

PLA D'ACCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES DE BARCELONA 2006-08

Aprovat definitivament al Consell Plenari de
l'Ajuntament de Barcelona
24 de febrer de 2006

Índex

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓ | 2 |
| 2. CONTEXT DEL PLA DE DROGODEPENDÈNCIES | 4 |
| 3. METODOLOGIA | 8 |
| 4. AVALUACIÓ DEL PLA DE DROGODEPENDÈNCIES 2000-2004 | 11 |
| EIX PREVENTIU..... | 11 |
| EIX ASSISTENCIAL I D'INCORPORACIÓ SOCIAL..... | 13 |
| EIX DE SEGURETAT I DISSUASIÓ..... | 15 |
| EIX DE SUPORT CIENTÍFIC, D'INFORMACIÓ I RECERCA | 16 |
| EIX TERRITORIAL..... | 20 |
| 5. ANÀLISI DE SITUACIÓ | 21 |
| 5.1. CIUTAT..... | 21 |
| 5.2. ADOLESCÈNCIA I JOVENTUT..... | 24 |
| 5.3 DONES | 27 |
| 5.4 POBLACIÓ ADDICTA A SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES | 29 |
| <i>Tabac</i> | 29 |
| <i>Alcohol</i> | 29 |
| <i>Drogues il·legals</i> | 30 |
| <i>Població usuària de drogues psicoactives en l'àmbit laboral</i> | 33 |
| <i>Població usuària de drogues psicoactives i violència</i> | 33 |
| 6. PLA D'ACCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES 2006-2008 | 34 |
| 6.1. MARC CONCEPTUAL..... | 34 |
| 6.2. ESTRATÈGIA | 35 |
| 6.3 FILOSOFIA I PRINCIPIS RECTORS..... | 37 |
| 6.4 PLANIFICACIÓ OPERATIVA | 42 |
| 6.4.1. <i>Abordatge de Ciutat</i> | 43 |
| 6.4.2. <i>Infància i adolescència</i> | 46 |
| 6.4.3. <i>Joves i adults joves</i> | 49 |
| 6.4.4. <i>Dones</i> | 53 |
| 6.4.5. <i>Població addicta a substàncies psicoactives</i> | 56 |
| RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN ELS GRUPS DE DEBAT PER A L'ELABORACIÓ DEL PLA D'ACCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES 2006-2008..... | 62 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 67 |

1. INTRODUCCIÓ

El document que es presenta, recull l'avaluació del que han estat les actuacions en matèria de drogodependències a la ciutat de Barcelona en el període de vigència del Pla 2000-04, una anàlisi de situació entorn al consum de drogues, l'activitat dels recursos específics, els trastorns derivats de l'ús problemàtic i les línies prioritàries d'actuació per a la ciutat de Barcelona en el període 2006-08.

En l'apartat on s'exposa el context d'aquest document marc, es planteja una reflexió sobre l'entorn, l'evolució i els condicionants polítics, socials i organitzatius que determinen les actuacions per aquest període de temps a la ciutat. De forma sintètica, s'exposa el marc conceptual i les principals directrius sobre les que es fonamenta el pla.

Pel que fa a la metodologia emprada, es destaquen els aspectes de participació, transversalitat i identificació de les millors evidències disponibles sobre les accions plantejades. L'esforç realitzat garanteix l'assoliment d'una estratègia especialment sòlida tant pel que fa al recull de les sensibilitats de tots els actors implicats en el treball de drogodependències, com per la consistència tècnica i científica disponible en totes les àrees d'intervenció.

L'avaluació del Pla de Drogodependències 2000-04, ofereix una perspectiva de quines han estat les tasques realitzades i l'evolució dels principals indicadors en el període immediatament anterior a la posada en marxa del nou pla. Així mateix, l'anàlisi de situació permet visualitzar el present context com a punt de partida, i la identificació de tendències i àrees prioritàries d'actuació.

Finalment el Pla d'Acció en el que es redefineix l'estratègia del Pla de Drogodependències de Barcelona i s'estableixen els principis rectoris en què es basa la seva actuació, ofereix el conjunt d'objectius, àmbits i accions que es portaran a terme en el període de vigència d'aquest pla.

2. CONTEXT DEL PLA DE DROGODEPENDÈNCIES

La ciutat de Barcelona constitueix un espai obert, plural i dinàmic en el que hi coincideixen persones, infraestructures, organitzacions, serveis i activitats de tots els àmbits de la vida humana, que impliquen els seus ciutadans amb compromisos i finalitats ben diverses. El dinamisme de la ciutat s'ha vist accelerat en la darrera dècada amb un progressiu increment de visitants (turistes, treballadors, professionals, etc.), immigrants, diverses maneres de fer noves tecnologies, nous mercats, nous consums de productes bens i serveis, etc., que han anat modificant de manera substancial la vida quotidiana i el mapa humà i urbà d'aquest entorn.

Al mateix temps, Barcelona ha esdevingut cada vegada més un espai de referència mundial, ubicant la ciutat en la capçalera de molts circuits culturals, socials, econòmics, professionals i del lleure.

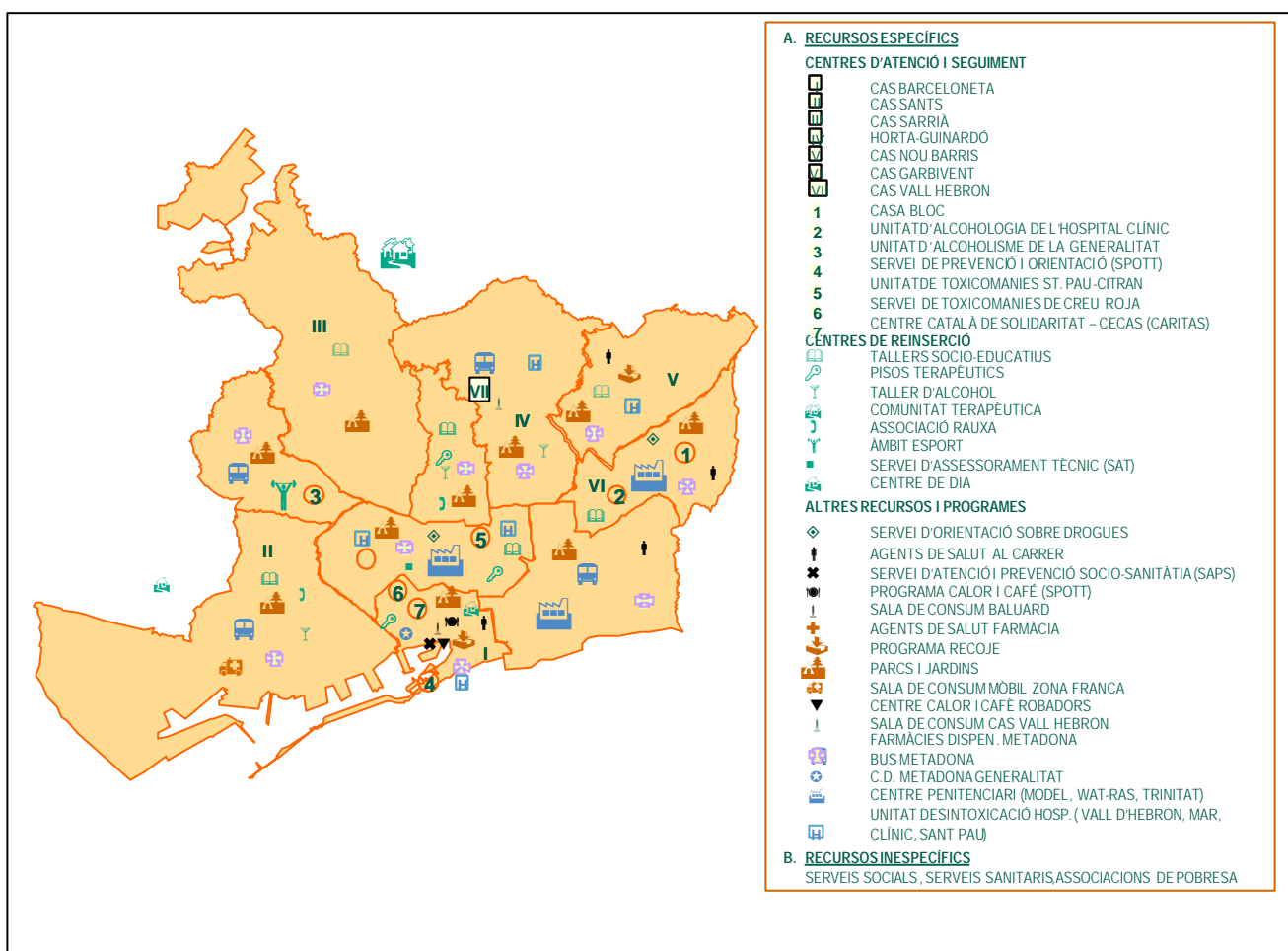
Tot plegat, determina que aquest motor i aquest dinamisme incorporin situacions i problemes als que cal oferir solucions i respostes ajustades a les necessitats, identificant les prioritats i amb garanties d'efectivitat. El tràfic de drogues il·legals i el consum problemàtic de drogues legals i il·legals, acompanyats dels diversos factors que els envolten, representen un d'aquests reptes als que cal donar resposta.

Barcelona es va plantejar una política municipal de drogues que prioritzava la Salut Pública, concretant-se en el Pla de Drogodependències de la ciutat de Barcelona (PADB), elaborat i consensuat políticament per primera vegada l'any 1988, amb una revisió quadriannual. Aquest Pla ha anat definint el conjunt d'estratègies, actuacions, accions, serveis i recursos que s'han plantejat a la ciutat en aquesta matèria.

Des del seu inici, el PADB ha comptat amb el consens de tots els grups polítics municipals, acordant-se i definint-se les actuacions en aquest marc, i sent finalment aprovat en el Consell Plenari de l'Ajuntament de Barcelona. Aquest consens ha permès avançar en les directrius polítiques i les principals estratègies que s'han realitzat a la ciutat en matèria de drogodependències en els dues darreres dècades. En la seva formulació ha destacat sempre l'enfocament pragmàtic, on s'ha considerat de forma explícita l'abordatge global dels usuaris de drogues. Des de l'aprovació del

primer PADB s'han anat creant recursos per donar resposta a les necessitats d'aquesta població. Aquestes polítiques han constituït un exemple i un bon model de referència per a altres ciutats de l'Estat i en altres països. El mapa de recursos de l'any 2005 es concreta en la Figura 1

Figura 1. Xarxa assistencial de Barcelona en drogodependències, 2005.



En els darrers anys, els canvis constants i les noves necessitats sorgides en aquest àmbit han determinat una revisió a fons de les actuacions i les directrius del Pla de Drogodependències de Barcelona, que es recullen en aquest document.

Així, arrel de la pressió policial exercida a Ciutat Vella degut a les Olimpíades i de les reformes urbanístiques iniciades a la zona, les zones de tràfics de la ciutat es varen anar desplaçant fins a concentrar-se principalment al voltant del cementiri de Montjuïc. Aquesta àrea ubicada al barri de Can Tunis, zona perifèrica de la ciutat, va aplegar bona part del consum més precari de drogues il·legals de la ciutat i de la seva àrea

metropolitana, en unes deficitàries condicions socials, higièniques, sanitàries i de qualitat humana. L'existència d'aquest espai va suposar durant molt de temps un repte per a la ciutat que ha hagut de preveure i afrontar les necessitats d'aquesta població, no sempre cobertes. En certa manera, el circumscriure's els consums més problemàtics a aquesta zona de la ciutat va provocar la no visibilitat del fenomen i va crear una falsa il·lusió a la ciutadania, que creia que aquesta realitat no existia. Finalment, a l'any 2003 aquesta zona es va tancar definitivament per causa de la reforma urbanística del Port de Barcelona.

La millora en les condicions de vida dels ciutadans i la implantació d'un model de societat cada vegada més exigent en la defensa dels drets individuals i en la provisió de bens i serveis col·lectius, genera nous reptes i planteja noves dificultats en la ubicació dels recursos per a toxicòmans, sovint contestades per alguns sectors veïnals. Els responsables polítics i la societat en el seu conjunt, han de fer un notable esforç per fer convergir aquests drets, evitant situacions de crispació i de confrontació. Altrament, realitzades les planificacions, mediacions i negociacions pertinents, és responsabilitat de l'administració la presa de decisions d'acord amb les necessitats previstes.

L'increment del consum de cocaïna en detriment del d'heroïna durant els darrers deu anys, determinat per modificacions en el mercat de drogues il·legals, ha marcat canvis substancials en la tipologia i la conducta de bona part dels usuaris atesos en els centres de tractament de drogues, generant noves necessitats i l'adaptació de les estratègies terapèutiques per aquests pacients.

Altrament el Pla de Drogodependències s'adreça al conjunt de la població i no tant sols a les persones amb problemes de drogodependència, motiu pel que el ventall d'estratègies i actuacions que s'inclouen abasten un ampli espectre de situacions. D'entre aquestes, la creixent implicació d'adolescents i joves en el consum de cannabis i en menor mesura de cocaïna constitueixen una preocupació i una prioritat en les actuacions.

En definitiva, les polítiques de drogues de la ciutat s'adrecen a donar resposta a totes aquestes necessitats amb una visió integradora de persones, serveis i estratègies, respectant les diverses opcions i situacions relacionades amb el consum de drogues, oferint eines preventives a les poblacions més vulnerables, recursos socials i de salut a les persones drogodepenents i a les afectades per trastorns derivats del consum de

drogues, i actuant amb determinació front als traficants de drogues il·legals i possibles actuacions abusives de productors i empreses vinculades a les drogues legals.

Conscients de la necessitat de fer front a la ciutat, a les múltiples opcions de consum de drogues, des d'aquest pla s'ofereixen les directrius per continuar atenent aquestes situacions amb la responsabilitat, la previsibilitat i el rigor necessaris.

3. METODOLOGIA

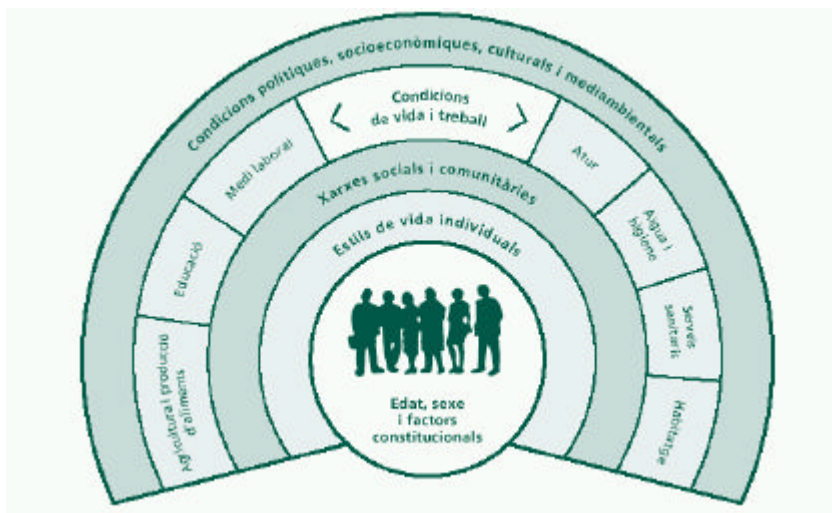
El **PADB** s'ha elaborat amb la participació de diferents agents sanitaris, socials, educatius, culturals, del lleure, dels cossos de seguretat i d'altres sectors d'un ampli espectre social, cercant el consens polític, social i professional.

Per aquest motiu, des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) com a responsable executiva del Pla, s'ha optat per treballar amb el procediment de l'Avaluació de l'Impacte en la Salut (AIS) o Health Impact Assessment (HIA), que prioritza polítiques o programes en relació als seus potencials efectes en la salut de la població, combinant el debat i el consens dels diferents estaments implicats, amb l'evidència de les intervencions plantejades. L'AIS representa un nou enfocament en l'avaluació de polítiques, programes i projectes socials, econòmics i ambientals i pot ser definida com l'estimació dels efectes d'una acció concreta en la salut en una població definida. Constitueix una recomanació que apareix expressament en diverses iniciatives governamentals actuals i organismes internacionals, essent específicament un instrument metodològic prioritzat per l'Organització Mundial de la Salut i la Unió Europea¹.

Els objectius de l'AIS s'adrecen a avaluar els impactes potencials en la salut –positius i negatius- de les polítiques, programes i projectes, l'ús de la millor evidència disponible per valorar el possible efecte en la salut d'una política en un marc concret, i la millora de la qualitat del procés de presa de decisions públiques a través de recomanacions per reforçar els impactes positius i minimitzar els negatius. Aquesta sistemàtica, es fonamenta en els següents principis:

1. L'existència d'un **model social sobre la salut i el benestar** (Figura 2), considerant que el benestar individual i comunitari està determinat per un ampli rang de **determinants de la salut** que inclouen des dels aspectes biològics, les circumstàncies personals o familiars i estils de vida, l'ambient social (posició socioeconòmica, cultura, xarxes socials i participació comunitària), el medi físic (qualitat de l'aire, habitatge, criminalitat, disseny urbà i transport) i els serveis públics.

Figura 2. Model dels determinants de salut



Font: Dahlgren i Whitehead

2. **L'èmfasi explícit en l'equitat i la justícia social.** En aquest context l'equitat té una dimensió moral i ètica que resulta de les diferències injustes i evitables en l'estat de salut.
3. **Un enfocament multidisciplinari i participatiu** basat en l'experiència i coneixements d'un ampli ventall de persones afectades o interessades, que s'impliquen durant el procés, incloent professionals amb coneixements rellevants dels temes tractats, polítics claus, organitzacions no governamentals, i representants dels grups socials que es veuran afectats per una determinada política o projecte.
4. **L'ús d'evidència i informació quantitativa i qualitativa,** que implica l'avaluació de l'evidència científica quantitativa quan està disponible però reconeix també la importància de la informació qualitativa. Pot incloure les opinions, experiència i expectatives dels grups més directament afectats per les polítiques públiques i incorpora ambdós tipus d'evidències.

En conseqüència, el procés d'elaboració del Pla liderat des del Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències (SEPAD) en estreta col·laboració amb el conjunt de l'ASPB i les directrius del grup polític de drogues de l'Ajuntament de Barcelona, ha comptat amb aportacions de diversos àmbits sectors i districtes i del Consell Municipal

de Benestar Social de l'Ajuntament de Barcelona, l'Òrgan Tècnic de Drogues del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya i altres departaments del Govern Autonòmic, representants d'empreses i ONGs especialitzades en l'àmbit de les drogodependències, col·legis professionals i professionals i experts en la matèria^a

Aquestes aportacions s'han incorporat a través d'un procés de participació, en el que es varen debatre i recollir propostes que consten en el document i es van prioritzar les estratègies que calia introduir. Al final d'aquest procés podrem afirmar que el PADB haurà estat actualitzat d'acord amb les necessitats del moment i per als propers tres anys, identificant els objectius i les línies d'actuació prioritàries entorn de la temàtica de les drogues a la ciutat.

a) S'annexa al final la relació detallada de participants i organismes implicats en el procés.

4. AVALUACIÓ DEL PLA DE DROGODEPENDÈNCIES 2000-04

S'ha plantejat fer una avaluació global del Pla de Drogodependències 2000-04 per poder valorar l'estat de la situació i analitzar les necessitats futures que ha de tenir el Pla 2006-08. L'avaluació s'ha dut a terme tenint en compte els cinc eixos d'intervenció i els objectius plantejats pel Pla anterior (eix de prevenció, eix d'assistència i incorporació social, eix de seguretat i dissuasió, eix de suport científic, d'informació i recerca i eix territorial).

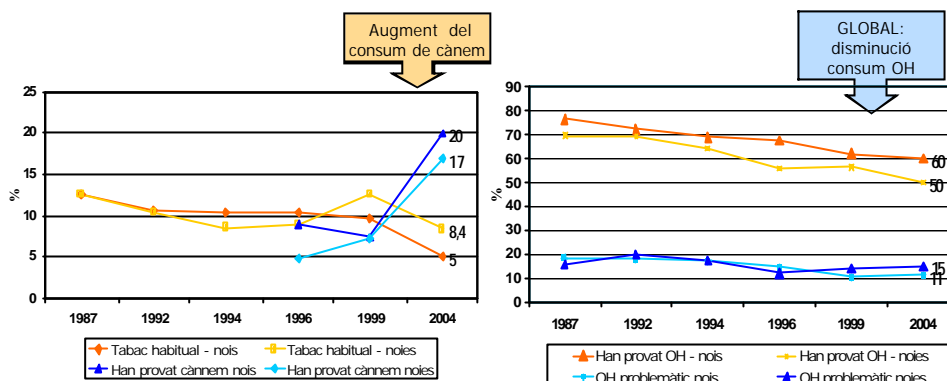
EIX PREVENTIU

Els 23 objectius d'aquesta àrea que incloïa el Pla, estaven adreçats a disminuir la prevalença de consum de drogues psicoactives, endarrerir l'edat d'inici de consum i augmentar l'oferta de lleure en espais públics i participatius.

- ✓ Pel que fa a la prevalença de consum de tabac, alcohol i cànem en població escolar de 13-14 anys de Barcelona, s'observa que (Figura 3):
 - la prevalença de consum de tabac ha disminuït, tant en nois com amb noies.
 - La prevalença del consum d'alcohol alguna vegada també ha disminuït tot i que es manté constant la prevalença de consum de risc (borratxeres i farteres).
 - El consum de cannabis ha augmentat en ambdós sexes

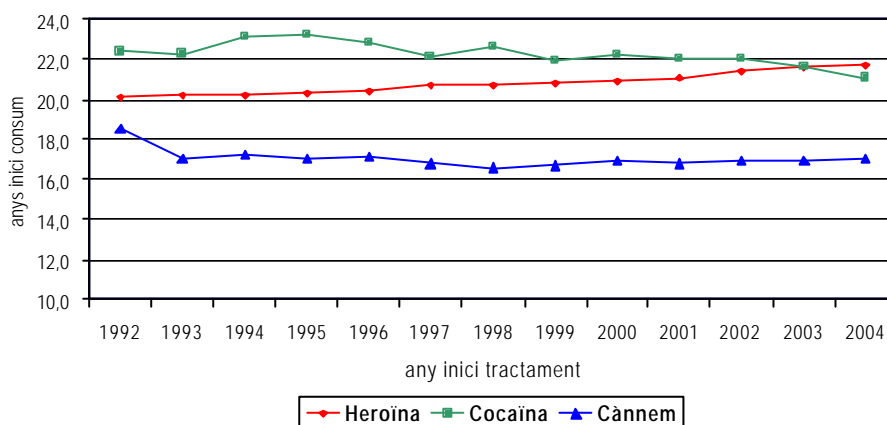
- ✓ Les enquestes que estudien l'evolució de les edats d'inici en el consum de drogues són d'àmbit estatal i s'analitza en l'apartat d'anàlisi de situació del grup d'adolescents. L'edat d'inici de consum de la població addicta en tractament en els centres de Barcelona (CAS), no ha canviat substancialment per cap d'aquestes tres substàncies. En el cas de l'heroïna, però, s'ha incrementat en un any i mig des de 1992, i en la cocaïna ha disminuït en dos anys des de 1996 (Figura 4).

Figura 3. Evolució del consum de tabac, alcohol i cànnem en la població escolar de 13 i 14 anys. Barcelona, 1987-2004.



Font: Enquestes sobre Drogues a Població Escolar 1987-2004 (enquesta FRISC-ESFA). ASPB.

Figura 4. Evolució de l'edat d'inici de consum de cocaïna, heroïna i cànnem en els inicis de tractament de Barcelona. Barcelona, 1992-2004.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

- ✓ Lamentablement no es disposa de dades d'oferta de lleure.

La valoració del grau de compliment dels objectius de l'eix de prevenció és:

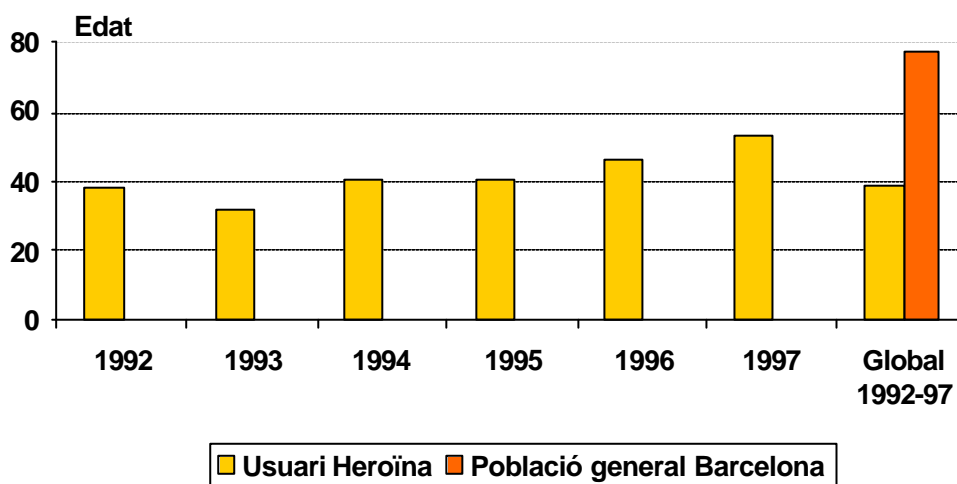
- **Bo** pel que fa a la reducció del consum de tabac, alcohol i heroïna.
- **No s'han assolit els objectius** pel que fa al consum de cànnem i cocaïna, ja que no s'ha incrementat l'edat d'inici de consum ni ha disminuït la seva prevalença.

EIX ASSISTENCIAL I D'INCORPORACIÓ SOCIAL

Els 36 objectius d'aquest eix estaven adreçats a millorar la qualitat i l'esperança de vida de la població dependent de substàncies psicoactives, a garantir l'accés als dispositius assistencials i potenciar el canvi d'hàbits i de comportaments de risc d'aquesta població.

- ✓ Millora de la qualitat i esperança de vida. En la població heroïnòmana en tractament s'han aconseguit importants avenços. Així, l'esperança de vida s'ha incrementat en 21 anys, tot i que segueix essent 25 anys inferior a la població general. La qualitat de vida també ha millorat en aquesta població, tot i seguint essent inferior a la de la població general².

Figura 5. Evolució de l'esperança de vida dels usuaris d'heroïna que inicien tractament segons any d'inici de tractament Barcelona, 1992-97.

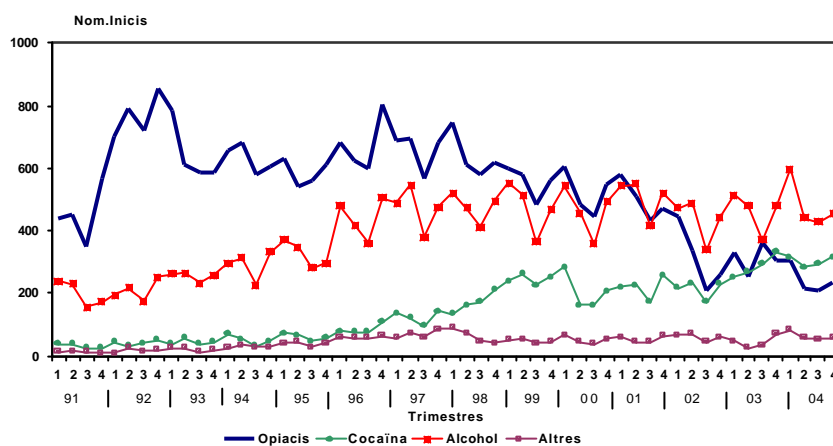


* Informe de mortalitat de Barcelona

- ✓ Garantia de l'accés als dispositius assistencials. Durant el període de vigència d'aquest Pla s'ha incrementat el nombre d'inicis de tractament en consumidors d'alcohol i cocaïna (Figura 6). Els inicis de tractament per heroïna han disminuït de forma significativa, fenomen que és degut a la disminució del nombre de nous consumidors d'heroïna. Diferents estudis mostren que prop del 70% dels consumidors d'heroïna han estat en tractament alguna vegada a la vida i el 50% en els darrers 12 mesos³. Quant a l'alcohol i la cocaïna, tot i que han augmentat,

s'estima que el nombre de persones que inicien tractament és insuficient pel total d'usuaris problemàtics^b estimats per la ciutat de Barcelona⁴.

Figura 6. Evolució del nombre d'inicis de tractament segons substància que motiva l'inici. Barcelona 1991-2004



Fuente : Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

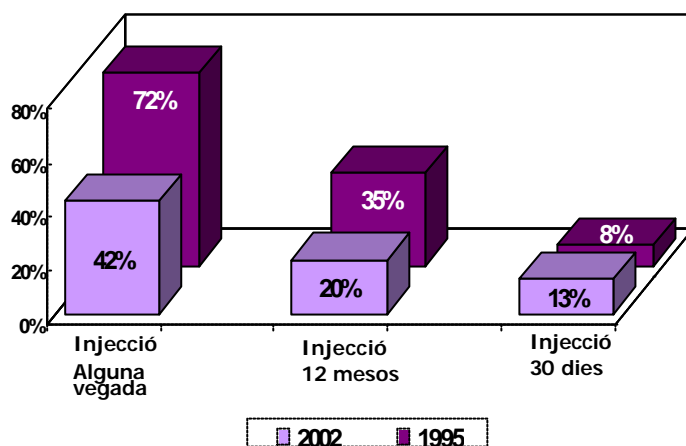
- ✓ Des de l'inici de les polítiques de disminució de danys s'han fet grans avenços en potenciar el canvi d'hàbits i de comportaments de risc d'aquesta població. Ha disminuït el percentatge de heroïnòmans que consumeixen per via endovenosa, i els que ho fan han millorat els seus hàbits ja que han disminuït les pràctiques de risc, com per exemple, compartir xeringues (Figura 7).

La valoració del grau de compliment del objectius de l'eix assistencial i d'incorporació social és:

- **Bo** pel que fa a l'increment de l'esperança i qualitat de vida dels usuaris d'heroïna en tractament i a la seva cobertura assistencial. Així mateix, els programes de disminució de danys han demostrat la seva efectivitat pel que fa a canvis en els hàbits i pràctiques de risc.
- **Acceptable** en la cobertura d'assistència dels usuaris de cocaïna i alcohol . Tot i que ha millorat en els darrers anys, encara cal ampliar l'oferta i les modalitats, per fer-la més atractiva a aquest col·lectiu.

b) S'entén per ús problemàtic, el d'aquella persona que ha tingut algun problema sanitari, social o legal degut al consum d'alguna substància psicoactiva

Figura 7. Percentatge de joves injectors d'heroïna que s'han injectat amb una xeringa usada per altri. Barcelona, 1995 i 2002.



Font: Itinere.

EIX DE SEGURETAT I DISSUASIÓ

Els 6 objectius d'aquest eix s'adreçaven a facilitar un ambient comunitari que controlés l'oferta de substàncies psicoactives, vetllés pel compliment de la normativa i dissuadís el consum de drogues a la via pública.

D'aquest eix existeix poca informació, només es pot constatar un increment de l'activitat policial en el control de les alcoholèmies, tant les positives com les de caràcter preventiu (Figura 8).

Com a conclusió, el grau de compliment dels objectius de l'eix de seguretat i dissuasió és:

- **Acceptable:** Pel que fa a alcoholèmies preventives i dissuasives.

La resta d'objectius de control de l'oferta no han pogut ser avaluats per limitacions en la comparabilitat dels indicadors.

Figura 8. Evolució d'alcoholèmies realitzades per la Guàrdia Urbana de Barcelona. Barcelona, 2000-2004



Font: Guàrdia Urbana de Barcelona. Ajuntament de Barcelona

EIX DE SUPORT CIENTÍFIC, D'INFORMACIÓ I RECERCA

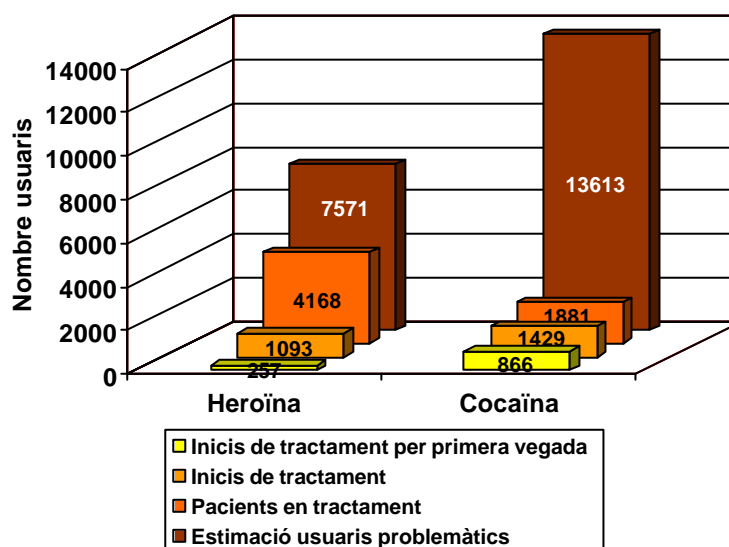
Els 14 objectius d'aquest eix s'adreçaven a conèixer la tendència i la magnitud del consum de drogues psicoactives, estudiar les necessitats de la comunitat i dels usuaris de drogues, desenvolupar indicadors d'efectivitat i eficiència dels recursos i avaluar les estratègies adoptades.

- ✓ En la Figura 9 podem veure com en funció de la substància, la proporció de pacients en tractament varia de forma substancial. Així en el cas de l'heroïna el 55% dels usuaris problemàtics estimats per un any concret està en tractament aquell any, essent aquesta relació en el cas de la cocaïna del 14%. Aquestes dades són congruents amb les obtingudes amb altres estudis³. Pel que fa la incidència (incorporació de nous consumidors), en el cas de l'heroïna ha baixat en els darrers anys, sent en l'actualitat molt baixa; per contra la incidència de cocaïna ha tingut diferents pics des de 1997 i en l'actualitat la prevalença de consumidors problemàtics de cocaïna s'estima en un 3,1%⁴ del total de la població barcelonina.
- ✓ Durant l'any 2003 es va realitzar una enquesta als usuaris dels CAS municipals per conèixer el grau de satisfacció amb els tractaments ofertats, les instal·lacions, el tracte rebut i la competència dels professionals que els atendien. La valoració ha

estat molt positiva en la professionalitat, cortesia, comprensió del client, fiabilitat, comunicació i capacitat de resposta dels centres. Els aspectes a millorar eren els relacionats amb les instal·lacions o mobiliari i amb el temps d'espera per a les visites.

- ✓ S'han realitzat diversos estudis per analitzar l'estat de salut i les necessitats de tractament i serveis d'aquesta població, posant especial atenció en les malalties infeccioses i psiquiàtriques. Així, en una cohort de joves consumidors d'heroïna (projecte Itinere), la proporció de pacients diagnosticats d'alteracions psiquiàtriques de l'eix I (depressió, ansietat i psicosis) és del 46% i de l'eix II (trastorns de la personalitat) és del 40%. La cocaïna, l'alcohol i l'heroïna són les substàncies amb més comorbiditat (Figura 10) i els pacients amb comorbiditat tenen dependència a més substàncies que els no comòrbids.

Figura 9. Estimació d'usuaris problemàtics d'heroïna i de cocaïna segons nombre de pacients tractats, el nombre d'inicis anuals i el nombre de primers inicis per cada una d'aquestes substàncies. Barcelona 2004.

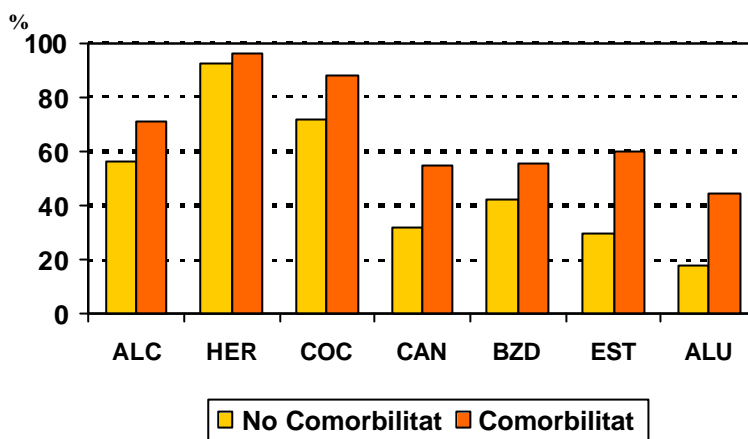


Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

Pel que fa a les malalties infeccioses en usuaris de drogues intravenoses (UDIs), tot i que la situació ha millorat en els darrers anys, la prevalença d'infeccions evitables encara és elevada, comparada amb altres països de la Unió Europea.

(Figura 11) La prevalença d'infecció pel VIH, VHC i VHBC és molt alta, sobretot entre les dones.

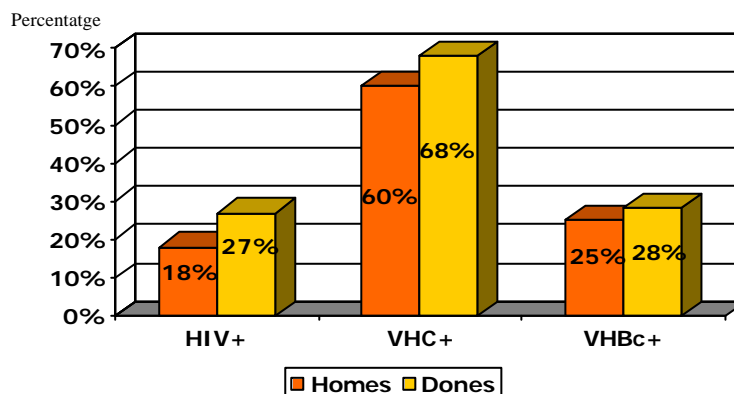
Figura 10. Proporció de dependència a diferents substàncies en joves consumidors amb i sense comorbiditat psiquiàtrica.



Font: Projecte Ítinere

ALC: alcohol ; HER: heroïna; COC: cocaïna; CAN: cannabis; BZD: benzodiacepines; EST: estimulants; ALU: al·lucinògens

Figura 11. Prevalença d'infeccions evitables en joves UDIs reclutats al carrer segons sexe. Barcelona, 2000-02.

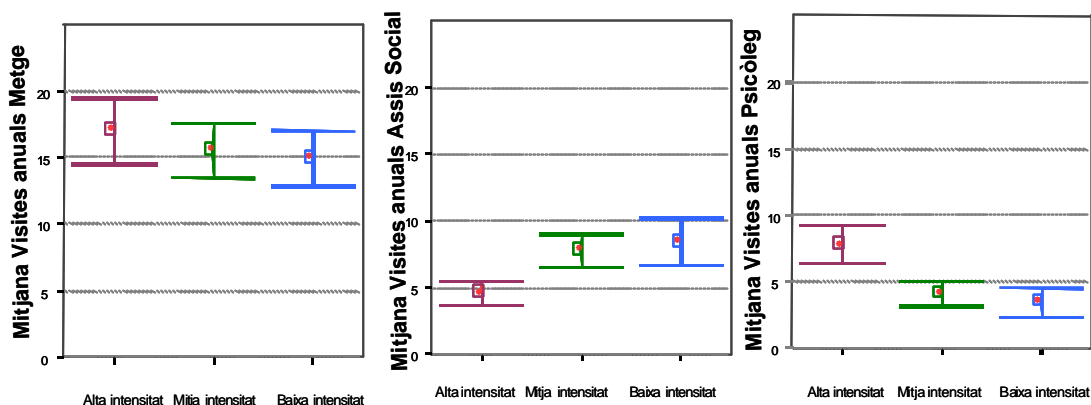


Font: Ítinere. Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

- ✓ S'ha dut a terme una avaluació dels programes de manteniment amb metadona (PMM) segons la intensitat d'atenció (alta intensitat, mitja intensitat i baixa intensitat)⁵. La mitjana de visites anuals segons professional indica que el metge és qui més visites realitza en tots els subprogrames, seguit del treballador social (Figura 12)

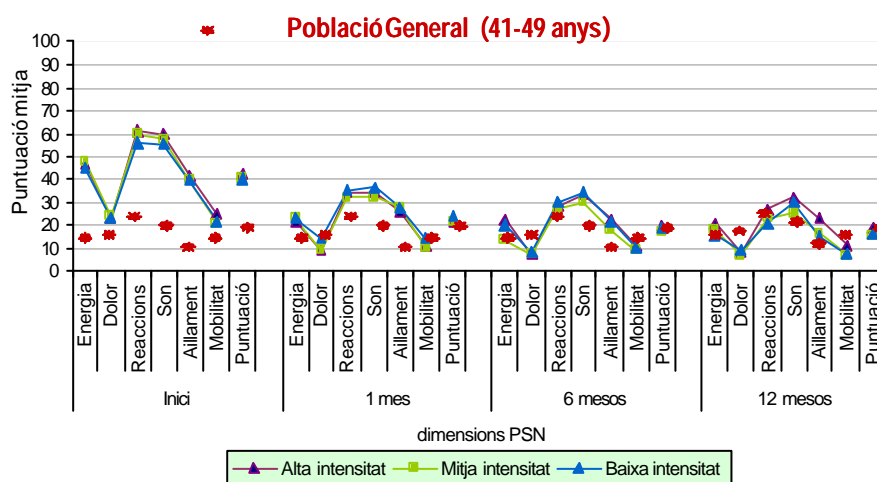
La Figura 13 mostra l'evolució dels PMM segons l'estat de salut autopercebut, la intensitat d'atenció i el temps en tractament. S'observa que, a mesura que el pacient passa més temps en un PMM l'estat de salut millora, apropant-se cada vegada més a la salut autopercebuda de la població general.

Figura 12. Distribució de la mitjana de visites anuals segons intensitat d'atenció realitzada pels pacients que han entrat en un PMM. Barcelona 2001.



Font: Elisabet Puigdollers Tesi doctoral. UAB 2003

Figura 13. Evolució de l'estat de salut autopercebut segons la intensitat d'atenció realitzada i temps passat en un PMM. Barcelona 2001.



Font: Elisabet Puigdollers. Tesi doctoral. UAB 2003

Una vegada analitzats tots els objectius d'aquest eix, la valoració del seu grau de compliment és:

- **Bo** pel que fa a tots els objectius, ja que s'ha treballat en els diferents aspectes plantejats en el Pla 2000-2004. Tot i així, queda pendent analitzar la utilització de serveis per part dels usuaris de drogues i aspectes relacionats amb la comunitat i l'acceptació de l'usuari com a ciutadà de ple dret.

EIX TERRITORIAL

Els 12 objectius d'aquest eix estan enfocats a afavorir la participació ciutadana en els fòrums de discussió, millorar la percepció i l'actitud de la comunitat sobre els consumidors crònics i generar plataformes de treball per adaptar el Pla al territori i implantar-lo.

- ✓ Durant el període de vigència del Pla 2000-04 es van portar a terme dos Plans de territori, als districtes de Sant Andreu i de Sant Martí.
- ✓ Des de l'any 2002 se signen contractes programa amb cada un dels districtes, on es concerten quin dels serveis ofertats per l'ASPB es faran de forma específica en el territori.

La valoració del grau de compliment és:

- **Acceptable** perquè el catàleg de serveis de l'ASPB ha estat capaç d'adaptar-se a les demandes i necessitats de cada un dels territoris de la ciutat.

5. ANÀLISI DE SITUACIÓ

Es presenta el diagnòstic de la situació, tal com s'ha fet en anys anteriors, tenint en compte les diferents àrees i àmbits que estructuraven el Pla actual, és a dir, ciutat, adolescència i joventut, dones i població addicta a substàncies psicoactives.

Per la formulació de l'anàlisi de situació s'ha utilitzat la informació disponible de Barcelona fins al 2004. En els casos en què no s'ha disposat d'aquesta informació o la disponible era deficient o incompleta s'ha optat per les dades procedents dels sistemes d'informació de cobertura autonòmica o estatal.

5.1. CIUTAT

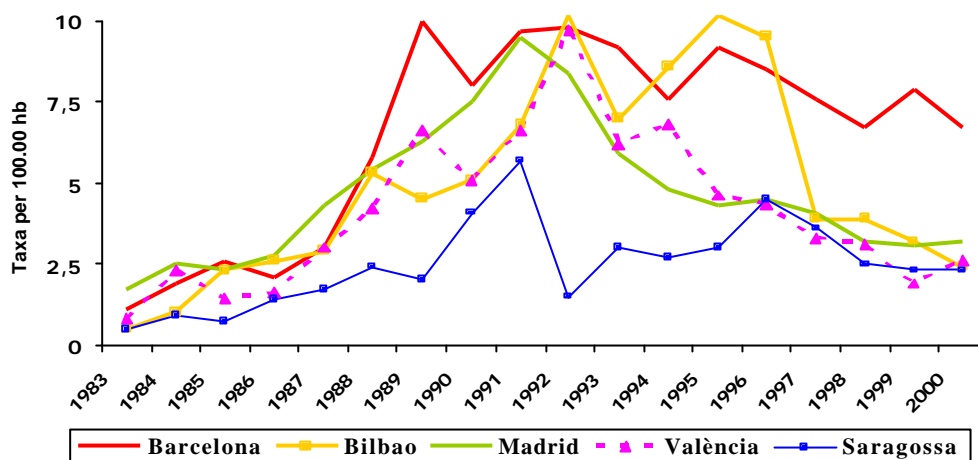
A Barcelona, el consum de drogues psicoactives es va iniciar molt precoçment. Així, els primers consums d'heroïna descrits a l'Estat espanyol es varen donar a Barcelona a l'any 1976, i a partir d'aquell any varen començar a incrementar-se les urgències per heroïna i la mortalitat per sobredosis⁶, convertint-se Barcelona en la ciutat de l'Estat espanyol amb més problemes associats al consum d'heroïna (Figura 14). L'expansió d'aquest consum va tenir greus implicacions en la població jove de Barcelona, convertint-se el consum d'heroïna en la primera causa d'anys de vida perduts⁷.

Pel que fa a la cocaïna, Barcelona també va ser la ciutat que primer va detectar un increment del seu consum problemàtic^c. Així l'any 1997, la cocaïna ja va provocar més urgències hospitalàries que l'heroïna i l'any 2002 va sobrepassar a l'heroïna pel que fa als inicis de tractament⁸. Actualment s'estima^d que el nombre de consumidors problemàtics d'heroïna és aproximadament de 7.500 i els de cocaïna és de 13.600⁸.

c) S'entén per ús problemàtic aquell que produeixin un dany o perjudici social, legal o de salut per a qui les utilitza, per a tercers o per a la comunitat..

d) Aquesta estimació s'ha realitzat mitjançant la tècnica del captura-recaptura que consisteix en l'encreuament dels diferents registres disponibles (inicis de tractament als CAS, urgències hospitalàries i ingressos penitenciaris), i a partir dels seu grau de solapament es calcula el nombre total de la població estudiada.

Figura 14. Evolució de la taxa de mortalitat per reacció aguda adversa a drogues a 5 ciutats espanyoles. Taxes per 100.000 habitants. 1983-2000.



Font: Elaboració pròpia a partir de l'Observatorio Español sobre Drogas

El cànem, actualment, és la substància psicoactiva més consumida, estimant-se que el 7% de la població de 15-64 anys en té un consum regular i l'11% l'ha consumit alguna vegada en els 12 darrers mesos⁹. Aquesta substància té a la nostra societat una gran visibilitat i es consumeix obertament en tot tipus d'espais públics. És a dir, hi ha una tolerància social sense precedents amb altres substàncies il·legals. Tanmateix, fins el moment, no s'ha observat un increment dels problemes sanitaris associats a aquests consums, ja que els inicis de tractament i les urgències per aquesta substància s'han mantingut estables en els darrers anys. No passa així amb la demanda social procedent de l'àmbit educatiu on es comencen a detectar consums problemàtics a l'aula.

L'augment del consum d'èxtasi i preparats amfetamínics que va tenir lloc durant els anys noranta, essent la prevalença màxima a l'any 2000 de 5,2% de consum recreacional entre la població de 14-18 anys, sembla que s'hagi estabilitzat en els darrers anys així, l'any 2004 aquesta prevalença es de 2,2%¹³. Estudis en determinades poblacions han mostrat que el consum d'èxtasi i d'altres preparats amfetamínics és més comú entre els joves que assisteixen a determinades festes tipus "rave" i aquest consum és més freqüent els caps de setmana i ocasions especials. Tot i així, alguns indicis recents suggereixen que aquest vincle s'està debilitant així com el seu consum i cada vegada menys s'associa a grups urbans concrets¹⁸.

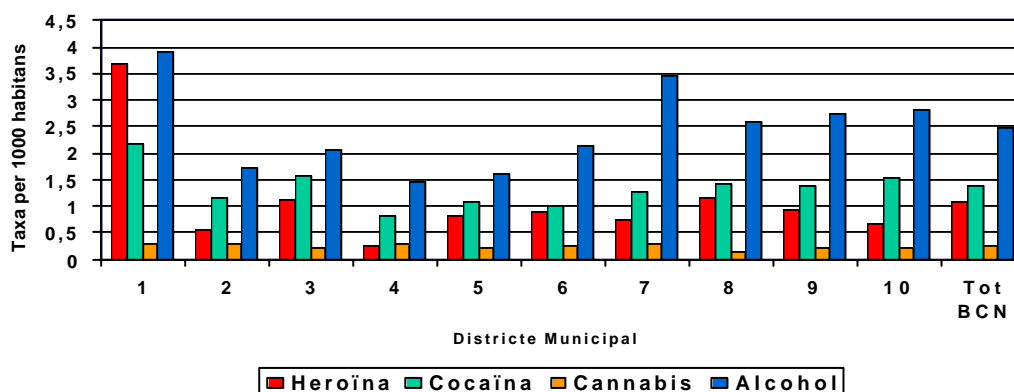
Tots aquests consums han provocat un cost social i sanitari, estimant-se pel que fa a la globalitat de l'abús de drogues il·legals en 58€ per càpita/any¹⁰

Pel que fa al consum de drogues legals, Barcelona, com la resta de l'Estat, ha experimentat l'epidèmia del consum de tabac, estimant-se que el 29% de la població adulta és consumidora diària¹¹ Tot i que actualment sembla que aquest consum està disminuint, segueix sent la droga psicoactiva que més cost sanitari i social provoca, estimant-se en 336€ per càpita/any¹⁰.

Tot i haver canviat el patró de consum de l'alcohol en els darrers anys, aquesta substància segueix sent la segona amb més consum problemàtic, calculant-se que a Barcelona el 3% de la població de 15-64 anys té un consum de risc^e. Com ja s'ha comentat, el patró de consum ha canviat, desapareixent en gran mesura de la dieta i concentrant-se en els caps de setmana. Tot i que el fenomen del "botellón", no ha estat tan prevalent com a la resta de l'Estat, s'han observat escenes obertes de consum, que en algunes ocasions han esdevingut problemàtiques. El cost social i sanitari de l'alcohol, com en el cas del tabac, és molt elevat, 265€ per càpita/ any, ja que no tant sols provoca costos sanitaris directes sinó que a més té costos indirectes, com poden ser la disminució de la productivitat i els danys a tercers no consumidors.

Hi ha profundes desigualtats en la distribució territorial del consum de drogues psicoactives. El consum de substàncies com l'heroïna, la cocaïna i l'alcohol és significativament més alt a Ciutat Vella, Nou Barris o Sants, encara que aquests consums en major o menor grau estan estesos en tots els territoris. Contràriament, el cànnem, probablement degut a la normalització del seu consum, es distribueix per igual a tota la ciutat (Figura 15).

Figura 15. Distribució dels inicis de tractament efectuats als CAS de Barcelona segons substància i districte de residència. Barcelona 2004.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

L'heroïna per via injectada, està fortament relacionada amb l'exclusió social i amb un elevat índex de pobresa¹². Aquestes desigualtats, que varen començar als anys noranta, actualment s'estan ampliant bàsicament a expenses dels usuaris immigrants i de petites bosses de antics usuaris d'heroïna que estan en situació de pobresa extrema. Actualment, en els programes de carrer s'està atenent un 57% d'usuaris de drogues per via injectada (UDI) que són estrangers i d'aquests el 62% són no comunitaris, trobant-se un 79% d'ells en situació irregular (dades SIDB).

5.2. ADOLESCÈNCIA I JOVENTUT

El consum de drogues psicoactives és un fenomen molt plàstic, sotmès a canvis continus derivats del context social i del mercat. En els darrers anys, Barcelona ha experimentat un notable canvi en el tipus i patrons de consum de substàncies psicoactives. En la nova societat definida en termes de consum i opulència, la incorporació de les dones al món laboral ha provocat un canvi de rols i de valors en la família tradicional. Les dificultats per a la conciliació de la vida laboral i familiar ha ocasionat una disminució del temps dedicat als fills i a la seva educació, a més, els adolescents i joves tenen una educació més permissiva, amb menys normes i amb un menor aprenentatge de la responsabilitat individual i de respecte a l'altri. Així, els adolescents^f i joves nascuts en la societat del benestar, on la competitivitat, l'oci, la diversió i el consum adquireixen un valor hegemònic, han definit uns criteris de qualitat de vida propis on el consum de drogues psicoactives ha adquirit un paper rellevant i, el que és encara més preocupant, normalitzat.

La substància d'abús més estesa entre la població escolar¹³ catalana de 14 a 18 anys és l'**alcohol**: un 77,1% l'ha consumit alguna vegada, un 76,8% ho va fer el darrer any, un 60,6% els darrers 30 dies i un 12,3%¹⁴ han fet un consum de risc⁹ en l'últim mes. El consum d'alcohol en la població de 15 a 34⁹ anys és del 74,2% en el darrer any i del

e) S'entén per consum de risc d'alcohol aquell en què hi ha un consum diari de 40 gr. d'alcohol pur en homes i de 24 gr. d'alcohol pur en dones.

f) L'article primer de la Convenció sobre els Drets de l'Infant de Nacions Unides de 1989 diu que "s'entén per infant tot ser humà menor de 18 anys, tret que en virtut de la llei que li sigui aplicable, hagi assolit la majoria d'edat". L'article 2, del Capítol I de la Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de adopció, ens indica que infant és tota persona menor de dotze anys i adolescent tota persona amb una edat compresa entre els dotze anys i la majoria d'edat establerta per llei.

g) S'entén per consum de risc d'alcohol aquell en què hi ha un consum diari de 40 gr. d'alcohol pur en homes i de 24 gr. d'alcohol pur en dones.

62,7% en els últims 30 dies. Tot i que l'evolució d'aquest consum ha estat estable en la darrera dècada, s'han observat alguns fenòmens de canvis de patrons, com el consum concentrat en els caps de setmana, els consums intensos de begudes alcohòliques en poc espai de temps (farteres i borratxeres) i els consums en espais oberts (carrer, parcs).

El **tabac** ocupa el segon lloc, amb una prevalença en la població escolar de 14 a 18 anys de 31,3% en el consum habitual^h i del 23% de fumadors/es diaris. Tant en el cas de l'enquesta en la població escolar barcelonina¹⁵, com en l'espanyola¹⁴, entre les dones adolescents i joves⁹ les prevalences són més elevades que entre els seus companys. Les dades suggereixen un declivi de l'epidèmia tabàquica ja que tant en els nois com en les noies les prevalences han disminuït en els darrers quatre anys.

El **cannabis** és la substància il·legal més estesa i la que ha experimentat en l'última dècada un augment més important. En la població de 14 a 18 anys la proporció d'adolescents que han consumit cannabis de forma regular (30,4%) quasi iguala el consum regular de tabac (31,3%). Aquest consum regular, considerat com a problemàticⁱ, s'ha duplicat des de l'any 1994 i actualment a prop d'un de cada tres adolescents catalans fa un consum habitual d'aquesta substància.

La **cocaïna**, amb taxes molt allunyades del consum d'alcohol, del tabac i del cannabis, en la població escolar també ha experimentat un augment en els darrers 10 anys, amb una prevalença de consum del 8,7% alguna vegada a la vida, un 6,8% els darrers 12 mesos i del 3,4% el darrer mes. Tot i així, en els joves¹⁶ aquestes prevalences s'incrementen de forma notable, arribant a un 5% de consum habitual amb una prevalença similar a la del Regne Unit i EE.UU.

La resta de substàncies se situen en prevalences de consum al voltant o inferiors al 5% en els 12 últims mesos. Els **tranquil·lizants sense recepta mèdica** representen un 5,2%, l'**èxtasi, al·lucinògens i amfetamines** un 2,2%, 3,7% i 3,2% respectivament. Finalment, l'**heroïna** només representa un 0,5%.

L'edat mitjana d'inici en el consum dels estudiants de 14 a 18 anys¹³ durant el període de 1994 a 2004 és diferent segons la substància estudiada. Cal ressaltar que

h) Consum habitual o regular és aquell que s'ha produït en els darrers 30 dies.

les primeres substàncies consumides són el tabac i l'alcohol, amb inicis al voltant dels 13,5 anys, seguit del cannabis que es produeix un any després. La resta de substàncies psicoactives (cocaïna, hipnosedants, amfetamines, etc.) tenen inicis superiors als 15 anys..

Destaquen com a factors de risc facilitadors del consum de drogues.^{17,13}, la disminució del risc percebut^j i l'increment de la disponibilitat^k de les substàncies per part dels estudiants de secundària. L'alcohol, el tabac i el cannabis són les substàncies més valorades, consumides i utilitzades pels joves. Els seus consums augmenten els caps de setmana i hi ha una tendència a la normalització dels consums recreacionals¹⁸.

Quant a les **diferències de sexe**, el consum de drogues és significativament superior entre els nois, exceptuant el tabac i els tranquil·lizants sense prescripció mèdica on hi ha una major proporció de noies consumidores. Cal destacar que el consum de tranquil·lizants per part de les noies és gairebé 3 vegades superior al que realitzen els nois. Pel que fa al d'alcohol, es donen xifres de consum lleugerament superiors en les noies. (taula 2).

Taula 2. Prevalències de consum entre estudiants d'ensenyaments secundaris de diferents substàncies segons sexe. Catalunya, 2004

| | Alguna vegada | | Últims 12 mesos | | Últims 30 dies | |
|---|---------------|-------|-----------------|-------|----------------|-------|
| | Nois | Noies | Nois | Noies | Nois | Noies |
| Alcohol | 75,5 | 78,9 | 75,0 | 78,8 | 60,6 | 60,6 |
| Tabac | 33,8 | 38,3 | ----- | ----- | 28,6 | 34,2 |
| Cànnabis | 47,3 | 47,2 | 43,0 | 40,5 | 32,2 | 28,3 |
| Cocaïna | 10,0 | 7,2 | 8,1 | 5,4 | 4,3 | 2,3 |
| Tranquil·lizants sense prescripció mèdica | 5,4 | 9,7 | 3,3 | 7,3 | 1,4 | 4,0 |
| Èxtasi | 5,1 | 4,2 | 2,8 | 1,5 | 1,7 | 0,5 |
| Speed i amfetamines | 5,3 | 3,3 | 4,2 | 2,2 | 2,3 | 1,2 |
| Al·lucinògens | 6,9 | 3,9 | 5,1 | 2,1 | 3,0 | 0,8 |

Font: Enquesta sobre drogues a la població escolar. Informe intern Òrgan Tècnic de Drogodependències. Generalitat de Catalunya.

i) Consum que perjudica o interfereix negativament en el desenvolupament personal i social del menor, en totes i en algunes de les seves àrees, incrementant la vulnerabilitat en el seu procés de socialització

j) Risc percebut: Proporció d'estudiants de secundària que pensen que el consum d'una determinada substància pot causar bastants o molts problemes

k) Disponibilitat: Reconeixement dels estudiants de secundària que els seria fàcil o molt fàcil aconseguir la majoria de drogues legals i il·legals

Tal com s'ha comentat anteriorment, la **família** té un paper important en la transmissió de valors, actituds i estils de vida. Dades com, que el 6,2% dels nens que creixen en famílies on un o tots dos pares són bevedors excessius d'alcohol¹⁹, el 15,4% de joves consumidors d'heroïna i/o cocaïna tenen els pares consumidors d'heroïna i/o cocaïna i dels quals el 86% eren injectors³, o que els factors que amb més freqüència s'associen amb una intervenció amb menors són el 56% d'història familiar d'alcoholisme i 33% d'alta conflictivitat familiar, apunten a la importància de treballar amb les famílies. Per tot això, d'una banda, cal informar i donar suport a les famílies, no només en l'etapa infantil, sinó també en l'adolescència i en la joventut. Per altra, sensibilitzar els professionals dels diferents recursos sanitaris, socials i educatius per a la detecció precoç de famílies vulnerables i millorar les condicions de vida que afavoreixen el consum problemàtic de drogues.

5.3 DONES

Malgrat que el consum de drogues és superior entre els homes, les dones són especialment vulnerables ja que les problemàtiques associades a aquest consum les situen, com s'explica més endavant, en una posició més desfavorida pel que fa a la posició socioeconòmica, la salut mental, les malalties infeccioses, l'embaràs i la maternitat, la prostitució, etc. Això ha fet que no només es consideri la perspectiva de gènere transversalment en tots els àmbits, sinó que a més es plantegi una estratègia específica amb objectius i intervencions pròpies.

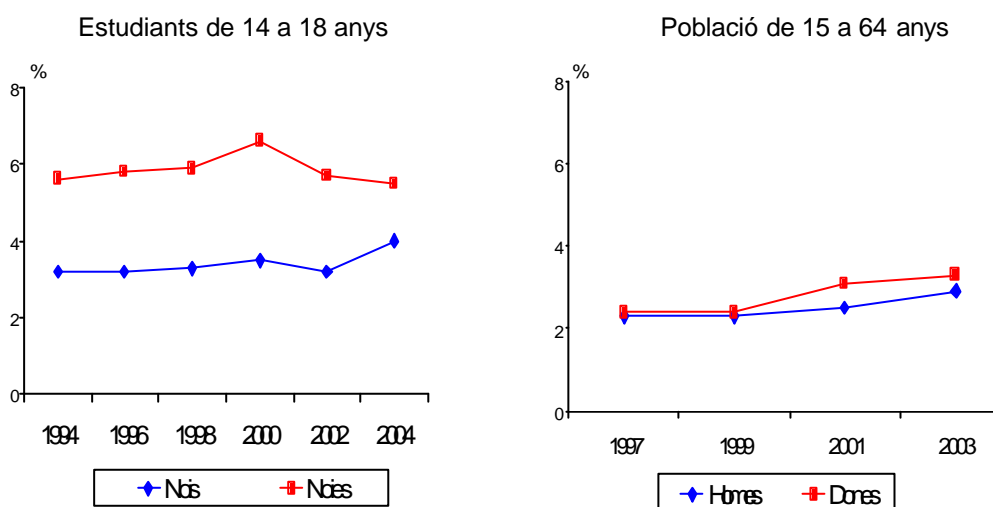
La **prevalença i els patrons de consum** de tabac, alcohol i cannabis tendeixen a igualar-se en els dos sexes, encara que continua sent superior en els homes^{20,9}. En la resta de substàncies il·legals (cocaïna, heroïna, etc.) el consum en les dones és molt inferior a la dels homes i, a més, els seus patrons de consum són més prudents. Tal com s'indica en l'informe de l'Observatori de nous consums¹⁸, les edats d'inici són similars en ambdós sexes, sobretot en l'alcohol, tabac i cannabis, però quan aquest consum continua, les dones el presenten més moderat i redueixen més els riscos que els homes.

Un estudi fet en tres comunitats autònomes indica que un milió i mig de persones a l'Estat espanyol consumeixen somnífers o tranquil·litzats de manera habitual, de les quals el 75% són dones. Hi ha moltes causes que expliquen aquest fet. La

competitivitat laboral i les grans expectatives de futur són les principals fonts de malestar per a les dones més joves; els conflictes derivats de la conciliació de la vida laboral i familiar són un dels motius per a les dones de mitjana edat; la frustració i pèrdua de confiança són els principals problemes per a les dones d'edat avançada²¹. També s'ha assenyalat que el consum de tranquil·lizants és superior entre les mestresses de casa que en les dones que tenen un treball remunerat²².

El consum de psicofàrmacs sense recepta mèdica és superior entre les dones^{13,9}. Una de les possibles causes esgrimides per aquest alt consum és que les dones són diagnosticades per trastorn d'ansietat tres vegades més que els homes. A més, s'ha descrit un menor esforç diagnòstic per a les dones amb una sobreprescripció de tranquil·lizants per tractar malalties de naturalesa biològica²³. Cal assenyalar que el consum d'hipnosedants per part de les adolescents de 14 a 18 anys duplica el que tenen les dones de la població general.

Figura 16. Prevalença de consum d'hipnosedants (tranquil·lizants i/o somnífers) sense recepta mèdica, en els darrers 12 mesos, segons sexe i franja d'edat. Espanya, 1994-2004



Font:: Enquesta Domiciliària, 2003 i Enquesta escolar, 2004. DGPND.

Pel que fa a les dones **usuàries de drogues per via injectada (UDI)**, a prop d'un 6% de dones heroïnòmanes han estat iniciades a consumir per via intravenosa per un familiar directe (germà o pare) i un 48% per la seva parella estable³. El 25% de les prostitutes que treballen al carrer consumeixen drogues per aquesta via²⁴, i a prop del 70% prenen algun tipus de substància psicoactiva, sent l'alcohol, la cocaïna i el cannabis les més prevalents²⁵.

Altres dades que confirmen que les dones drogodependents estan en una situació de major vulnerabilitat fan referència a les prevalences de malalties infeccioses i les de

salut mental. Així, per a la població de 18 a 30 anys consumidora de drogues per via injectada, les dones amb VIH representen el 27% (homes 18%) i amb VHC el 68% (homes 60%)³. D'altra banda, les dones consumidores d'heroïna i/o cocaïna amb trastorns afectius representen el 38% (homes 19%), amb depressió major el 22% (homes 10%) i amb trastorns d'ansietat el 37% (homes 13%)³³.

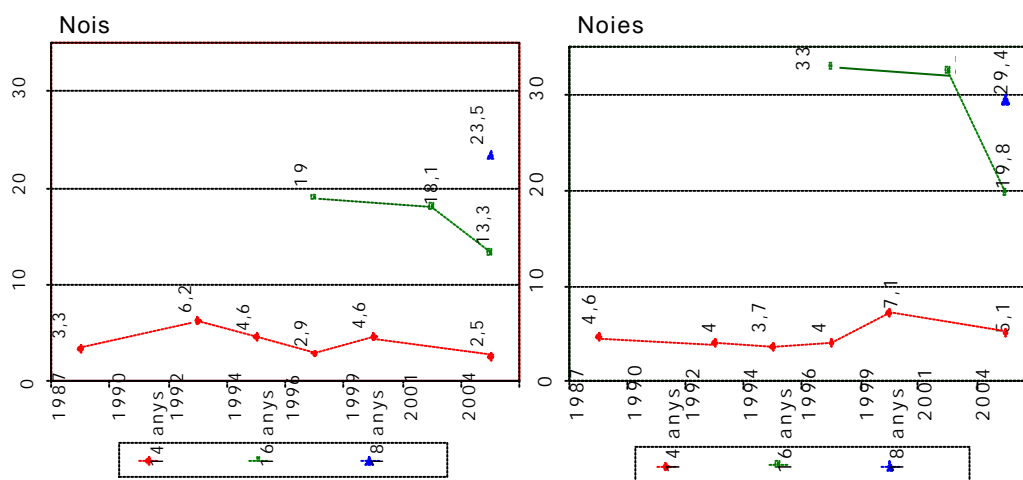
5.4 POBLACIÓ ADDICTA A SUBSTÀNCIES PSICOACTIVES

Tabac

El tabac, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), és la substància amb capacitat addictiva que més impacte ha tingut i té en la població general. Així, s'estima que la mortalitat global atribuïble al tabac és del 4,1% i la càrrega global de malaltia és 12,2%²⁶. En la població barcelonina de més de 35 anys la proporció de mortalitat atribuïble al tabac s'ha estimat en un 14%.

Les dades sobre la prevalença del hàbit tabàquic i la incorporació de nous fumadors fa pensar que estem al declivi de l'epidèmia i que les noves mesures preventives dels espais sense fum i les taxes sobre el tabac faran baixar la prevalença de forma significativa en un futur (Figura 17).

Figura 17 Evolució del consum diari de tabac en els escolars de Barcelona. Barcelona 1987-2004.



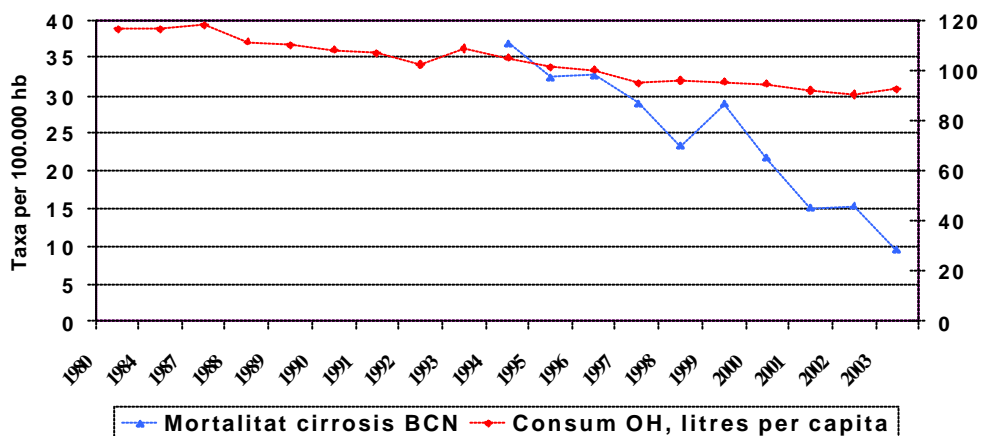
Font: Enquestes sobre Drogues a Població escolar 1987-2004 (enquesta FRISC-ESFA).ASPB.

Alcohol

A l'Europa Mediterrània es considera que la mortalitat global atribuïble al consum d'alcohol és del 3,2%²⁶. A la ciutat de Barcelona, suposa el 4,3% de la mortalitat total²⁷, essent les causes principals les malalties digestives, les cardiovasculars, les neoplàsies malignes i les causes externes (principalment accidents).

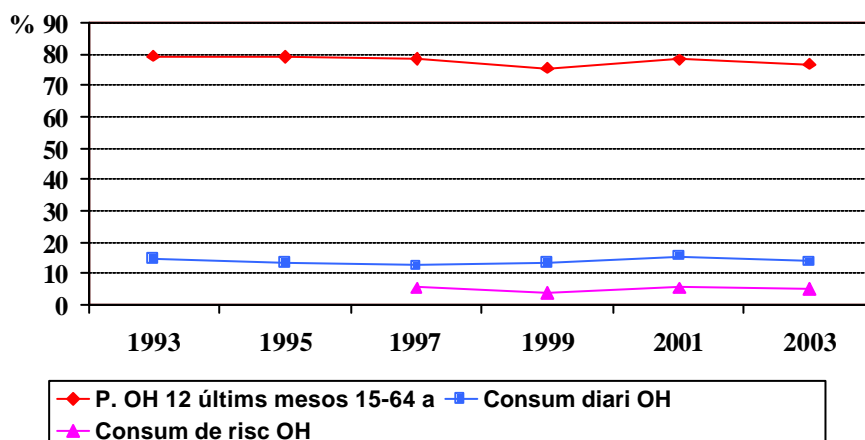
Espanya ha experimentat grans canvis en el consum d'alcohol. En els últims 25 anys, el consum *per capita* (pc) s'ha reduït un 25%. Aquest descens s'ha traduït en una disminució paral·lela de la mortalitat per cirrosi hepàtica (Figura 18). Pel que fa a altres indicadors com la prevalença del consum en el darrer any, el consum diari i els bevedors de risc, en la darrera dècada s'aprecia una estabilització (Figura 19).

Figura 18. Evolució del consum d'alcohol *per capita* a Espanya i de la mortalitat a Barcelona. Espanya 1980-2003, Barcelona 1994-2003.



Font: Elaboració pròpia

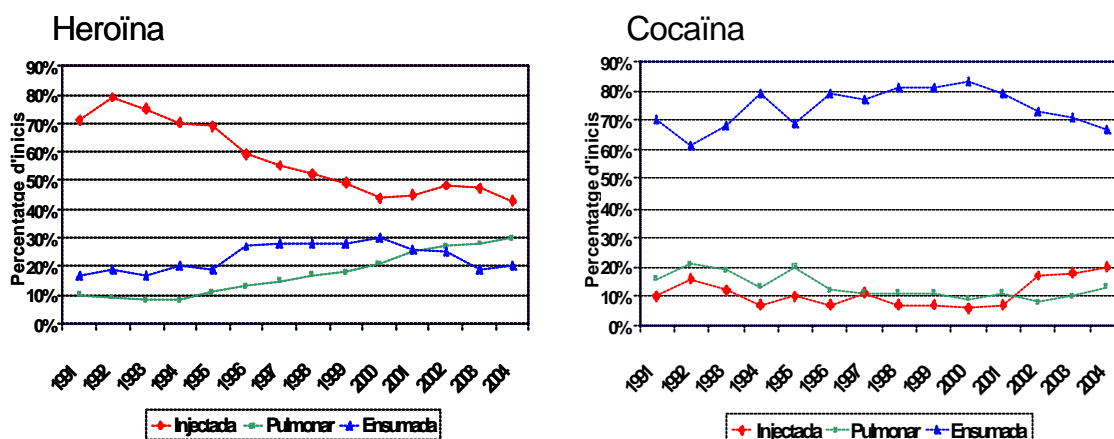
Figura 19. Evolució de la prevalença del consum d'alcohol en els últims 12 mesos, consum diari i consum de risc. Població 15-64 anys, Espanya 1993-2003.



Drogues Il·legals Font: Elaboració pròpia

En els darrers anys, Barcelona ha experimentat un notable canvi en el tipus i els patrons de consum de substàncies psicoactives. D'una banda, l'heroïna ha deixat de ser la primera substància de consum problemàtic, passant la cocaïna a ocupar aquest lloc²⁸; i d'altra, el consum injectat, i per tant, els seus problemes associats (infeccions, sobredosis), ha experimentat una lleugera disminució, bàsicament a expenses de l'increment del consum de cocaïna per via ensumada¹ (Figura 20). Tot i així, la mortalitat global atribuïble al consum d'heroïna i/o cocaïna es de l'1%²⁹; i l'esperança de vida dels usuaris d'heroïna és 25 anys inferior a la dels no consumidors³⁰.

Figura 20. Evolució percentual de la via de consum preferent referida en els inicis de tractament per drogues. Barcelona 1991-2004.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

En les urgències hospitalàries de l'any 2004, s'observa que prop del 55% es donen en usuaris de cocaïna (Figura 21), essent les patologies més associades a aquest consum, els problemes mentals (crisis d'ansietat, psicosi), malalties cardiovasculars com palpitations, crisis hipertensives i dolor precordial, les sobredosi i els accidents. De les 1.277 urgències ateses en consumidors d'heroïna, les patologies més freqüents han estat: les sobredosis, les infeccions, els trastorns hepàtics i de salut mental.

Pel que fa al consum d'èxtasi i d'altres drogues de síntesi com el GHB, la tendència observada és congruent amb les dades procedents de les enquestes poblacionals

l) **Les diferents vies** de consum són:

Via oral: És l'absorció d'una substància a través de la mucosa gàstrica.

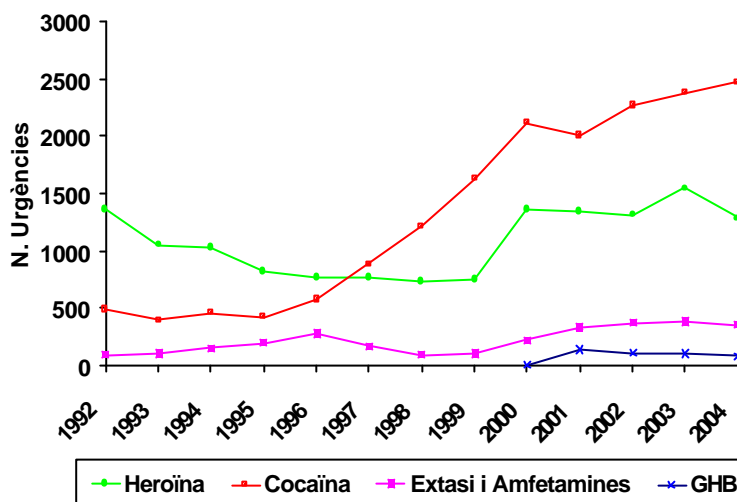
Via pulmonar: És la inhalació de vapors. La via d'absorció de les substàncies psicoactives es fa als pulmons. Un exemple d'aquest patró de consum seria el fumar.

Via ensumada: És l'absorció d'una pols a través de la mucosa nasal.

Via injectada: És l'absorció d'una substància a través de la injecció a la venosa o intramuscular.

(Figura 21). Així tenim que, després de la seva aparició a principis dels anys 90, s'observa una estabilització durant el darrer quinquenni que se situa al voltant de 400 urgències a l'any. Les complicacions principals són similars a les de la cocaïna, és a dir: crisi d'ansietat, palpitations i altres trastorns de la conducta .

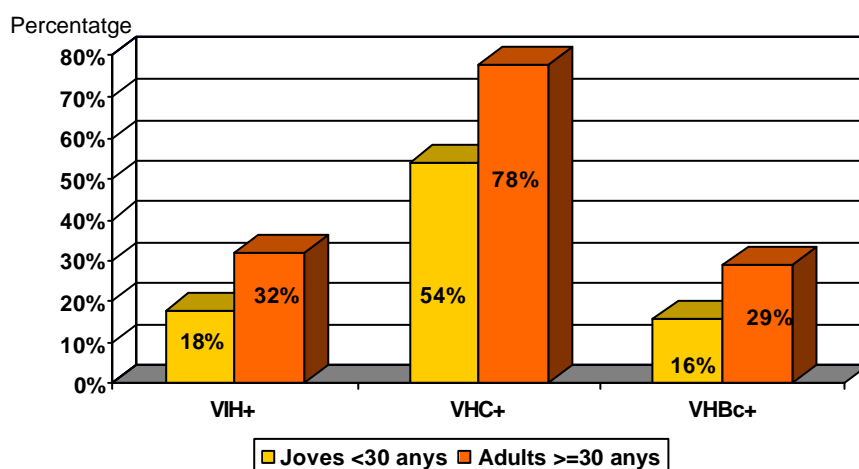
Figura 21. Evolució de les substàncies en els episodis d'urgències produïts pels pacients d'urgències consumidors de drogues psicoactives. Barcelona 1992-2004.



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

Les infeccions associades al consum intravenós ha experimentat una important davallada en els darrers 5 anys. Entre els consumidors majors de 30 anys la prevalença de problemes infecciosos és significativament més alta que entre els joves. (Figura 22). Tot i que aquesta infecció es dona durant els 3 primers anys de consum injectat. Aquestes prevalències són molt superiors a les de la població UDI (usuaris de drogues per via injectada) de la resta d'Europa.

Figura 22. Prevalença de VIH, VHC i VHB en UDIS segons grup d'edat. Barcelona 2004



Font: Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona

Actualment el dany més important dels UDIs, el responsable de més anys de vida perduts i el que més atenció mèdica consumeix, són les sobredosis o reaccions agudes adverses a drogues. Cal destacar que el 70% dels UDIs han tingut com a mínim una sobredosi a la vida, i d'aquestes el 5% són mortals, és a dir de cada 32 sobredosi, una és mortal³¹.

Els problemes de salut mental són molt freqüents entre els usuaris de substàncies psicoactives. Així, la prevalença de trastorns de la personalitat en els individus alcohòlics és del 53% i en els consumidors de drogues il·legals del 37%³². En el nostre àmbit els joves usuaris d'heroïna i/o cocaïna presenten una prevalença-vida de comorbiditat psiquiàtrica del 66,2%³³. Els trastorns més freqüents són els de l'Eix I (Trastorns Afectius, Psicosi, Trastorns Ansietat, Fòbies, etc.) 26,1%, l'Eix II (Trastorns personalitat) sense Eix I (20,4%) i Eix I + Eix-II 19,7% .

Població usuària de drogues psicoactives en l'àmbit laboral

Segons algunes dades recents, el consum de drogues psicoactives en la població adulta treballadora no és menyspreable, el 47% fumen; el 12,4% són bevedors de risc molt alt^m, augmentant a un 22% en el sector de la construcció; el 7,8% consumeixen diàriament cannabis i el 0,2% cocaïna³⁴. Aquestes prevalences tan elevades comporten un increment de problemàtiques associades al consum de drogues com ara: 3 cops més d'absentisme; 25% menys de productivitat; 2-4 vegades més d'accidentabilitat ja que el 25% dels accidents laborals són conseqüència del consum alcohol i altres drogues^{35,36} .

Població usuària de drogues psicoactives i violència

Arran de l'increment del consum de cocaïna, s'ha experimentat un increment dels problemes associats a aquest consum, entre ells les agressions i la violència. Així, en el 30% de les morts violentes està implicada la cocaïna i entre el 60 i el 70% ho està l'alcohol o altres drogues^{37,38}. També cal destacar que al voltant del 40% dels delictes estan relacionats amb el consum d'alcohol i altres drogues³⁹ .

Pel que fa a la violència domèstica, diferents estudis han mostrat que entre el 60-70% dels agressors estan sota els efectes d'alcohol i altres drogues⁴⁰ .

m) Consum diari d'alcohol igual o superior a 80 gr.

6. PLA D'ACCIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES 2006-08

6.1. MARC CONCEPTUAL

Les polítiques de drogues al llarg dels temps s'han anat adaptant a les noves necessitats cercant el punt d'equilibri entre les necessitats de la població no consumidora, les dels consumidors amb un ús no problemàtic de les substàncies i les de la població drogodepenent i la que presenta un ús problemàtic.

Els antecedents històrics han demostrat arreu que les polítiques d'abordatge de les drogodependències han de ser globals, amb una combinació equilibrada de mesures preventives, dissuassòries, d'intervencions i d'assistència sanitària, social i de reinserció social, ja que el retard en l'aplicació de mesures d'efectivitat provada, com els programes de manteniment amb metadona, els intercanvis de xeringues o les actuacions de prevenció selectiva han determinat l'aparició de situacions de greu impacte en la salut de les persones drogodependents i en el conjunt de la població.

L'abordatge des del progressisme de les polítiques de tractament de les drogodependències es basen en aquests factors, demostrant-se que la voluntat d'amagar les problemàtiques lligades al consum de drogues és un plantejament conservador que mai ha ajudat a resoldre el problema.

Altrament l'evolució i els canvis de la població en el consum de substàncies, les dinàmiques pròpies del mercat de drogues i l'evolució dels determinants socials i culturals impliquen la necessitat que els plans i les polítiques de drogues s'adaptin a les noves realitats i cerquin les mesures de màxima efectivitat per donar-hi resposta.

En aquest sentit els grans reptes que es plantegen en aquest pla se centren en els següents aspectes:

- El reforç de les mesures de prevenció selectiva i indicada amb visió comunitària, adreçades a evitar el consum o disminuir els efectes del consum problemàtic de drogues per a les poblacions més vulnerables.
- La consolidació dels programes i les estratègies de reducció de danys per a les poblacions de consumidors de drogues en situació de major cronificació.
- L'adaptació dels centres de tractament als nous reptes terapèutics vinculats al consum de cocaïna, cannabis i altres substàncies psicoactives.
- La incorporació d'estratègies de multiculturalitat en totes les línies d'actuació en l'àmbit de les drogodependències.
- L'avançament en la integració i l'acceptació dels serveis per a drogodepenents en els recursos de salut de la xarxa assistencial i en el conjunt del teixit social de la ciutat.
- El reforç del treball amb tots els actors, agents i institucions implicats en el treball vinculat al consum de drogues.

D'aquestes prioritats se'n deriven les actuacions que s'inclouen en el següent pla d'acció.

6.2. ESTRATÈGIA

L'anàlisi de situació del fenomen del consum de drogues psicoactives a la ciutat de Barcelona posa de manifest que l'ús de drogues, en alguns casos, durant la transició de la infància a la maduresa hi és present. En algunes persones, aquest consum és abandonat en arribar a l'edat adulta, però en canvi, en d'altres pot esdevenir un problema d'abús o dependència.

Tot i que els guanys en aquests darrers 15 anys han estat considerables, segueixen existint consums abusius, inadequats i problemàticsⁿ de drogues psicoactives que provoca greus problemes sanitaris i socials. Per tant, s'ha considerat oportú introduir modificacions en l'estratègia que fins ara regia els cinc últims Plans, redefinint el punt de partida que era: "les línies de lluita contra les drogues s'han d'entendre orientades a impedir, tant com sigui possible, el seu consum", enfocant-ho més en la prevenció, i continuant treballant per assolir l'ampli ventall d'objectius que abasten les diferents situacions que es produeixen davant d'aquest fenomen social.

Es plantegen sis grans fites estratègiques: vetllar pels drets dels que no volen consumir, prevenir el consum, fomentar l'abstinència per a qui vulgui abandonar, reduir els riscos i efectes adversos sanitaris i socials per a qui fa un consum esporàdic o habitual, minimitzar els danys associats a l'addicció i propiciar el canvi cap a l'abstinència per aquells que ho sol·licitin.

Definint la seva finalitat última com:

Prevenir i reduir el consum de drogues psicoactives i les seves repercussions negatives en els àmbits individual, familiar i social.

Per tal de:

- reduir la morbiditat i mortalitat associada al consum de drogues psicoactives.
- prevenir situacions d'exclusió social de l'individu i del seu entorn.
- evitar les vulneracions i l'incompliment de la legislació vigent.

ⁿ) S'entén per ús problemàtic qualsevol utilització de substàncies que produeixin un dany o perjudici social, legal, o de salut per a qui les utilitza, per a tercers o per a la comunitat. Exemples: deteriorament de les relacions familiars, socials o laborals; actituds incíviques o violentes; baix rendiment o fracàs escolar.

6.3 FILOSOFIA I PRINCIPIS RECTORS

La filosofia del present pla incorpora els següents principis, que són presents en tots els àmbits i actuacions plantejades.

- **Equitat i disminució de les desigualtats socials.** Totes les accions i estratègies desenvolupades en aquests Pla tindran com a fi últim disminuir les desigualtats socials presents en el consum de substàncies psicoactives i garantir l'equitat de tots els barcelonins i barcelonines consumidors de drogues.
- **Contundència amb el tràfic i compromís amb les persones i l'espai públic.** Refermar el compromís municipal de contribuir en la lluita contra el mercat il·legal de drogues i la voluntat de treballar per minimitzar els efectes dels seu consum sobre les persones i l'espai públic.
- **Perspectiva de gènere.** A banda de l'apartat específic de dona, en les accions incloses dins d'aquests Pla es considerarà sistemàticament la perspectiva de gènere (condicions, situacions i necessitats diferents de les dones i dels homes).
- **Els consumidors de drogues són persones amb tots els drets** i, per tant, no poden ser objecte de discriminació, independentment d'orígens, races, cultures o drets administratius.
- **Protecció del menor.** Seguint les directrius de l'ONU sobre els drets de l'infant, aquest Pla vetllarà per la protecció del menor per tal que el seu desenvolupament físic, mental i social es doni de forma saludable i normal. Així mateix el Pla tindrà una estructuració per franges d'edat (infància, pre-adolescència, adolescència i joves)^o i per àrees i poblacions prioritàries (usuaris, poblacions en risc).

o) L'article primer de la Convenció sobre els Drets de l'Infant de Nacions Unides de 1989 ens diu "s'entén per infant tot ser humà menor de 18 anys, tret que en virtut de la llei que li sigui aplicable, hagi assolit la majoria d'edat". L'article 2, del Capítol I de la Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i protecció dels infants i els adolescents i de modificació de la Llei 37/1991, de 30 de desembre, sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció, ens indica que infant és tota persona menor de dotze anys i adolescent tota persona amb una edat compresa entre els dotze anys i la majoria d'edat establerta per llei.

- **Transversalitat.** La pròpia concepció d'aquest Pla de Drogodependències és transversal, i va més enllà d'una perspectiva de salut. Tot i que les directrius i la gestió del PADB es porta a terme des de l'ASPB, es planteja la coordinació amb diversos plans, tant els municipals de caràcter transversal (Pla Jove, Pla de dones) com els autonòmics (Pla Director de Salut Mental i Addicions, etc.) establint els criteris d'harmonització i seguiment corresponents
- **Corresponsabilitat i coordinació.** Les institucions, dins del seu àmbit de competència, han de ser correponsables en les actuacions en matèria de les drogodependències, així com reforçar els mecanismes de coordinació per garantir l'eficàcia de les intervencions.
- **Participació dels diferents actors implicats, inclosos els usuaris** per tal d'implementar intervencions que possibilitin canvis d'estils de vida. Per tenir una perspectiva transformadora de la societat és important la implicació de la societat, dels serveis, de les institucions, dels agents comunitaris, de les ONG's i dels propis usuaris.
- **Abordatge integral.** Les intervencions en drogodependències s'abordaran de manera global, tenint present el conjunt de problemes associats al fenomen social de la droga.
- **Accessibilitat als recursos.** L'atenció a les persones consumidores de drogues complirà amb els principis generals de l'atenció sanitària a Catalunya, serà gratuïta, equitativa, igualitària, universal i de qualitat.
- **Recerca, informació i coneixement.** Es facilitaran els coneixements necessaris per a la gestió dels recursos i de les intervencions dutes a terme, així com s'aprofundirà en la recerca i coneixement del fenomen canviant de les drogues. Es garantiran les eines necessàries per planificar i desenvolupar programes de prevenció, intervenció, assistencials i de reinserció basat en l'evidència científica.
- **Avaluació continua.** Anualment es desenvoluparan plans de treball amb objectius i indicadors que seran avaluats periòdicament.

El Pla d'Acció de Drogodependències 2006-08 estarà vinculat a un **pla d'equipaments pel tractament de les persones drogodependents** que complirà amb els següents **critèris**:

- **Accessibilitat.** Els diferents equipaments s'acostaran als llocs de residència de les persones ateses i estaran especialment ben comunicats amb transport públic. Per definir el número d'equipaments que necessita la ciutat i els districtes on s'ubiquen es tindrà en compte la prevalença de residents consumidors de drogues en cadascun dels districtes de la ciutat.
- **Integració.** Els equipaments seran integrats en la xarxa d'utilització pública sanitària de Catalunya, especialment dins dels espais de salut mental, àrees bàsiques de salut o hospitals generals. Els accessos a l'equipament concret seran independents.
- **Transparència.** La ubicació de cadascun dels equipaments es farà després del diàleg entre les diferents forces polítiques, socials i econòmiques, amb l'objectiu de buscar el consens.
- **Solidaritat.** La distribució territorial dels equipaments per al tractament de les persones drogodependents es farà respectant l'equilibri territorial, amb l'elaboració d'un mapa de necessitats i amb una distribució equitativa entre cadascun dels districtes de la ciutat, en funció de les necessitats sanitàries, que els tècnics especifiquin. La proposta dels tècnics tindrà el suport polític de tots els grups municipals.
- **Qualitat.** Els equipaments per a persones amb drogodependències tindran les condicions, les dimensions i la comoditat que garanteixin que els tractaments que reben, des del punt de vista de la pròpia estructura física de l'equipament reuneix totes les condicions de qualitat.
- **Veïnatge.** L'Ajuntament de Barcelona garantirà que els mitjans humans, materials i econòmics dedicats al manteniment, vigilància, seguretat i garantia de qualitat de l'entorn faran d'aquests equipaments uns bons veïns, evitant situacions indesitjables i donant tranquil·litat als veïns. Per tal de garantir això, l'Ajuntament quantificarà i pressupostarà aquests recursos específics.

- **Control i seguiment.** Allà on s'ubiquin els equipaments de drogodependències es crearan mecanismes permanents de diàleg amb els actors implicats. En aquest sentit, es constituïran:
 - a. Una taula de coordinació amb els diferents actors implicats i afectats: gestors, tècnics, veïns, policia, els propis addictes.
 - b. Una taula tècnica de planificació i gestió: gestors i tècnics.

- **Equitat territorial.** La creació de nous equipaments estarà vinculada a la necessitat detectada en el territori tenint en compte les àrees petites amb especial problemàtica i a la inexistència de recursos específics de drogues en aquest territori.

- **Magnitud.** La dimensió del problema es calcularà segons l'índex de consum problemàtic de drogues⁴¹ (ICPD). Aquest índex, per cada districte, serà la suma de la puntuació jeràrquica de l'ordre de les taxes dels indicadors següents: Mortalitat per reacció aguda adversa a drogues, Urgències en consumidors de drogues i Inicis de tractament per drogues, exceptuant els inicis per tabac. El districte amb puntuació més alta serà el de major problemàtica.

Concreció de les necessitats d'equipaments de la ciutat de Barcelona

Segons les dades disponibles del 2004, la magnitud del consum problemàtic de drogues a la ciutat és la següent:

| Districte | Total inicis Taxes per 100.000 hb | Ordre inici | Urgències Taxes per 100.000 hb | Ordre Urgen | Mortalitat Taxes per 100.000 hb | Ordre Mort | ICPD |
|--------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|------------------------------------|---------------|-----------|
| Ciutat Vella | 420,719252 | 10 | 1896,70983 | 10 | 31,3 | 10 | 30 |
| Eixample | 165,621041 | 3 | 330,089891 | 7 | 4,3 | 4 | 14 |
| Sants-Montjuïc | 233,984552 | 5 | 420,609884 | 9 | 1,2 | 2 | 16 |
| Les Corts | 137,515396 | 1 | 188,91 3746 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| Sarrià-St. Gervasi | 165,584276 | 2 | 127,306422 | 1 | 3,2 | 3 | 6 |
| Gràcia | 196,282378 | 4 | 300,466368 | 6 | 7,4 | 7 | 17 |
| Horta-Guinardó | 274,868879 | 9 | 216,879415 | 4 | 5 | 6 | 19 |
| Nou Barris | 253,860419 | 7 | 227,355976 | 5 | 10,1 | 9 | 21 |
| Sant Andreu | 255,591054 | 8 | 195,232224 | 3 | 4,4 | 5 | 16 |
| Sant Martí | 249,766991 | 6 | 366,122501 | 8 | 9,7 | 8 | 22 |

Per tant, l'IPCD indica que les necessitats d'equipaments de recursos de drogues seria:

- 1r. Ciutat Vella
- 2n. Sant Martí
- 3r. Nou Barris
- 4t. Horta-Guinardó
- 5è. Gràcia
- 6è. Sants-Montjuïc i Sant Andreu
- 7è. Eixample
- 8è. Sarrià-St. Gervasi
- 9è. Les Corts

6.4 PLANIFICACIÓ OPERATIVA

El Pla d'Acció de Drogodependències de Barcelona contempla les grans directrius i objectius a portar a terme durant el període 2006-08 en el territori de la ciutat. Les diferents línies i àmbits d'intervenció, s'aglutinen en tres grans apartats; model de ciutat, poblacions diana i població usuària de drogues, partint de la necessitat de dissenyar una tàctica comuna per al conjunt de la ciutat, i que alhora contempli les particularitats dels diferents col·lectius que la integren .

Durant els tres anys de vigència del Pla, es posaran en pràctica les accions derivades dels objectius que han estat definits en aquest document. L'ASPB, com a responsable executiva d'aquest pla, preveu tenir la col·laboració i la corresponsabilització de bona part dels actors que han participat en el procés d'elaboració.

Es definiran objectius específics, activitats i indicadors d'avaluació a dur a terme anualment. Al final de cada període es farà la corresponent avaluació amb els indicadors disponibles en el Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona, el conjunt d'indicadors de procés i de resultat monitoritzats des del servei de Prevenció i Atenció a les Dependències de l'ASPB.

6.4.1. Abordatge de Ciutat

Objectiu:

- 1. Implicar la ciutadania com a veritable agent social de salut, impulsant decididament accions de prevenció i promoció de salut, polítiques de vida quotidiana i afavoridores d'estils de vida saludables.**

Accions:

- Impulsar polítiques de cultura i de lleure que promoguin estils de vida saludable.
- Potenciar i fomentar les actituds i hàbits saludables mitjançant el procés educatiu que es produeix en el temps del lleure.
- Promoure la ciutat com una destinació turística basada en la cultura i el civisme.
- Establir mecanismes de col·laboració amb els mitjans de comunicació, adequant els missatges que transmeten a la ciutadania, per tal que aquests siguin promotors d'estils de vida saludable.
- Facilitar espais de participació ciutadana, d'intercanvi i cohesió social per tal de potenciar el teixit social.
- Promoure la solidaritat de la ciutadania per tal que assumeixi la necessitat d'ubicar infraestructures i recursos per a persones amb problemes de drogodependències.
- Promoure l'actuació conjunta de les famílies, els centres escolars i els mitjans de comunicació amb l'objectiu d'incrementar la informació i la percepció del risc del consum de drogues.

- 2. Evitar nuclis de marginació i concentració que fomenten l'exclusió social i són facilitadors del consum problemàtic de drogues.**

Accions:

- Distribuir de forma equilibrada equipaments, instal·lacions i recursos als diferents territoris de la ciutat i la seva Àrea Metropolitana.

- b. Analitzar, dissenyar i dur a terme accions destinades a la reordenació de barris i zones especialment deprimides per reduir els espais facilitadors de consum problemàtic.

3. Impulsar la reordenació dels espais de consum.

Accions:

- a. S'aplicarà la legislació vigent respecte a la prohibició de venda i consum de drogues a l'espai públic, amb el compromís dels promotors i organitzadors de vetllar pel seu compliment
- b. Promoure el diàleg polític i social per tal de modificar el marc legislatiu sobre la regulació del consum de cannabis, i així poder evitar escenes de consum al carrer i aconseguir segmentar el mercat del cannabis de les altres substàncies il·legals.
- c. Fomentar taules de participació i coordinació amb empresaris del món de la nit per tal de sensibilitzar i implicar-los en les accions per a la disminució de riscos associats a l'oci nocturn (disposar de punt d'aigua, protocols d'emergència, zones de descans, etc.)
- d. Els cossos de seguretat vetllaran per evitar el consum de drogues al carrer, i en cas de produir-se una infracció, de conformitat en la normativa legalment establerta, retiraran i intervindran cautelament les drogues. Quan s'escaigui, podran conduir els infractors als serveis socials o assistencials corresponents.
- e. L'Ajuntament de Barcelona informará els possibles consumidors dels recursos públics i privats al seu abast, per tal de no reincidir en les conductes descrites en els apartats anteriors.

4. Possibilitar un model d'integració intercultural d'ús de l'espai públic.

Accions:

- a. Potenciar el paper dels agents de salut com a mediadors socials per tal de sensibilitzar i difondre la realitat sanitària a les persones immigrants i afavorir l'adherència d'aquests ciutadans als recursos sanitaris i socials.

5. Garantir una coordinació intersectorial eficaç entre els diferents nivells de l'Administració local i autonòmica, i altres entitats.

Accions:

- a. Millorar les polítiques de prevenció, intervenció, assistència i inserció mitjançant una coordinació efectiva entre les institucions.
- b. Afavorir la integració dels Centres de tractament de drogues (CAS) als recursos de la xarxa sanitària per tal afavorir l'abordatge integral de les persones amb problemes de drogoaddicció, evitar l'exclusió i no potenciar xarxes paral·leles per al tractament d'aquests malalts.
- c. Facilitar els espais de reflexió, participació i coordinació entre professionals dels diferents àmbits sanitari, social, educatiu, judicial, de seguretat i de l'oci, per tal de potenciar les intervencions i cercar una major coherència.
- d. Intensificar la col·laboració amb les organitzacions no governamentals, en els programes de prevenció i reducció de danys, incrementant els recursos econòmics i materials per portar a terme les actuacions que desenvolupen.

6. Reduir l'oferta de les drogues psicoactives, així com, vetllar pel compliment efectiu de les normatives sobre promoció, publicitat, venda i consum de drogues legals.

Accions:

- a. Corresponsabilitzar a tots els actors de la ciutat en el control de l'oferta.
- b. Vetllar pel compliment efectiu de les normatives de seguretat, venda, dispensació i consum en els locals d'oci, altres espais de consum i al carrer.
- c. Afavorir el control efectiu en la dispensació de fàrmacs psicoactius.
- d. Promoure patrocinadors diferents a la indústria del tabac i de l'alcohol en el finançament de festes populars i activitats municipals.
- e. Limitar la publicitat i promocions directes o encobertes de consum de drogues legals a la via pública.
- f. No permetre activitats publicitàries lligades a la producció, promoció, venda encoberta i consum de cànem.
- g. Establir com a prioritat el control dels conductors sota els efectes de l'alcohol i altres drogues.

6.4.2. Infància i adolescència

Objectiu:

- 1. Evitar o, si més no, endarrerir l'edat d'inici de consum de drogues entre els menors de 18 anys, reforçant els factors de protecció i la promoció d'actituds i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de tipus universal^p en els diferents àmbits.**

Accions:

Àmbit comunitari:

- Desenvolupar i promoure xarxes de suport social per tal de fomentar intervencions dirigides a desbanalitzar el consum social de drogues en els menors.
- Vetllar pel compliment de la normativa legal vigent sobre promoció, publicitat i venda de begudes alcohòliques i tabac.
- Elaborar material informatiu per sensibilitzar els més joves dels riscos del consum de substàncies psicoactives.

Àmbit del lleure:

- Promoure activitats d'oci no consumista per a infants i adolescents.

Àmbit escolar:

- Facilitar i promoure els programes de prevenció universal escolar amb eficàcia provada^q
- Promoure i potenciar el programes preventius que combinen la prevenció universal, la prevenció de l'oferta a través dels cossos de seguretat (compliment de la normativa) i programes de base comunitària.
- Evitar el desenvolupament d'actuacions de promoció del tabac i de begudes alcohòliques encobertes sota la forma de programes preventius escolars.

p La **prevenció universal** és aquella que va dirigida a tota la població o a un grup ampli de persones que no tenen cap factor de risc identificat.

q Són aquells programes que treballen l'enfortiment de les aptituds interpersonals, la capacitat crítica, l'ensenyament interactiu, són aplicats pels professors amb la participació dels iguals, a l'hora que van acompanyats per sessions de reforç i són avaluats.

- e. Promoure programes específics de prevenció del consum de drogues i violència.
- f. Elaborar, en col·laboració amb la Generalitat de Catalunya, nous programes específics de prevenció del consum de cannabis, drogues de disseny i d'altres substàncies psicoactives.

Àmbit familiar:

- a. Impulsar intervencions de sensibilització, informació, formació i assessorament a mares i pares per millorar i enfortir la seva implicació en la tasca educativa, sobretot pel que fa a la prevenció de les drogodependències.

Àmbit individual:

- a. Potenciar els aspectes de creixement personal i pensament crític en tots els àmbits de la vida del menor.
- b. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de la salut de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS), per tal de promoure el cribatge i consell sobre el consum dins del Programa del Nen Sa.

Objectiu:

- 2. Potenciar l'acompanyament educatiu dels infants i adolescents de col·lectius més vulnerables per tal de disminuir la prevalença de consum de drogues i els seus problemes associats mitjançant activitats preventives selectives^r i indicades^s en els diferents àmbits.**

^r La **prevenció selectiva** està destinada a un subgrup de la població que, segons dades objectives, té una major vulnerabilitat a tenir problemes relacionats amb les drogues, degut a factors de risc determinats (individuals, escolars, familiars, socials).

^s La **prevenció indicada** és aquella que està dirigida a persones que ja mostren consum de drogues (experimental o habitual) o altres problemes comportamentals. Està orientada a persones d'alt risc i l'objectiu no és només la reducció del consum de drogues sinó també els altres problemes associats.

Accions:

Àmbit comunitari:

- a. Analitzar, dissenyar i implementar accions destinades a infants i adolescents amb problemes del comportament i delinqüència.

Àmbit del lleure:

- a. Promoure i potenciar les intervencions de sensibilització, informació, formació i assessorament d'aquelles entitats que treballen amb infants i adolescents en els espais de lleure, especialment d'aquelles activitats dirigides a grups d'adolescents de major risc.
- b. Promoure estratègies d'intervenció orientades a reduir els riscos associats a l'ús problemàtic en menors de 16 a 18 anys.
- c. Potenciar control de l'oferta, de caràcter preventiu, en les grans concentracions de lleure estables.

Àmbit escolar:

- a. Desenvolupar i impulsar programes de prevenció selectiva i indicada dirigits a grups vulnerables (programes de garantia social, centres de justícia juvenil).

Àmbit familiar:

- a. Promoure la detecció precoç d'aquelles famílies que es troben en situació de major vulnerabilitat^t
- b. Promoure i potenciar intervencions (escoles de pares) per a aquelles famílies que presenten mancances i/o factors de risc que les situen a elles o als infants o adolescents en posicions de vulnerabilitat.
- c. Impulsar intervencions selectives amb famílies d'alt risc vinculades a programes i recursos sanitaris o socials per tal d'augmentar la seva capacitat i competència en l'educació dels seus fills i filles.
- d. Fomentar programes específics per a fills i filles de drogodepenents que es troben en tractament.

^t S'entén per **població vulnerable** aquella que per les seves característiques personals (físiques o mentals), familiars, socials o ambientals presenten una alta probabilitat de tenir consums problemàtics o altres situacions de risc.

Àmbit individual:

- a. Consolidar i garantir el Servei d'Orientació sobre Drogues (SOD), com un servei d'atenció i orientació per a adolescents i joves que han iniciat consum, per a les seves famílies, i per als professionals que, dins del seu àmbit laboral, detecten consum de drogues en adolescents i joves.
- b. Promoure i fomentar espais de coordinació interinstitucional -sanitària, social, educativa i judicial- per tal d'impulsar programes de detecció precoç i intervenció dirigits a menors en risc o amb problemes de consum de drogues.
- c. Impulsar el consell, la intervenció breu i la derivació dels serveis d'urgències hospitalàries en els casos d'intoxicacions per consum de drogues.

6.4.3. Joves i adults joves

Objectiu:

- 1. Potenciar els factors de protecció en front dels consums de drogues i fomentar actituds i hàbits saludables mitjançant activitats preventives de tipus universal en els diferents àmbits.**

Accions:

Àmbit comunitari:

- a. Promoure grups de discussió de joves orientats cap el canvi de conductes i estils de vida saludable, on ells defineixin la situació i l'abordatge del consum de drogues, enfortint la seva participació social i les xarxes relacionals.
- b. Promoure la mobilització i la participació activa de la comunitat en estratègies eficaces per a la reducció de les conseqüències negatives del consum de drogues.
- c. Fomentar la incorporació d'aspectes transculturals en les estratègies de joves nouvinguts i d'altres cultures.

- d. Elaborar material informatiu per sensibilitzar els joves dels riscos del consum de substàncies psicoactives.

Àmbit laboral:

- a. Incloure en els plans de prevenció de riscos laborals, un mòdul de formació sobre el consum de drogues i els seus riscos i les conseqüències legals.

Àmbit del lleure:

- a. Promoure iniciatives de lleure juvenil participatiu i no consumista, destinant-hi els recursos suficients, amb la finalitat de fomentar la llibertat d'elecció i la capacitat crítica dels joves.
- b. Afavorir iniciatives que millorin la participació dels joves i de les entitats que els representen en la posada en marxa d'accions encaminades a reduir el consum de drogues.
- c. Sensibilitzar i formar als monitors i educadors de lleure perquè s'impliquin en el foment d'hàbits saludables.
- d. Potenciar alternatives d'oci no associades al consum de drogues.
- e. Divulgació, coneixement i compliment de les ordenances municipals pel que fa a l'ús de l'espai públic.

Àmbits individual:

- a. Potenciar els aspectes de creixement personal i pensament crític en tots els àmbits de la vida del menor.
- b. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de la salut de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS), per tal de promoure hàbits i estils de vida saludables.

Objectiu:

- 2. Potenciar l'acompanyament educatiu dels joves per tal de prevenir els problemes associats al consum de drogues mitjançant activitats preventives selectives i indicades dels diferents àmbits.**

Accions:

Àmbit comunitari:

- a. Fomentar l'ús de les noves tecnologies com a font de difusió de missatges de disminució de riscos per tal de minimitzar els consums problemàtics de drogues.
- b. Promoure grups de discussió de joves orientats cap la reducció del consum de drogues i els seus problemes associats, així com retardar o evitar les conductes d'abús. Seran els joves qui definiran la situació i l'abordatge, enfortint la seva participació social i les xarxes relacionals.

Àmbit del lleure:

- a. Desenvolupar i promoure estratègies de disminució de riscos en espais d'oci per a joves i amb la col·laboració dels treballadors de la nit, especialment adreçats a aquelles substàncies associades a aquests entorns, com són per exemple, l'èxtasi i les drogues de disseny.
- b. Potenciar o afavorir intervenció específica en joves amb discapacitats relacionades amb el consum de substàncies psicoactives (psíquiques, salut mental , malalties cròniques, etc.).

Àmbit laboral:

- a. Impulsar intervencions específiques per a col·lectius de major risc de consum, com els treballadors d'hoteleria, construcció, etc.; i en aquells col·lectius de risc a tercers: transports, seguretat, afavorint la no discriminació laboral per consum i vetllant per l'estabilitat laboral.
- b. Ofertar a les empreses programes de prevenció dels efectes del tabac sobre la salut.
- c. Impulsar les intervencions breus per alcohol i altres drogues a grans empreses, des dels serveis mèdics.

Àmbit escolar:

- a. Impulsar programes de prevenció selectiva i indicada als centres docents (universitat, cicles formatius superiors).

Àmbits individual:

- a. Promoure estratègies de disminució de riscos associades al consum en el marc de la prevenció indicada.
- b. Consolidar i garantir el servei d'atenció i orientació tant per a joves que han iniciat consum, com per a les seves famílies, i als professionals que, dins del seu àmbit laboral, detecten consum de drogues.
- c. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de la salut de les Àrees Bàsiques de Salut (ABS), per tal de promoure cribatge, detecció i consell sobre el consum.
- d. Promoure i fomentar espais de coordinació interinstitucional -sanitària, social, educativa i judicial- per tal d'impulsar programes de detecció i intervenció dirigits a joves en risc o amb problemes de consum de drogues.
- e. Consell, Intervenció breu i derivació dels serveis d'urgències davant d'intoxicacions per consum de drogues.

6.4.4. Dones

Objectiu:

1. Promoure la incorporació de la perspectiva de gènere en els programes de prevenció universal.

Les accions de prevenció universal descrites en el grups d'infància, adolescència i joves hauran de contemplar la perspectiva de gènere, donades les diferents condicions, valors, actituds, comportaments i necessitats de les dones.

Accions:

Àmbit comunitari:

- a. Potenciar mecanismes que permetin la conciliació dels temps laboral i familiar.

Àmbit del lleure:

- a. Estimular la creació d'una oferta atractiva d'esport i d'oci no consumista per a nenes i noies a partir dels 12 anys, per tal de fomentar estils de vida saludables.

Objectiu:

2. Disminuir la problemàtica de salut associada al consum de drogues amb col·lectius de dones especialment vulnerables.

Accions:

- a. Promoure el cribatge, la detecció i el consell a les ABS sobre el consum de drogues, tant pel que fa des de l'atenció primària sanitària, com des de l'atenció especialitzada, especialment per a aquelles dones que han patit

traumes o que es troben en una situació de major vulnerabilitat degut a factors de risc personals, familiars i/o socials.

- b. Minimitzar els factors de risc que situen a la dona en una situació de major vulnerabilitat davant del consum (parelles o amics consumidors, treballadores del sexe, etc.).
- c. Impulsar i consolidar programes d'acompanyament a recursos de salut reproductiva per a usuàries de drogues (control de l'embaràs, planificació familiar i revisions ginecològiques).

Objectiu:

3. Incorporar la perspectiva de gènere en els programes assistencials socio-sanitaris i de disminució de riscos i de danys, que tinguin en compte les diferents necessitats dels homes i les dones.

Accions:

- a. Afavorir el treball en xarxa amb la coordinació dels diferents nivells d'intervenció sanitària, social, educativa i comunitària, donant importància a la detecció precoç dels factors de risc associats al consum problemàtic de drogues per part de les dones.
- b. Desenvolupar i promoure xarxes de suport social complementàries a la xarxa de recursos assistencial per tal de fomentar la participació de les dones en la detecció i canalització del consum problemàtic de drogues.
- c. Establir mecanismes de coordinació de les oficines de farmàcia, ABS i centres de salut mental per afavorir el control del consum i la prescripció de fàrmacs psicoactius.
- d. Facilitar l'accés als recursos de tractament a aquelles dones que es troben en una situació d'alt risc (adequant horaris, establint espais per a atendre els fills, etc.).
- e. Possibilitar l'accés i adequar els centres d'acollida per a dones maltractades, tenint en compte la problemàtica específica del consum de drogues.
- f. Potenciar la creació de recursos destinats a l'atenció i tractament de dones usuàries amb fills que permetin la convivència, i garantir espais

d'intervenció diferenciat per tots dos per tal de contribuir a impedir la transmissió generacional dels rols.

- g. Fomentar intervencions específiques per a famílies monoparentals amb fills/es consumidors/es.
- h. Facilitar l'accés a les ajudes econòmiques, formatives i laborals, en base a una discriminació positiva, per contribuir als itineraris d'incorporació social.

Objectiu:

- 4. Impulsar la recerca de les diferències de gènere en l'ús de substàncies psicoactives i en les conductes addictives.**

6.4.5. Població addicta a substàncies psicoactives

Objectiu:

- 1. Potenciar les actuacions que afavoreixin el canvi d'hàbits i comportaments de risc de la població usuària de drogues.**

Accions:

Àmbit comunitari:

- Potenciar mesures alternatives a les sentències penals i treballs per a la comunitat en les infraccions administratives per consum de drogues psicoactives.
- Promoure les intervencions per a la no discriminació dels consumidors de drogues en l'ús d'instal·lacions d'utilitat pública, complint i fent complir les ordenances municipals i la resta de l'ordenament jurídic.

Àmbit del lleure

- Desenvolupar i promoure estratègies de disminució de riscos en espais d'oci.
- Impulsar i promoure programes de dispensació responsable de begudes alcohòliques per reduir els episodis d'intoxicació i violència en els locals i el seu entorn. S'aplicaran les ordenances municipals en els espais públics de la ciutat.
- Endegar intervencions específiques amb mediadors culturals per a població estrangera per tal que compleixin les ordenances municipals i no utilitzin el consum d'alt risc en espais públics de la ciutat.
- La Guàrdia Urbana vetllarà especialment pel compliment de les ordenances municipals respecte el consum de drogues als espais públics. I si s'escau, es promourà l'acompanyament a serveis socials o assistencials corresponents.

Àmbit familiar:

- Estimular la participació de la família en l'acompanyament de l'usuari de drogues cap al canvi d'hàbits i comportaments de risc.

Àmbit individual:

- a. Sensibilitzar i formar els professionals dels equips d'atenció primària de l'àrea de salut i de serveis socials, per tal promoure cribatge, detecció, i derivació als serveis especialitzats dels usuaris problemàtics de drogues.
- b. Impulsar la detecció, consell, intervenció breu i derivació als CAS des dels serveis d'urgències hospitalàries davant de consums crònics i intoxicacions agudes per consum de drogues psicoactives.

Objectiu:

- 2. Donar el suport necessari perquè les persones que volen abandonar el consum de drogues ho aconseguixin.**

Accions:

Àmbit laboral:

- a. Promoure mesures d'integració i no discriminació en el lloc de treball dels ciutadans addictes a les drogues.

Àmbit familiar:

- a. Facilitar l'atenció, consell i tractament a aquelles unitats familiars que algun dels seus membres tingui una problemàtica de drogues.

Àmbit individual:

- a. Assegurar el tractament orientat a l'abstinència per a la dependència de substàncies psicoactives per a aquelles persones que així ho desitgin.
- b. Garantir l'accés a l'atenció especialitzada i de qualitat, de forma directa i amb el mínim temps d'espera.
- c. Dispensar assistència sanitària i social, ambulatoria, hospitalària o residencial a les persones afectades d'abús o dependència a les drogues psicoactives.
- d. Respondre els consum emergents amb noves modalitats terapèutiques i recursos assistencials adequats.
- e. Fomentar la creació de grups d'ajuda mútua d'afectats i familiars per tal d'aconseguir i mantenir l'abstinència.

- f. Promoure la corresponsabilitat i coparticipació de l'usuari en tractament, sota supervisió terapèutica.

Objectiu:

3. Promoure recursos i programes d'eficàcia provada i disminuir els efectes negatius que el consum de drogues comporta en la salut i en l'entorn social.

Accions:

Àmbit comunitari:

- a. Propiciar sistemes d'acompanyament i tutela per a persones drogodependents amb alta exclusió social.
- b. Potenciar nous programes de tractament basats en l'evidència científica i fomentar la recerca.
- c. Desenvolupar espais socio-sanitaris (programes de consum supervisat^u, calor-cafè, albergs, etc.) d'atenció als drogodependents, en procés terapèutic o no, que afavoreixin la seva integració i socialització, per aquelles persones que ho necessitin, d'acord amb el que estableix el Pla d'equipaments de Barcelona. En tot cas l'Ajuntament de Barcelona vetllarà especialment per evitar l'efecte crida, com a mesura preventiva davant d'una política progressista en el tractament de les persones amb drogodependències que comporti que Barcelona no es converteixi amb un centre d'atracció de transeünts.
- d. Propiciar l'anàlisi de la situació socio-sanitària i el debat per a la recerca de solucions coordinades per a la població drogodependent.

Àmbit laboral:

- a. Fomentar tallers ocupacionals i espais de cerca laboral en els centres de tractament especialitzats.
- b. Potenciar xarxes socials complementàries als tractaments amb funcions d'inserció laboral, social, ocupació del temps lliure i creació de xarxa relacional.

^u) S'enten per **consum supervisat** aquell que es desenvolupa en contextos d'atenció sanitària en el marc dels programes controlats per les administracions.

- c. Promoure l'organització de grups i associacions d'usuaris de drogues psicoactives per tal de garantir els seus drets i deures i facilitar la seva integració social.
- d. Impulsar programes específics per a la població reclusa amb problemes de drogues, garantint l'accés als mateixos recursos que les persones no privades de llibertat.

Àmbit del lleure:

- a. Afavorir l'accés a programes esportius i de lleure per a usuaris de drogues.

Àmbit individual:

- a. Facilitar l'accés i millorar l'adherència als recursos socials i sanitaris de totes les persones amb problemes de drogodependències.
- b. Consolidar i millorar la qualitat dels programes de tractament farmacològics i psicoterapèutics.
- c. Potenciar els programes terapèutics i les intervencions de reducció de danys per tal de millorar la qualitat i esperança de vida de la població drogodependent.
- d. Establir espais propis d'atenció als CAS per a poblacions específiques (joves, dones).
- e. Fomentar la creació d'unitats de llarga estada i centres de dia per a drogodependents amb trastorns de la personalitat, del comportament i altres trastorns psiquiàtrics
- f. Promoure i facilitar programes de prevenció indicada, realitzada per iguals per tal d'evitar les sobredosi, fomentar el consum higiènic i impulsar el sexe segur.
- g. Garantir l'assistència sanitària global del drogodependent, consolidant els tractaments directament observats de les malalties infeccioses tractables (tuberculosi, HIV), així com assegurar el tractament de les comorbilitats psiquiàtriques.
- h. Propiciar el diàleg polític i social per reflexionar sobre els programes de dispensació d'acetilmorfina, com a eina terapèutica per a les persones heroïnòmanes que han fracassat reiteradament amb altres tractaments, i possibilitar el canvi de la legislació vigent.

Objectiu:

4. Impulsar programes que facilitin la integració social de les persones amb problemes de drogodependència

Accions:

- a. Promoure estratègies per facilitar el procés d'integració social i l'acceptació en les xarxes socials i sanitàries normalitzades.
- b. Fomentar la creació d'empreses o cooperatives d'usuaris de drogues que puguin establir convenis amb altres empreses per fer treballs de baixa exigència amb benefici social.
- c. Promoure la coordinació amb les associacions de persones afectades, associacions de familiars i acostats, per tal de fomentar activitats d'integració social i de canvi d'imatge social del drogodependent.

Objectiu:

5. Estimular la coordinació i col·laboració de les diferents institucions públiques i entitats no governamentals.

Accions:

- a. Propiciar la coordinació i coherència entre les diferents xarxes públiques o privades que atenen a usuaris drogodependents, per tal de millorar la seva intervenció i derivació.
- b. Millorar la planificació, disseny, gestió i avaluació de les intervencions que es realitzin en matèria de drogues.
- c. Promoure la integració de la xarxa específica de drogues dins la xarxa de salut i de salut mental.

Objectiu:

6. Promoure la formació, la recerca aplicada i el desenvolupament de sistemes d'informació en el camp de les drogodependències.

Accions:

- a. Potenciar la creació d'un programa de formació continuada dels professionals de serveis especialitzats de la xarxa social, sanitària, judicial, educativa, etc., que atenen persones amb problemàtica de drogodependències.
- b. Consolidar i perfeccionar els sistemes d'informació epidemiològica sobre el fenomen social i sanitari de les drogues.
- c. Afavorir la investigació epidemiològica i aplicada en el camp de les drogues.
- d. Promoure d'estudis d'investigació sobre violència i altres comportaments de risc i el consum concomitant de substàncies psicoactives.

Relació de participants en els grups de debat per a l'elaboració del Pla d'Acció de Drogodependències 2006-08

Agraïm la participació de tots els professionals implicats i de les institucions que han col·laborat.

Grup polític de drogues de l'Ajuntament de Barcelona

Núria Carrera i Comes (PSC)
Àngels Esteller i Ruedas (PPC)
Xavier Florensa i Cantons (ERC)
Joaquim Forn i Chiariello (CiU)
Jordi Hereu i Boher (PSC)
Carles Martí i Jofresa (PSC)
Imma Mayol i Beltrán (ICV)
Maria Caridad Mejias i Sánchez (PPC)
Joan Puigdollers i Fargas (CiU)
Marina Subirats i Martori (PSC)
Pilar Vallugera i Balañà (ERC)
Alberto Villagrasa i Gil (PPC)

Equip del Servei de Prevenció i Atenció a les Dependències, ASPB

Mireia Ambrós i Hortensi
M Teresa Brugal i Puig
Victòria Garcia i Domingo
Dolors Grauges i Pons
Anna Guitart i Garcia
Josep M Jansà i López del Vallado.
Daniel Lacasa i Estébanez
Àngels Llorens i Garcia
Carme Macias i Rodríguez
Alícia Queralt i Azpilicueta
Núria Ribot i Igleis

Albert Roig i Giraldo
Alícia Rodríguez-Martos i Dauer.
Carmen Vecino i Santos.

Altres professionals de l'Agència de Salut Pública de Barcelona

Carles Ariza i Cardenal. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció.
Josep M Armengou i Iglesias. Divisió de Vigilància i Serveis.
Lucía Artazcoz i Lazcano. Servei de Salut Laboral i Institut de Serveis a la Comunitat.
Elía Díez i David. Servei de Programes i Intervencions Preventives.
Joan Guix i Oliver. Gerència.
Manel Nebot i Adell. Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció
M Isabel Pasarín i Rua. Servei de Salut Comunitària
Cristina Rius i Gibert . Servei d'Epidemiologia.
Joan Ramon Villalbí i Hereter. Divisió d'Estratègia i Sistemes d'informació.

Experts i representants d'entitats que gestionen recursos de prevenció i assistència

Rafael Borràs i Vives. Col·legi Oficial de Farmacèutics.
Maica Casado i Sierra. Promoció i Desenvolupament Social (PDS)
Narcís Martí i Barnosell. Centre Català de Solidaritat (CECAS)
Joan Pallarés i Gómez. Grup IGIA
Alícia Pascual i Martí. Institut Genus.
Josep Rovira i Guardiola. Energy-control. Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)
Rosa Ros i Rahola. Centre Juvenil d'Anticoncepció i sexualitat (CJAS)
Cristina Sanclemente i Sierra. Àmbit Prevenció.
Carles Sedó i Luzuriaga. Ajuntament de Santa Coloma
M Isabel Serra i Canadell. SPOTT Centre Comunitari d'Atenció a les Dependències.
Jaume Serrano i Jordan. Intervenció i Projectes socio-sanitaris (INPROSS)
Rosa Suárez i Vázquez. Centre d'Estudis sobre Promoció de la Salut (CEPS).
Marta Torrens i Mèlich. CAS Barceloneta. Hospital del Mar. IMAS

Representants de l'administració municipal

Carme Aràjol i Tor. TGP de Salut. Districte Horta-Guinardó

Marta Carranza i Gil-Dolz del Castellar. Institut Municipal d'Educació de Barcelona (IMEB)

Marleny Colmenares i Gonzàlez. Consorci d'Educació

Iria Garcia i Labandeira. Sector de Seguretat i Mobilitat. Direcció de Serveis de Previsió

Leonor Garcia i Toscano. Institut de Cultura de Barcelona (ICUB)

Elisabet Gaspar i Pellin. TGP de Salut. Districte de Nou Barris

Pilar Gort i Almacellas. TGP de Salut. Districte de Sarrià – St. Gervasi

Flor Majado i Freile. Sector de Serveis Personals

Miquel Mira i Múñoz. Transports Metropolitans de Barcelona (TMB)

Martí Niubó i Baqué. Direcció d'Esports

Jaime Ocaña i Romero. Institut Municipal de Parcs i Jardins

Neus Oller i Grau. TGP de Salut. Districte de Les Corts

Emilia Pallàs i Zenke. Sector de Serveis Personals

Marisa Parés i Soliva. TGP de Salut. Districte de Sants - Montjuïc

Gabriel Pérez i Franco. Barcelona Serveis Municipals.

Albert Piqué i Ros. Transports Metropolitans de Barcelona (TMB)

Maria Dolors Rengel i Vilches. TGP de Salut. Districte Ciutat Vella

Francesc Romà i Millan. TGP de Salut. Districte de Gràcia

Victòria Santafé i Zapater. TGP de Salut. Districte de Sant Andreu.

Joana Soler i Moya. Direcció de Comerç i Consum

Visitación Tarilonte i Martínez. TGP de Salut. Districte de Sant Martí

Maribel Ujeda i Cañete. TGP de Salut. Districte de l'Eixample

Carlos Vázquez i González-Román. Direcció de Serveis de Neteja Urbana. Sector Serveis Urbans i Medi Ambient.

Jordi Verdaguer i Gladich. Guàrdia Urbana.

Representants d'altres administracions:

Josep M Argimon i Pallàs. Servei Català de la Salut.

Eugeni Bruguera i Cortada. Divisió hospitalària de l'Institut Català de la Salut

Pilar Duro i Herrero. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut.

Imma Enfedaque. Mossos d'Esquadra

Carme Iniesta i Torres. ICASS.

Lluïsa Jiménez i Gusi. Secretaria General de Joventut.

Esther Jordà i Sampietro. Consorci Sanitari de Barcelona

Xavier Majó i Roca. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut.

Enriqueta Pujol i Ribera. Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut

Xavier Roca Tutusaus. Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia.

Mònica Roche i Vallès. Servei Català de Trànsit

Xavier Sancho. Mossos d'Esquadra.

Lidia Segura i Garcia. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut.

Jesús Solares i Arroyta. Serveis Territorials del Departament d'Interior. Generalitat de Catalunya

Josep M Suelves i Joanxich. Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut.

Francisco Vicente i Romero. Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia.

Conxita Vidal i Coll. Direcció General de Recursos Sanitaris

Roser Viladot i Aguayo. Departament d'Educació.

Consell Municipal de Benestar Social. Membres del grup de treball sobre drogodependències

Lina Abellanas i Molleví. Àmbits-Esport

Anna Altabàs i Reñé. Àmbit Prevenció

Susanna Boada i Lloro. Col.legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona

Gemma Calvet i Barot. Coordinadora Grup treball sobre Drogodependències

Jordi Casanovas i Berdaguer. Direcció de Joventut - Ajuntament Barcelona

M Rosa de la Torre i Pastor. Federació Catalana de Voluntariat Social

Marta Escudero i Torras. Col.legi Oficial Treball Social i A. Socials de Catalunya

Carme Fortea i Busquets. Direcció de Benestar Social - Ajuntament de Barcelona

Joan Garcia i Trujillano. Federació d'Associacions de Veïns i Veïnes de Barcelona

Carles Gil i Miquel. Secretari adjunt Consell Municipal Benestar Social

Esther Henar i Pérez. Associació Benestar i Desenvolupament

Maria Montero i Espuña. Creu Roja de Barcelona

Enriqueta Moyano. Grup Ajuda Mútua Alcohòlics Rehabilitats

Begoña Odriozola i Farré. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Alícia Pascual i Martí. Institut Genus/ CAS Nou Barris

Felisa Pérez i Antón. Associació Benestar i Desenvolupament

Carme Porta i Rigau. Federació d'Associacions de Mares i Pares d'Alumnes de Catalunya

Oriol Romaní i Alfonso. Grup Igia

Pilar Solanes i Salse. Secretària Consell Municipal Benestar Social

Elisabet Yanovsky i Martí. Fundació "la Caixa"

Invitats i invitades:

Núria Andreu i Freixes. Filles de la Caritat

Mercè Cruells. Coordinadora d'Usuaris de la Sanitat

Oswald Hernández i Aguilar. UGT

Marta Mas i Perulles. Federació de Dones per la Igualtat de Catalunya

Joan Mateu. Portaveu de la Fundació Barcelona Comerç

Imma Miret i Nicolazzi. Assessora de la Sindicatura de Greuges de Barcelona

Ramon Noró i Camats. Fundació Arrels

Maribel Pérez i López. ACTUA

Eduard Sala. Professor Escoles Universitàries de Treball Social i Educació Social
Fundació Pere Tarrès

Enrique Rodríguez. Grupo de Reducción de Daños de Barcelona

Isabel Sánchez i Bianchi. Sector Serveis Personals (Immigració)

Vicens Tarrats i Masó. CCOO

Bibliografia

- 1 WHO European Centre for Health Policy. Health Impact Assessment. Main concepts and suggested approach. Gothenburg Consensus Paper, December 199. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999.
- 2 Elisabet Puigdollers. Programes de Manteniment amb Metadona a Barcelona: un estudi de cost-efectivitat. Tesi Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2003.
- 3 de la Fuente Luis, Brugal MT, Ballesta R, Bravo MJ, Barrio G, Domingo-Salvany A, Silva T, Ambrós M, Grupo proyecto Itinere. Metodología del estudio de cohortes del proyecto Itinere sobre consumidores de heroína en tres ciudades Españolas y características básicas de los participantes. Rev Esp Salud Pública 2005;79:475-91.
- 4 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Díaz de Quijano E, Torralba LI. Prevalence of problematic cocaine consumption in a city of souther Europe, Using capture-recapture with a single list. J Urban Health 2004; 81:416-27.
- 5 Puigdollers E, Cots F, Brugal MT, Torralba L, Domingo-Salvany A, Costas F. [Methadone maintenance programs with supplementary services: a cost-effectiveness study]. Gac.Sanit. 2003;17:123-30.
- 6 Camí J, Álvarez F, Monteis J, Caus J, Menoyo E, De Torres S. Heroína: nueva causa de urgencias toxicológicas. Med Clin (Barc) 1984;82:1-4.
- 7 Montellà N, Borrell C, Brugal MT, Plasència A. [Mortality trends in the young people of the city of Barcelona, 1983- 1993]. Med.Clin.(Barc.) 1997;108:241-7.
- 8 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Díaz de Quijano E, Torralba LI. Prevalence of problematic cocaine consumption in a city of souther Europe, Using capture-recapture with a single list. J Urban Health 2004; 81:416-27.
- 9 Encuesta Domiciliaria sobre drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD), 2003.
- 10 Single E, Rehm J, Robson L, Van Truong Minh. The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada. CMAJ 2000;162: 1669-75.
- 11 Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. Rev Clin. Esp 2004; 204:312-6.
- 12 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Maguire A, Caylà JA, Villalbí JR, Hartnoll R. A small area análisis estimating the prevalence of addiction to opioids in Barcelona, 1993. J Epidemiol Community Health 1999;8:488-494.
- 13 Enquesta sobre drogues a la població escolar, 2004. Informe intern. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2005.
- 14 Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004.Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD), 2005.
- 15 Resultats de les enquestes ESFA-FRESC del 2004 sobre els hàbits dels adolescents a Barcelona. Barcelona: ASPB, 2005.
- 16 Enquesta Joves a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 2003
- 17 Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2002.
- 18 Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2004. Barcelona: Institut Genus, 2005.

- 19 National Association for the Children of Alcoholics (NACOA), 2000
- 20 Nebot M, Tomás Z, López MJ, Ariza C, Díez E, Borrell C, Villalbí, JR. Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000. *Aten Prim* 2004, 34:457-64.
- 21 Romo N et al. Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres comunidades autónomas (Andalucía, Madrid y País Vasco). Granada: Universidad de Granada, 2005.
- 22 Artazcoz L, Cortès I, Pasarín MI, Borrell C. Diferències i desigualtats de gènere en salut. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2003.
- 23 Ruiz-Cantero, M. T., Verdú-Delgado, M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit*; 2004; 18 (Supl. 1): 118-125.
- 24 Sanromà M. Estudi sobre la prostitució toxicòmana a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.
- 25 Estudi del treball sexual femení de carrer a Barcelona ciutat (Informe intern). Barcelona: Àmbit Prevenció, 2004.
- 26 World Health Organization. Annual Health Report, 2002. Geneva: WHO 2003.
- 27 Jané M., Borrell C; Nebot M, Pasarín MI. Impacto del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol en la mortalidad de la población de la ciudad de Barcelona: 1983-1998. *Gac Sanit* 2003;17:108-105.
- 28 Suelves JM, Brugal MT, Cayla JA, Torralba L. [Change in health-related problems of cocaine consumption in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc)* 2001;117:581-3.
- 29 Brugal MT, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ, de la Fuente L, Regidor E. Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España. *Med Clin (Barc)* 2004;123: 775-7.
- 30 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, Garcia de Olalla P, de la Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programs on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Barcelona city. *Addiction* 2005;.100:981-989.
- 31 Darke, S. The ratio of non-fatal to fatal heroin overdose. *Addiction*, 2003; 8: 1169-71.
- 32 Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, Weaver T. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction* 2004; 99: 1306-1314.
- 33 Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Torrens M and the ITINERE investigators. Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Dependence* (in press).
- 34 Informe de CCOO, 2005
- 35 Health and Safety Executive (1996). Don't mit it! A guide for employers on alcohol at work. HSE.
- 36 . Community Economic Development Associates of UK.
- 37 . Improving substances misuse for vulnerable young people report 2000.
- 38 IASW 1999
- 39 Macdonald S, Anglin-Bodrug K, Mann RE, Erickson P, Hathaway A, Chipman M, Rylett M. Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug Alcohol Depend* 2003,72:99-115.

- 40 Jacobs J. The links between substance misuse and domestic violence. Alcohol Concern/ISDD, London. 1998
- 41 Person P, Retka R, Woodward A. Toward a heroin problem index an analytical model for drug abuse indicators. National Institute on Drug Abuse, Rockville, Maryland 1978.