

Plan antidroga del Ejército del Aire: trece años después

MARIO MARTINEZ RUIZ

Teniente Coronel Médico

Grupo Antidroga del Cuartel General del Aire

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Desde siempre el hombre ha consumido drogas, de distintas maneras y con diferentes objetivos (religiosos, místicos, recreativos, curativos, laborales, etc.). La mayoría de las drogas clásicas (opio, coca, alcohol, alucinógenos) se obtienen de la naturaleza, generalmente plantas (fruto de la adormidera, hoja de la coca, vid, determinados cactus y hongos americanos, cannabis). Su consumo, hasta principios del siglo XX, era legal y perfectamente localizado en el mundo. A partir de este momento, que coincide con el descubrimiento de la sustancia química activa, y sus derivados, responsable de los efectos (morfina y heroína a partir del opio, cocaína de la coca, LSD del cornezuelo del centeno, mescalina del cactus peyote, psilocibina del hongo psylocibe, THC del cannabis), el fenómeno se hace expansivo, incontrolado y, finalmente, ilegal. Curiosamente casi todas las drogas de abuso fueron medicamentos legales. En la actualidad existen drogas fabricadas enteramente en el laboratorio: son las sintéticas o de diseño.

El problema de las drogodependencias es hoy más complejo. La situación actual del consumo de drogas ilegales es muy distinto a la de hace tan sólo unos años. Se han producido muchos cambios, tanto en la sociedad como en el tipo de drogas consumidas y en los modos y patrones de consumo. La brusca aparición del SIDA ha resultado trágica, a la

vez que ha determinado el descenso de la utilización de la vía intravenosa por parte de los usuarios de drogas. Las nuevas drogas de síntesis, como el éxtasis, plantean problemas añadidos: mayor toxicidad, menor control y vacío legal.

El hecho de que la edad de inicio del consumo de drogas esté muy próximo a la de los militares de tropa profesional (cuadro 1), a que se trate de un fenómeno de gran contagiosidad y universalidad, a que existan drogas legales como el alcohol, y a que nada ni nadie esté vacunado contra este problema, hace que las Fuerzas Armadas deban asumir el riesgo y afrontarlo mediante medidas prácticas, reales, coherentes y coordinadas que traten de evitar el consumo de drogas en las unidades, garantizando de ese modo la salud y la seguridad individual y colectiva. Realizar medidas utópicas o pensar que una unidad está impermeabilizada contra la droga son argumentos desfasados por la propia realidad social (cuadro 2).

Droga es cualquier sustancia que, una vez introducida en el organismo a través de distintas vías (esnifada, inyectada, inhalada o por vía oral), tiene capacidad para alterar ciertas funciones físicas y mentales, sensaciones, estado de ánimo o percepciones sensoriales. El objeto de nuestra atención será, por supuesto, las sustancias psicotrópicas, esto es, las que tienen especial efecto sobre el sistema nervioso central (el cerebro).

Cuadro 1

EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA. 1995-1999

	EDAD MEDIA (AÑOS)		
	1995*	1997	1999
PRIMER CIGARRILLO	16,00	16,60	16,70
CONSUMO DIARIO ALCOHOL	18,40	18,50	18,60
ALCOHOL	**	16,80	16,90
CANNABIS	18,10	19,10	19,20
ÉXTASIS	21,00	19,90	20,70
COCAINA	21,10	21,30	21,60
HEROINA	20,10	20,40	18,90

(*) Datos referidos al grupo de edad de 15-65 años.

(**) Datos no disponibles en la Encuesta Domiciliaria de 1995.

FUENTE: Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas.

EVOLUCION DEL CONSUMO (PORCENTAJE) DE DROGAS EN ESPAÑA. 1995-1999

	ALGUNA VEZ			ÚLTIMOS 12 MESES			ÚLTIMOS 30 DIAS			DIARIO		
	1995*	1997	1999	1995*	1997	1999	1995*	1997	1999	1995*	1997	1999
TABACO	**	68,30	65,10	**	44,90	43,70	**	40,60	39,80	34,80	32,90	32,60
ALCOHOL	**	89,90	87,10	68,20	77,80	74,70	53,00	60,70	62,70	14,60	12,90	13,70
CANNABIS	13,50	21,70	19,50	6,80	7,50	6,80	3,10	4,00	4,20	0,70	0,90	1,10
ÉXTASIS	1,90	2,50	2,40	1,20	1,00	0,80	0,30	0,20	0,20			
COCAINA	3,20	3,20	3,10	1,80	1,50	1,50	0,40	0,50	0,60			
ALUCINOGENOS	**	2,60	1,90	**	0,90	0,60	**	0,20	0,20			
ANFETAMINAS	**	2,50	2,20	**	0,90	0,70	**	0,30	0,20			
INHALABLES	**	0,70	0,60	**	0,20	0,10	**	0,10	0,10			
HEROINA	1,00	0,50	0,40	0,50	0,20	0,10	0,30	0,20	0,10			
BASE/CRACK	**	0,40	0,30	**	0,10	0,20	**	< 0,1	0,10			

(*) Datos referidos al grupo de edad de 15-65 años.

(**) Datos no disponibles en la Encuesta Domiciliaria de 1995.

FUENTE: Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas.

De forma característica, para que una sustancia sea considerada como droga de abuso deben darse dos circunstancias: la búsqueda compulsiva y el consumo de esa sustancia. En general estas dos características resumen las tres propiedades fundamentales, tradicionales y definitorias de las drogas: dependencia psíquica o psicológica (adicción), dependencia física y tolerancia en el sujeto consumidor. Con fines prácticos hablamos de drogas de abuso al referirnos a sustancias que presentan al menos dos propiedades de las tres anteriores. Todavía podríamos añadir una cuarta propiedad: el daño para la salud colectiva.

Por dependencia psicológica se entiende precisamente eso, el estado mental que impulsa a consumir la droga para experimentar los efectos. Dependencia física es ya un estado en el que la privación o supresión de la administración de la droga desencadena una verdadera enfermedad (síndrome de abstinencia o "mono"). La tolerancia consiste en la disminución de los efectos con el uso continuado de la droga o, lo que es lo mismo, la necesidad de aumentar la cantidad de consumo de droga para experimentar los mismos efectos.

Existen muchas clase de drogas productoras de estos efectos. Algunas son legales y muy arraigadas en nuestra cultura como el alcohol, el tabaco o los fármacos que prescribimos los médicos (tranquilizantes, antidepresivos). Otras son ilegales, como el hachís, la cocaína, la heroína, el éxtasis y todas aquellas que circulan fuera del ámbito sanitario

y no tienen finalidad terapéutica. Sea cual fuere la forma de consumirlas, las drogas pasan a la sangre y, a través de ella, al cerebro y a todo el organismo, provocando los efectos que caracterizan a cada sustancia, y que básicamente son tres: estimulación, depresión o distorsionar la realidad. Son las sustancias estimulantes, tranquilizantes y alucinógenas, respectivamente (cuadro 3).

LEGISLACION BASICA ANTIDROGA

En la institución militar el consumo de drogas es un agravante de cualquier acción delictiva (Régimen Disciplinario y Código Penal Militar). En la institución civil es un eximente (Código Penal Civil). En éste último se castiga el tráfico como delito contra la salud pública, no el consumo (Art. 368). Las drogodependencias son tratadas en diferentes tratados legislativos según el ámbito de aplicación: Reglamento General de la Circulación, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Código Penal, Ley del Servicio Militar, Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas y Código Penal Militar.

En las Fuerzas Armadas el consumo de drogas es motivo para la no selección y para la exclusión por pérdida de aptitudes psicofísicas. Además, consumir bebidas alcohólicas durante el servicio o con ocasión del mismo, y consentir o tolerar tal conducta; así como embriagarse en unidades o vistiendo de uniforme, o públicamente cuando afecte a la imagen de la Institución Militar, son supuestos que

CLASIFICACION PRACTICA DE LAS DROGAS DE ABUSO

DEPRESORES DEL SNC	ESTIMULANTES DEL SNC	PERTURBADORES DEL SNC
ALCOHOL	Cocaína y derivados (crack)	Alucinógenos: LSD, etc.
DERIVADOS DEL OPIO: MORFINA, HEROINA, METADONA, ETC.	Anfetaminas	Derivados del cannabis: hachís y marihuana
MEDICAMENTOS ANSIOLITICOS O HIPNOTICOS	Nicotina	Inhalables: pegamentos, colas, gasolina, lacas, etc.
GHB O ÉXTASIS LIQUIDO	Otros: Cafeína, antidepresivos, etc.	Drogas de síntesis: éxtasis, "droga del amor", ice, etc.

el Régimen Disciplinario tipifica como falta leve (Arts. 7.23 y 7.24).

Por el contrario, son consideradas faltas graves, según el Régimen Disciplinario de las FAS, consumir alcohol en acto de servicio de armas o portándolas, y consentir o tolerar tal conducta; así como la introducción, tenencia y consumo de drogas de abuso en unidades, o consentir o tolerar tales conductas, o el consumo de drogas de abuso vistiendo de uniforme o públicamente cuando afecte a la imagen de la Institución Militar (Arts. 8.8 y 8.9).

Mediante expediente gubernativo podrá imponerse sanción disciplinaria extraordinaria a los militares profesionales en el caso de embriagarse o consumir drogas de abuso con habitualidad, entendiéndose por habitualidad cuando se tenga constancia de tres o más episodios de tales conductas en un periodo no superior a dos años (Art. 17.3). Por lo tanto, el concepto de "habitualidad" puede también referirse a la positividad repetida en pruebas de análisis para detección de drogas en orina. La negación al sometimiento a pruebas legalmente establecidas para la comprobación de consumo de drogas está tipificado como falta, sin perjuicio de otras acciones legales que pudieran iniciarse.

El militar que, en acto de servicio de armas o transmisiones, se encuentre bajos los efectos de una intoxicación aguda por consumo de alcohol u otras drogas, resultando excluida o disminuida su capacidad para prestarlo, comete un delito de acuerdo al Código Penal Militar, con pena superior en grado si se trata de un militar que ejerciere mando (Art. 148).

En cuanto al derecho laboral, la embriaguez habitual o toxicomanía, si repercuten negativamente en el trabajo, son motivo de despido disciplinario del trabajador, sobre todo en trabajos de responsabilidad (Estatuto de los Trabajadores, Art. 54.2.f) o, al menos, de sanciones por faltas muy graves (Convenio único del Personal Laboral de la Administración General del Estado, Art. 80.c.15).

Para los profesionales de carrera de las FAS, la dependencia a drogas y alcohol es considerada causa para el pase a la reserva por incapacidad psicofísica. A esta situación se llega si previamente no ha sido posible la rehabilitación y reinserción. El tratamiento se lleva a cabo en situación de baja laboral. En caso de precisar ingresar en centros especiales, ajenos a la red asistencial militar, el ISFAS dispone de "ayuda económica por drogadicción y alcoholismo".

EVOLUCION HISTORICA DEL PADEA

Para hacer frente al problema de la droga en las Fuerzas Armadas, los ejércitos fueron organizándose en forma de planes específicos: Prevención y Control de la Droga en el Ejército de Tierra (PYCODE, 1981); Grupo Experimental Antidroga de la

ZME de la Armada (GEAD, 1982), ampliado como Plan Antidroga de la Armada (PLADA, 1990); y Plan Antidroga del EA (PADEA, 1988).

El PADEA nació como consecuencia de una serie de comisiones iniciadas en 1980. La primera de ellas se denominó "Comisión de Estudio para el Problema de la Droga en el Ejército del Aire". En junio de 1984 se elaboró un informe para el Estado Mayor Conjunto sobre consumo de drogas en el Ejército del Aire.

En noviembre de 1984, la Revista Aeronáutica y Astronáutica, en su número 527, publica el dossier sobre "La Droga", del que son autores el coronel del Arma de Aviación Tomás Ruiz Vegara, el capitán médico del Cuerpo de Sanidad del Aire Mario Martínez Ruiz y el capitán farmacéutico del Aire Antonio Aguilar Ros. En ese dossier, el autor de este trabajo exponía la necesidad y las bases para la creación de un Plan Antidroga del EA (PADEA), y en el que se presentaba un estudio basado en la realización de encuestas de opinión sobre las drogas en la tropa.

Del 24 al 26 de abril de 1985 tuvieron lugar en Madrid, en el entonces Grupo del Cuartel General del Mando Aéreo de Combate (antigua Agrupación de Tropas de la Avda. de Portugal-Casa de Campo), hoy desactivado, las I Jornadas Nacionales de Lucha Antidroga del Ejército del Aire, en las que su organizador y jefe de la Sección de Sanidad, el entonces capitán médico del Cuerpo de Sanidad del Aire Mario Martínez Ruiz presenta el embrión del futuro PADEA, sobre la base de los planes Counterpush Program (USAFE), Drug of Abuse Testing Program (USAF) y Drug and Alcohol Abuse Control Program (USAF), así como de la experiencia del PYCODE y del GEAD españoles. Estas Jornadas contaron con la participación del Fiscal General Antidroga José Jiménez Villarejo y de los responsables del PYCODE, GEAD, así como de los principales planes antidroga de ejércitos extranjeros (USAFE, Alemania e Italia). Por el Ejército del Aire, además del mencionado capitán, intervino el coronel del Arma de Aviación Tomás Ruiz Vergara, destinado por entonces en la Subsecretaría de Defensa, quien posteriormente pasaría voluntariamente a la situación de reserva, abandonando una brillante carrera militar, para dedicarse íntegramente a la ayuda de los drogodependientes más necesitados, ayuda humanitaria que no interrumpió hasta llegada su muerte, ocurrida el 12 de enero del 2000. Asistieron también, a dichas Jornadas, dos observadores del Estado Mayor, el Tcol. Fernando Zamorano (Seguridad) y el Tcol. Anselmo Pérez (Orgánica). Las conclusiones de estas Jornadas sirvieron de base para la elaboración, por la Sección de Seguridad de la División de Operaciones (DOP) del Estado Mayor del Aire (EMA), de una serie de informes, uno para para el JEMA (15 de noviembre de 1985), y dos para la

Dirección General de Personal (DIGENPER) del Ministerio de Defensa (MINISDEF) (16 de diciembre de 1985 y 9 de septiembre de 1986), sobre la lucha contra la droga en nuestro Ejército.

En su sesión del 27 de octubre de 1984, el Congreso de los Diputados encomendó al Gobierno la elaboración de un plan de prevención contra la droga. El Consejo de Ministros constituyó para ese fin un grupo interministerial. A propuesta de dicho grupo fue aprobado por el Consejo de Ministros de 24 de junio de 1985 el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), creándose un Grupo Interministerial, cuya Secretaría la ostentaría el Delegado del Gobierno para el PNSD, entonces adscrito al Ministerio de Sanidad y, en la actualidad, al Ministerio de Interior.

En noviembre de 1986 se celebran en Las Palmas (MACAN) las II Jornadas Nacionales de Lucha Antidroga del EA, organizadas por el Tcol. Farmacéutico del Aire José M^a Gómez Coll, en las que intervino, entre otros, el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Miguel Solans.

Entre los años 1986 y 1988 una Comisión dependiente de la Sección de Seguridad de la DOP del EMA, se encargará del estudio, redacción y elaboración del PADEA, que por fin es aprobado como norma militar el 22 de marzo de 1988 por el entonces JEMA Federico Michavila Pallarés (figura 1). La Comisión para el seguimiento y desarrollo del PADEA inicia su andadura en mayo de 1988, dependiente de la entonces Dirección de Servicios de Personal (DSP), hoy Dirección de Asistencia al Personal (DAP), del Mando de Personal (MAPER).

Más recientemente, la Dirección General del Reclutamiento y Enseñanza Militar (DIGEREM) del Ministerio de Defensa, encargada de la coordinación en el Grupo Interministerial para el PNSD, siguiendo en gran parte el modelo del PADEA, estableció las bases para el Plan General de Prevención del Consumo de Drogas en la FAS (1995), aprobado finalmente el 1 de agosto del 2000, con la intención de coordinar los tres planes, sobre todo en el área del tratamiento centralizado de la información, obtenida a partir de los resultados analíticos y de las fichas informatizadas que sobre consumo, tenencia y tráfico, son elaboradas por las diferentes unidades, centros y organismos (UCOs), y de la formación de mediadores y de formadores.

CARACTERÍSTICAS DEL PADEA

El PADEA es una norma militar aprobada por el JEMA y actualizada periódicamente. En el momento actual se está procediendo a la tercera revisión.

Las características que más distinguen al PADEA del resto de los planes militares son la pluridisciplinariedad y la estructura orgánica.

En efecto, la idea original del PADEA, a la vista de la experiencia internacional y nacional de otros planes militares, contempla la idea de "grupo" o "equipo" para la toma de decisiones. Esta idea se plasma en la composición de los diferentes niveles orgánicos en los que se estructura. Cualquier plan, medida o acción que tenga que ver con las drogas de abuso y su entorno (prevención, tenencia, consumo, disuasión, asistencia, control analítico, represión y tráfico) debe ser consensuada por un grupo o equipo formado por profesionales que, sensibles y especializados en el problema, aceptan voluntariamente su misión. Estos equipos básicamente están formados por representantes del Cuerpo General (destinados fundamentalmente en Personal y en Seguridad), del de Sanidad (Medicina, Farmacia y Psicología) y del Jurídico, contando eventualmente con cualquier otro profesional que se considere de interés: jefes de escuadrilla, capellán, mediadores, etc.

La segunda característica del PADEA es su organización. Antes hemos hablado de grupos o equipos, e intencionadamente hemos omitido el término tan utilizado en nuestro ámbito como es el de comisión. Al diseñar el PADEA tuvimos en cuenta los aspectos positivos y negativos de una comisión. La idea de temporalidad, de burocracia (actas) y de competencia en asesoramiento, sin claro poder de decisión, eran algunos de los aspectos negativos. La comisión sirvió para crear y desarrollar el PADEA; pero, una vez en funcionamiento, ya no existe. Por el contrario, el PADEA se articula en grupos y equipos permanentes distribuidos en tres niveles: el primer nivel, ubicado en el Cuartel General del Aire, forma el Grupo Antidroga del EA (GADEA); el segundo nivel se encuentra situado en los Mandos Intermedios, formando los Grupos Antidroga (GAD) del MACEN, del MALEV y del MAEST; el tercer nivel se articula en las unidades, formando los equipos antidroga (EAD). En cada nivel se repite el perfil profesional de los componentes. El Jefe del GADEA pertenece a la Comisión Permanente del Plan de Prevención de Drogas del MINISDEF.

Otra peculiaridad orgánica del Primer Nivel del PADEA (GADEA) es su dependencia, como sección, de la DAP del MAPER, mientras el PYCODE y el PLADA funcionan como comisiones permanentes y dependientes de su Estado Mayor respectivo. Indudablemente aquí también existen ventajas y desventajas. Pero en el diseño del PA-



Figura 1. Logotipo del Plan Antidroga del Ejército del Aire

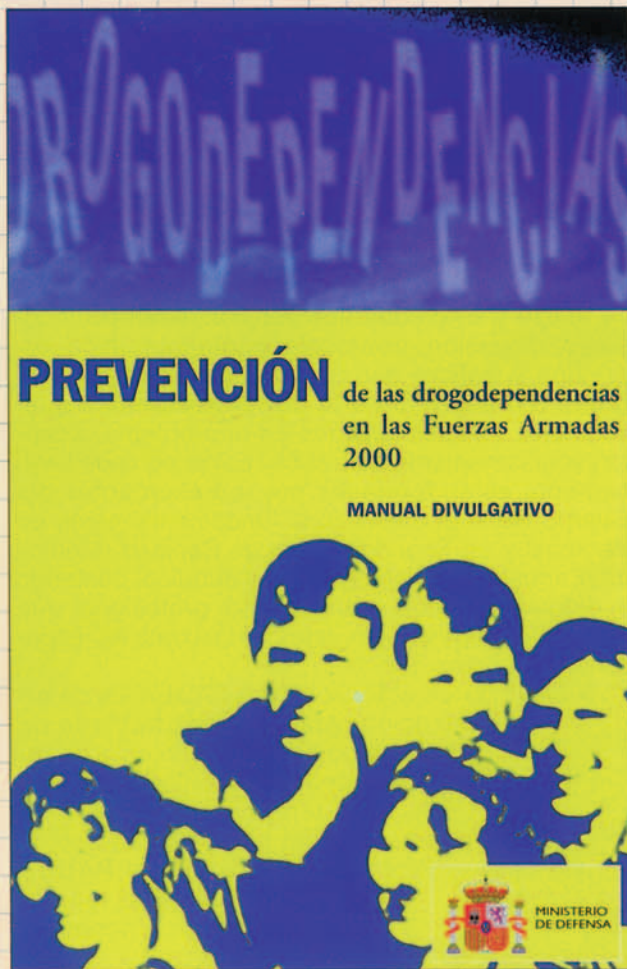


Figura 2.- Manual de Prevención de Drogodependencias (MINISDEF, 2000). Autor principal: Teol. Mario Martínez Ruiz (PADEA).

DEA premió la idea de la droga como un problema fundamentalmente de la persona, si bien con connotaciones sobre la seguridad. Desdramatizar, informar y humanizar el problema eran algunos de los objetivos. Por último, la prevención, herramienta decisiva íntimamente relacionada a Personal (Dinamización y Calidad de Vida), hacía que fuera precisamente ese su destino natural. Además, al garantizarse la representación del resto de profesionales, no existiría ninguna parcela desligada del problema.

OBJETIVOS DEL PADEA

El PADEA incluye acciones de Prevención, Intervención, Cooperación, Evaluación y Coordinación.

Entre las acciones preventivas, el PADEA incluye aquellas destinadas a formación periódica específica de profesionales en centros de enseñanza del Ejército del Aire (Centro de Guerra Aérea, CIMA, Academia Básica del Aire (ABA), ESTAER, etc.), información específica en no profesionales (cuidando que los mensajes no sean contrapreventivos) y pre-

vencción inespecífica en unidades (dinamización y ocupación del tiempo libre). En el año 2000, el MINISDEF editó un manual de prevención sobre drogas, del que es autor el firmante de este artículo (figura 2).

La intervención se realiza fundamentalmente mediante registros manuales, revistas con perros en colaboración con las comandancias de la Guardia Civil, detección analítica de sustancias sospechosas por equipos portátiles en unidades, así como mediante la detección de drogas en orina, para lo que se cuenta con una red de laboratorios de identificación y confirmación distribuidos por la geografía española (Madrid, León, Zaragoza, Albacete, San Javier, Sevilla, Mallorca, Las Palmas).

El PADEA coopera con el Plan Nacional sobre Drogas, con los Planes Autonómicos y Municipales, Universidades y con ONG,s como la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Las unidades también pueden firmar convenios con las Comunidades Autónomas a las que pertenecen.

La Evaluación es continua y se basa en encuestas de opinión y estudio evolutivo de resultados analíticos. Cuatrimestralmente, todas las unidades deben enviar ficha informatizada, al Primer Nivel, sobre los casos de consumo, tenencia o tráfico. Los Laboratorios de Farmacia también remiten información, a través de la Dirección de Sanidad (DISAN), sobre los resultados de los análisis de drogas en orina practicados, tanto aleatorios y anónimos, como los dirigidos con ocasión de incidentes o accidentes. Anualmente se realiza una Jornada a la que asisten representantes de todos los niveles para evaluar el Plan, exponer los problemas, programar actividades y diseñar nuevas acciones.

La coordinación corre a cargo del Primer Nivel, que trata principalmente de programar actividades preventivas, centralizar los recursos analíticos, distribuir material de formación e información, recibir y tratar la información de los EADs, diseñar estrategias de control, participar en foros nacionales e internacionales sobre drogodependencias, establecer lazos profesionales de colaboración con organismos civiles y elevar al Mando las necesidades de los niveles inferiores.

PADEA: TRECE AÑOS DESPUÉS

El PADEA es un Plan maduro. Nació en 1988, pero sus antecedentes hay que buscarlos en la primera mitad de la década de los 80. Es difícil evaluar un Plan de estas características. La evaluación exacta se debería realizar con respecto a una situación en la que no se hubiera implantado este Plan. ¿Qué hubiera pasado si el Ejército del Aire no hubiera tenido el PADEA? La pregunta no tiene una respuesta exacta, en el sentido matemático de la expresión. Personalmente creo que lo que hubiera

ocurrido es una situación de auténtico desastre. Afortunadamente, el Ejército del Aire se adelantó a una situación que muchos preveíamos imparabla. Muchos profesionales recordarán los numerosos casos de drogodependencias en esa década de los 80, sobre todo en unidades aisladas y carentes de una organización programada del ocio y del tiempo libre de los soldados. Muchos también recordarán esas cantinas y bares repletas de bebidas alcohólicas. Accidentes de armas y de tráfico, faltas disciplinarias y expedientes de exclusión del Servicio Militar, eran la antesala de un problema general y generacional, del que las Fuerzas Armadas debían saber salir.

Durante estos trece años la actividad del PADEA ha sido febril. Han existido tres fases de actividad. En la primera, fase de instauración, el Primer Nivel asumió prácticamente todo el protagonismo, sobre todo en el aspecto normativo, analítico y formativo. En esta primera fase, que abarcó los años 1988-1992, los representantes del Primer Nivel viajaban por todas las unidades con un único programa formativo e informativo, dotando a las Secciones de Sanidad y de Farmacia de las mismas de los medios analíticos para la detección de drogas.

En una segunda fase, fase de estabilización, las unidades tomaron el protagonismo principal, como era el objetivo, de manera que el Primer Nivel asistiera más pasivamente como observador, dedicando sus esfuerzos a la gestión y a la formación de profesionales en los Centros de Enseñanza del EA. En este periodo, que comprende los años 1993-1997, se establecieron convenios entre determinadas unidades y los Planes Regionales de su Comunidad Autónoma (Zaragoza, por ejemplo), se completó la red analítica con equipos de confirmación suficientes, se organizaron cursos para mediadores dentro del programa de Calidad de Vida (en forma de seminarios que tenían lugar en la Residencia Los Cogorros de Navacerrada), se organizaron jornadas de trabajo con los representantes de todas las unidades, etc.

En una tercera fase, fase de desarrollo, desde 1998 hasta la fecha, las unidades adquieren definitivamente el máximo protagonismo. La aplicación progresiva del Plan General del MINISDEF permitió que muchos profesionales se formaran oficialmente como mediadores y formadores, la evaluación centralizada se incluyó en la memoria anual del PNSD, las determinaciones analíticas se perfeccionaron y ampliaron. En suma, el PADEA había terminado su rodaje.

En estos trece años se han realizado más de 125.000 análisis de orina para determinación de drogas de abuso, tanto presuntivos iniciales (selección), como aleatorios y confirmativos (de las muestras positivas). Los análisis aleatorios se han realizado a un mínimo del 15% de la Tropa. Los

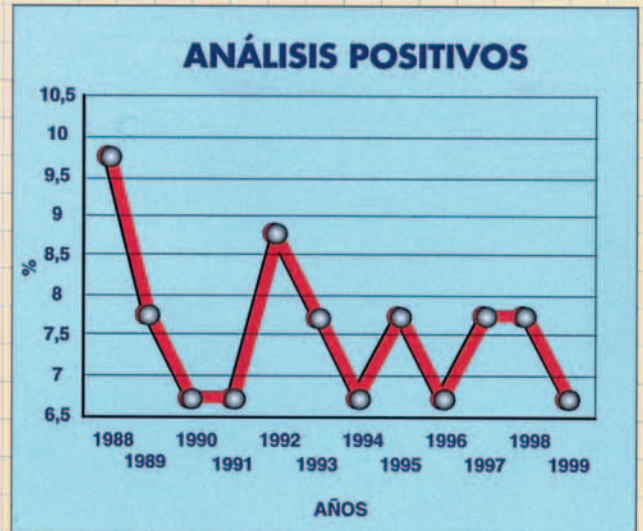


Figura 3.- Resultados globales y positivos (porcentaje) a drogas, obtenidos a partir de los análisis de orina practicados durante los años que se indican (PADEA).

datos iniciales de 1988 arrojaban una tasa nacional de positividad en las muestras de orina en torno al 10% (mínimo 8% y máximo 12%, según unidades), en su práctica mayoría (más del 90%) exclusivamente a derivados del cannabis (hachís). A partir de ese año se observa un débil y gradual descenso, con pequeñas oscilaciones, en el porcentaje de positividad en las muestras analizadas, de manera que en 1999 dicho porcentaje se sitúa alrededor del 7% (mínimo 5% y máximo 9%, según unidades), en su mayoría exclusivamente a cannabis (75%), si bien se observa un incremento en el policonsumo de sustancias y en los estimulantes (Figura 3).

En los resultados obtenidos a partir de los análisis de drogas en orina hemos de tener en cuenta: en primer lugar, el hecho de que, en el caso del cannabis, las positividads pueden indicar consumos no recientes, sino de hace semanas; en segundo lugar, los elevados consumos de ciertos jóvenes durante el fin de semana fuera de la unidad; en tercer lugar, el propio consumo medio de la Comunidad Autónoma en la que se ubica la unidad (mayor consumo de ciertas drogas en los archipiélagos canario y balear, mayor consumo de alcohol en la mitad norte de España, etc.).

En cualquier caso, los resultados son acordes con las encuestas en la población general y demuestran que el PADEA no sólo ha logrado que el problema de las drogas no aumente en las unidades del EA, sino que disminuya, a lo que indudablemente ha contribuido la sustitución de la tropa de reemplazo por la tropa profesional. Pero lo que resulta más eficaz y más gratificante es que el PADEA ha creado un estado de concienciación y de sensibilización en todos los profesionales ■