

## **ÍNDICE**

### **1.- INTRODUCCIÓN:**

- a) Presentación
- b) Marco Normativo
- disposiciones legales

### **2.- EL CONSUMO DE DROGAS EN LA CIUDAD DE BURGOS:**

- a) Estudios y referencias bibliográficas
- b) En lo referente al consumo de tabaco
- c) En lo referente al consumo de alcohol
- d) En lo referente al consumo de drogas no institucionalizadas
- e) Conclusiones que se derivan de los datos expuestos

### **3.- OBJETIVOS GENERALES DE INTERVENCIÓN**

- a) La intervención preventiva
- b) La intervención en asistencia e integración social

### **4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN**

- a) La información en el PMDB
- b) La formación en el PMDB

## **5.- CRITERIOS BÁSICOS DE ACTUACIÓN**

- a) Perspectiva intersectorial
- b) Participación de la Comunidad
- c) Coordinación
- d) Normalización
- e) Mediadores
- f) Globalización
- g) Evaluación
- h) Detección precoz

## **6.- LA COORDINACIÓN DEL PMDB**

- a) Con otras administraciones de la Comunidad
- b) Interdepartamental
- c) Con y de los ONG's
- d) Creación de mecanismos de coordinación de participación social
- e) Organigramas de coordinación

## **7.- SISTEMAS DE INTERVENCIÓN**

### 7.1.- PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DEMANDA (PREVENCIÓN):

- 1. OBJETIVOS GENERALES
- 2. ESTRATEGIAS:
  - a) Difusión y sensibilización
  - b) Formación
  - c) Potenciar alternativas

### 7.2.- PARA EL CONTROL DE LA OFERTA:

1. OBJETIVOS GENERALES
2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
  - a) Ordenanza municipal
  - b) Información legislativa
  - c) Actividad inspectora
  - d) Actividad sancionadora

## **8.- PROGRAMAS DE ACTUACIÓN**

### **8.1.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR**

- OBJETIVOS
- DESTINATARIOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS

#### **8.1.1) Subprograma profesores**

- a) Sensibilización
- b) Formación
- c) Intervención
- d) Evaluación

#### **8.1.2.) Subprograma padres**

- a) Sensibilización
- b) Formación
- c) Intervención
- d) Evaluación

#### **8.1.3.) Subprograma alumnos**

- a) Desarrollo de los programas como materias transversales.
- b) Seguimiento y evaluación

## **8.2.- PROGRAMA INTEGRAL EN POBLACIÓN JUVENIL**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS:
  - a) Detección de necesidades.
  - b) Sensibilización
  - c) Formación de mediadores
  - d) Entrenamiento en habilidades específicas de prevención
  - e) Alternativas de ocio y tiempo libre
- EVALUACIÓN

## **8.3.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN GRUPOS DE RIESGO**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS:
  - a) Detección de necesidades.
  - b) Formación de mediadores
  - c) Integración escolar, prelaboral y/o laboral
  - d) Alternativas de ocio y tiempo libre
- EVALUACIÓN

## **8.4.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS:
  - a) Detección de necesidades.
  - b) Formación de mediadores
  - c) Cumplimiento de las Ordenanzas y del Reglamento de Prevención de Riesgos Laborales
  - d) Fomento hábitos saludables

- e) Mejorar condiciones de trabajo constituyentes de factores de riesgo en drogodependencias.

- EVALUACIÓN

#### **8.5.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS
- EVALUACIÓN

#### **8.6.- PROGRAMA DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE EX-DROGODEPENDIENTES**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS
- EVALUACIÓN

#### **8.7.- PROGRAMA DE CONTROL DE LA OFERTA Y VENTA DE DROGAS LEGALES**

- OBJETIVOS
- IMPLEMENTADORES
- COORDINACIÓN
- METAS
- SUBPROGRAMAS:
  - a) Difusión Ordenanza Prevención Alcoholismo
  - b) Sensibilización establecimientos de hostelería, Hermandades y Asociaciones Recreativas, Centros de Enseñanza y Sanitarios con puntos de venta de alcohol y tabaco...etc.
  - c) Control cumplimiento Ordenanza en los puntos de venta
- EVALUACIÓN

**9.- SISTEMAS DE EVALUACIÓN:**

a) Indicadores de evaluación de los programas:

- \* de la participación
- \* de las actividades
- \* de los recursos y materiales
- \* de la metodología

b) Indicadores del impacto global del Plan

**10.- PUESTA EN MARCHA DEL PMDB**

## **PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS**

### **1.- Introducción:**

#### **1.a) Presentación**

El consumo de drogas no es un fenómeno reciente ni mucho menos, el hombre conoce las drogas y las consume desde antaño. Por lo que se refiere a España, el tráfico y consumo de drogas ilícitas empieza a tener cierta importancia en la segunda mitad de la década de los sesenta, con el consumo de cannabis por algunos sectores de la población. Paralelamente, y a partir de este momento, el consumo de alcohol tradicionalmente alto experimenta un progresivo aumento.

A partir de 1980 y hasta el momento actual, el tráfico de drogas ha continuado aumentando en nuestro país, que por su privilegiada situación geográfica se ha convertido en lugar de tránsito para la distribución de heroína, cocaína y cannabis a otros países, especialmente europeos.

En Castilla y León la situación no es muy distinta de la descrita en términos generales para el Estado Español. La problemática existente en el Municipio burgalés en materia de drogodependencias no ha sido nunca estudiada en profundidad, si bien parece adaptarse a los patrones de la comunidad autónoma con algunas particularidades. Para intentar prevenir y solucionar este problema, se han hecho aportaciones más o menos afortunadas pero sin una cobertura específica que permitiese ir avanzando de forma progresiva. Dicha cobertura pretende ser instaurada con este Plan, haciendo convergentes y coherentes todas las actuaciones que desde distintos colectivos pudiesen llevarse a cabo.

Para conseguir dichos fines de convergencia y coherencia en las actuaciones en materia de drogas, es necesario fomentar un diálogo intra e interinstitucional entre las

fuerzas vivas de la ciudad, así como crear unos mecanismos de coordinación que permitan la consecución de los objetivos propuestos.

No podemos olvidar además, que el Municipio es la Administración que más próxima se encuentra al ciudadano, y por tanto, la que en mejor posición está para identificar sus problemas y responder con celeridad a los mismos.

Asimismo, es un hecho que los Ayuntamientos tienen una posición de privilegio para articular y mejorar la participación social necesaria para enfrentar problemas complejos como el de las drogodependencias.

En este sentido ya se ha expresado la **Ley 3194 de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependientes de Castilla y León**, la cual reserva un papel importante en esta materia a los Ayuntamientos, siendo uno de sus objetivos, el **impulso del compromiso municipal y la mejora de la colaboración y distribución de competencias entre la Administración Local y Autonómica de Castilla y León**.

Por último, anotar que el presente Plan Municipal de Drogodependencias de Burgos (**PMDB**) se presenta como un documento susceptible de ser modificado y con la pretensión de provocar la crítica y el diálogo, semillas imprescindibles para el fomento de su evolución en términos de eficacia.

### **I.b) Marco normativo**

El marco normativo para la intervención municipal en drogodependencias viene delimitado por una serie de niveles jerárquicos de legislación que empieza en la Constitución Española, tiene su continuidad en la Ley de Bases de Régimen Local, y se concreta específicamente en la Ley 3/94 de Prevención, Asistencia e Integración Social de Drogodependencias de Castilla y León.



### **Disposiciones legales:**

Se recoge la normativa legal vigente en lo referente a las prestaciones sociales básicas de competencia de las Administraciones Locales en la Ley de Bases de Régimen Local, art. 25, 2-k que hacen mención a la obligatoriedad de constitución de los Servicios Sociales básicos en materias de prevención de la marginación e inserción social.

a.- La **Constitución Española** en su artículo 43 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la Salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho.

b.- La **Ley General de Sanidad** (14/1986), de 25 de abril, constituye la respuesta normativa básica al mandato constitucional sobre protección de la salud.

c.- La **Ley de Acción Social de Castilla y León** hace mención en diversos artículos a la competencia de los Ayuntamientos, desde los Servicios Sociales Básicos, en la prevención y reinserción social de las drogodependencias.

d.- El Plan **Nacional sobre Drogas**, desde su creación en 1985 ha ido sentando las bases fundamentales de actuación en materia de drogodependencias, tanto en lo que se refiere a control de la oferta como a la reducción de la demanda y desde las dimensiones de la prevención, la asistencia y la integración, dedicando un considerable esfuerzo a la coordinación con las comunidades autónomas en esta materia.

e.- El Decreto 130/1985, de 17 de Octubre, desarrolla en la Comunidad de Castilla y León los **dispositivos de coordinación previstos en el Plan Nacional sobre Drogas**. El Decreto 214/1988 de 10 de noviembre modificó esta estructura, y posteriormente se nombraron coordinadores técnicos provinciales para cada una de las provincias.

f.- En 1988, se aprueba el **I Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León** según Decreto 252/1988 de 29 de Diciembre, donde se regulan además de los

diferentes criterios de intervención en prevención, atención y reinserción de drogodependientes, las diferentes estructuras de coordinación donde participan las Corporaciones Locales

g.- El Decreto 358/1991, de 26 de Diciembre de la Junta de Castilla y León por el que se aprueba el **II Plan Sectorial sobre Drogas de Castilla y León**, hace referencia a los criterios y objetivos prioritarios de intervención en el territorio de la Comunidad Autónoma, que deben ser asumidos por las Corporaciones Locales en el diseño de sus propios Planes Municipales. Este Plan Sectorial sobre Drogas pretende profundizar y dar continuidad al anterior Plan Regional, ampliándolo con nuevas líneas de actuación.

h.- **La Ley de Drogodependencias de Castilla y León** de 29 de Marzo de 1994, en su artículo 46 hace reseña a las competencias de los Ayuntamientos en:

- la regulación de localización, distancia y características que deberán reunir los establecimientos de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

- el otorgamiento de la autorización de apertura a locales o lugares de suministro y venta de bebidas alcohólicas.

- el cumplimiento de las medidas de control en la publicidad, promoción y venta de bebidas alcohólicas y tabaco, así como el régimen sancionador que corresponda.

- la colaboración con los sistemas educativos y sanitario en Educación para la Salud.

- la aprobación de Planes Municipales sobre Drogas.

- la participación de los Centros de Acción Social en la información, orientación y motivación de drogodependientes.

- la coordinación de los programas de prevención e integración social que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.

- el apoyo a Asociaciones y Entidades del Municipio que desarrollen proyectos previstos en el Plan.

- la formación en materia de drogodependencias de personal propio.

- la promoción de la participación social en esta materia en su ámbito territorial.

h.- Asimismo, en la **Disposición Adicional Séptima de dicha Ley** se recoge la obligatoriedad para los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de Castilla y León de aprobar una Ordenanza Municipal que se ajuste a las medidas de control recogidas en el Título III de la misma.

## **2.- Aproximación epidemiológica al consumo de drogas en la ciudad de Burgos.**

### **2.a) Estudios y referencias bibliográficas**

Como elementos para una aproximación a la realidad de nuestra capital, en lo que al consumo de drogas se refiere, nos debemos remitir a los diferentes estudios que diversas Administraciones han realizado en los últimos años y que principalmente se han centrado en la población juvenil.

Se requerirían pues otros análisis más profundos, más sectoriales y concretos sobre el fenómeno del consumo de drogas y, aunque la validez y el rigor de los estudios disponibles es el adecuado, es preciso extrapolar alguno de los datos de otros estudios de campo más generales a nuestra realidad si queremos tener una visión lo más amplia posible que nos permita hacer un diagnóstico local real del problema que permita intervenir acertadamente.

Como principios para el diagnóstico referentes al consumo de drogas en nuestra capital, disponemos de los **siguientes estudios**:

📖 Campaña de Sensibilización sobre tabaquismo "Decídete" realizada por un equipo de neumólogos del Hospital General Yagüe y el Ayuntamiento de Burgos en 1995, que pretende una aproximación epidemiológica y sobre todo un conocimiento de la actitud frente al consumo de tabaco entre distintos sectores de la población burgalesa.

📖 Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta escolar sobre drogas 1994.

📖 Estudio sobre el Consumo de Drogas en Castilla y León, enmarcado en el programa de investigación y evaluación del II Plan Sectorial sobre Drogas de la Junta de Castilla y León de 1992.

📖 Información del SEIT.

📖 "El consumo de Drogas en Castilla y León". Junta de Castilla y León, 1994.

De estos trabajos se desprenden los siguientes datos que, con carácter general, son una referencia obligada para priorizar las distintas intervenciones dentro del Plan Municipal de Prevención de Drogodependencias:

**2.b) En lo referente al consumo de tabaco:**

■ El 36,08% de los burgaleses es fumador, dato muy similar a la media española. Del 64% restante, los no - fumadores, un 27% es ex-fumador y en 37% no ha probado nunca el tabaco.

■ Entre la población masculina, el 38,55% es fumador, mientras que tan solo un 19,2% nunca ha consumido el tabaco y el 12,5% es ex-fumador. De la población femenina, el 33% es fumadora, el 45,15% jamás ha consumido tabaco y tan solo un 12,5% son ex-fumadoras.

■ Las cifras de fumadores en relación con la edad son las siguientes:

< de 20 años	20 a 40 años	40 a 60 años	> de 60 años
48 %	40 %	30 %	17 %

■ Si **hacemos** la misma distribución **por edades, separando por sexos, los datos** obtenidos son los siguientes:

Fumadores	< de 20 años	20 a 40 años	40 a 60 años	> de 60 años
Hombres	51 %	38,4 %	37,9 %	30 %
Mujeres	49,5 %	41,5 %	20 %	1,65 %

■ La distribución en cuanto a unidades (nº de cigarrillos / día) es la siguiente:

<b>&lt; 10 cigarrillos/día</b>	<b>10 - 15 cigar./día</b>	<b>15 a 20 cigar./día</b>	<b>&gt; 20 cigarrillos/día</b>
25 %	16 %	32 %	27 %

Del total de la población masculina, el 66% consume más de 15 cigarrillos al día y un 50% de la población femenina consume menos de 15 cigarrillos al día.

■ El 88% del total de fumadores quiere abandonar su hábito tabáquico. De entre ellos, un 22% de los afectados por alguna enfermedad quiere cesar su consumo de tabaco.

### **2.c) En lo referente al consumo de alcohol:**

No disponemos de datos concretos sobre la ciudad de Burgos, si bien pueden extrapolarse en el marco de la Comunidad Autónoma.

❖ El alcoholismo es una de las principales causas de reducción de las expectativas de vida. La mortalidad atribuida al alcohol ronda el 4%. Al alcohol se le atribuyen el 40-50% de los accidentes de tráfico y del 15 al 25% de los accidentes laborales. Asimismo el alcohol es responsable en una gran parte del absentismo laboral, está asociado con conductas delictivas y genera conflictos en el ámbito familiar (habitualmente malos tratos, divorcios y bajo rendimiento escolar de los hijos).

❖ En Castilla y León, se encontró que el 3% de la población entre 14 y 70 años era consumidora excesiva de alcohol. El porcentaje medio de bebedores diarios (aquellos que consumen alcohol al menos una vez al día) es del 26,54%. La frecuencia de consumo es mucho mayor en hombres (67,67%) que en mujeres (35,02%). El consumo medio de alcohol puro por persona es de 24,3 g/día, con un claro desfase entre el fin de semana (consumo medio de 56.5 g./día) y el consumo diario, que ronda los 20 g./día.

❖ Por edades el mayor consumo medio de alcohol puro se encuentra en el intervalo de 30 a 39 años (40,77 g/día), seguido por el intervalo de 50 a 59 años (38,96 g/día).

- ❖ La cerveza es la bebida más consumida por ambos sexos en Castilla y León (39,81%), siendo el vino la segunda (19,83%). De entre las bebidas de alta graduación alcohólica el whisky es la más consumida (13,84%), en encuestas anteriores la más consumida era la ginebra.
- ❖ La edad media de inicio al consumo ha aumentado ligeramente en los últimos datos (17,04 años), en 1989, era de 16,81 años.
- ❖ En cuanto a la percepción del problema, los encuestados opinan que el consumo regular de alcohol es:
  - \* muy arriesgado: 26.72%
  - \* bastante arriesgado: 31.10%
  - \* poco arriesgado: 37.41 %
  - \* nada arriesgado: 4.77%

Los hombres tienden a considerar el consumo de alcohol menos peligroso para la salud que las mujeres.

Como resultados de la encuesta sobre Drogas realizada a la Población Escolar (14 a 18 años) por el Plan Nacional de Drogas en 1994:

- En **los últimos 30 días** un **78,5%** y un **82,2%** a nivel comunitario de **los** estudiantes **de 14 a 18 años** han consumido alcohol.
- A medida que aumenta la edad, aumenta la proporción de consumidores y la intensidad de consumo.
- La proporción de estudiantes de Castilla y León que consume bebidas alcohólicas a diario es muy baja. El consumo se produce mayoritariamente durante el fin de semana y en ámbitos públicos o lugares de diversión.
- La proporción de estudiantes que se emborrachan ocasionalmente es elevada. A nivel nacional, un 43,5% de los estudiantes de 14 a 18 años se ha emborrachado alguna vez en su vida, este porcentaje es superior en Castilla y León (46.3%).

**2.d) En lo referente al consumo de Drogas no institucionalizadas:**

La prevalencia real del consumo de drogas no institucionalizadas es difícil de conocer. Castilla y León dispone de dos encuestas sobre el consumo en el ámbito de la comunidad autónoma (1989.1992) y una en el ámbito escolar (1994) con los siguientes resultados:

- El 33.11% de los encuestados ha consumido drogas no institucionalizadas en alguna ocasión, siendo este porcentaje superior en los varones (41,30%).
- De forma habitual, el 2,46% de los encuestados consume alguna de las drogas.
- La evolución del consumo de los diferente tipos de drogas puede verse en la siguiente tabla:

**En el último mes (%)**

<b><u>Droga consumida</u></b>	<b><u>Total</u></b>		<b><u>Ocasional</u></b>		<b><u>Habitual</u></b>	
	<b>1989</b>	<b>1992</b>	<b>1989</b>	<b>1992</b>	<b>1989</b>	<b>1992</b>
<b>Cannabis</b>	7,8	6,38	5	4,32	2,8	2,06
<b>Cocaína</b>	1,6	1,82	1,3	1,58	0,3	0,24
<b>Anfetamina</b>	1,2	0,32	0,9	0,24	0,3	0,08
<b>Tranquilizantes</b>	0,4	0,59	0,3	0,36	0,1	0,24
<b>Alucinógeno</b>	0,4	0,36	0,4	0,36	0,1	0
<b>Opiáceos</b>	0,4	0,36	0,1	0,2	0,3	0,16
<b>Inhalables</b>	0,1	0	0,1	0	0	0

- El cannabis es, entre las sustancias que pueden generar dependencia la más



consumida. Un 31.36% de la población entre los 14 y 70 años la han consumido alguna vez, y un 6.38% lo había hecho durante los 30 días anteriores a la encuesta. El consumo en el último mes experimenta un ligero descenso entre 1989 y 1992.

- El grupo de edad que presenta mayor frecuencia en el consumo de cannabis es el comprendido entre 20 y 29 años. El derivado cannábico más frecuentemente consumido sigue siendo el hachís (90,57%), seguido de la marihuana (8,57%).
  
- La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida. El 8.01% han consumido cocaína en alguna ocasión y el 0.24% lo hacen de forma habitual. El consumo de cocaína se ha incrementado en los últimos años. La mayor frecuencia de consumo de cocaína se encuentra entre los varones de 20 a 34 años.
  
- El resto de las sustancias que se consumen en nuestro ámbito son las siguientes:
  - Un 4.76% y un 1.23% de la población ha consumido "alguna vez" anfetaminas y opiáceos, respectivamente.
  
  - El consumo de tranquilizantes "en alguna ocasión" ha aumentado, pasando del 1.10% al 2.46%
  
- La edad de inicio del consumo de todas las sustancias ha aumentado, como queda patente en la siguiente tabla que recoge datos para Castilla y León:

<b>Droga consumida</b>	<b>Edad inicio</b>	<b>Edad inicio</b>
------------------------	--------------------	--------------------

<b>Año encuesta.....</b>	<b>1989</b>	<b>1992</b>
<b>Cannabis</b>	17,78	18,4
<b>Cocaína</b>	19,48	22,04
<b>Anfetamina</b>	17,65	18,84
<b>Tranquilizantes</b>	19,08	21,67
<b>Alucinógenos</b>	18,81	19,32
<b>Opiáceos</b>	19,36	20,33
<b>Inhalables</b>	15,61	17,37

- El análisis de la percepción de la peligrosidad del consumo de drogas para el individuo, muestra que los encuestados son conscientes de la gran peligrosidad que para la salud conlleva el consumo de drogas y en particular de heroína, anfetaminas y cocaína.
- El 30.35% de los encuestados consideran "a todas" las drogas incluidas tabaco y alcohol como peligrosas, indicando una mayor consciencia por parte de la sociedad de las graves consecuencias del consumo de drogas.
- La opinión hacia los centros de atención a drogodependientes se puede considerar como positiva, ya que 2 de cada 3 encuestados son conscientes de que contribuyen a solucionar el problema.
- Se puede considerar como solidaria la actitud hacia los drogodependientes. Un elevado porcentaje de los encuestados los aceptaría en su ámbito (trabajo, vecino, amistad), incluso el 60% refiere "que aceptaría se casase con un familiar suyo". Sin embargo, a pesar de que la reacción que produce en cerca de la mitad de los encuestados (45%) es un impulso de ayuda, la reacción "miedo" (25%) y "rechazo" (12%), es también frecuente.

Los resultados de la Encuesta Escolar sobre Drogas de 1994, llevada a cabo por el Plan Nacional sobre Drogas indican lo siguiente:

- Un 6.4% de los estudiantes de Castilla y León (14 a 18 años) puede considerarse como consumidor habitual de cannabis, frente al 2,2% que consume tranquilizantes.
- El 2.1% ha consumido cocaína en alguna ocasión, y el 0.4% heroína.
- La edad media de inicio al consumo oscila entre los 13,09 años para las sustancias volátiles y los 15,69 para la cocaína.
- El porcentaje de estudiantes que piensan que el consumo habitual de heroína o cocaína puede causar "bastantes o muchos problemas" es el 90.8% y el 91.6% respectivamente.

A través del **Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT)** conocemos la evolución de los inicios a tratamiento por opiáceos y cocaína:

- En 1994 Castilla y León presenta una tasa de admisiones a tratamiento ambulatorio por abuso de opiáceos o cocaína de 78.7 por 100.000 habitantes, siendo la tasa nacional de 101.2. La tasa específica para el grupo de edad comprendida entre los 15 y 39 años se incrementó, siendo para Castilla y León de 210.9 por 100.000 habitantes.
- El perfil de los casos admitidos a tratamiento por consumo de opiáceos o cocaína en Castilla y León corresponde a un varón de 28 años, consumidor como droga principal de heroína inyectada / fumada, con siete años de consumo e inicio a los 20 años.
- La edad media de todas las personas registradas por el Indicador de Tratamiento durante 1994 fue de 28 años, con un aumento relativamente importante (0,7 años)

sobre la edad en 1993. La edad media de inicio al consumo también se ha ido incrementando en los últimos años. Las personas tratadas por primera vez habían iniciado el consumo más tarde (21,1 años) que las ya previamente tratadas (20).

- Otro dato importante es que, por primera vez, la vía de administración de droga por inyección deja de ser la más frecuente a nivel nacional, pasando a ser más frecuente la droga inhalada o fumada. En Castilla y León la vía inhalada o fumada representa el 44 %, frente al 51,2 % inyectada. Para las personas sin tratamiento previo el porcentaje que utilizan la vía intravenosa es inferior, solo el 39%.
- Los problemas de salud más importantes que afectan a los heroinómanos son las enfermedades infecciosas como el VIH, Sida, hepatitis víricas, tuberculosis pulmonar, endocarditis, infecciones de las partes blandas y tétanos.

En ningún caso se puede olvidar la problemática que desde el punto de vista social, asistencial y legal genera el consumo de drogas.

## 2.e) Como **análisis de los datos expuestos**, podemos concluir varios puntos:

- ✍ Se constata que los jóvenes acceden al mundo de las drogas por el alcohol y el tabaco a edades realmente tempranas aun cuando la legislación actual no permite dicho consumo antes de los 16 años.
- ✍ La información con respecto a las drogas es escasa y/o desvirtuada entre muchos jóvenes y adultos.
- ✍ No hay una conciencia de que todos seamos potenciales agentes preventivos. **En muchos casos la responsabilidad se delega en los otros sin asumirla como propia.** Los padres y profesores lo tienen más o menos claro pero en muchas ocasiones lo que no tienen son las estrategias, habilidades y en definitiva la formación necesaria para enfrentar operativa y eficazmente el problema.

- ✍ Se denota una **falta notable de coordinación entre instituciones, asociaciones,** etc. sin la cual no podrá configurarse una labor eficaz sino sólo la suma de actuaciones parciales de dudosa implantación, operatividad y calado social.
  
- ✍ Es necesaria la sensibilización y formación de los profesionales que, por trabajar con niños, adolescentes y sus familias, se encuentran en una posición privilegiada para detectar precozmente interacciones familiares negativas para el acceso a la autonomía.
  
- ✍ Los adolescentes desean emular a los adultos con su comportamiento, pero sin la suficiente reflexión, conocimiento y responsabilidad.  
La causa subjetiva del consumo de estas sustancias es el deseo de ser igual que sus semejantes, la búsqueda del éxito en la relación con el otro sexo y la baja tolerancia a la frustración: "hay que vivir intensamente de la forma más placentera posible".
  
- ✍ Desde un punto de vista psicológico, **al adolescente no se le puede decir directa y abiertamente "no bebas" con medidas más o menos legales que atentan directamente a sus modos y lugares de diversión, sino buscar medidas indirectas a través de las cuales sea el propio adolescente el que llegue por sí mismo a desinteresarse del alcohol.** Se trata de analizar los beneficios, satisfacciones y el provecho que los adolescentes obtienen del alcohol para que podamos establecer estrategias encaminadas a disminuir el interés por la bebida, la motivación o el deseo de beber.

### **3.- Objetivos generales de intervención**

Las pautas para la intervención municipal en materia de drogodependencias vienen claramente establecidas en el Documento aprobado en Julio de 1996 por la Ponencia Técnica para el apoyo de los Planes Municipales sobre Drogas en los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes.

Se deben considerar tres aspectos generales en la intervención en drogodependencias: **prevención, asistencia e integración**. Sin embargo, de acuerdo con las actuales tendencias de la intervención en drogodependencias, la fase de asistencia o tratamiento no puede considerarse aisladamente de la fase de integración. El tratamiento y la reinserción social son procesos que interactúan entre si y forman parte como un todo, de un proceso global y único de atención al drogodependiente. De esta forma la reinserción social comienza en el mismo momento de iniciarse el tratamiento y éste termina con la reinserción social del drogodependiente; por todo ello, se hace imprescindible la integración entre los programas de tratamiento y de reinserción social.

Aunque el municipio como tal, y este plan en particular, no tienen competencias en el nivel asistencial, de acuerdo con la consideración anterior se hace preciso un esfuerzo de coordinación con aquellos organismos que asuman dicha competencia para asegurar una coherencia en el conjunto de la intervención, sin fisuras ni vacíos en las actuaciones.

### **3.a) La intervención preventiva:**

Debe centrarse en tres aspectos relacionados en el consumo de drogas:

1.- Reducir la oferta de sustancias tóxicas.

Según los estudios existentes, hay que hacer mayor hincapié en el consumo de alcohol y tabaco, que al ser las más asequibles y socialmente admitidas, son el primer escalón en la iniciación de los jóvenes en las toxicomanías. Se debe potenciar la valoración social de los no consumidores. No obstante, los Ayuntamientos tienen igualmente competencias en el control del tráfico de sustancias ilegales.

2.- Reducir la demanda, es decir, el número de consumidores de sustancias tóxicas entre la población. De nuevo la mayor relevancia debe estar puesta en los consumidores de alcohol y tabaco, sin obviar el resto de sustancias, especialmente aquellas que suponen una alternativa accesible y económica.

3.- Retardar las edades de inicio en el consumo de drogas legales. A sabiendas del arraigo que las drogas institucionalizadas tienen en la cultura de nuestro país, y por ende de nuestro municipio, se comprende que cuanto más se retrase el inicio, más difícil será la caída hacia el consumo excesivo, y en cualquier caso se efectuará un uso de dichas sustancias más responsable y controlado.

### 3.b) La intervención en asistencia e integración:

El organigrama de los niveles en asistencia y reinserción es el que sigue:

Primer nivel	Atención Primaria y Acción Social (recursos generales): <b>CEAS</b> Programas baja exigencia (recursos específicos): Centros específicos 1 <sup>er</sup> nivel, asesoramiento en Juzgados, P. reducción riesgos y daños...etc
Segundo nivel	Recursos especializados en general: Salud Mental Distrito, Hospitales...etc Específicos drogodependencias: P. tratamiento ambulatorio, Centros de día, P. en centros penitenciarios...
Tercer nivel	Unidades de desintoxicación hospitalaria Comunidad terapéutica Unidades residenciales rehabilitación
Cuarto nivel	<b>Servicios municipales integración social</b> Centros de actividades, talleres Pisos de reinserción, otros recursos residenciales.

El papel de los servicios municipales se sitúa en los niveles I y IV. -

Primer nivel: Primera toma de contacto con el toxicómano a tratar o su familia, proporcionando la adecuada orientación y la oferta de servicios que responda a sus necesidades. En muchos casos la detección del problema de drogodependencias

puede hacerse cuando se requieren otros servicios sociales, constituyendo los CEAS un punto de contacto muy importante para la motivación y orientación de toxicómanos hacia los tratamientos. Pueden resumirse, las actuaciones básicas a desarrollar desde los CEAS en el campo asistencial como sigue:

- ▲ Detección precoz (identificar indicadores de drogodependencias)
- ▲ Apoyo y asesoramiento individual. (Al afectado y/o familia)
- ▲ Motivación de la necesidad de tratamiento
- ▲ Orientación al recurso más adecuado, proporcionando la información necesaria.
- ▲ Derivación a los recursos de primer o segundo nivel asistencial (en función de la motivación)
- ▲ Gestión de prestaciones sociales, orientación a recursos sociales de apoyo

Para que los Servicios sociales municipales puedan realizar correctamente esta labor, el Plan municipal debe proporcionar el soporte técnico adecuado, en particular:

- \* Información correcta y actualizada
- \* Formación continuada en drogodependencias para el personal de los CEAS
- \* Elaboración de Protocolos operativos de actuación, coordinando con los recursos asistenciales para potenciar el trabajo en red.

Cuarto nivel: Su función principal es la integración social del drogodependiente. Los **Servicios municipales de Integración social** son el recurso de referencia para este nivel. Deben informar, asesorar y orientar al toxicómano a la oferta de oportunidades de integración social, a la vez que captar recursos normalizados para ellos. Se asume esta función desde los Servicios Sociales municipales, como programa específico, aunque es importante no generar segregación, y activar el acceso del drogodependiente a actividades normalizadas. No obstante, para alcanzar la igualdad de oportunidades puedan ser necesarias medidas especiales, y en general un adiestramiento antes de integrarse socialmente. La reinserción incluye dos tipos de acciones complementarias:

- Preparación del ex-drogodependiente: formación, situación jurídico - penal, etc.
- Preparación de la comunidad para que acepte sin reservas al ex-drogodependiente, familia, amigos, mercado laboral, comunidad en general.

Las actuaciones del Plan municipal para favorecer la reinserción pueden resumirse en:



★ **Apoyo y orientación a la familia** del toxicómano, individualmente o a los grupos de autoayuda que ellos puedan crear. (Apoyo psicológico, ayudas económicas...etc)

★ Dar **formación a los afectados**, académica para posibilitar su acceso al trabajo, y en habilidades para su integración. Esto se hará por los canales normalizados, pero se les motivará y se apoyará su incorporación a los mismos. Se les proporcionará toda la información disponible sobre recursos formativos, y se promoverá la implicación de las entidades de formación en la integración social de drogodependientes.

★ Intentar la **integración laboral**. Dada su desventaja ante las oportunidades de empleo, puede ser aconsejable utilizar en principio recursos y programas especiales: (motivación, estudio de las posibilidades del individuo, formación laboral y acompañamiento en la búsqueda de empleo).

★ **Propiciar la oferta laboral** a este colectivo. (Programas de prácticas, talleres prelaborales de gestión municipal o concertada, apoyo a empresas de autoempleo, acceso a puestos de trabajo dependientes del Ayuntamiento, una vez rehabilitados)

★ **Fomentar relaciones con otras personas**, fuera del mundo de la droga. Desde los grupos de Centros de Tratamiento, hasta las actividades culturales, deportivas o recreativas de asociaciones normalizadas. Para ello, orientar e impulsar desde los CEAS

★ Facilitar **asesoría jurídica y orientación legal**, para resolver sus posibles problemas en este sentido. Para ello existen recursos del Plan Regional sobre Drogas, informar y dirigirlos hacia ellos.

★ Apoyo a los **recursos residenciales** para drogodependientes sin hogar

★ **Sensibilizar y preparar a la comunidad** para acoger al ex drogodependiente

★ **Formar y asesorar permanentemente a los agentes de la reinserción:**

Educadores, monitores, responsables laborales...etc

#### **4.- Objetivos específicos de intervención**

Tanto para reducir la demanda como la oferta de drogas, las estrategias aplicables por el PMD se basan en:

**Información:** **Sensibilizar al receptor** acerca del consumo de drogas (causas, efectos) y generar alternativas saludables de vida incompatibles con el consumo de drogas.

**Formación:** Instauración de hábitos y estilos de vida saludables de todos los individuos del municipio.

**Captar** en los Centros asistenciales y en las unidades de deshabituación a los consumidores de drogas tanto legales como ilegales.

**Asegurar** el seguimiento y tratamiento adecuados en los Centros de Salud y unidades específicas de las personas en proceso de recuperación.


**Fomentar** la reinserción social de las personas en tratamiento.

**Potenciar** las oportunidades y alternativas sociales a grupos marginales.

##### **4.a) La información en el Plan Municipal de Drogodependencias**


Como se ha podido comprobar en algunos estudios de necesidades efectuados, es frecuente que un porcentaje significativo de la población del municipio posea una información escasa o desvirtuada acerca de las drogas.

Podemos considerar varios niveles de información dependiendo de la fuente y del destinatario. El objetivo fundamental se basa en elegir la fuente adecuada, en el momento oportuno para el objetivo que se pretende y adaptada al destinatario al que se dirige. Así:

 información personalizada: formando parte del asesoramiento que los CEAS, centros asistenciales, ONGs y demás recursos normalizados deben ofrecer.

 a grupos diana: aquellos grupos que por sus características intrínsecas son

susceptibles de información por medio de charlas, debates, conferencias, jornadas, etc.

 a la población: utilizando como vehículo los Medios de Comunicación Social. Son los más generales, sin pretensión de producir un fuerte calado, pero que ayudan al proceso de sensibilización, previo a otro tipo de abordaje.

Por otra parte debemos observar cómo se encuentra una determinada comunidad o sector de la población a la hora de lanzar un determinado mensaje. En ocasiones es posible que primero haya que producir algún tipo de cambio para que exista la receptividad adecuada.

El objetivo último de la información en el PMD es ofrecer datos al receptor que le permitan adoptar una actitud crítica autónoma con respecto a las drogas.

#### **4.b) La formación en el Plan Municipal de Drogodependencias**

##### **Objetivos generales:**

- =>Promover la EDUCACIÓN para la SALUD dentro de programas estables que sirvan para informar y sensibilizar hacia actitudes incompatibles con el uso de drogas.
- => Facilitar el conocimiento de los efectos y consecuencias del consumo de drogas a nivel personal, familiar y social.
- =>Identificar las situaciones de riesgo y desarrollar hábitos y estrategias de respuesta adecuadas.
- =>Concienciar de la necesidad de generar alternativas saludables de vida incompatibles con el consumo de drogas, así como de los efectos y causas estos hábitos.

En definitiva, se persigue que **todos seamos AGENTES de SALUD** y de prevención.

Serán requisitos para esto:

- actuar adecuadamente en el tejido social, a través de formadores o mediadores sociales

- metodología, técnicas y estrategias adecuadas para facilitar una mayor eficiencia en las intervenciones comunitarias.
- adaptación a la realidad social del momento para una efectividad a corto, medio y largo plazo.

## **5.- Criterios básicos de actuación**

- a) Perspectiva intersectorial
- b) Participación de la Comunidad
- c) Coordinación
- d) Normalización
- e) Mediadores
- f) Globalización
- g) Evaluación
- h) Detección precoz

### **5.a) Perspectiva intersectorial**

Dado el carácter multidimensional del problema, las actuaciones de las áreas municipales implicadas deben responder a una política común, coordinada, coherente y consistente

### **5.b) Participación de la Comunidad**

La eficacia de los programas de Salud en general y de drogas en particular se incrementa en la medida en que la comunidad participa. Así pues, la comunidad debe ser el vehículo de las intervenciones y no el escenario de las mismas.

La participación social puede ir desde facilitar la recogida de datos hasta la colaboración en la toma de decisiones. Esto conlleva unos determinados niveles de implicación y de corresponsabilidad de los técnicos municipales y de los representantes comunitarios. En la práctica, la participación se hará por los canales de coordinación establecidos con las organizaciones ciudadanas. No se implica sólo a ONGs específicas

relacionadas con la droga, sino a las asociaciones ciudadanas en general.

### **5.c) Coordinación**

Ya se ha hablado anteriormente de que la intervención en un fenómeno complejo como el de las toxicomanías exige de la Administración Municipal una adecuada coordinación entre los servicios que la integran. Se entiende la coordinación a tres niveles:

- \* Entre las diferentes áreas del Ayuntamiento
- \* Entre el Ayuntamiento y otras Administraciones, sobre todo la autonómica
- \* Entre el Ayuntamiento y las ONGs que desarrollen programas de prevención e integración social en el ámbito exclusivamente municipal

Pero sólo se crearán órganos de coordinación si los previstos en la Ley 3/1994 fueran insuficientes. (Comisión Técnica Provincial)

### **5.d) Normalización**

Todas las acciones que se lleven a cabo deben centrarse en las diferentes políticas generales y sistemas básicos sanitario, social, educación, empleo, etc. de los que la Sociedad y el Ayuntamiento se han dotado.

Se trata de evitar en la medida de lo posible servicios aislados que se conviertan en excluyentes para sus destinatarios, maximizando y potenciando los recursos disponibles.

### **5.e) Mediadores**

Agentes de la comunidad que se configuran como los garantes de la participación

ciudadana en la intervención. Se requiere que tengan suficiente información y el adecuado apoyo técnico en el desarrollo de los diversos programas.

### **5.f) Globalidad**

Con el objetivo de favorecer actuaciones integrales , se consideran los ámbitos preventivos y de integración social como dimensiones convergentes y absolutamente complementarias en el Plan municipal de Drogodependencias.

### **5.g) Evaluación**

El Plan estará sujeto a constante evaluación por medio de una serie de criterios que permitan en cualquier fase identificar aquellos aspectos parciales o totales que sean susceptibles de ser modificados, eliminados o potenciados con el objeto de adecuar las actuaciones a los objetivos.

Se entiende el Plan pues como un instrumento dinámico, susceptible de ser revisado y abierto a nuevas demandas, dando así respuesta a la drogodependencia como fenómeno en continuo proceso de cambio.

### **5.h) Detección precoz**

Debe erigirse como una de las estrategias más importantes dentro del proyecto global. La base de una buena prevención es identificar el problema en su fase inicial, momento en el que la intervención puede desarrollar toda su eficacia en cuanto a resultados positivos.

## **6.- Coordinación del Plan Municipal sobre Drogas**

Para garantizar la efectividad del PMDB son esenciales los aspectos de interdisciplinariedad e intersectorialidad.

La Administración Municipal adoptará mecanismos de coordinación que garanticen el ejercicio de sus competencias en esta materia, facilitando el cumplimiento de las funciones de otras entidades y administraciones. Se guiará por el principio de economía de esfuerzos y de máxima rentabilidad de los recursos disponibles.

El interés del Ayuntamiento se centra en que los programas de intervención en drogodependencias desarrollados en el ámbito de su municipio respondan a unos objetivos y estrategia común, evitando la dispersión en acciones puntuales, muchas veces repetitivas e ineficaces, a pesar de la buena voluntad que anima a las Organizaciones o Entidades responsables.

Por otra parte, en cuanto a la coordinación con otras Administraciones, la Ley 3/1994 de la Junta de Castilla y León define las competencias de la Administración regional, provincial y local, y los instrumentos de coordinación de actuaciones en la intervención en drogodependencias. El Ayuntamiento de Burgos participa en la Comisión Técnica Provincial, y toda actuación en desarrollo del PMDB será conocida por dicha Comisión.

Dado que el abordaje de la prevención de las drogodependencias requiere del compromiso y la participación del conjunto de la sociedad, se creará un cauce de participación en el desarrollo del PMDB para los órganos de la Administración competentes en áreas implicadas en los programas de Prevención (Atención Primaria, Dirección Provincial Ministerio de Educación) ONGs asistenciales y las Asociaciones ciudadanas interesadas en dar respuestas al problema de la droga en la Ciudad.

Además de una buena coordinación externa con administraciones, organismos y

asociaciones, la más esencial es la coordinación interna, a nivel político de las diferentes concejalías y a nivel técnico, de las diferentes áreas municipales, para llevar a cabo las actuaciones previstas en el PMDB sin fisuras y con la máxima eficacia.

Por tanto, para el desarrollo del PMDB, consideramos dentro del ámbito municipal se pueden considerar los niveles de coordinación siguientes:

### **6.a) Coordinación con otras administraciones**

Se colaborará con otras administraciones de la región, especialmente la Administración Autonómica, a través fundamentalmente de la Comisiones Provinciales de Coordinación, evitando duplicar estructuras de coordinación ya existentes.

### **6.b) Coordinación Interdepartamental**

Una gran parte de las diferentes secciones del Ayuntamiento está relacionada con los objetivos de este plan, bien sea de forma directa (Sanidad, Acción Social, Juventud, Policía Municipal ... ) o indirecta (Servicios, Infraestructuras ... ). Son muchas las organizaciones no dependientes de las instituciones con las que estas concejalías tienen colaboración directa, bien sea a través de colaboraciones con personal municipal, bien sea a través de ayudas y subvenciones para la realización de actividades.

A partir de la aprobación de este Plan, resulta imprescindible que las acciones llevadas a cabo en el campo de las Drogodependencias sean coordinadas y llevadas a cabo dentro de los objetivos del PMDB.

Para ello:

La Concejalía y Comisión Municipal responsable a nivel político del PMDB es la de Sanidad, Consumo y Medio Ambiente.

Se informarán y evaluarán los programas de actuaciones del PMDB dentro de



un **Grupo de Trabajo** a nivel político formado por las Concejalías de Sanidad, Acción Social, Juventud, Delegación de Policía Local, Cultura, Servicios y Presidencia del Consejo de Instalaciones Deportivas.

Se crea una Comisión Técnica Interáreas del Ayuntamiento, en la que participará un técnico municipal por cada área o Sección implicada, que dará apoyo técnico al Grupo de Trabajo sobre Drogodependencias y será el organismo encargado de la coordinación interna del Plan.

Existirá un Coordinador Técnico Municipal del PMDB, responsable de su puesta en marcha y del desarrollo de las actividades programadas para cada ejercicio, que actuará como Secretario de la Comisión Técnica municipal Interáreas.

Por último, se procurará una programación presupuestaria con cargo a una partida única y concreta, aunque el gasto deba gestionarse por diferentes áreas municipales.

### **6.c) Coordinación con las ONGs**

Deberá existir un conjunto de acuerdos en lo esencial, esto es en lo referente al planteamiento de objetivos y estrategias comunes, formando equipos de trabajo específicos para la consecución de dichos objetivos, especialmente en la elaboración de programas comunitarios de prevención e integración.

La Coordinación de este Plan deberá formar parte de las cuantas comisiones se creen para la adopción de criterios y programas relacionados con las Drogodependencias. En ningún caso, el Ayuntamiento apoyará iniciativas que no sigan los objetivos del PMDB.

### **6.d) Creación de mecanismos de coordinación de la participación social**

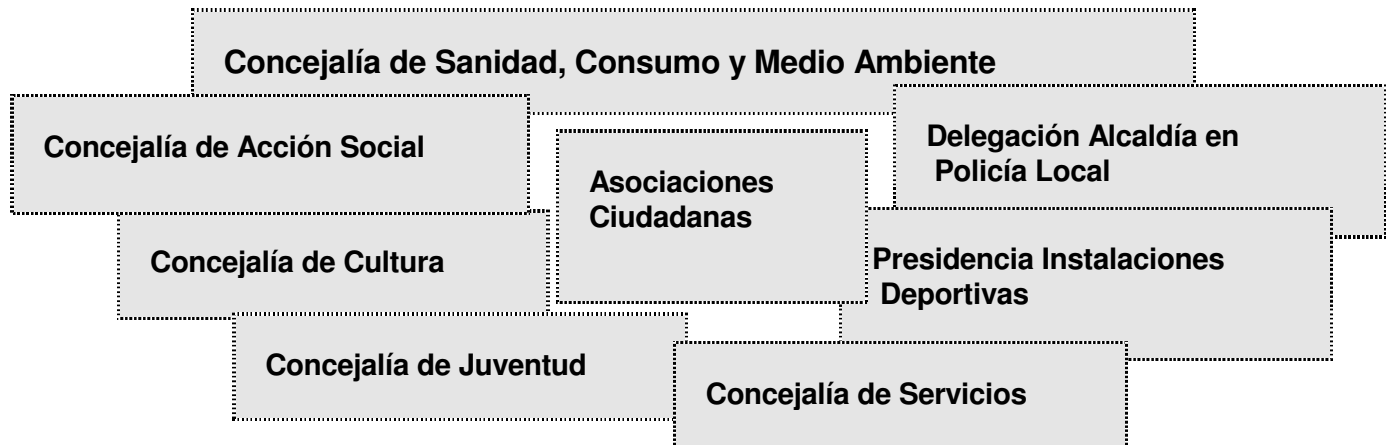
Garantizarán la colaboración de la comunidad, prestando una particular atención a la inclusión de entidades de carácter general que habitualmente no participen

en las estructuras de coordinación ya existentes.

Dado el interés manifestado respecto a las actuaciones preventivas de drogodependencias por parte de diversas Asociaciones Ciudadanas, se procurará crear un cauce de participación en el que asociaciones, grupos deportivos, culturales, musicales...etc opinen acerca de los programas dirigidos específicamente a su ámbito de actuación, (ámbito comunitario para las Asociaciones de Vecinos, escolar para las Asociaciones de Padres de Alumnos, juvenil para Consejo de la Juventud...etc) y puedan colaborar en su desarrollo y en la evaluación de los resultados. Dicho cauce adoptará la forma de un grupo de trabajo específico, en el que participarán representantes de las asociaciones implicadas junto con la Comisión Técnica Interáreas del PMDB.

De acuerdo con los esquemas propuestos, se tiene en cuenta la idea de que **todos somos agentes preventivos**. Fomentamos la participación de representantes directos de los ciudadanos, de modo que se favorezca la implantación de programas fruto de la experiencia de la propia Comunidad. Sin ello no existiría un sentimiento de implicación o pertenencia. De esta forma se asegurará al máximo el éxito en la implementación de programas comunitarios de prevención en drogodependencias.

## **COORDINACIÓN INTERNA DEL PMDB: GRUPO DE TRABAJO A NIVEL POLÍTICO**



### **Comisión técnica interáreas:**

- Coordinador técnico del PMDB - Servicio de Sanidad
- Técnico municipal en Acción Social (Coordinador CEAS)
- Inspector Policía Local
- Técnico municipal de Juventud
- Técnico municipal en Actividades Deportivas y de Recreo
- Técnico municipal en Cultura (Coordinador Cultural)
- Técnico municipal de Servicios (Licencias de apertura establecimientos)

### **COORDINACIÓN EXTERNA DEL PMDB**

- Organismos de la Administración:

**Comisión Técnica Provincial de Drogodependencias Integra:**  
Servicios de Salud y Educativos de la Administración  
Plan regional de Drogas  
ONG Tratamiento Homologadas

**Coordinador Técnico PMDB**

- ONGs, Organizaciones de tratamiento y rehabilitación, Atención Primaria, Dirección Provincial del MEC ➤ Participan en la Comisión Técnica Provincial.
  
  - Asociaciones Ciudadanas: Asociaciones de Vecinos, Asociaciones de Padres de Alumnos, Consejo de la Juventud, Asociaciones culturales y juveniles,...etc, etc
- 

**Comisión Técnica  
Municipal Interáreas**

*GRUPOS DE TRABAJO O COMISIONES PARA PROGRAMAS  
CONCRETOS EN SU ÁMBITO DE ACTUACIÓN*

---

## **7.- Sistemas de intervención**

### **7.1) Para la disminución de la demanda**

#### **7.1.1) Objetivos generales**

El objetivo básico de este conjunto de actuaciones sería dotar a la población de unos criterios y hábitos de vida tales que, incluso ante una oferta abundante y accesible de las drogas legales o ilegales, no existiera demanda.

Por tanto, estos sistemas de intervención se basan en la información y formación a la población en general, y a cada grupo específico en particular, de la necesidad de generar alternativas saludables de vida, incompatibles con el consumo de drogas.

#### **7.1.2) Estrategias**

Se dirigirán a grupos específicos de la población, incluyendo sin embargo actuaciones dirigidas al ámbito comunitario.

Estos grupos específicos incluirán preferentemente los colectivos más vulnerables:

- ◆ Grupos de riesgo, jóvenes en general, escolares.

También aquellos grupos sociales que pueden tener influencia en los primeros:

- ◆ Familias, Colectivos de trabajadores.

En general, se utilizarán actuaciones de:

##### **7.1.2.a) Difusión y sensibilización**

- Difusión de información, general (medios de comunicación, impresos, carteles...etc) o individualizada (jornadas, charlas, cursos...etc) Los mensajes que se transmiten por cualquiera de los cauces se han de adaptar a las necesidades y características de la población a la que se dirige. Asimismo, a través de los medios de comunicación social se intentará que las distintas actividades lleguen a colectivos habitualmente poco informados.

-Sensibilización acerca del problema de las drogodependencias. Esto es particularmente importante en los programas dirigidos a disminuir el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol), ya que las medidas restrictivas ante hábitos tan arraigados en nuestra cultura son difícilmente aceptadas. Los medios de comunicación se constituyen así como mediadores con la influencia en la creación de estados de opinión.

#### **7.1.2.b) Formación**

- Formación dirigida específicamente a las necesidades de cada grupo, **primando la formación de los agentes mediadores** que deben transmitir los conocimientos y habilidades a los grupos diana. Así, los padres, profesores, monitores juveniles, trabajadores sociales, vocales sindicales...etc, según los casos, en lugar de funcionar como meros transmisores de conocimientos intelectuales acerca del problema de la droga, actuarán como educadores y configuradores de la personalidad integral de los individuos. Asimismo, los Sanitarios de los Centros de Salud deben desarrollar una actividad no solo curativa, sino preventiva y de promoción de la Salud.

- Dotar a los individuos de las capacidades necesarias para reaccionar ante la frustración, mantener la autoestima y resistir la oferta ante la presión de grupo.

- Intentar una concienciación acerca de las causas del problema, y una toma de actitudes para eliminarlas o modificarlas por parte del propio colectivo implicado, de modo que vaya adquiriendo progresivamente un sentido de auto-responsabilidad en la salud. En esta reflexión debe ser ayudado por los mediadores adecuados, y sólo llegará a darse con una suficiente sensibilización previa.

#### **7.1.2.c) Potenciar alternativas**

Una estrategia que fomente hábitos saludables en los colectivos sensibles al fenómeno de la drogadicción debe procurar alternativas de vida, y en el caso de la población infantil y juvenil, tener en cuenta la importancia del ocio y tiempo libre.

La administración municipal es capaz de ofrecer muchas alternativas a los ciudadanos para un empleo creativo del ocio. Por ello, en el desarrollo del PMDB se procurará potenciar toda actividad que resulte atractiva para los sectores de riesgo, apoyando las iniciativas de asociacionismo juvenil, potenciando y acercando a los niños y jóvenes la oferta cultural y deportiva, y procurando incorporar a estos programas a los grupos. La estrategia de enganche en actividades para adolescentes y jóvenes pasa por interesar al grupo de amigos, mucho más que al individuo.

Se intentará que los jóvenes se impliquen con su medio, tengan una participación activa en la elaboración de programas y más que crear otra "dependencia", en este caso no de sustancias, sino de diversiones hechas, sean los propios jóvenes quienes tomen las riendas en la elaboración de alternativas saludables para el tiempo libre. El PMDB apoyará estas iniciativas juveniles, o bien de otros colectivos, con los medios disponibles.

## **7.2) Para el control de la oferta**

### **7.2.1) Objetivos generales**

En la medida de lo posible, el PMDB se propone aplicar todos los mecanismos de que se dota a la Administración Local para restringir la presión de la oferta de drogas sobre la población, en particular la infantil y juvenil. El tratamiento será diferente en el caso de las drogas legales e ilegales, pero en ambos casos se intentará lograr el objetivo de disminución de consumo, y de retardar la edad de inicio en el caso del alcohol y tabaco.

### **7.2.2) Estrategias de intervención**

Se adoptarán todas aquellas en las que el Ayuntamiento es competente, en particular:

#### **7.2.2.a) Ordenanza municipal sobre la prevención en el consumo de alcohol y**

## **tabaco**

Ya aprobada con fecha 29/4/96 la Ordenanza que regula la venta y consumo de alcohol y tabaco, y en vigor desde el 10/1/97, el Ayuntamiento aplica lo previsto en su articulado para la regulación de las distancias mínimas entre establecimientos en las Licencias de Apertura. Igualmente en lo referente a prohibiciones de consumo de alcohol y venta de tabaco en la vía pública, venta de alcohol a menores...etc

### **7.2.2.b) Información legislativa**

Para mantener informados a los distintos sectores implicados acerca de las disposiciones legales que limitan y/o prohíben la publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, se procurará difundir esta normativa mediante los sistemas adecuados (trípticos, circulares...etc) así como asesorar a los interesados para su interpretación. Se publicará la Ordenanza Municipal de Prevención del Consumo de Alcohol y Tabaco. Con esto se pretende que a través de diferentes canales de distribución llegue al público en general y en especial a los responsables de establecimientos de hostelería.

### **7.2.2.c) Actividad inspectora**

Esta actividad se dirige:

A comprobar el cumplimiento de la Ordenanza sobre la Prevención en el Consumo de Alcohol y Tabaco. Para ello se utilizarán los medios de inspección de que dispone el Ayuntamiento (Policía local, Inspección Sanitaria). Se intentará simultáneamente sensibilizar y asesorar al sector de Hostelería, dada la importancia de su colaboración para el cumplimiento de la Ordenanza, y en el curso de las inspecciones realizar una labor educativa para que los jóvenes tomen conciencia de la importancia de la prevención del alcoholismo y tabaquismo.

A evitar la presencia y distribución en la calle de las drogas de tráfico ilegal. Como principio básico, se impulsará la coordinación de la Policía Local con las Fuerzas



y Cuerpos de Seguridad del Estado, actuando respecto a ellos como informadores y colaboradores. Se intentará disponer de efectivos patrullando los puntos de la Ciudad donde se concentre el tráfico ilegal de drogas. En esta línea, se espera una eficaz actuación de la Policía de Barrio, que por sus características es la más adecuada para esta intervención.

#### **7.2.2.d) Actividad sancionadora**

Como consecuencia de la actividad inspectora, se impondrán las sanciones previstas por la Ordenanza o por la Ley 1/92 de Protección y Seguridad Ciudadana. En la imposición de las sanciones, cuando se compruebe que se fomenta el consumo de drogas legales o ilegales por niños y jóvenes por motivos de lucro, se procurará que sirvan de ejemplo, mediante la publicación de la sanción aplicada.

## **8.- PROGRAMAS DE ACTUACIÓN**

Los diversos programas aquí enumerados constituyen los campos de actuación que el PMDB se plantea como objetivos mínimos.

Como requisito previo a la puesta en marcha de los programas, una vez aprobado el Plan, será necesaria una etapa de **formación específica en prevención de drogodependencias del personal municipal** que vaya a participar en el desarrollo del PMDB, incluyendo temas referentes a educación para la salud y habilidades de comunicación.

Incluirá como mínimo a todos los miembros de la Comisión Técnica Interáreas, y al personal municipal encargado de las actuaciones previstas en el PMDB de las siguientes Secciones:

- Sanidad
- Policía local
- Acción Social
- Juventud
- Cultura
- Instalaciones Deportivas

### **8.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR**

#### **Objetivo**

- **Previo:** Formar, motivar y asesorar a los Profesores y Padres dispuestos a participar en la acción preventiva.
- Desarrollar proyectos concretos de intervención preventiva en la comunidad escolar dentro del marco general de Programas del Plan Regional sobre Drogas y de la propuesta educativa de la LOGSE.

#### **Destinatarios**

La comunidad escolar, especialmente los integrados en Enseñanzas Medias, F.P. y E.S.O.

Otros centros educativos existentes, tal como el Centro de Educación Permanente de Adultos.

### **Implementadores**

Los profesionales fundamentalmente, integrando la información y formación dentro de un proyecto más amplio de Educación para la Salud e intentando siempre que esté vinculado al desarrollo normalizado del curriculum sin que se convierta en algo puntual, con expertos externos al centro escolar y sin continuidad. Ello exige una amplia formación del profesorado.

### **Coordinación**

La forma de articular la colaboración interinstitucional prevista es la firma de acuerdos de cooperación municipales entre el Ayuntamiento, MEC, y Junta de Castilla y León, o bien integrarse en un Acuerdo provincial más amplio en el que participe la Diputación, entendiéndose que la aportación del Ayuntamiento será dirigida al desarrollo de los Programas preventivos en los Centros Escolares de la Ciudad de Burgos.

Además de firmar acuerdos con el MEC, también se contempla la posibilidad de llevarlo a cabo con otras instituciones, siempre que se considere que dicho convenio supone una mejora en la agilidad, eficacia y gestión de los diferentes programas

### **Metas:**

© Los Centros de enseñanza Secundaria, Media y Formación Profesional dispondrán de un miembro al menos del Claustro motivado y formado en Educación para la Salud y Prevención de Drogodependencias, que actuará como coordinador del desarrollo

de los Programas Preventivos en su Centro.

- ☺ Los centros escolares, tanto públicos como privados del Municipio, desarrollarán en Educación Primaria, programas de Educación para la Salud y prevención de las drogodependencias centrados principalmente en las causas y efectos del tabaco y el alcohol.
- ☺ Los Institutos de Enseñanzas Medias, Formación Profesional y E.S.O. desarrollarán actividades de Prevención de las Drogodependencias centradas en la información sobre las causas y los efectos de consumo de alcohol, tabaco y derivados cannábicos fundamentalmente, así como los factores que inciden en la drogodependencia juvenil.
- ☺ Las Asociaciones de Padres de Alumnos de Enseñanza Primaria, Secundaria y Formación Profesional habrán desarrollado un módulo de formación sobre Prevención de las Drogodependencias en el ámbito familiar.

### **8.1.1) Subprograma profesores**

Objetivos:

Sensibilizar y proporcionar información básica a educadores sobre el uso, abuso y dependencia de las drogas y sobre la prevención de las drogodependencias.

Modificar actitudes ante las drogodependencias y profundizar en conocimientos teóricos y técnicas de prevención en la comunidad escolar.

Fases del programa:

#### **Sensibilización:**

Al desarrollar un Programa de prevención en el ámbito escolar, existe una primera fase de selección del Centro educativo, en función del interés que se considere tiene la prevención en dicho Centro, debido a factores de riesgo o a motivación positiva de APAs o Claustro. Se comienza por informar detalladamente a la Dirección, claustro y responsables de la APA correspondiente de los contenidos y desarrollo del Programa.

Igualmente, de las razones que hacen conveniente abordar la educación sobre drogas a esas edades en los centros educativos.

La segunda fase corresponde a:

**Formación:**

Realización de cursos teórico - prácticos de formación dirigidos al profesorado. Se realizarían en el propio centro y el contenido sería el siguiente:

- \*Percepción social del problema de las drogas: datos epidemiológicos de la ciudad de Burgos (estudios).
- \*Las drogas y los medios de comunicación.
- \*Principales estereotipos sobre las drogas
- \*Terminología y conceptos relacionados con las drogodependencias
- \*Información básica sobre sustancias
- \*Factores asociados al consumo de drogas
- \*La prevención en el ámbito escolar
- \*Pautas para la elaboración de un proyecto de educación sobre drogas en el aula
- \*Algunas técnicas y materiales de utilidad para la prevención en el ámbito escolar

En la primera parte del curso se profundizaría con una metodología activa en los citados contenidos, para pasar, en una segunda parte, a trabajar con el profesorado en el diseño de actividades concretas de prevención con los alumnos ajustadas a la realidad de cada entorno educativo, lo que se plasmaría en un proyecto de intervención en el aula.

**Intervención:**

En esta fase, los profesores aplicarían en el aula, con la permanente supervisión de profesionales especializados, las actividades previamente diseñadas en el proyecto de intervención.

**Evaluación:**

Para evaluar el subprograma se utilizarían los siguientes instrumentos:

- ❖ Cuestionario de evaluación de conocimientos y actitudes, aplicado previa y posteriormente a la fase de formación.
- ❖ Cuestionario de evaluación de satisfacción de los participantes respecto a contenidos, tiempo, metodología, monitores y resultados del proceso formativo.
- ❖ Proyectos de intervención en la comunidad escolar elaborados por los profesores durante la fase de formación. Uno de los aspectos más importantes de la evaluación en la fase de intervención sería comprobar que en efecto los proyectos son aplicados y que el grado de ajuste de los mismos a lo inicialmente programado es el adecuado.
- ❖ Entrevistas de evaluación con cada grupo de profesores que hubiesen recibido la formación y que hubiesen desarrollado un proyecto de intervención en su comunidad escolar.

### **8.1.2) Subprograma padres**

#### **Sensibilización:**

Se procura que los padres actúen como un refuerzo y un complemento extraescolar en las acciones preventivas, integrando aspectos de formación y motivación para los miembros de las APAs en el desarrollo de los programas para el ámbito escolar. Debido a ello la primera etapa de sensibilización es común a la del Claustro y Dirección del Centro.

#### **Formación:**

Paralelamente a los cursos teórico prácticos dirigidos a los profesores, se impartirá un módulo de formación dirigido a los padres. Los contenidos serán paralelos en la parte general, pero incluirán en cambio aspectos relacionados con la prevención en el ámbito familiar, la comunicación, la autoestima, las habilidades sociales y la toma de decisiones.

En todo momento se trata de que la formación proporcionada a los padres sea

coherente con la facilitado al profesorado, de modo que el impacto educativo sobre los hijos/alumnos sea convergente. No obstante, en el programa los cursos de formación se realizarían separadamente para cada sector de modo que se pudiesen abordar los aspectos más relevantes referidos a cada realidad concreta.

### **Intervención:**

Los padres, también con supervisión especializada, diseñarán y llevarán a cabo actividades extra - escolares que complementen y den soporte a las actuaciones en el aula. El objetivo último es que ambas intervenciones sean convergentes y coherentes.

### **Evaluación:**

Los criterios son similares a los establecidos para el subprograma profesores, (Cuestionario, entrevistas...etc), con la salvedad del proyecto para intervención en el aula. En el caso de los padres cabe elaborar un proyecto para apoyo al programa en el hogar.

## **8.1.3) Subprograma alumnos**

Son los destinatarios de las primeras fases del programa, que actúan sobre profesores y padres. El objetivo es que esta formación no se quede estancada, sino que se transmita a los alumnos e hijos

Objetivos:

- ◆ Identificar las situaciones de riesgo, y dotar de estrategias adecuadas a los jóvenes para que puedan hacerles frente.
- ◆ Crear una actitud incompatible al consumo, fomentar la autonomía crítica por medio de la Educación para la Salud creando unos hábitos de vida sana.

**Desarrollo de los programas:**

Las actividades previamente elaboradas por el profesorado en conexión con los padres, y supervisadas por el monitor del Programa, se desarrollan integradas en el Curriculum del Curso como una materia transversal, que puede incluir conceptos teóricos y talleres prácticos, e incluso actividades extraescolares.

La duración prevista del Programa puede oscilar entre 3 y 4 meses.

### **Seguimiento y evaluación:**

En esta etapa el monitor del programa pasa a desempeñar un papel consultor y evaluador, aún asesorando a los profesores y padres en el desarrollo del programa cuando sea necesario.

Como criterios de evaluación para este subprograma:

- ❖ Informe de ejecución en cada centro, elaborado por el monitor correspondiente.
  
- ❖ Cabe un diseño experimental con un grupo control equivalente de alumnos del mismo Centro (o de otros con características similares) que no participen en el Programa. Antes, durante y después del Programa se evaluarán conocimientos, actitudes y hábitos de consumo de drogas, así como el grado de satisfacción de los participantes en el Programa

## **8.2.- PROGRAMA INTEGRAL DE FORMACIÓN JUVENIL**

### **Objetivos:**

La población juvenil es un colectivo de actuación prioritaria del PMDB. Las actuaciones en este ámbito deben presentar una continuidad con las iniciadas en la escuela. Los objetivos que se persiguen son :

- ⇔ Detección y captación de jóvenes en situación de riesgo
- ⇔ Darles a conocer los efectos del abuso de drogas legales e ilegales
- ⇔ Educación sobre drogas y entrenamiento en habilidades de resistencia, comunicación, toma de decisiones.
- ⇔ Programas de ayuda mutua dentro del grupo juvenil



⇔ Alternativas positivas al consumo de drogas, que respondan a las necesidades de los jóvenes

**Implementadores:**

- monitores de ocio y tiempo libre
- monitores de deporte
- policía local, trabajadores sociales
- educadores de calle y/o animadores socio-comunitarios
- otros agentes sociales (responsables de asociaciones juveniles)

**Coordinación:**

Mediante la creación de grupos de trabajo entre la Comisión Técnica municipal y las Asociaciones Juveniles, Clubs, Organizaciones Deportivas y Recreativas...etc para el desarrollo de los programas previstos.

**Metas:**

- ☺ Proporcionar formación a todo monitor o responsable de Grupo juvenil interesado en participar en programas de Prevención.
- ☺ Incorporar a los jóvenes, sobre todo los de grupos de riesgo, a proyectos de la Comunidad que eleven su autoestima. (escuelas taller, atención social...etc)
- ☺ Apertura de Centros de la Comunidad (Cines, bibliotecas, Instalaciones deportivas) en horarios y con programas de actividades atractivos para los jóvenes
- ☺ Interesar a las Organizaciones Juveniles en la realización de programas y actividades (fiestas, marchas, bailes...etc) "libres de drogas", habilitando espacios abiertos de carácter público para la realización de dichas actividades alternativas.

**8.3.- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN GRUPOS DE RIESGO**

Es un colectivo prioritario, por cuanto agrupa los individuos más propensos a caer en abuso de alcohol y/o drogas.

**Objetivos:**

- ☞ Detección, captación e intervención de los grupos de individuos de alto riesgo
- ☞ Dotar de estrategias adecuadas a los jóvenes para lograr su integración laboral y social.
- ☞ Intentar completar su formación escolar obligatoria.
- ☞ Darles alternativas al consumo: ocio y tiempo libre, actividades ocupacionales: cultura, deporte, etc. que fomenten por una parte el asociacionismo y la participación comunitaria y por otro, llenen el hueco que supone el no consumo y su estilo de vida asociado: horas en la calle de bar en bar, etc.

**Destinatarios:**

Aquellos grupos que por su situación social, económica, grupo de edad, etc. sean más vulnerables al consumo de drogas. Consideramos incluidos los jóvenes:

- \* familiares de alcohólicos y toxicómanos
- \* con comportamientos antisociales o trastornos psicopatológicos
- \* fracasados escolares que abandonan la escuela prematuramente
- \* pertenecientes a familias desestructuradas
- \* de grupos socialmente marginados (minorías étnicas, inmigrantes...etc)

**Implementadores:s:**

Aquellos profesionales o no, generalmente educadores, que trabajan directamente con estos colectivos, entre ellos:

- Profesionales de Protección al Menor
- Equipos psicopedagógicos y orientadores del MEC
- Trabajadores de los CEAS
- Equipos de Salud Mental

La formación y reciclaje en materia de drogas de estos profesionales será fundamental.

### **Coordinación:**

Con los departamentos de la Administración que trabajan con estos colectivos, con las ONGs que atienden Centros de tratamiento y las Asociaciones de autoayuda (Integración gitana, ARBU...etc)

### **Metas:**

- ☺ Los centros docentes que dependen de la Administración y que trabajen con grupos de riesgo, así como aquellas instituciones o entidades de iniciativa social que trabajen con grupos de jóvenes en proceso de exclusión social, desarrollarán al menos un programa de Educación para la Salud y prevención específica de drogodependencias, así como actividades de prevención inespecífica orientadas al ocio y tiempo libre.
  
- ☺ El PMDB dispondrá de servicio de información sobre drogodependencias, abierto a toda persona que lo necesite (interesados, familias, educadores...etc). (**Teléfono del PMDB**).

### **Evaluación:**

Pueden utilizarse como indicadores de evaluación:

- ◆ N° de acciones formativas para los agentes que trabajan con grupos de riesgo.
- ◆ N° de agentes que se han implicado, tras los cursos, en realización de acciones de prevención de toxicomanías
- ◆ N° de acciones llevadas a cabo por asociaciones de autoayuda
- ◆ Grado de modificación de hábitos y actitudes frente al consumo de drogas de las personas con las que se ha intervenido.
- ◆ N° de personas de los grupos de riesgo integradas en las actividades prelaborales, laborales, formativas y de ocio

## **8. 4.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL MEDIO LABORAL**

### **Objetivos:**

Información acerca de los efectos del consumo de drogas, especialmente alcohol y tabaco, con respecto al rendimiento profesional y accidentes laborales. Favorecer la promoción de alternativas al consumo en los centros de trabajo.

Promover el cumplimiento de las diferentes normativas reguladores de la venta y consumo de tabaco y alcohol en el ámbito laboral.

### **Implementadores:**

Cargos directivos y mandos intermedios.

Delegados sindicales

Profesionales de los servicios médicos y sociales de la empresa.

### **Coordinación:**

El PMDB apoyará las intervenciones programadas a nivel regional en el Convenio entre Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y las Secciones autonómicas de UGT, CCOO y CECALE.

### **Metas:**

- ☺ Los centros laborales habrán recibido información legislativa con respecto a la publicidad, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.
- ☺ Los trabajadores municipales habrán recibido Información sobre los efectos del consumo de drogas, en especial alcohol y tabaco.
- ☺ Los alumnos de Formación Profesional en prácticas habrán recibido información sobre los efectos de; consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias en el desarrollo de actividades laborales, con especial consideración a aquellas ramas con alto índice de siniestralidad (automóvil, construcción... )

### **Programas de intervención:**

- **Detección de necesidades:** Las actividades deberán ir encaminadas a aumentar la información sobre las causas y efectos de las drogas entre los trabajadores, así como al cumplimiento de las distintas normativas que regulan su consumo.
- **Formación de mediadores:** Cursos de formación especializada en drogodependencias para los implementadores. La información se centrará principalmente en los efectos que tiene el consumo en el aumento del índice de siniestralidad, aumento del absentismo laboral, etc., así como de los diferentes recursos asistenciales existentes en la comunidad
- **Dentro del ámbito laboral se priorizarán las intervenciones vinculadas al ámbito del aprendizaje escuelas taller, formación profesional, etc.** siendo la preparación para la vida laboral del joven uno de los entornos más eficaces para la prevención.
- **Siempre que se cuente con servicios médicos y sociales de empresa, pueden jugar un papel en la detección precoz y motivación para someterse a tratamiento de los trabajadores alcohólicos o toxicómanos.**
- **Mejorar las condiciones de trabajo y en especial de aquellas que se relacionan como factores de riesgo en el abuso de drogas.**

### **Evaluación:**

Pueden utilizarse como indicadores de evaluación:

- ◆ N<sup>º</sup> de acciones formativas para los agentes en el ámbito laboral
- ◆ N<sup>º</sup> de agentes que se han implicado, tras los cursos, en realización de acciones de prevención de toxicomanías
- ◆ N<sup>º</sup> de cursos, jornadas informativas, difusión de información...etc en las Empresas. que trabajan con grupos de riesgo.

- ◆ Disminución de la tasa de accidentes de trabajo atribuibles al alcohol
- ◆ Disminución de los puntos de distribución de alcohol en los Centros de trabajo

## **8.5.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO**

### **Objetivos:**

Incrementar la participación de asociaciones y colectivos de distinto carácter en la realización de acciones preventivas y de reinserción por medio de la Información y la sensibilización fundamentalmente.

Potenciar el papel de los mediadores como agentes naturales fomentando su compromiso en la prevención de las drogodependencias en el entorno próximo.

Fomento de la realización de actividades orientadas a la Educación para la Salud, como estrategia de sensibilización sobre la importancia de las alternativas saludables de conducta.

Fomento de la constitución de equipos de zona o de barrio formados por profesionales y voluntarios de la comunidad, que logren la madurez suficiente para actuar autónomamente dentro de su ambiente, y que descentralicen las acciones en materia de drogas.

Constitución de comités de ámbito comunitario, que tengan por finalidad movilizar y cohesionar a la comunidad y sus organizaciones para hacer frente a los problemas derivados del uso indebido de drogas, no duplicando en ningún caso estructuras ya existentes y que pudieran asumir dichos objetivos.

### **Implementadores:**

Técnicos municipales en Sanidad y Acción Social

Personal de Atención Primaria

Técnicos, asesores y voluntarios de las Asociaciones ciudadanas.

### **Coordinación:**

Con las asociaciones ciudadanas (Vecinos, Asociaciones de Padres, de mujeres, Grupos parroquiales, Sociedades recreativas y deportivas, Colectivos y organizaciones relacionadas con la Tercera edad ) implicadas en el barrio o zona a que se dirigen los

programas. Con los técnicos de Atención primaria de los correspondientes Centros de Salud, y los trabajadores de los CEAS.

**Metas:**

- ☺ Se crearán programas de animación infantil desarrollados en los Centros de Acción Social en donde se incluyan aspectos relacionados con la Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias.
  
- ☺ Las Asociaciones Juveniles de ámbito Municipal desarrollarán programas de Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias, disponiendo de personal formado y de materiales para su ejecución.

**Evaluación:**

Pueden utilizarse como indicadores de evaluación:

- ◆ Cuestionarios de conocimientos y actitudes para las personas que han recibido información y formación.
- ◆ Nº de colectivos, asociaciones y grupos que han desarrollado actividades de prevención.
- ◆ Encuestas del grado de satisfacción de los participantes

**8.6) PROGRAMA DE APOYO A LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE EX-DROGODEPENDIENTES**

**Objetivos:**

Se encuadran dentro de los expuestos en el apartado **3.c: La intervención en reinserción** del PMDB. Para el programa de actuación concreto, los objetivos son:

Facilitar el acceso de drogodependientes a actividades normalizadas de tiempo libre que permitan la creación de nuevos vínculos de relación social.

Favorecer el conocimiento y aprendizaje de actividades profesionales y la promoción y acceso al mercado de trabajo.

**Implementadores:**

Técnicos municipales del PMDB

Técnicos municipales de los CEAS

Personal de las ONGs de atención a toxicómanos

Monitores de escuelas taller

Monitores de actividades de tiempo libre

Mediadores de empleo

**Metas:**

- ☺ Las personas con algún tipo de drogodependencia que hayan finalizado su proceso de rehabilitación participarán en programas de carácter formativo, educativo, cultural o lúdico dentro de las actividades promovidas por las distintas concejalías implicadas, en colaboración con otras entidades o colectivos relacionados con las drogodependencias.
  
- ☺ Los trabajadores sociales y el personal del PMDB ofrecerán información y orientación sobre recursos formativos y de empleo a todo ex-toxicómano rehabilitado que lo solicite.
  
- ☺ El PMDB intentará promover ofertas de trabajo o contratos de aprendizaje dirigidas al colectivo de ex-toxicómanos.

**Evaluación:**

Como indicadores de evaluación útiles:

- ◆ N° de ex drogodependientes que utilizan los servicios del PMDB. De ellos:
- ◆ N° de usuarios que logran completar sus estudios del ciclo obligatorio interrumpidos.
- ◆ N° de usuarios que realizan un adiestramiento profesional
- ◆ N° de usuarios que obtienen un contrato de trabajo



- ◆ N° de usuarios que recaen. De estos:
- ◆ N° de los que vuelven al tratamiento de deshabituación.

## **8.7 PROGRAMA DE CONTROL DE LA OFERTA Y VENTA DE DROGAS LEGALES**

### **Objetivos:**

Recogen en actividades concretas las estrategias de intervención enumeradas en los apartados **7.2.2.b** y **7.2.2.c**. Así:

Limitar el consumo de alcohol y tabaco por los menores, según las disposiciones recogidas en la Ordenanza municipal correspondiente.

Limitar la publicidad, venta y consumo de alcohol y tabaco en los términos recogidos en la legislación vigente.

Informar a los establecimientos de hostelería, alimentación, centros escolares y centros de trabajo sobre las limitaciones existentes en la venta de alcohol y tabaco a menores, así como de otras limitaciones al consumo.

### **Implementadores:**

Policía local

Inspección sanitaria municipal

### **Coordinación:**

En el desarrollo de estas acciones se contará con aquellos colectivos de carácter empresarial que agrupen a los establecimientos destinatarios de las actividades (asociación de hostelería, etc.).

Se contará asimismo con la participación de otros colectivos como las Asociaciones de Vecinos, etc, tanto en la denuncia de aquellos lugares donde se incumpla la normativa vigente, como en su cumplimiento en fiestas patronales de los barrios y celebraciones promovidas por las propias asociaciones.

Se procurará que en los actos de iniciativa municipal, o con apoyo del Ayuntamiento, se mantengan actitudes en consonancia con la Ordenanza sobre la Prevención en el Consumo de Alcohol y Tabaco. Esto incluye tanto los actos protocolarios como las fiestas populares, en las que la Comisión Técnica Interáreas del PMDB velará

especialmente por el mantenimiento de una imagen digna y alejada del abuso de bebidas alcohólicas.

**Metas:**

- ☺ Los establecimientos donde se expendan tabaco y alcohol tendrán conocimiento de las normativas que regulan a nivel autonómico y municipal la venta de este tipo de sustancias. Para ello se enviará información sobre la normativa de publicidad, venta y consumo de alcohol y tabaco existente y que afecte directamente a los establecimientos de hostelería, bares, tiendas de alimentación, supermercados. etc.
  
- ☺ Se aplicará la Ordenanza Municipal Ordenanza sobre la Prevención en el Consumo de Alcohol y Tabaco, con especial referencia a los menores de edad. Dicha Ordenanza pretende ser un instrumento útil para el control de la oferta referido a publicidad, venta y consumo de alcohol y tabaco a menores como objetivo principal, adaptando al ámbito municipal las distintas normativas que a nivel autonómico y central regulan estos aspectos.
  
- ☺ Los establecimientos dispondrán de carteles y otros medios visibles donde se recoja la normativa de venta de alcohol y tabaco a menores de edad.

**Subprogramas**

- ♣ Difusión de la Ordenanza Municipal sobre la Prevención en el Consumo de Alcohol y Tabaco
  
- ♣ Programa de Información Legislativa de la Publicidad, Venta y Consumo de alcohol. y tabaco. Certificados a los establecimientos "libres de drogas" que se comprometan con el PMDB a evitar la venta de drogas ilegales.
  
- ♣ Acciones de inspección en establecimientos en donde se venda y/o consuman bebidas alcohólicas y/o tabaco. Realizadas en Supermercados y otros

establecimientos de alimentación, bares, discotecas, etc., especialmente los fines de semana, festivos y períodos vacacionales: Navidad, Semana Santa y verano.

### **Evaluación:**

#### Indicadores cuantitativos

◆ nº de establecimientos informados:

- hostelería

- centros de alimentación y supermercados

- centros escolares y educativos con puntos de venta de bebidas

- centros laborales

◆ nº de inspecciones realizadas:

- número de expedientes abiertos por incumplimiento de la normativa vigente con respecto al alcohol y tabaco

#### Indicadores cualitativos

◆ calidad de las actividades desarrolladas: inspecciones, respuesta de los diferentes gremios, etc.

◆ Coordinación con la Policía Local

◆ Respuesta de la población en general

## **9. SISTEMAS DE EVALUACIÓN**

La evaluación es una estrategia muy útil para:

- => La elaboración y definición de los objetivos del PMDB
- => La asignación de recursos al mismo
- => La introducción de modificaciones y toma de decisiones respecto a los diferentes programas que forman parte de dicho Plan.

El modelo de evaluación elegido debe estar vinculado a las características particulares del Plan Municipal sobre Drogas, la definición de sus objetivos y prioridades y al conjunto de actuaciones diseñadas para alcanzarlos.

Como regla general, el modelo de evaluación debe tener mecanismos para cada uno de los programas y actuaciones que forman parte del Plan Municipal.

Por otra parte, se hace necesaria una evaluación que defina claramente las metas y los resultados esperados de la intervención. No obstante, es preciso considerar en la misma evaluación una cierta flexibilidad que ayude a redefinir y reorientar las acciones propuestas en dicho Plan.

Se pueden considerar tres factores susceptibles de ser evaluados:

- comparación de metas marcadas - resultados obtenidos
- evaluación del proceso desarrollado
- evaluación de los medios empleados

En cualquier caso, es necesario considerar dos dimensiones de la evaluación:

- dimensión cuantitativa
- dimensión cualitativa

## **9.a) Indicadores de Evaluación**

Por norma general se producirán dos tipos de informes:

- informes de las entidades integrantes de cada proyecto
- Informe - Memoria del Coordinador del Plan

### **9.a.1) De la participación:**

Indicadores cuantitativos:

- Nº de participantes: global
- por procedencia de ámbito
- Nº de mediadores implicados en el programa

### **Indicadores cualitativos:**

- grado de participación y nivel de implicación de la población diana en cada actividad, así como de los mediadores encargados de desarrollar el programa.

### **9.a.2) De las actividades:**

#### **Indicadores cuantitativos:**

- número de actividades (Talleres, charlas, reuniones...etc por proyecto)
- número de actividades de:
  - sensibilización
  - participación
  - información
- desarrollo de habilidades sociales, tiempo libre, etc.

#### **Indicadores cualitativos:**

- grado de adecuación de las actividades a los grupos destinatarios
- consecución de los objetivos de la actividad

### **9.a.3) De los recursos y materiales:**

**Indicadores cuantitativos:**

- gasto real y gasto previsto
- gasto por personal / material / desplazamientos / publicidad

**Indicadores cualitativos:**

- relación entre recursos empleados y actividades desarrolladas.

**9.a.4) De la metodología empleada:**

**Indicadores cualitativos:**

- del funcionamiento de los equipo de trabajo: reparto de tareas, adecuación del equipo a la forma de trabajo, etc.

A nivel del Plan Municipal en su conjunto, **la evaluación deberá centrarse en la investigación del impacto**. Este tipo de evaluación no se relaciona con un programa determinado, sino con los efectos acumulados, o agregados de diferentes programas desarrollados en el ámbito municipal a lo largo de un período de tiempo.

**9.b) Indicadores del Impacto Global**

Los posibles indicadores del Impacto global del Plan serán:

- ☒ Tasas de incidencia y prevalencia del consumo de drogas.
- ☒ Datos de morbilidad asociados a las drogas, p.e.: urgencias hospitalarias.
- ☒ Mortalidad por abuso de droga
- ☒ Cantidad de drogas decomisadas.
- ☒ Comportamientos relacionados con el consumo de drogas: actos delictivos, accidentes laborales, accidentes de tráfico, rendimiento escolar, etc.
- ☒ Cambio de actitud de la sociedad en general ante la figura del drogodependiente y del reinsertado.

## **10.- PUESTA EN MARCHA DEL PMDB**

Una vez aprobado en Pleno el PMDB, y notificada su aprobación a la Comisión Técnica Provincial de Drogodependencias, se procederá a nombrar el Coordinador Técnico del PMDB, constituir el Grupo de Trabajo de Coordinación entre Concejalías y la Comisión Técnica Interáreas.

La primera acción a realizar, una vez aprobado el Plan Municipal sobre Drogodependencias de la ciudad de Burgos, es la elaboración de un documento que resuma el estado y la situación real sobre las drogodependencias en la ciudad de Burgos.

Asimismo es necesario conseguir unos datos fiables sobre consumo y hábitos de las distintas zonas de Burgos, para ello a través de la experiencia de los Centros de Acción Social, Asociaciones de Vecinos, y otras colectividades de barrio, se intentará dividir la capital en zonas agrupadas por características comunes en relación con este problema. Se dará así prioridad a las zonas más afectadas a la hora de planear actividades diversas.

El Servicio de Sanidad del Ayuntamiento de Burgos, tiene como primer objetivo específico:

**Plan de formación y motivación del personal municipal implicado en el PMDB.** La trayectoria seguida en la capital burgalesa en este aspecto, es bastante reducida, puesto que hasta 1997, no ha existido en Burgos una ordenanza que regule la prevención del consumo de alcohol y tabaco en la ciudad.

Lo que se propone desde este Plan es la información sobre la problemática actual en materia de drogodependencias a la totalidad de los miembros de la policía local, trabajadores sociales de los CEAS, personal del Servicio de Sanidad, y otros técnicos de la comisión Interáreas del PMDB

A continuación se procederá al diseño de los Programas de intervención propuestos, con su calendario y asignación de recursos humanos y presupuestarios.

A la vista de los mismos, se establecerán los mecanismos de coordinación necesarios con otros órganos de la Administración, Organizaciones o Asociaciones, mediante la firma, en su caso, de los oportunos Convenios de Colaboración.

En lo referente a actividad inspectora , el Servicio de Sanidad, recibirá toda la información que se obtenga, tramitará los expedientes y las denuncias recibidas en relación con el incumplimiento de las ordenanzas relacionadas.

Así mismo el Servicio de Sanidad tendrá constancia de toda aquellas iniciativas que desde el propio Ayuntamiento u organizaciones con participación municipal sean llevadas a cabo en el marco del PMDB

La continuidad de este Plan ha de garantizarse mediante la evaluación anual de las actividades realizadas, que quedará consignada en una Memoria elaborada por el Coordinador del PMDB, y será conocida e informada por la Comisión Técnica Interáreas. Dicha Memoria consistirá en la recolección de todos los datos acerca de las acciones realizadas dentro del marco de este Plan Municipal.

Asimismo, el Servicio de Sanidad formará parte de las distintas comisiones que con el fin de proyectar, mantener y evaluar programas de prevención se creen en la ciudad de Burgos, siempre en el espíritu de coordinar actuaciones en orden a la mayor eficacia y economía de recursos.

En la redacción definitiva del Plan Municipal sobre Drogas de Burgos, se han recogido cuantas sugerencias han sido aportadas por las áreas municipales afectadas, así como por las instituciones acreditadas y órganos de la Administración competentes en el ámbito de la Prevención, Atención y Reinserción de drogodependientes.