de la Unión Europea a 27 (UE-27) considera que el consumo regular de cocaína y el éxtasis es altamente arriesgado. Sin embargo, este porcentaje baja en comparación con el uso regular de cannabis (67% y 64% en la UE-27 y Portugal, respectivamente);
- **consumo de una o dos veces:** los encuestados en Portugal perciben el riesgo relacionado con el consumo de cocaína, éxtasis y cannabis de modo similar al promedio de la UE-27. España se destaca por un mayor porcentaje de encuestados que perciben que el uso ocasional como menos arriesgado que el considerado por sus congéneres europeos.



En cuanto a las **fuentes de información a las que los jóvenes acuden en busca de información sobre las sustancias ilegales** (*idem*), la mayoría de los encuestados afirmó que la primera opción de búsqueda de información es por Internet (73% en Portugal y el 64% en España). En Portugal, la búsqueda es con los amigos (41% de respuestas) y familiares (33%) serían las opciones número 2 y 3, respectivamente.

Con respecto a la **prisión**:

- **las prevalencias de consumo en la población penitenciaria** indican que el 63,6% de los presos encuestados en el informe de 2007 declaran haber consumido drogas alguna vez en la vida (Torres, A.: 2008).
- **las prevalencias de consumo reveladas por población penitenciaria en prisión**, indican que hay un mayor porcentaje de consumo en las prisiones portuguesas que en España en relación con todas las sustancias psicoactivas ilícitas, especialmente en el caso de la cocaína (9,9% y 3%, respectivamente) y de la heroína (13,4% y 5% respectivamente) (OEDT: 2012). Sin embargo, entre 2001 y 2007 en Portugal se comprobó un marcado descenso en la prevalencia del consumo de todas las sustancias en cuestión (Torres, A.: 2008).

### Consecuencias en la Salud

Los principales indicadores observados en el estudio muestran que:

- **Número de casos de VIH diagnosticados entre los CDI**: Portugal ha presentado, junto con España, un descenso continuo. En 2010, el valor en Portugal fue de entre 1-3 casos por cada 100.000 habitantes con VIH atribuible a CDI (Wiessing *et al.*: 2001), porcentaje superior a la observada en España y Noruega (0,2 a 1 casos por cada 100.000 habitantes) (*idem*);
- **La prevalencia del HIV**: En Portugal la tasa de CDI en tratamiento antirretroviral está en 10 por cada 100 CDI con VIH, España en 63 y Noruega en 32 (*ibidem*). **La prevalencia del HIV en CDI en UD públicas en Portugal** disminuyó entre 2004 y 2011 (del 19,1% al 17,5%, respectivamente) (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.);
- **La prevalencia de hepatitis C en CDI**, se constata que la infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC) tiene una alta prevalencia en toda Europa. En Portugal hubo un estancamiento en la prevalencia entre los CDI de las UD públicas en este ciclo estratégico: del 85,1% en 2004 al 84,3% en 2011 (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). En Noruega, el 85,4% de los casos notificados de infección por Hepatitis C en CDI fueron causadas por compartir agujas (OEDT: 2012);
- **Prevalencia de la hepatitis B en CDI**: en Portugal hubo un marcado descenso de hepatitis B en los usuarios atendidos en UD públicas en este ciclo estratégico: 4,9% en 2004 al 1,9% en 2011 (información *ad-hoc* proporcionada por el IDT, I.P.). La prevalencia de la hepatitis B en CDI en Noruega fue del 2,9% en 2002, 0,8% en 2005 y 0% en 2009 (OEDT: 2012);



## Resultados 4.9 Evaluación del Impacto

- En cuanto a la **tuberculosis**, Portugal cuenta con tasas de 28,7 casos por cada 100.000 habitantes. (OEDT: 2011). En Europa, Portugal es uno de los países donde hay mayores tasas de tuberculosis activa (sintomática) entre los consumidores de drogas en tratamiento (1% -2%) (*idem*).

PSO y PTS son las medidas más eficaces para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas entre los CDI. En Europa, se calcula que uno de cada dos consumidores problemáticos de opiáceos está en PSO. Estos programas, junto con el tratamiento antirretroviral y la aplicación de medidas tales como el tratamiento de la adicción y la distribución de preservativos para reducir el riesgo de infección a través de la actividad sexual son intervenciones que, cuando se realizan simultáneamente, pueden maximizar el impacto en la disminución del contagio y en la reducción de daños. Hemos observado que Portugal se destaca por su alto grado de cobertura de PTS entre la población consumidora y también de PSO (en Portugal el número de personas incluidas en estos programas está entre 81-162 por 100 CDI, con un promedio de 108, frente a 85 en España y 36 en Noruega (Mathers *et al.*: 2010)), factor que puede explicar la tendencia observada en nuestro país de disminución importante del número de casos de infección por VIH en drogodependientes.

En cuanto a las **muerres relacionadas con el consumo de drogas** en los países analizados hay varias fuentes de información. En Portugal los datos provienen de los Registros Generales de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) y del Registro Especial del INML, I.P. Los datos del Registro Especial del INML I.P. desde el año 2008 están de acuerdo con la definición propuesta por el OEDT. En 2011 hubo 19 muertes por sobredosis y 138 muertes con resultados toxicológicos positivos (información *ad-hoc* fornecida por el IDT, I.P.).

A partir de los resultados presentados con relación a Portugal se destacan los siguientes elementos: i) Portugal tiene una característica distintiva en su política de drogas, hasta hace poco sin paralelo en Europa, basado en la despenalización del consumo, adquisición y tenencia para consumo propio de plantas, sustancias o preparados definidos en la Ley n.º 30/2000 del 29 de Noviembre, sin pasar la cantidad para consumo individual en un plazo de 10 días y en la constitución de una red de recursos de disuasión; ii) la eficacia y los beneficios, logrados a través de un enfoque integrado de intervención entre los diversos vectores y la cobertura alcanzada en relación a adictos vinculados a estructuras especializadas dentro del ámbito de las drogodependencias, mediante la ampliación de la red de RRMD; iii) una alta cobertura proporcionada por el PTS y PSO y la disminución en los últimos años verificada en la incidencia de las enfermedades infecciosas (VIH) entre la población consumidora. Sin embargo, a pesar de la disminución observada en la última década, Portugal aún tiene una alta incidencia de VIH/SIDA entre los consumidores, en comparación con otros países del contexto europeo.



### 5. Conclusiones Generales

El PNCDDT definió la política de lucha contra las drogas en todo el país entre los años 2005 y 2012, dando continuidad a los principios políticos previamente concretados por la ENLCD.

La evaluación presentada permite concluir que los objetivos perseguidos en términos de reducción de la demanda y de la oferta se han alcanzado en su conjunto, destacando los resultados obtenidos en cuanto a la creación de una red global de respuestas, integrada y de proximidad, que ofrece una amplia gama de intervenciones para satisfacer las necesidades diagnosticadas de los individuos y basada en la evidencia científica. También destacamos la mejora de la coordinación a nivel político y técnico en el país, con resultados en términos de mejora de la coordinación y de la cooperación entre los actores bien cómo en la inclusión de nuevos socios que operan con coherencia. Por último, se hace hincapié en el resultado obtenido en cuanto al fortalecimiento de una cultura de registro, seguimiento y evaluación de las intervenciones y la introducción de orientaciones de buenas prácticas.

El desarrollo de las intervenciones previstas en el PNCDDT permitió obtener en 2012 una red de respuestas y actores que conforman un sistema:

- Que coloca al individuo en el centro de las intervenciones;
- Que es integral e integrado entre los diferentes sectores y niveles de intervención, asegurando una intervención continua y coherente;
- **Que se apoya en el respeto de los derechos humanos**, sin marginalizar o estigmatizar a los consumidores, apoyándolos y estimulando su participación en la detención de la escalada del consumo problemático de drogas psicoactivas ilegales y en la reducción de las prácticas de riesgo;
- **Que prioriza las ganancias en salud**, individual y pública. Aunque Portugal haya implementado estrategias de RRMD 10 a 15 años después de que el fenómeno del consumo de heroína surgió, el intenso trabajo desarrollado ha permitido obtener resultados muy positivos en términos de reducción de la propagación de las enfermedades infecciosas;
- Que desarrolló intervenciones para **aumentar la seguridad de las personas y de la población** mediante la prevención y la lucha contra la pequeña delincuencia y el crimen organizado;
- Que apostó por la **planificación y asignación de recursos** en función de las necesidades identificadas, como en la creación de recursos en áreas deficitarias y de intervención prioritaria;
- Que diversifica los **modelos y áreas de intervención** (por ejemplo, la intervención en el medio laboral, grupos específicos);
- Que **apostó por reforzar la coordinación y cooperación a nivel intra e interinstitucional** en el



## Recomendaciones Generales

territorio nacional y promovió la constitución de redes de acción locales, fomentando la puesta en común de los esfuerzos desde el nivel macro al nivel micro con el fin de obtener los resultados definidos por el PNCDT;

- Que aunó esfuerzos en la implementación de una **cultura de registro, seguimiento y evaluación de los resultados**;
- Que constituyó las bases para un sistema de gestión global basado en la **calidad**;
- Que promovió la **formación continua y la investigación**.

El PNCDT, en el ámbito de la ENLCD, pretendió reorientar y enfocar sus prioridades, manteniendo sus principios orientativos. Apostó por una reorientación estratégica en las áreas de misión (reducción de la demanda y la oferta) con el fin de optimizar los resultados en términos de beneficios para la salud. Los resultados de la evaluación mostraron que la aplicación de PNCDT permitió dar respuesta a las principales recomendaciones emanadas de la evaluación externa de la ENLCD.

### 6. Recomendaciones Generales

El próximo ciclo estratégico debe consolidar el trabajo desarrollado en los últimos años el cuál se tradujo, como se ha señalado a lo largo de esta evaluación, en la mejora de los principales indicadores relacionados con la reducción de la demanda y la oferta de sustancias psicoactivas.

---

**Entre los mayores desafíos del futuro ciclo estratégico, debido a las circunstancias socioeconómicas actuales y teniendo en cuenta los cambios en la orgánica observados en el año en curso, está la capacidad de asegurar la sostenibilidad futura de los resultados obtenidos. Así, en el próximo ciclo estratégico se debe garantizar la eficacia, la eficiencia y la calidad logradas en cuanto a la planificación, desarrollo y evaluación de las intervenciones, evitando retrocesos en relación a la situación general conquistada y descrita en la presenta evaluación.**

**La ampliación del abanico de intervención en el área de las conductas adictivas y dependencias es una opción estratégica relevante que debe reflejarse en la adecuación de las respuestas para abordar la cuestión. En este sentido, es muy importante fortalecer el papel de la Estrategia y de la Estructura de Coordinación Nacional en la planificación y en el funcionamiento de las intervenciones bien cómo los conocimientos adquiridos por los profesionales e instituciones en esta materia.**

---

Las recomendaciones que se enumeran a continuación parten de los resultados obtenidos en esta evaluación que concluyó que el diseño del PNCDT fue adecuado frente al problema existente y que su aplicación respondió a la mayoría de los objetivos fijados. Por lo tanto, el siguiente ciclo estratégico debe permitir dar continuidad y profundizar en el trabajo desarrollado.



Las principales **recomendaciones de carácter general** se basan en estrategias que aseguren:

---

**1) Mantener la coordinación, a nivel nacional, de la política en relación al consumo de sustancias psicoactivas y el alcohol y respectivo desarrollo para la ampliación de la actuación a todas las conductas adictivas y dependencias;**

**2) La planificación adecuada de las intervenciones basada en la actualización periódica del diagnóstico de las necesidades de manera armonizada y compartida a nivel regional y local, teniendo en cuenta la ampliación del objeto de la intervención para las conductas adictivas y dependencias;**

**3) La existencia de una oferta y cartera de servicios diversificada, adaptados a la introducción de otras conductas adictivas y dependencias, que garantice la coherencia de las intervenciones y la equidad en el acceso a las respuestas en el territorio nacional;**

**4) La consolidación del sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación de las intervenciones, la estabilización de los indicadores y optimización de los sistemas de registro e Informe;**

**5) El impulso de un modelo integral de gestión de calidad de las intervenciones, programas y proyectos;**

**6) El mantenimiento de las estrategias de cooperación y de la coordinación a nivel nacional e Internacional;**

**7) La promoción de acciones de investigación, capacitación e información / sensibilización de los profesionales, con especial atención a los profesionales no especializados en el tratamiento de las conductas adictivas y dependencias;**

**8) El desarrollo del área de comunicación a nivel nacional e Internacional sobre la política y la experiencia portuguesa en las adicciones y las conductas adictivas, potenciando la difusión de las buenas prácticas y los resultados;**

**9) La adecuada financiación.**

---



## 7. Bibliografía

Domoslawski, Artur (2011), *Drug Policy in Portugal: The Benefits of Decriminalizing Drug Use*, Warsaw, Open Society Foundations.

Eurobarometer (Julho 2011), *Youth attitudes on drugs – Analytical Report*, Coordinated by Directorate-General Communication.

Greenwald, Glenn (2009), "Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for creating fair and successful drug policies" in Cato Institute, 2 de Abril in URL:

<http://www.cato.org/publications/white-paper/drug-decriminalization-portugal-lessons-creating-fair-successful-drug-policies>.

Hibell, B. et al. (2012). *The 2011 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Hibell, B. et al. (2008). *The 2007 ESPAD Report – Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

[http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn\\_5rt74n/DH.r56n6v56vpr/FDDK\\_FDDL/npp1r5](http://www.gnr.pt/default.asp?do=r5p1yn_5rt74n/DH.r56n6v56vpr/FDDK_FDDL/npp1r5).

<http://www.psp.pt/Pages/programasespeciais/escolasegura.aspx>.

Hughes, C.A. and Stevens, A. (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?*, The British journal of Criminology 50, pp.999-1022.

INA (2004), *Avaliação Nacional da Estratégia de Luta Nacional de Luta contra a Droga e do Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004*, Lisboa, INA.

Instituto da Droga e da toxicodependência, (2005). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2004*, Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da toxicodependência, I.P. (2006). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2005*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da toxicodependência, I.P. (2011). *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de actividades 2004*; Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, *Relatório de actividades 2005*, Lisboa, IDT.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2006*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2007*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2008*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2009*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2010*, Lisboa, IDT, I.P.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., *Relatório de actividades 2011*, Lisboa, IDT, I.P.



Killias M, Ribeaud D, Aebi M.F (2006), Long-term effects of heroin prescription on patients' offending behavior.

Laufer FN. *Cost-effectiveness of syringe exchange as an HIV prevention strategy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2001; 28:273-8.

Lobbman, R. y Verthein, U. *Explaining the Effectiveness of Heroin-assisted Treatment on Crime Reductions*. Law Hum. Behav. (2009), 33:83-95.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. *et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage, for the 2009 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use, 2010*.

Ministério da Justiça (2007), *Tribunais de primeira instância: Indicadores*, Relatório da Direcção-Geral da Administração da Justiça disponível em URL:

<http://www.dgaj.mj.pt/sections/files/gestao-financeira/indicadores-de-gestao/custo-de-funcionamento/downloadFile/file/caderno-indicadores-tribunais-2007.pdf?nocache=1212684815.51>

Observatório Europeu da Droga e Toxicodependências. *A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2011*, Lisboa, OEDT.

Observatório Europeu da Drogas e Toxicodependências, *Boletim Estatístico 2012*.

Quintas, Jorge (2011), *Regulação legal do Consumo de Drogas*, (s.l) Fronteira do Caos Editores.

Torres, A. *et al.* (2008). *Drogas e prisões em Portugal II, 2001-2007*. Lisboa, CIES/ISCTE.

Wiessing, L., LikataVICIUS, G., Hedrich, D., Guarita, B. *et al.*, *Trends in HIV and hepatitis C virus infections among injecting drug users in Europe 2005 to 2010*, Euro Surveill, 2011.



## Glosario

### 8. Glosario

ADR	- Asesoramiento, Diagnóstico y Derivación
ARS, I.P.	- Administración Regional de Salud, Instituto Público
CD	- Centro(s) de Día
CDI	- Consumidor de Drogas por vía Inyectada
CDT	- Comités para la Disuasión de la Drogadicción
Copos	- Copos, quem decide és tu
CRI	- Centros Integrados de Respuesta
CT	- Comunidades terapéuticas
EEOO	- Eu e os outros
ENLCD	- Estrategia Nacional de Lucha Contra la Droga
EP	- Cárceles
ER	- Equipos de calle
ESPAD	- The European School survey Project on Alcohol and other Drugs
EURIDICE	- European Research and Intervention on Dependency and Diversity in Companies and Employment
GNR	- Guardia Nacional Republicana
IDT, I.P.	- Instituto de la Droga y de las Toxicomanías, Instituto Público
IEFP, I.P.	- Instituto de Empleo y Formación Profesional, Instituto Público
INA	- Instituto Nacional de Administración
INE	- Instituto Nacional de Estadística
INML, I.P.	- Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Público
IPAC, I.P.	- Instituto Portugués de Acreditación, Instituto Público
MAOC-N	- Maritime Analysis and Operations Center - Narcotics
MIR	- Modelo de Intervención en Reinserción
MS	- Ministerio de la Salud
NAT	- Núcleos de Apoyo Técnico
NT	- Núcleos Territoriales



OEDT	- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
OMS	- Organización Mundial de la Salud
ONG	- Organizaciones No Gubernamentales
OPC	- Órganos de Policía Criminal
PCI	- Puntos de Contacto y de Información
PETS	- Programa Experimental de Intercambio de Jeringuillas
PIF	- Programa de Intervención Focalizada
PII	- Plan Individual de Inserción
PJ	- Policía Judicial
PNCDT	- Plan Nacional contra las Drogas y las Toxicomanías 2005-2012
PORI	- Plan Operacional de Respuestas Integradas
PRI	- Programas de Respuesta Integrada
PSO-BLE	- Programas de sustitución de opioides de bajo nivel de exigencia
PSP	- Policía de Seguridad Pública
PST	- Programa de Intercambio de Jeringuillas
PVE	- Programa Vida-Empleo
QUAR	- Marco de Evaluación y Responsabilización
RRMD	- Reducción del riesgo y minimización del daño
SIADAP	- Sistema Integral de Evaluación del Desempeño de la Administración Pública
SICAD	- Servicio de Intervención en Comportamientos Adictivos y Dependencias
SNIDT	- Sistema Nacional de Información sobre las Drogas y las Toxicomanías
SIM	- Sistema de Información Multidisciplinar
UA	- Unidad de Atención
UCIC	- Unidades de Coordinación y de Intervención Conjunta
UD	- Unidad de Desintoxicación
VIH	- Virus de la Inmunodeficiencia Humana







www.sicad.pt

Avenida da República n.º 61  
do 1º ao 3º e do 7º ao 9º.  
1050-189 Lisboa  
Tel.: (+351) 211 119 000



GOVERNO DE  
**PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**SICAD** Serviço de Intervenção nos  
Comportamentos Aditivos  
e nas Dependências

**Gesaworld**  
GROUP