



## **Govern de les Illes Balears**

**EDITA:**

*Consejería de Salud y Consumo.  
Dirección General de Salud Pública y Participación.  
Centro Coordinador de Drogodependencias.*

**DIRECCIÓN:**

*Bartomeu Jaume Roig*

**EQUIPO TÉCNICO:**

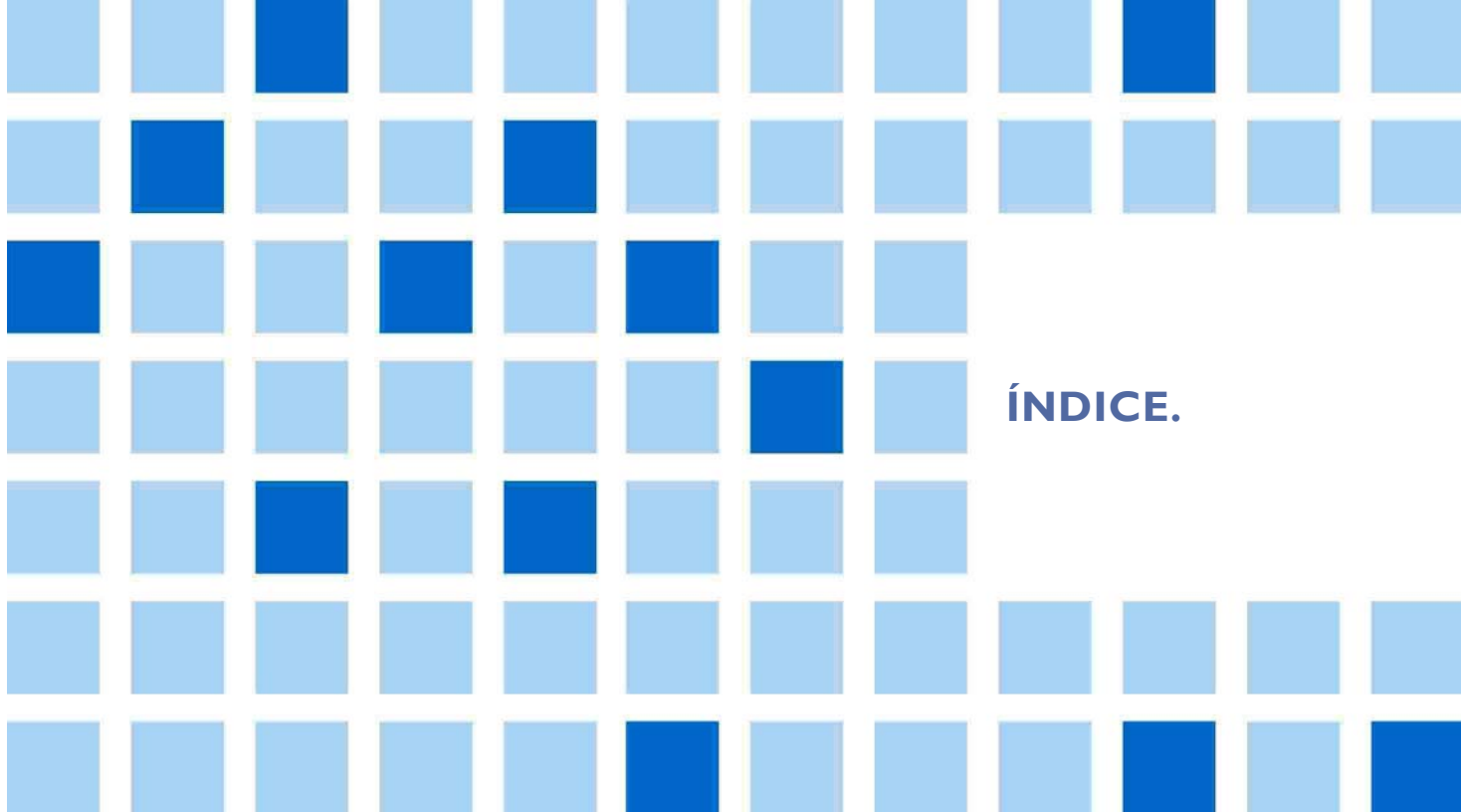
*Ana Agius Pelegrín  
Laura Estarás Ferragut  
Cristina Mayol Quetglas  
Joan Miquel Roca Gamundí*

**TRATAMIENTO DE TEXTOS:**

*Maria Magdalena Borrás Mateu  
Francisca Lliteras Noguera  
Maria Perelló Llinás*

*“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.*

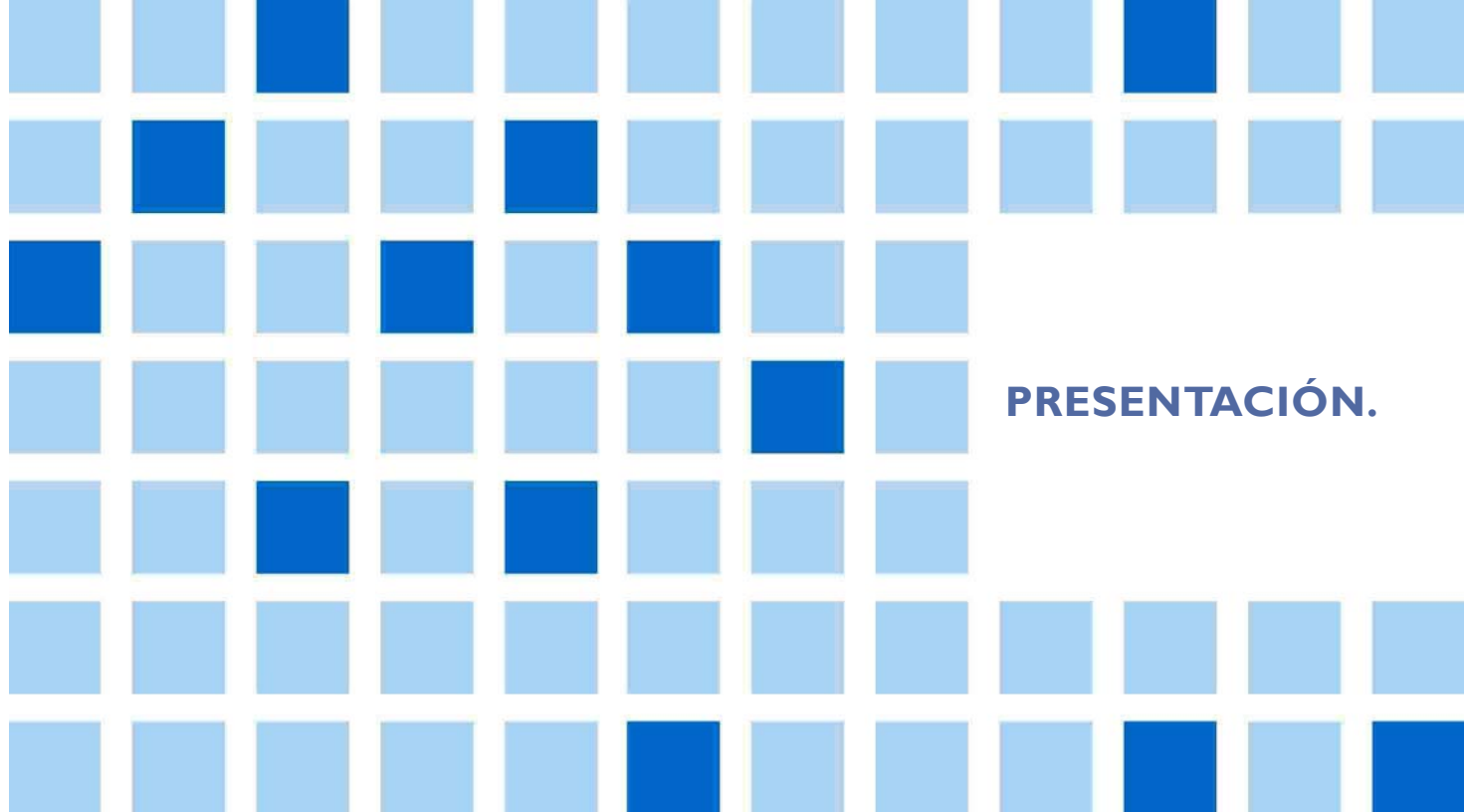
*Declaración Universal de los Derechos Humanos.  
Naciones Unidas, 1948.*



## ÍNDICE.

Presentación . . . . .	05
1. Prólogo . . . . .	07
2. Contexto Sociodemográfico de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears . . . . .	09
3. Intervención en el ámbito de las drogodependencias y adicciones. . . . .	13
3.1. Intervención en España y Europa . . . . .	13
3.2. Intervención en las Illes Balears . . . . .	17
4. Análisis de la situación de las drogodependencias y adicciones . . . . .	19
4.1. Análisis sobre consumo no problemático de drogas . . . . .	22
4.1.1. Indicadores de edad media del inicio del consumo, accesibilidad y disponibilidad de las drogas . . . . .	41
4.2. Análisis sobre consumo problemático de drogas.. . . . .	46
4.3. Indicadores policiales . . . . .	52
4.4. Indicadores de siniestralidad vial . . . . .	54
5. Exposición de motivos . . . . .	59
5.1. Principios y valores rectores . . . . .	60
6. Objetivos estratégicos generales . . . . .	65
7. Áreas estratégicas de intervención . . . . .	67
7.1. Prevención . . . . .	69
7.1.1. Clasificación de los programas preventivos. . . . .	71
7.2. Asistencia . . . . .	106
7.2.1. Programas de reducción del daño . . . . .	113
7.2.2. Programas de sustitución con agonistas . . . . .	115
7.2.3. Programas libres de drogas . . . . .	117
7.2.4. Programa de prevención de recaídas. . . . .	118
7.2.5. Dispositivos de apoyo . . . . .	119

7.2.6. Dispositivos de información, orientación y tratamiento a jóvenes y familiares. . . . .	121
7.3. Inserción Social . . . . .	122
7.4. Reducción de la Oferta . . . . .	128
7.5. Coordinación, Cooperación y Participación Social . . . . .	131
7.6. Sistemas de Información y Evaluación . . . . .	135
7.6.1. Sistemas de Información . . . . .	135
7.6.1.1. El Observatorio Balear de Drogodependencias y otras Adicciones. . . . .	136
7.6.2. Sistemas de Evaluación . . . . .	141
7.6.2.1. Funciones de la Evaluación del Plan . . . . .	142
7.6.2.2. Criterios de actuación. . . . .	143
7.6.2.3. Áreas de actuación . . . . .	143
7.6.2.4. Estrategia Metodológica . . . . .	144
7.6.2.5. Instrumentos para la Evaluación del Plan . . . . .	144
7.6.2.5.1. Principales indicadores para la Evaluación del Plan	146
7.6.2.5.2. Acciones de acreditación de calidad . . . . .	148
8 Programa Integral de Prevención, Asistencia e Inserción en la problemática del Alcohol . . . . .	149
9. Financiación . . . . .	155
10. Bibliografía . . . . .	157
11. Anexos . . . . .	159
11.1. Vigencia del Plan . . . . .	159
11.2. Evaluación del Plan . . . . .	159
11.3. Red de Recursos de las Illes Balears en Drogodependencias y Adicciones	160
11.4. Organigrama Institucional de Drogodependencias y Adicciones de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears . . . . .	166
11.5. Gráficas, tablas y figuras . . . . .	167



## PRESENTACIÓN.

La problemática de las drogodependencias y adicciones constituye una de las cuestiones sociosanitarias de mayor importancia en la sociedad actual. Para dar una adecuada respuesta a este reto en el ámbito de nuestra comunidad autónoma, el Gobierno de las Islas Baleares presentó en el año 2004, a través de la Consejería de Salud y Consumo, como responsable de las políticas en drogodependencias y adicciones, una propuesta normativa al Parlamento de las Illes Balears, institución que el 29 de abril de 2005 aprobó por amplio consenso la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005).

El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 que se recoge en esta publicación surge de esta reciente norma autonómica, que exigía su elaboración para armonizar e integrar en una única acción global toda la labor a realizar en los próximos años por las administraciones públicas, por las entidades o asociaciones públicas y privadas así como por las organizaciones no gubernamentales de nuestra comunidad autónoma que trabajan directa o indirectamente en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.

En la búsqueda común de posibles soluciones a desarrollar en este Plan, no podemos obviar que el universo de las drogas se halla en constante cambio y evolución y que éste se considera, en el marco normativo de la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears, como un problema de salud. Por ello, hay que valorar al drogodependiente como una persona que requiere un abordaje biopsicosocial y un enfoque multidisciplinar y multisectorial, para así obtener una mejor respuesta.

Este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 será un instrumento eficaz y dinámico para afrontar el fenómeno de las drogas con la máxima eficacia y gestión de los recursos disponibles. Además, permitirá la consolidación y ampliación progresiva de los programas de prevención del consumo de drogas, la mejora de la red asistencial y la ampliación del apoyo a la reinserción sociolaboral y sociofamiliar de las personas aquejadas de una drogodependencia o de una adicción.

Todo ello se deberá realizar entorno a unas áreas estratégicas de intervención: la prevención; la asistencia; la inserción social; la cooperación, coordinación y participación social; la reducción de la oferta y, finalmente, el desarrollo de sistemas de información y evaluación de la calidad de los programas, acciones y servicios que forman parte de dicho Plan.

Finalmente, deseo agradecer y felicitar a todas las personas e instituciones que han participado en la redacción de este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 e invito a toda la sociedad balear a hacerlo suyo desde la corresponsabilidad social. Este Plan permitirá que, entre todos, y gracias especialmente al esfuerzo y a la dedicación de todos los profesionales y voluntarios que integran la red balear de drogodependencias y adicciones, podamos en los próximos años ir avanzando en la erradicación del fenómeno sociosanitario de las drogodependencias y adicciones, la verdadera epidemia del siglo XXI.

**Aina M. Castillo i Ferrer**  
*Consejera de Salud y Consumo*



## I. PRÓLOGO.

El documento que se presenta recoge el Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears para el periodo 2007-2011 siguiendo los dictados establecidos en la Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears (B.O.I.B. nº 71) en cuyo artículo 50 explicita que:

- El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears es el instrumento de referencia para la planificación y la ordenación de todas las actuaciones en materia de drogas y otras adicciones que se lleven a término en el ámbito de las Illes Balears.
- El Plan Autonómico ha de ser vinculante para todas las administraciones, entidades privadas e instituciones que lleven a término actuaciones en materia de drogodependencias u otras adicciones, para las personas que presenten estos problemas y para su entorno.
- El Plan Autonómico tiene carácter temporal y su vigencia y revisión está prevista en el mismo Plan.

También de acuerdo con la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears queda marcada que la autoría y elaboración de este Plan corresponde a la consejería competente en materia de sanidad, en este caso, la Consejería de Salud y Consumo, que debe redactarla conforme con las directrices establecidas en la ley y según las prioridades en materia de drogas que señala el Gobierno de las Illes Balears y el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo).



Por ello, la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears presenta este Plan:

- Por un compromiso institucional para la mejora de la salud y calidad de vida de la sociedad de las Illes Balears y para su protección frente a los riesgos que conllevan el uso y consumo de las drogas.
- Para desarrollar progresivamente no sólo la propia Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears aprobada por el Parlamento de las Illes Balears en fecha 29 de abril de 2005 sino también para cumplir las líneas y acciones marcadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, su posterior revisión a través del Plan de Acción 2005-2008 así como la Estrategia Europea sobre Drogas 2005-2012.
- Finalmente, para integrar en una acción global común a todas las instituciones y entidades públicas y privadas que realicen actividades en materia de drogodependencias y adicciones en nuestra comunidad autónoma, con el objetivo de ir avanzando progresivamente en la protección de la salud de toda la sociedad balear.

Así, en el presente documento, se realiza en primer lugar una exposición de los motivos principales por los que se desarrolla y pone en marcha el Plan, así como sus objetivos estratégicos generales. A continuación, se establecen las diferentes estrategias y modelos de intervención que marca el Plan de Actuaciones en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011, los principios y valores rectores del mismo, así como la evolución y situación actual en el campo de las drogodependencias y adicciones.

Finalmente, se van desglosando según la línea estratégica de que se trate, las diferentes acciones a realizar en cada una de ellas, así como la forma de evaluación de las mismas y las entidades implicadas en cada una de estas acciones.



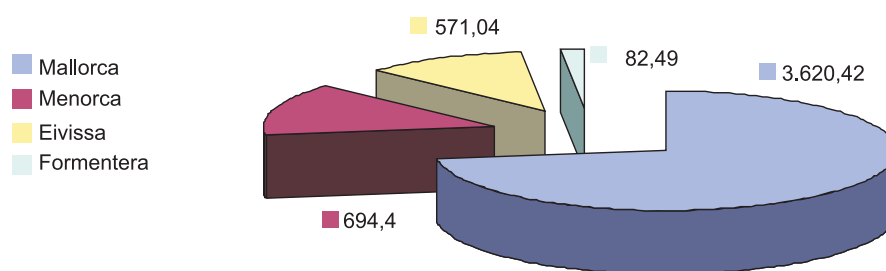
## 2. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS.

Las Illes Balears es una comunidad autónoma española compuesta por las islas del archipiélago balear, Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera, situado en el Mar Mediterráneo junto a la costa oriental de la Península Ibérica.

### Superficie.

La superficie total de las Illes Balears es aproximadamente de 4.968,35 km<sup>2</sup> distribuidos tal como se indica en la gráfica 1:

Gráfica 1. Superficie por islas (en km<sup>2</sup>).



Fuente: Institut Balear d'Estadística (2006).



## Sociodemografía.

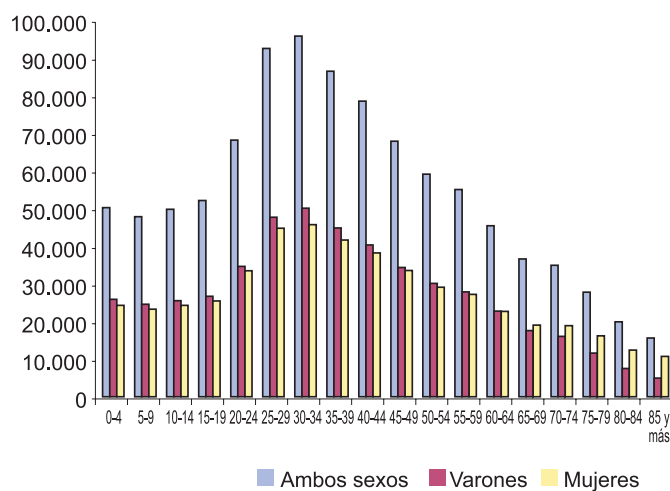
A nivel sociodemográfico la población actual de las Illes Balears se distribuye según sexo y edad de la siguiente manera (tablas 1 y 2) y gráfica 2:

**Tabla 1. Distribución de la población de las Illes Balears por sexos (total e islas).**

	TOTAL -habitantes-	Hombres	Mujeres	Densidad poblacional
<b>Total Illes Balears</b>	983.131	492.642	490.489	155.77 hab/km <sup>2</sup>
<b>Mallorca</b>	777.821	387.877	389.944	214.84 hab/km <sup>2</sup>
<b>Menorca</b>	86.697	43.571	43.126	124.85 hab/km <sup>2</sup>
<b>Eivissa</b>	111.107	57.260	53.847	193.22 hab/km <sup>2</sup>
<b>Formentera</b>	7.506	3.934	3.572	90.17 hab/km <sup>2</sup>

Fuente: INE. Instituto Nacional de Estadística de España (padrón 01-01-2005).

**Gráfica 2. Distribución poblacional de las Illes Balears por edad y sexo.**



Fuente: INE. Instituto Nacional de Estadística de España (padrón 01-01-2005).

**Tabla 2. Distribución de la población de las Illes Balears por edad y sexo (número personas).**

	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
<b>00-04</b>	50.168	25.885	24.283
<b>05-09</b>	47.785	24.557	23.228
<b>10-14</b>	49.783	25.528	24.255
<b>15-19</b>	52.107	26.665	25.442
<b>20-24</b>	68.110	34.636	33.474
<b>25-29</b>	92.459	47.687	44.772
<b>30-34</b>	95.743	50.053	45.690
<b>35-39</b>	86.429	44.825	41.604
<b>40-44</b>	78.473	40.280	38.193
<b>45-49</b>	67.849	34.321	33.528
<b>50-54</b>	59.123	30.073	29.050
<b>55-59</b>	55.009	27.836	27.173
<b>60-64</b>	45.397	22.720	22.677
<b>65-69</b>	36.548	17.524	19.024
<b>70-74</b>	34.903	16.029	18.874
<b>75-79</b>	27.746	11.594	16.152
<b>80-84</b>	19.885	7.509	12.376
<b>&gt; 85</b>	15.614	4.920	10.694
<b>Total</b>	983.131	492.642	490.489

Fuente: INE. Instituto Nacional de Estadística de España (padrón 01-01-2005).

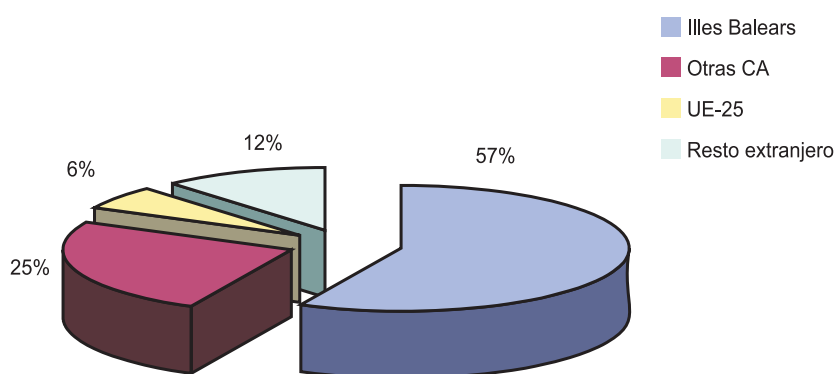
En los últimos decenios y especialmente en los últimos años la comunidad autónoma de las Illes Balears ha sufrido importantes cambios en sus valores sociodemográficos, debido a diferentes flujos migratorios, por lo que la población presenta cierta heterogeneidad en relación al lugar de nacimiento (inmigración) (tablas 3 y 4 y gráfica 3).

**Tabla 3. Población residente en las Illes Balears según lugar de nacimiento (número personas).**

	Illes Balears	Otras CA	UE-25	Resto extranjero	TOTAL
<b>Total Illes Balears</b>	562.190	244.939	62.154	113.848	983.131
<b>Mallorca</b>	455.884	185.658	47.159	89.120	777.821
<b>Menorca</b>	53.297	20.585	4.820	7.995	86.697
<b>Eivissa</b>	49.538	36.598	9.144	15.827	111.107
<b>Formentera</b>	3.471	2.098	1.031	906	7.506

Fuente: Institut Balear d'Estadística (2006). Revisión del padrón 1-1-2005.

**Gráfica 3. Población residente en las Illes Balears según lugar de nacimiento (proporción).**



Fuente: Institut Balear d'Estadística (2006).

**Tabla 4. Distribución por islas de la población extranjera residente en las Illes Balears según lugar de nacimiento (nº personas).**

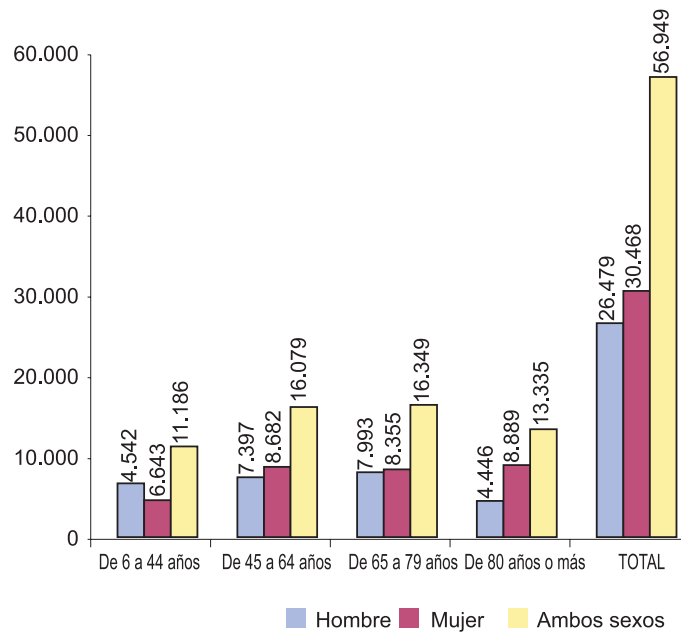
Lugar de nacimiento	Illes Balears	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
<b>Total</b>	<b>156.270</b>	<b>120.522</b>	<b>11.531</b>	<b>22.400</b>	<b>1.817</b>
Alemania	21.617	18.030	548	2.501	538
Ecuador	15.647	10.921	1.815	2.897	14
Argentina	15.553	12.535	757	2.031	230
Marruecos	14.995	11.077	1.214	2.527	177
Reino Unido	13.964	9.622	2.544	1.741	57
Colombia	9.187	7.589	564	893	141
Francia	4.765	3.155	354	1.170	86
Uruguay	4.400	3.333	226	815	26
Bulgaria	4.049	3.876	56	116	1
Italia	3.659	1.921	529	992	217
Romania	3.554	2.256	210	1.064	24
Bolivia	2.437	2.032	360	43	2
China	2.349	1.975	150	209	15
Chile	2.182	1.867	61	230	24
Brasil	1.952	1.346	194	398	14
Cuba	1.888	1.562	196	118	12
Holanda	1.798	1.225	105	451	17
Nigeria	1.764	1.726	19	19	0
Senegal	1.469	1.315	58	96	0
<b>Resto</b>	<b>29.041</b>	<b>23.159</b>	<b>1.571</b>	<b>4.089</b>	<b>222</b>

Fuente: Institut Balear d'Estadística (2006). Revisión del padrón 1-1-2005.



También son a resaltar dentro de los aspectos sociodemográficos de las Illes Balears, para poder realizar las oportunas intervenciones preventivas y asistenciales, las personas con discapacidad que según sexo y grupos de edad se señalan en la gráfica 4.

**Gráfica 4. Personas con discapacidad residentes en las Illes Balears distribuidas por edad y sexo (1999).**



Fuente: Institut Balear d'Estadística (2006).



### 3. INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES.

#### 3.1. INTERVENCIÓN EN ESPAÑA Y EUROPA.

En España, si bien es en 1978 cuando queda establecida mediante la creación de una Comisión Interministerial para el estudio de la problemática derivada del consumo de drogas (Decreto 3032/1978, de 15 de diciembre) no será hasta 1983 cuando en el debate sobre el Estado de la Nación, el Gobierno informa sobre la voluntad de creación de un único órgano político y administrativo, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), que coordine todas las acciones en el campo de las drogodependencias, siendo el 11 de abril de 1985 cuando, bajo la presidencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, se celebra la I Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas.

A partir de ese momento en que se establecen las diferentes prioridades y objetivos del Plan se van sucediendo toda una serie de actos para ir dotando a dicho Plan de contenido y funciones a realizar. Así, a través del Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre, se crea la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, órgano unipersonal con toda una serie de atribuciones principalmente de coordinación interministerial en materia de drogodependencias. Esta Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su estructura orgánica a lo largo de estos últimos años ha ido incorporando, ampliando o modificando toda una serie de facultades o actividades en el campo de las drogodependencias para mejorar todos los aspectos de esta temática sociosanitaria en nuestro país.


Es en los inicios del año 1999, cuando la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas pone en marcha e impulsa toda una serie de mecanismos enfocados a redactar y elaborar la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, estrategia que redefine el Plan Nacional sobre Drogas, creado en 1985 y que quedará establecida mediante el Real Decreto 1911/1999, de 17 de diciembre, fruto del consenso de las administraciones central y autonómica y que recibió importantes aportaciones de instituciones públicas y privadas, así como de diferentes organizaciones y asociaciones no gubernamentales de nuestro país vinculadas al ámbito de las drogodependencias.



Su vigencia comprende desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2008, teniendo que realizarse a lo largo de este periodo, dos evaluaciones, una evaluación intermedia en el año 2003 y una evaluación final tras terminar su vigencia de actuación.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 definió y marcó desde el primer momento una serie de metas a realizar en los años sucesivos:

- Mantener y potenciar el debate político constructivo con el fin prioritario de reducir la expansión de las drogodependencias en nuestro país y mejorar la asistencia de la población aquejada de cualquier tipo de adicción o drogodependencia.
- Mejorar y potenciar la sensibilización de la sociedad civil y desarrollar la participación en esta temática de las drogodependencias de todas aquellas instituciones públicas y privadas, asociaciones, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales y cualquier particular que lo deseara.
- Reforzar y priorizar a la prevención como eje fundamental de toda la estrategia.
- Abordar el problema de las drogodependencias y las adicciones desde una perspectiva integral.
- Realizar y normalizar la asistencia y tratamiento de los drogodependientes a través de los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales.
- Apoyar la inserción sociolaboral y sociofamiliar de los drogodependientes.
- Potenciar todos los mecanismos tendentes a la reducción de la oferta de drogas promoviendo la lucha contra el tráfico y favoreciendo el control de los mecanismos para evitar el blanqueo de capitales y mejorando la coordinación de los diferentes estamentos que trabajan en la represión, no sólo de la oferta de drogas sino en la comisión de delitos relacionados con ellas.
- Realizar una actualización de todo el marco normativo y legal, no sólo a nivel de la administración central sino también de la administración autonómica en el campo de todos los ámbitos vinculados a las drogodependencias.
- Mejorar y potenciar la cooperación internacional en materia de drogas tanto en relación a la participación en los diferentes organismos internacionales como en la firma de acuerdos o convenios bilaterales o multilaterales.
- Favorecer y desarrollar toda una serie de ámbitos complementarios para mejorar la reducción de la demanda y control de la oferta, así como la formación de los profesionales en los diferentes niveles de actuación, la necesaria evaluación de los programas que se lleven a cabo y la mejora de la investigación que serán tareas prioritarias para no sólo tener una mejor visión del problema de las drogodependencias en su conjunto sino para lograr los objetivos de erradicarlo.



La Estrategia Nacional sobre Drogas establecía entre sus premisas una evaluación intermedia a realizar en el año 2003 encaminada a analizar los diferentes aspectos de las acciones realizadas hasta ese año desde su puesta en marcha; de alguna forma, un análisis de la situación con el objetivo de poder realizar, de ser necesario, unas adaptaciones o nuevos enfoques en determinadas áreas de actuación. Como consecuencia de ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, contando con la aportación de diferentes organizaciones no gubernamentales y de distintas instituciones públicas y privadas, y con el consenso de la Comisión Interdepartamental de Drogas (reuniones de 28 de febrero y 1 de marzo de 2005) presenta ante la Conferencia Sectorial de Drogas (7 de marzo de 2005) el Plan de Acción 2005-2008 que, sin derogar la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 ni eliminar ninguna de sus acciones, redefine una serie de líneas prioritarias de actuación en las que se debe centrar el Plan Nacional sobre Drogas hasta finalizar la vigencia de la citada Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008.

En concreto establece 12 líneas de trabajo que desglosadas en 68 diferentes acciones a realizar se sintetizan en:

- Reforzar y priorizar las actuaciones en el ámbito de la familia.
- Potenciar acciones de sensibilización y colaboración con los medios de comunicación.
- Profundizar y mejorar los programas y actividades desarrolladas en el ámbito de la educación.
- Incrementar las actuaciones específicas dirigidas a la población juvenil y adolescente.
- Reforzar el papel de la Atención Primaria en la intervención precoz y la atención a las personas con drogodependencias.
- Incorporar la perspectiva de género en todas las áreas de intervención en materia de drogas.
- Garantizar la atención integral en los centros penitenciarios a la población interna en materia de drogas.
- Reforzar la investigación y los sistemas de información.
- Diversificar e incrementar las actuaciones en prevención del riesgo y reducción del daño.
- Actuar sobre los consumos de tabaco y alcohol.
- Fomentar la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en las acciones preventivas.
- Fortalecer la participación española en la política europea sobre drogas.



Es importante reseñar que este Plan de Acción 2005-2008 se halla a su vez en consonancia con la Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012, aprobada por el Consejo Europeo en diciembre de 2004 y que supone una segunda fase en la cooperación europea sobre drogas que la Unión Europea aprobó ya en una primera Estrategia y su consecuente Plan de Acción para el periodo 2000 a 2004.

Esta segunda fase de la Estrategia Europea supone un importante factor complementario a las estrategias nacionales de los estados miembros y ésta, además de basarse en los principios fundamentales de los ciudadanos europeos, busca la protección y mejora del bienestar social e individual, de la salud pública y la seguridad de toda la sociedad europea.

La Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012 centra sus esfuerzos en cuatro grandes áreas de trabajo (la reducción de la demanda de drogas, la reducción de la oferta de drogas, la cooperación institucional y el fomento de la investigación, de los sistemas de información y de los sistemas de evaluación) contando cada una de estas áreas a su vez con unas determinadas acciones para lograr sus respectivos objetivos.

Así, en cuanto a la reducción de la demanda de drogas, las acciones principales a realizar deben centrarse en:


- una mayor difusión de los programas de prevención y concienciación sobre los riesgos y consecuencias de las drogas.
- la potenciación de los programas de intervención precoz, especialmente entre la población juvenil y adolescente.
- la ampliación de la cobertura asistencial de los drogodependientes.
- la potenciación de la promoción y educación de la salud, focalizándose prioritariamente en las enfermedades contagiosas y de transmisión sexual (VIH, SIDA, hepatitis...).

La segunda área a desarrollar dentro de la Estrategia Europea es la reducción de la oferta y sus prioridades son:

- la prevención y el castigo de la importación y exportación ilegal de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- la potenciación de la aplicación de la ley en los países terceros, especialmente en los países productores y en las regiones con rutas de tráfico de drogas.
- la mejora en la cooperación entre los estados miembros en todo lo que suponga la prevención de delitos, el tráfico transfronterizo, la producción de drogas, el desvío de precursores químicos y la investigación criminal y forense para así disponer de un frente común frente a toda esta temática.

En relación a la cooperación internacional, tercer área de trabajo, las acciones a realizar se centran en:



- 
- la ayuda a los países terceros de la Unión Europea, incluyendo a los de la Política de Nueva Vecindad y a países clave en la producción y tránsito de drogas, para lograr una mayor eficiencia no sólo en la reducción de la demanda sino también en la reducción de la oferta.
  - la potenciación de la relación con los estados candidatos para lograr una mayor convergencia en todos los ámbitos de las drogodependencias.

Finalmente, en cuanto a la acción a potenciar en el ámbito de los sistemas de información y de investigación ésta es básicamente:

- la mejora del conocimiento de las drogodependencias y adicciones existente en la Unión Europea desarrollando para ello todo el potencial informativo que puede generar el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías y la Europol.

## **3.2. INTERVENCIÓN EN LAS ILLES BALEARS.**

En las Illes Balears, tal como queda recogido en la Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears, ya desde la década de los años ochenta fueron impulsadas diversas medidas en relación con las drogodependencias: Orden del consejero de Sanidad, de 7 de enero de 1986, de regulación de los tratamientos de metadona, el Decreto 45/86, de 15 de mayo, de creación de la Comisión territorial sobre drogas de las Illes Balears y el Decreto 23/91, de 7 de marzo, por el que se regula la Comisión de la comunidad autónoma de las Illes Balears de acreditación, evaluación y control de centros o servicios de tratamiento con opiáceos.

De igual forma, también la Ley 9/1987, de 11 de febrero, de acción social, define como servicios sociales específicos aquellos encaminados a proporcionar apoyo, prestaciones técnicas y reinserción social, entre otros, a los colectivos de toxicómanos.

Hay que destacar también dentro del ámbito social el Decreto 66/1999, de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento regulador del sistema balear de servicios sociales, en el que se define como servicio social toda actividad, de carácter general o especializada, que se presta con carácter regular y permanente por parte de una entidad de servicios sociales, dirigida a proporcionar los medios de prevención, información, orientación, atención y ayuda, entre otros, a las personas, las familias o los colectivos que por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, falta de autonomía personal, problemas familiares o marginación social, requieren la colaboración de la sociedad.

El 26 de noviembre de 1985 se firma el Convenio entre la entonces Consejería de Salud y Seguridad Social y el Obispado de Mallorca para la atención de toxicómanos, dando lugar a la creación de Projecte Home y para tal fin se compra la finca Ses Sitjoles como futura Comunidad Terapéutica.

El 16 de julio de 1990 se escritura la creación de la Fundación Hombre Libre, ocupando desde la fecha el cargo de Vicepresidencia del Patronato a el/la Conseller de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears.





## 4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES.

El consumo de drogas y las consecuencias de todo tipo que éstas originan son realmente para toda la sociedad un problema de salud pública y de convivencia ciudadana. La sociedad balear y los responsables políticos no se han mantenido al margen de esta importante problemática sociosanitaria y han ido realizando acciones encaminadas no sólo a erradicar dicho consumo sino también a paliar, en la medida de lo posible, los constantes problemas asociados a dicho consumo.


Para poder realizar una correcta planificación de las líneas estratégicas y de las acciones a realizar a partir de este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 es necesario en primer lugar tener un exacto conocimiento de la situación del consumo de drogas en nuestra comunidad autónoma. Todo ello teniendo en cuenta no sólo el contexto geográfico balear en el que vivimos y cuyo análisis realizaremos más profundamente, sino también de forma especial el contexto español y europeo, al ser el fenómeno de las drogodependencias y adicciones un fenómeno global en constante y rápido cambio. Por ello, el Plan requerirá probablemente a lo largo del periodo de vigencia, de constantes y necesarias adaptaciones al mismo para poder llegar a los objetivos planteados.

En el análisis de la situación de los consumos de drogas se ha empleado la información procedente de los datos epidemiológicos de los últimos años y hasta el presente año 2007 en que se elabora el Plan, datos procedentes de los estudios y encuestas realizados en las Illes Balears y en el resto de España así como aquellos obtenidos de la documentación procedente del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Con el progresivo desarrollo del Plan de Actuaciones en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011, tal como marca la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears, será el Observatorio de Drogas de las Illes Balears el que, a partir de la aprobación del citado plan estratégico, deberá recoger todos estos datos epidemiológicos para hacer el correspondiente análisis de futuras situaciones y planteamientos estratégicos de las drogodependencias y adicciones en las Illes Balears.



Así, los estudios, encuestas e indicadores empleados en este análisis de la situación de los consumos de drogas en los contextos balear, español y europeo son los siguientes:

- Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) del Observatorio Español sobre Drogas (OED): se trata de una encuesta bianual realizada desde el año 1995 -y desde entonces en los años que finalizan en los números 1, 3, 5, 7 y 9- sobre el uso de drogas y otras cuestiones asociadas, realizada a la población general española de 15 a 64 años de edad por entrevista personalizada y cuya metodología está descrita en los correspondientes informes del Observatorio Español sobre Drogas.
- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del Observatorio Español sobre Drogas (OED): se trata de una encuesta bianual que se realiza desde el año 1994 –y desde entonces en los años que finalizan en los números 0, 2, 4, 6 y 8- a la población escolarizada sobre el uso de drogas y otras cuestiones asociadas a la población escolarizada española de Enseñanza Secundaria y Formación Profesional con edades comprendidas entre los 14 y 18 años mediante cuestionario cumplimentado por los propios estudiantes.
- Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD). El SEIPAD es un sistema de información implantado por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1987, y que en nuestra comunidad autónoma se recoge desde el año 1992 con la misión de disponer de datos fiables sobre la dimensión, evolución del consumo de drogas y las características de los consumidores. Todo ello para poder coordinar y planificar las actividades de las distintas administraciones en el campo de la prevención y atención de las drogodependencias así como la reducción de los problemas que dicho consumo origina. El SEIPAD está basado en tres indicadores indirectos del consumo de drogas de abuso: el indicador de tratamientos, el indicador de urgencias y el indicador de mortalidad, siendo una labor coordinada entre el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud y Consumo y el Observatorio Español sobre Drogas de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
  - Indicador de tratamiento por abuso o dependencia de drogas o sustancias psicoactivas: recoge las notificaciones de las admisiones a tratamiento que se producen a lo largo de todo el año en los centros públicos de atención al drogodependiente siguiendo un determinado protocolo que incluye la solicitud de diferentes tipos de datos epidemiológicos y sociodemográficos.
  - Indicador de urgencias hospitalarias: recoge los datos en los centros hospitalarios más significativos de la comunidad autónoma de aquellas historias clínicas de pacientes cuyo motivo de ingreso por urgencias haya sido motivado por el consumo de drogas u otras sustancias psicoactivas.



- Indicador de mortalidad por reacción aguda a drogas: recoge todas las notificaciones de los casos de muertes judiciales por reacción adversa al consumo de drogas no médico e intencionado de personas entre 15 y 49 años, a partir de la información suministrada por los médicos forenses de la correspondiente Delegación del Instituto Nacional de Toxicología. Los datos son recogidos a partir de personas fallecidas en cuyos fluidos y líquidos biológicos se han detectado drogas psicoactivas o sus metabolitos y/o que tienen antecedentes personales de sospecha o de consumo reciente de drogas (hallazgo de drogas o de material de consumo junto al cadáver o en cavidades corporales externas).

- Estudio sociológico denominado “Análisis de la realidad social de los jóvenes de las Illes Balears”, realizado por la Dirección General de Juventud (Consejería de Presidencia y Deportes): se trata de una investigación sociológica sobre diferentes hábitos, actitudes y estilos de vida de la población juvenil de las Illes Balears entre 15 y 29 años (2005).

- Análisis psicosocial denominado “Estudio sobre la adolescencia en las Illes Balears”, realizado por la Asociación Familiar de Baleares: se trata de una encuesta realizada en jóvenes escolarizados de 12 a 18 años en el ámbito de las Illes Balears (2005).

- Encuesta sobre población juvenil denominada “Los jóvenes y las drogas” realizada por la Comisión Europea: se trata de la Encuesta “Flash Eurobarómetro 158” en la que se analizan diversos aspectos de las drogodependencias y la juventud europea (jóvenes de 15 a 24 años) en el año 2004 (2005).

- Encuesta poblacional sobre adicciones psicológicas (sin sustancia) en las Illes Balears realizada por la Consejería de Salud y Consumo: se trata de una encuesta sobre la incidencia y posible uso problemático de las ciberadicciones, ludopatías y adicciones al trabajo y a las compras realizado en población residente balear mayor de 16 años (2006).

- Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en prisión realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio del Interior: se trata de una encuesta entre la población penitenciaria española para conocer el consumo de drogas psicoactivas antes del ingreso en los centros penitenciarios y durante su estancia en los mismos, así como la realización simultánea de diversas valoraciones a nivel de conductas y estilos de vida (2006).

A través del análisis pormenorizado de estas encuestas o estudios analizados se describe, a continuación, la situación actual en el consumo de las principales drogas y sustancias psicotrópicas en el contexto balear, español y europeo.

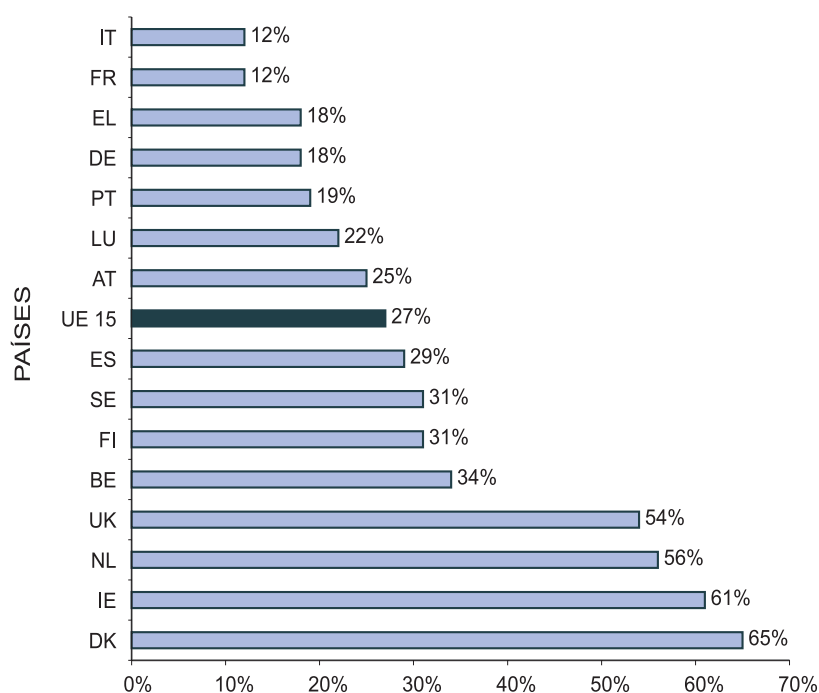
## 4.1. ANÁLISIS SOBRE CONSUMO NO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.

### ALCOHOL.

#### Situación en Europa:

En la mayoría de los estados miembros de la Unión Europea se consumen bebidas alcohólicas y dicho consumo puede tener importantes efectos adversos en la salud física, mental y social de los individuos, de sus familias y de las comunidades de la región europea en que viven, siendo dicho consumo el responsable de al menos el 9% del total anual de muertes por enfermedad y muertes prematuras en Europa. Un consumo, el del alcohol, que ha sufrido una tendencia al alza en los últimos años y con importantes diferencias entre los estados miembros tanto en sus patrones de consumo como en su entorno sociocultural y socioeconómico. Desde la responsabilidad pública se ha luchado en su contra mediante la propuesta y potenciación de toda una serie de líneas estratégicas globales enfocadas básicamente a la prevención y a la reducción del daño para la salud asociado al consumo de alcohol, especialmente entre la población juvenil (figura 1). Estas estrategias globales se concretan de forma resumida en la Carta Europea sobre el Alcohol (París, 1995) y en la Declaración sobre Jóvenes y Alcohol (Estocolmo, 2001).

Figura 1. Consumo regular de alcohol en Europa de la población joven.



Fuente: Flash Eurobarómetro (2005).

## Situación en España:

Su consumo, según la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España, está muy extendido con frecuencias del consumo en los últimos doce meses en el año 2003 en población general (15-64 años) del 48,2% y de consumo en los últimos 30 días del 14,1%. Entre la población escolar los datos referidos en relación al consumo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días respectivamente son del 81% y del 65,6%, produciéndose el consumo más frecuente durante el fin de semana más que en días laborables y estando muy vinculado con los accidentes de tráfico, con un 34,7% en fallecimientos por esta causa con una tasa de alcoholemia positiva (igual o superior a 0,3 g/l).

## Situación en las Illes Balears:

De igual forma que en el resto de España, el alcohol es la sustancia tóxica más consumida tanto en población general como entre los jóvenes y con una tendencia al alza. Ninguna sustancia ha desplazado al alcohol, sino que en muchos casos han aparecido fenómenos de complementación con otras drogas o sustancias psicoactivas: el policonsumo, la feminización del consumo, etc... Al comparar la Encuesta Domiciliaria entre los años 2001 y 2003 se observa dicha tendencia en los tres indicadores: consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos 12 meses (consumo reciente) y consumo en los últimos 30 días (consumo regular) (tabla 5).

**Tabla 5. Comparación del consumo de drogas de la población general de las Illes Balears de 15 y 64 años.**

	ALGUNA VEZ		ÚLTIMO AÑO		ÚLTIMO MES	
	2001	2003	2001	2003	2001	2003
<b>Alcohol</b>	93,1	94,1	75,7	79,2	61,2	62,3
<b>Tabaco</b>	81,5	70,8	50,5	52,2	45,8	47,2
<b>Cánnabis</b>	39,6	30,8	18,1	14,0	13,1	11,0
<b>Éxtasis</b>	10,5	5,0	3,7	1,1	1,0	0,4
<b>Inhalables</b>	1,0	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Crack</b>	1,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1
<b>Cocaína</b>	10,3	7,4	4,2	2,3	1,1	0,9
<b>Anfetaminas/Speed</b>	5,6	2,8	0,6	1,0	0,2	0,3
<b>Alucinógenos</b>	7,5	3,7	1,7	0,6	0,5	0,1
<b>Heroína</b>	2,4	0,7	0,4	0,1	0,1	0,1
<b>Otros opiáceos</b>	1,4	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2001 y 2003.

En relación a la población escolar, el consumo de bebidas alcohólicas está muy generalizado entre los escolares de 14 a 18 años; tal como puede observarse en la Tabla 6, el 81,0% de ellos han consumido el alcohol alguna vez en la vida, el 80,2% durante los últimos doce meses y el 63,3% a lo largo de los últimos 30 días. En la Tabla 7 se compara la evolución del consumo escolar entre los años 2000 y 2004 observándose un importante aumento en dicho consumo, de igual forma que sucede en el resto de España, pasando del 56,6% (año 2000) al 63,3% (año 2004) siendo la media nacional (64,0%) en ese año 0,7 puntos superior a la media de consumo en las Illes Balears.



Reseñar que entre los jóvenes este consumo de alcohol, de igual forma que sucede en la mayor parte de España, presenta unas características peculiares: se localiza en los ámbitos recreativos y de ocio y especialmente durante los fines de semana.

**Tabla 6. Prevalencias del consumo escolar de alcohol en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	81,0	80,2	63,3
<b>Sexo</b>			
Hombres	79,5	78,9	62,9
Mujeres	82,2	81,3	63,7
<b>Edad</b>			
14 años	59,2	59,2	40,6
15 años	77,7	77,4	54,9
16 años	88,8	87,9	73,1
17 años	94,8	92,5	80,3
18 años	88,3	87,2	78,4

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

**Tabla 7. Comparación del consumo escolar por sustancias durante el último mes en las Illes Balears.**

Periodo	2000	2004
<b>Alcohol</b>	56,6%	63,3%
<b>Tabaco</b>	32,6%	23,0%
<b>Cánnabis</b>	27,9%	26,5%
<b>Cocaína</b>	2,1% (año 2002: 2,5%)	2,2%
<b>Hipnosedantes</b>	4,3%	2,8%
<b>Alucinógenos</b>	2,9%	2,1%
<b>S.Volátiles</b>	5,0%	1,4%
<b>Speed</b>	2,7%	1,1%
<b>Éxtasis</b>	2,6%	0,9%
<b>Heroína</b>	0,3%	0,5%

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

La edad de inicio precoz –consumo de alcohol por primera vez- se sitúa alrededor de los 13,8 años, si bien, la edad de inicio real –consumo de alcohol semanal- son los 15,1 años (tabla 8).

**Tabla 8. Edas media de inicio de consumo escolar de alcohol en las Illes Balears según edad y sexo.**

	TOTAL	ALCOHOL						
		HOMBRE	MUJER	14	15	16	17	18
<b>Edad media de consumo por primera vez</b>	13,8	13,5	14,0	12,7	13,4	13,9	14,4	14,7
<b>Edad media de inicio de consumo semanal</b>	15,1	15,2	15,1	13,6	14,4	15,2	15,8	16,4

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

A nivel de género no hay una marcada diferencia significativa si bien la mujer en estos últimos años y especialmente las más jóvenes presentan prevalencias algo mayores que el varón.

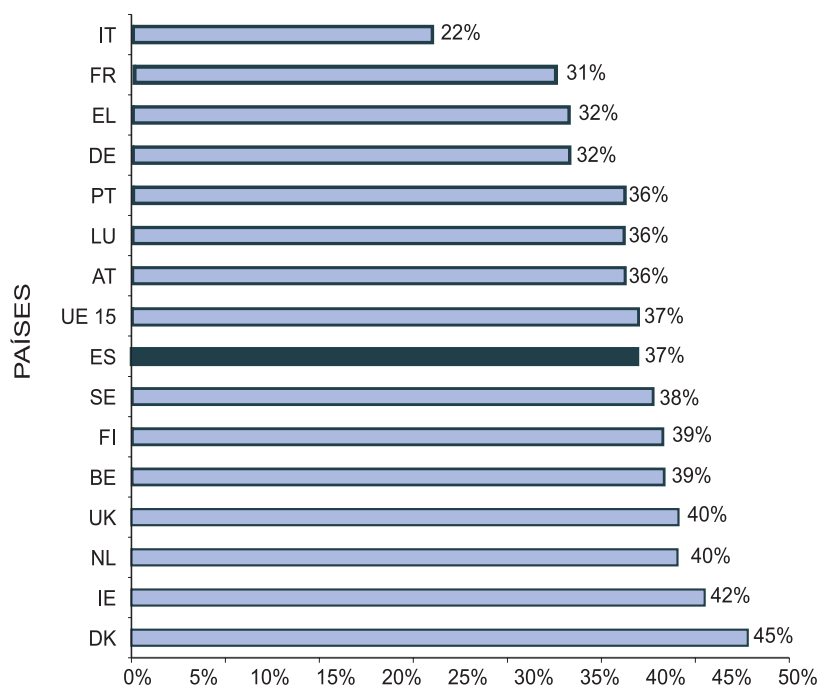


## TABACO.

### Situación en Europa:

El consumo de tabaco, a nivel europeo, está sufriendo una tendencia a la baja, si bien tanto a nivel de población general como en población joven hay un gradiente distinto según los diferentes países encuestados. En la Figura 2 se observan los valores en relación al consumo regular de tabaco entre los jóvenes europeos (Eurobarómetro 2005).

**Figura 2. Consumo regular de tabaco en Europa de la población joven.**



Fuente: Flash Eurobarómetro (2005).

### Situación en España:

El tabaco es en nuestro país, junto con el alcohol, la sustancia tóxica más consumida. Según los datos ofrecidos por el Observatorio Español sobre Drogas en relación a la población general en el año 2003 la población residente en España, de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años que fumaba diariamente se situaba en el 36,7% mientras que en la población escolar analizada (14 a 18 años) era en el año 2004 del 18,4% para los varones y del 24,1% para las mujeres.

### Situación en las Illes Balears:

Sigue la tendencia a la baja en su consumo entre los jóvenes si bien hay un cierto repunte en la población adulta y es destacable el aumento de consumidores entre mujeres tanto en población general como jóvenes (feminización del consumo).



En relación a los datos del consumo de tabaco a nivel de la población general, si comparamos las correspondientes encuestas de los años 2001 y 2003 se observa un ligero aumento en los indicadores referidos al último año y al último mes si bien son menos, un 70,8%, los adultos que en el año 2003 hacen constar haber consumido tabaco alguna vez en su vida al compararlo con el año 2001, en que decían haberlo hecho un 81,5% (tabla 5).

En relación a la población escolar, de los datos del Plan Nacional sobre Drogas de los años 2000 y 2004 podemos comprobar que se ha producido un marcado descenso, del 32,6% al 23%, en el consumo de tabaco en el último mes hallándose nuestra comunidad autónoma a 5,7 puntos por debajo de la media nacional del consumo en tabaco situada en un 28,7% (tabla 7).

Entre los escolares, el porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que han consumido tabaco alguna vez se sitúa en un 28% mientras que el consumo en el último mes es como ya se ha comentado, del 23%, existiendo en ambos indicadores un mayor consumo entre las jóvenes (tabla 9).

**Tabla 9. Prevalencias del consumo escolar de tabaco en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	28,0	23,0
<b>Sexo</b>		
Hombres	22,7	19,1
Mujeres	32,5	26,4
<b>Edad</b>		
14 años	19,2	15,4
15 años	25,0	21,2
16 años	25,7	19,4
17 años	46,6	40,2
18 años	37,4	34,4

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

La edad, de igual forma que sucede en el caso del alcohol, está claramente ligada al consumo de tabaco, existiendo entre los 14 y 18 años, un consumo mayor a mayor edad con un pico a los 17 años. Es además la edad de inicio del consumo de tabaco la menor de todas las edades de inicio de las sustancias analizadas (13,2 años).

## CÁNNABIS.

### Situación en Europa:

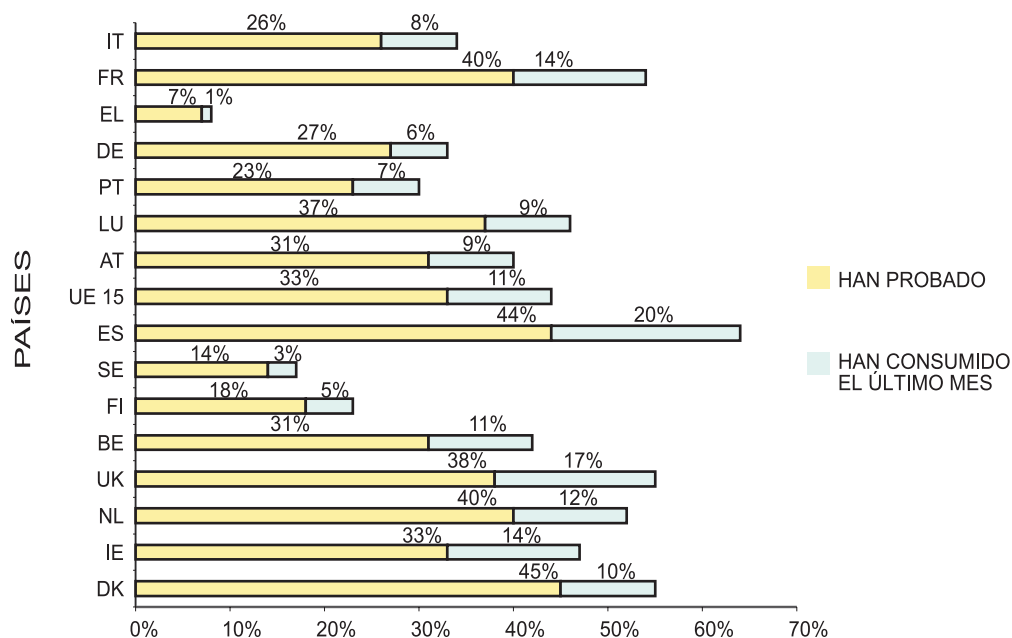
Desde mediados de la década de los años noventa el consumo de cánnabis tiene una tendencia al alza, existiendo un gradiente de prevalencia que va desde aquellos países con baja prevalencia como Suecia, Finlandia, Malta, Portugal o Grecia a países de alta prevalencia como Francia, Reino Unido, España y la República Checa. El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías considera que más de 62 millones de europeos (más del 20% de todos los adultos) han probado el cánnabis alguna vez y que aproximadamente

20 millones (más del 6% de todos los adultos) lo han consumido en el último año y cerca de 9,5 millones (casi el 4% de todos los adultos) se consideran consumidores habituales de cannabis. Este gradiente de consumo europeo de cannabis entre la población juvenil, pero también en el consumo de otras drogas (distintas al cannabis) queda patente en las figuras 3 y 4.

Entre la población escolar europea también se observa dicha tendencia al alza en los tres indicadores analizados habitualmente (consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos doce meses y consumo en los últimos 30 días).

En cuanto a la solicitud de tratamiento asistencial, el cannabis, con un 12% se halla en la segunda posición de todas las demandas de tratamiento, sólo precedido por los derivados de opiáceos.

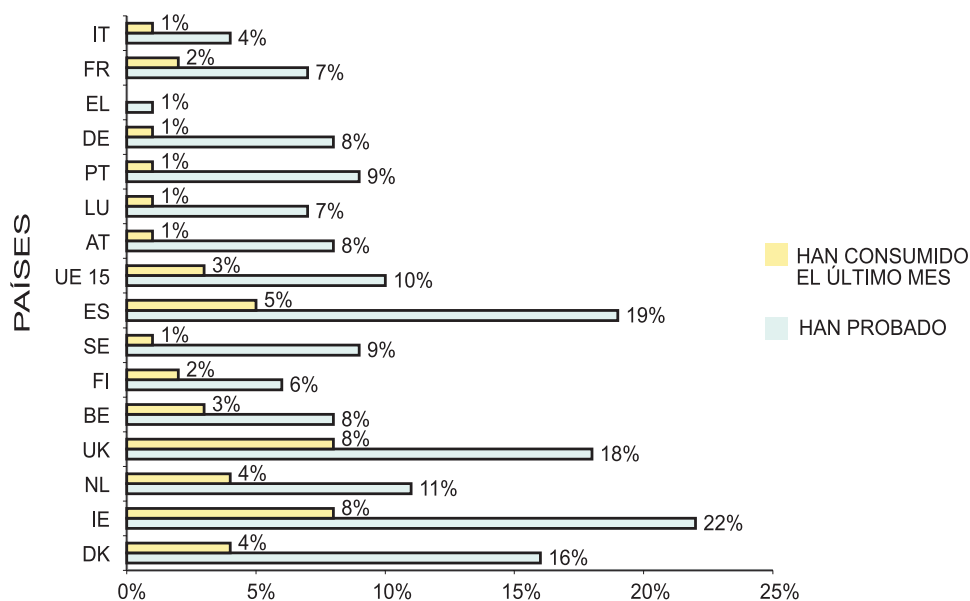
**Figura 3. Situación europea del consumo de cannabis (población juvenil).**



Fuente: Flash Eurobarómetro (2005).



**Figura 4. Situación europea del consumo de drogas (población juvenil).**



Fuente: Flash Eurobarómetro (2005).

### Situación en España:

Se trata de la droga ilegal más consumida en nuestro país y su consumo, así como su edad de inicio, ha ido aumentando especialmente entre los jóvenes y adolescentes. Hay que remarcar en este caso concreto un factor importante como es la mayor accesibilidad a la misma, así como la baja percepción del riesgo en su consumo, hechos que han provocado un notable incremento de las demandas de tratamiento y urgencias hospitalarias (habitualmente asociadas a otras drogas).

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas indica un aumento a nivel de la población general (15-64 años) del consumo de cánnabis en los últimos 12 meses, pasando del 7% en 1999, a 9% y 11,3% en los años 2001 y 2003 respectivamente.

De igual forma también en la población escolarizada española (14-18 años) se observa una tendencia al alza en el consumo de cánnabis en los últimos 12 meses: 25,7% (1998), 28,8% (2000), 32,8% (2002) y 36,6% (2004).

### Situación en las Illes Balears:

En nuestra comunidad autónoma, como sucede en el resto de España, es la droga ilegal más extendida tanto en su estado natural como en sus derivados más comunes, encontrándose actualmente en una fase de expansión. Por ello serán de mucha importancia las campañas preventivas en el ámbito de la juventud y las que incidan también en aquellos colectivos que favorecen la llamada “cultura del cánnabis”. Al comparar los datos de las encuestas de los años 2001 y 2003 referidas a la población general observamos en los tres indicadores (consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos doce meses y consumo en los últimos 30 días) un descenso en todos ellos (tabla 5).

En la población escolar comprobamos, al comparar las encuestas de los años 2000 y 2004, que el consumo desciende del 27,9% al 26,5% lo que se ha producido sólo en 4 comunidades autónomas de toda España, siendo las Illes Balears la que registra el segundo mayor descenso (tabla 7).

En cuanto a las prevalencias del consumo de cánnabis según sexo y edad observamos que en el año 2004 el consumo de cánnabis alguna vez en su vida en los jóvenes encuestados es del 46,0% mientras que el consumo en los últimos 30 días es del 26,5% (tabla 10).

**Tabla 10. Prevalencias del consumo escolar de cánnabis en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	46,0	38,5	26,5
<b>Sexo</b>			
Hombres	45,3	39,6	27,3
Mujeres	46,6	37,6	25,7
<b>Edad</b>			
14 años	29,2	24,3	17,1
15 años	42,5	35,7	23,0
16 años	50,3	40,6	26,3
17 años	59,5	51,3	41,8
18 años	57,8	52,1	36,5

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

## COCAÍNA.

### Situación en Europa:

La tendencia de su consumo en Europa sigue siendo al alza si bien su prevalencia presenta importantes variaciones entre sus estados miembros, con un importante aumento en las demandas de tratamiento, suponiendo éstas un 10% de las demandas totales de tratamiento en los centros asistenciales europeos. El consumo de cocaína es además un factor determinante, de forma directa o indirecta, en aproximadamente el 10% de las muertes producidas por las drogas (del 1 al 15%, en función del país).

El OEDT cifra en aproximadamente 9 millones de europeos (3% de todos los adultos) los que han consumido cocaína en alguna ocasión, entre 3 y 3,5 millones (1% de todos los adultos) quienes lo han hecho en el último año y un 1,5 millones (0,5% de los adultos) son consumidores habituales o actuales (últimos 30 días). El perfil general del consumidor europeo es un individuo adulto joven (menor de 34 años), mayoritariamente varón y residente en un área urbana. El uso de la cocaína varía, sin embargo, de forma considerable de uno a otro país europeo y en la mayoría de los datos ofrecidos por las diferentes encuestas nacionales, entre el 1% y el 11,6% de los europeos jóvenes han probado esta droga alguna vez y entre un 0,2% y el 4,6% la ha consumido en el último año.



En la Unión Europea está creciendo la preocupación por la posible consolidación de la cocaína como droga estimulante preferida por la mayoría de los jóvenes en determinados países europeos. Por otra parte, el consumo europeo de crack, variante de la cocaína y origen de muchos problemas sanitarios y sociales está muy limitado en Europa y sólo es considerable en algunas importantes ciudades del Reino Unido y de los Países Bajos.

### Situación en España:

Según todos los indicadores, la cocaína es actualmente la segunda droga ilegal que origina más problemas en España y se incrementa progresivamente no sólo su consumo a nivel general y escolar, sino también los problemas asociados que conlleva dicha ingesta (tabla 11).

**Tabla 11. Comparación del consumo de cocaína en España durante los años 1999, 2001 y 2003.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO MES
<b>Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (población adulta).</b>		
1999	3,1%	0,9%
2001	4,8%	1,3%
2003	5,9%	1,1%
<b>Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria (población escolar).</b>		
2000	6,5%	2,5%
2002	7,7%	3,2%
2004	9,0%	3,8%

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias y Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España .

**Tabla 12. Consumo escolar de cocaína por comunidades autónomas en los últimos 30 días (año 2004).**

<b>Media Española</b>	<b>3,8%</b>
Andalucía	3,8%
Aragón	6,3%
Asturias	4,1%
Canarias	3,1%
Cantabria	3,4%
Castilla la Mancha	3,0%
Castilla y León	2,8%
Cataluña	3,6%
Extremadura	3,3%
Galicia	3,7%
<b>ILLES BALEARS</b>	<b>2,2%</b>
La Rioja	4,2%
Madrid	3,9%
Murcia	2,5%
Navarra	3,2%
País Vasco	6,4%
Valencia	4,7%

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

## Situación en las Illes Balears:

La cocaína es, al igual que en el resto de España, la segunda sustancia tóxica ilegal más consumida tanto en población general como en jóvenes, si bien el gran incremento en su consumo, tendencia observada en el resto del país, no es tan marcada. Existe también una baja percepción del riesgo, al creer falsamente que es una droga poco adictiva y controlable. Al comparar las encuestas en relación a la población general de los años 2001 y 2003 se observa un cierto descenso en su consumo (tabla 5).

Sin embargo, en los últimos años hemos de referir un incremento en el número de personas que piden ser atendidas en los servicios sanitarios y sociales por ese motivo, por lo que, con toda probabilidad, este consumo esté aumentando en población general.

En el consumo en el último mes entre los escolares de 14 a 18 años se observa un incremento del 2,1% al 2,2% si bien estos datos suponen una cierta estabilización ya que en el año 2002 se produjo un pico de consumo del 2,5% (tabla 7).

De hecho, el consumo de cocaína en el último mes en las Illes Balears (2,2%) es el más bajo de España siendo la media española del 3,8%, es decir, la media balear se encuentra por debajo de la media española de consumo en 1,6 puntos (tabla 12).

En cuanto a las prevalencias del consumo de cocaína, un 7,0% de los encuestados en el año 2004 declaran haberla consumido alguna vez en la vida, un 4,9% en el último año y un 2,2% en el último mes (tabla 13).

**Tabla 13. Prevalencias del consumo escolar de cocaína en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	7,0	4,9	2,2
<b>Sexo</b>			
Hombres	6,6	4,9	2,0
Mujeres	7,4	4,5	2,4
<b>Edad</b>			
14 años	1,2	1,0	1,0
15 años	4,6	3,7	2,4
16 años	6,0	4,9	1,4
17 años	14,5	8,5	2,3
18 años	21,3	12,1	7,1

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

No existen a nivel de sexo marcadas diferencias en cuanto al consumo, observándose un aumento del consumo con la edad y situándose la edad media de inicio al consumo entorno a los 15,5 años.



## HEROÍNA.

### Situación en Europa:

Se observa un marcado descenso en el número de consumidores de heroína si bien sigue siendo la droga principal que consumen los pacientes que entran en un programa asistencial de tratamiento de drogas, aunque también se aprecia algún indicio de que aumenta la edad media de inicio en su consumo.

### Situación en España:

Aunque sigue siendo la sustancia que origina los problemas más graves asociados a las drogas en España, principalmente por todos sus antecedentes históricos, su consumo en España y sus problemas asociados están descendiendo o, como mínimo, se están estabilizando. A tenor de los datos aportados por las encuestas es difícil encontrar población consumidora joven y todos los indicadores de problemas con esta droga muestran una tendencia a la baja. En cuanto a su forma de consumo, mientras desciende la vía inyectada hay referidos casos de inicios al consumo inhalado.

**Tabla 14. Prevalencias del consumo escolar de heroína en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	0,6	0,5	0,5
<b>Sexo</b>			
Hombres	1,0	0,7	0,6
Mujeres	0,3	0,3	0,3
<b>Edad</b>			
14 años	0,4	0,4	0,4
15 años	1,3	1,1	1,1
16 años	0,2	0,2	0,2
17 años	0,3	0,3	0,0
18 años	0,7	0,0	0,0

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

### Situación en las Illes Balears:

Aunque es la droga que menos se consume tanto a nivel de población general como escolar (menos del 1%) aún existe mucho temor hacia ella. Por ello hay que seguir consolidando la percepción del riesgo y potenciar las acciones en reducción del daño.

Se produce un descenso del consumo de heroína en todas sus modalidades, si bien aún se mantiene la vía de consumo inyectada y aumenta la práctica de fumar o inhalar esta droga. Si comparamos las encuestas domiciliarias de los años 2001 y 2003 (tabla 5) observamos este descenso en los datos aportados por el indicador del consumo alguna vez en la vida y del consumo en los últimos doce meses, mientras que en el consumo en el último mes se estabiliza, aunque en los datos del año 2003 los índices son, en los tres casos, inferiores al 1%. En lo que se refiere a población escolar, entre los años 2000 y 2004 si bien hay una muy ligera tendencia al alza, quizás por el incremento en consumo inhalado o fumado, los valores



siguen siendo inferiores al 1% (tabla 7). Tal como podemos también observar en la tabla 14 de prevalencias al consumo de heroína según sexo y edad, en los datos aportados en el año 2004, el 0,6% de la población escolar entre 14 y 18 años afirmaba haber consumido heroína alguna vez en su vida y la habían consumido en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días un 0,5%, siendo el porcentaje de varones consumidores superior al de mujeres en los tres indicadores.

## DROGAS DE SÍNTESIS (Éxtasis, anfetaminas y similares).

### Situación en Europa:

El continente europeo sigue siendo un importante punto de consumo y los indicadores muestran que el consumo de éxtasis y anfetaminas, desde los años 90, está aún en aumento, igualando e incluso el éxtasis supera el consumo actual de anfetaminas especialmente entre los adultos jóvenes (hasta los 34 años). El OEDT, a través de los datos recogidos desde las correspondientes encuestas nacionales, indica que entre el 0,6% y el 13,6% de los adultos jóvenes han probado el éxtasis y que entre el 0,4% - 6% lo han consumido en el último año.

### Situación en España:

En general tanto a nivel de la población general como en la población escolarizada no hay evidencias que su consumo esté aumentando. Los tratamientos como los ingresos por urgencias debido a consumo de anfetaminas están ciertamente estabilizados, no así en lo que se refiere al consumo de éxtasis cuyos indicadores muestran un ligero aumento (tabla 15).

**Tabla 15. Prevalencia del consumo de éxtasis y anfetaminas en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.**

	ÉXTASIS	ANFETAMINAS
1999	0,8%	0,5%
2001	1,5%	1,1%
2003	1,4%	0,8%

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España.

**Taula 16. Prevalencias del consumo escolar de éxtasis y drogas de diseño en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	3,6	1,9	0,9
<b>Sexo</b>			
Hombres	3,6	2,5	1,3
Mujeres	3,7	1,4	0,5
<b>Edad</b>			
14 años	2,0	1,2	1,0
15 años	3,5	2,3	1,1
16 años	2,6	1,7	0,8
17 años	6,4	3,0	0,7
18 años	7,5	1,0	0,5

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

**Tabla 17. Prevalencias del consumo escolar de speed y anfetaminas en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	3,0	1,6	1,1
<b>Sexo</b>			
Hombres	3,1	1,9	1,3
Mujeres	2,9	1,3	0,9
<b>Edad</b>			
14 años	1,8	1,8	1,6
15 años	1,8	1,7	1,2
16 años	2,2	1,6	1,2
17 años	7,4	1,4	0,7
18 años	6,4	1,1	0,0

Fuente: OED. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (2004).

### Situación en las Illes Balears:

Aunque en general el consumo de las drogas de síntesis en las Illes Balears ha dejado de aumentar o presenta una cierta estabilización, siguen siendo necesarias campañas tanto de prevención escolar como de prevención en ambientes recreativos y de ocio. A nivel de la población general entre los años 2001 y 2003, en lo que se refiere al consumo de éxtasis se observa un descenso en todos ellos (consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos 12 meses, consumo en los últimos 30 días) (tabla 5). En relación a esta misma población, si nos referimos al consumo de speed y anfetaminas, si bien hay un descenso en los individuos que confirman en el año 2003 su consumo alguna vez en su vida (2,8%) respecto a quienes lo afirmaban en el año 2001 (5,6%,) en los marcadores que se refieren al consumo en los últimos 12 meses y últimos 30 días se observa una cierta tendencia al alza (tabla 5).

En relación al consumo escolar de los últimos 30 días respecto a los años 2000 y 2004 se observa en el caso del speed y de las anfetaminas un descenso del 2,7% (año 2000) al 1,1% (año 2004) mientras que en el consumo de éxtasis desciende del 2,6% (año 2000) al 0,9% (año 2004) siendo nuestra comunidad autónoma la sexta comunidad autónoma con menor consumo de speed y anfetaminas y la tercera comunidad autónoma con menor consumo de éxtasis de toda España (tabla 7).

Si observamos la prevalencia de estas sustancias según sexo y edad en el caso de la población escolar encuestada en el año 2004 en relación al speed, anfetaminas y de éxtasis a nivel de los tres indicadores podemos comprobar que: en el caso del éxtasis si bien el 0,9% de los escolares encuestados declaran haberlo consumido en los últimos 30 días, en lo que se refiere al speed y anfetaminas lo hacen en un 1,1% (tablas 16 y 17).

## HIPNOSEDANTES (Tranquilizantes y somníferos).

### Situación en Europa:

El consumo de hipnosedantes sin prescripción médica en población europea es bajo, si bien es superior entre las mujeres que entre los varones y sería recomendable vigilar su uso especialmente entre las adolescentes y en ambientes lúdicos y recreativos.

### Situación en España:

Su consumo sin prescripción médica ha sufrido un incremento en los últimos años, tal como se puede valorar en la Tabla 18.

**Tabla 18. Prevalencia del consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.**

1999	2,3%
2001	2,8%
2003	3,1%

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España.

**Tabla 19. Prevalencias del consumo escolar de hipnosedantes en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	7,6	4,8	2,8
<b>Sexo</b>			
Hombres	5,7	3,6	1,5
Mujeres	9,2	5,8	3,9
<b>Edad</b>			
14 años	5,6	3,6	1,4
15 años	6,9	4,8	2,7
16 años	7,4	5,8	3,7
17 años	10,6	5,4	3,8
18 años	10,5	2,3	1,2

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).

### Situación en las Illes Balears:

El consumo de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos) en las Illes Balears no es muy elevado y su inicio más común es por prescripción facultativa, continuándose mediante automedicación por el propio usuario. De igual forma que sucede en el resto de España la frecuencia en mujeres es marcadamente superior a los varones, tendencia que aumenta con la edad analizada.

En la población escolar al comparar las encuestas relativas a los años 2000 y 2004 se observa un marcado descenso desde el año 2000, en el que el consumo medio en el último mes era del 4,3% al observado en el año 2004, un 2,8% (tabla 7).



Si nos referimos a la prevalencia del consumo de tranquilizantes entre la población escolar en el año 2004 se comprueba que han consumido tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en su vida el 7,6% de los escolares encuestados, que lo han hecho en los últimos 12 meses un 4,8% y es un 2,8% que declara haberlo consumido en los últimos 30 días (tabla 19).

## ALUCINÓGENOS.

### Situación en Europa:

La prevalencia de su consumo es relativamente baja en Europa. Sin embargo, el Informe Anual 2005 del OEDT también señala que entre los estudiantes de 15 a 16 años, la experimentación con alucinógenos de origen natural es un fenómeno relativamente común de tal manera que su consumo (indicador alguna vez en la vida) en el año 2003 fue similar al consumo de éxtasis en países como República Checa, Dinamarca, Italia, Países Bajos, Austria y Polonia y lo llegó a superar en Bélgica, Alemania y Francia.

### Situación en España:

El consumo de esta sustancia tanto a nivel del LSD o ácido (dietilamida del ácido lisérgico) como otros alucinógenos se ha estabilizado o descendido ligeramente en los últimos años si bien hay algunos episodios referidos de consumo de hongos alucinógenos (tabla 20).

**Tabla 20. Prevalencia del consumo de alucinógenos en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.**

<b>1999</b>	0,6%
<b>2001</b>	0,7%
<b>2003</b>	0,6%

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España.

**Tabla 21. Prevalencias del consumo escolar de alucinógenos en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	6,5	4,3	2,1
<b>Sexo</b>			
Hombres	9,7	7,3	3,6
Mujeres	3,9	1,8	0,8
<b>Edad</b>			
14 años	3,0	2,2	1,6
15 años	8,0	6,2	3,4
16 años	3,5	2,6	0,4
17 años	10,4	7,8	3,0
18 años	15,1	4,0	3,5

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).



### **Situación en las Illes Balears:**

Aunque su consumo es más bien esporádico y en receso se le considera una sustancia iniciática (edad de inicio muy baja) cuya prevención ha de ser preferente entre los jóvenes.

El consumo declarado entre los años 2001 y 2003 de alucinógenos ha descendido en todos los indicadores (último año, últimos 12 meses y últimos 30 días) a nivel de la población general –ver tabla 5- siendo únicamente del 0,1% el valor del consumo de alucinógenos declarado por la población general en el año 2003.

A nivel de la población escolar entre los años 2000 y 2004 hay un claro descenso, pasando del 2,9% al 2,1% respectivamente (tabla 7). En dicha población las prevalencias son del 6,5% para el consumo declarado como realizado alguna vez en la vida, del 4,3% el consumo en los últimos 12 meses y del 2,1% en que refieren en los últimos 30 días, observándose un mayor y más claro consumo de alucinógenos por parte de los varones y mostrando una clara tendencia al alza con la edad en su consumo alguna vez en la vida (tabla 21).

### **INHALABLES (Sustancias volátiles).**

#### **Situación en Europa:**

El consumo de inhalables entre población europea es testimonial, siendo únicamente relevante entre algunos grupos juveniles marginales en áreas urbanas o suburbanas.

#### **Situación en España:**

Es un consumo muy bajo y originado básicamente por experimentar con este tipo de sustancias (colas, aerosoles, pegamentos, poppers...). Sin embargo, aunque los problemas asociados a inhalables son prácticamente inexistentes, éstos podrían tener un ligero aumento con el tiempo.

#### **Situación en las Illes Balears:**

Su consumo es muy bajo, centrado en jóvenes y adolescentes, aunque es importante vigilar la posible aparición de algún foco de abuso.

El consumo referido a nivel de la población general tanto en el año 2001 como 2003 es también testimonial e incluso no existían personas que se declarasen consumidores en el último mes previo a la encuesta de la población general de sustancias inhalables, tanto en el año 2001 como 2003 (tabla 5).

A nivel de la población escolar entre los años 2000 y 2004 se observa una muy marcada tendencia a la baja pasando del 5,0% (año 2000) al 1,4% (año 2004), registrando el descenso más importante y acusado de todas las comunidades autónomas (tabla 7).



En referencia a las prevalencias en el año 2004 del consumo alguna vez de sustancias inhalables o volátiles por parte de los escolares encuestados es del 3,3%, siendo el 2,3% y 1,4% los escolares que declaran haberlo hecho en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días respectivamente (tabla 22).

**Tabla 22. Prevalencias del consumo escolar de sustancias volátiles en las Illes Balears según edad y sexo.**

	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES
<b>Total</b>	3,3	2,3	1,4
<b>Sexo</b>			
Hombres	4,6	3,7	2,0
Mujeres	2,1	1,2	0,9
<b>Edad</b>			
14 años	2,4	1,8	1,0
15 años	3,5	2,9	2,3
16 años	2,4	1,6	1,1
17 años	4,8	2,4	1,2
18 años	5,4	4,2	0,7

Fuente: DGPNSD. OED. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).

## ADICCIONES SIN SUSTANCIA (psicológicas o sociales).

### Situación general:

Actualmente existen relativamente pocos datos epidemiológicos en relación a las adicciones sin sustancia, y aunque la información disponible es todavía insuficiente, en los últimos años se están realizando numerosos estudios en algunos aspectos concretos especialmente centrados en las ludopatías y las adicciones a internet y en determinadas zonas geográficas (tabla 23).

**Tabla 23. Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la ludopatía (Valleur y Matisiak, 2005).**

Zona geográfica	Juego patológico
<b>Estados Unidos</b>	
- Edmonton (1993)	0,42 %
- Nueva York (1988)	1,40 %
- Massachusetts (1989)	2,30 %
<b>Canadá (1991)</b>	1,20 %
<b>Reino Unido (1978)</b>	1,00 %
<b>España</b>	
- Galicia	1,73 %
- Cataluña	2,30 %
- Andalucía	1,67 %



## Situación en las Illes Balears:

La Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears decidió abordar una encuesta sobre la incidencia de las ciberadicciones, ludopatías, adicción a las compras y al trabajo en la población de las Illes Balears, dando cumplimiento, así, al mandato legal contenido en la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005 de 29 de abril), que entró en vigor el 10 de julio de 2005.

De acuerdo con esta ley, la administración pública, a través del organismo responsable del desarrollo de la política de drogodependencias de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Illes Balears, debe promover la realización de encuestas periódicas y estudios epidemiológicos, sanitarios, económicos y sociales para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears en este caso las adicciones sin sustancia (psicológicas o sociales).

Este trabajo de investigación sobre diversas adicciones ha aportado los primeros datos sobre esta problemática y supone un paso inicial para el diseño de actuaciones preventivas y asistenciales tendentes a modificar actitudes y hábitos negativos para favorecer la adopción de estilos de vida saludables en esta materia en nuestra comunidad autónoma para lograr la mejora de la asistencia y tratamientos destinados a la población afectada.

Las principales conclusiones del estudio realizado sobre internet y ludopatías sobre una muestra de 811 individuos, con un porcentaje de mujeres del 51,91% y 48,09% de varones mayores de 16 años fueron las siguientes:

### **a) Sobre internet:**

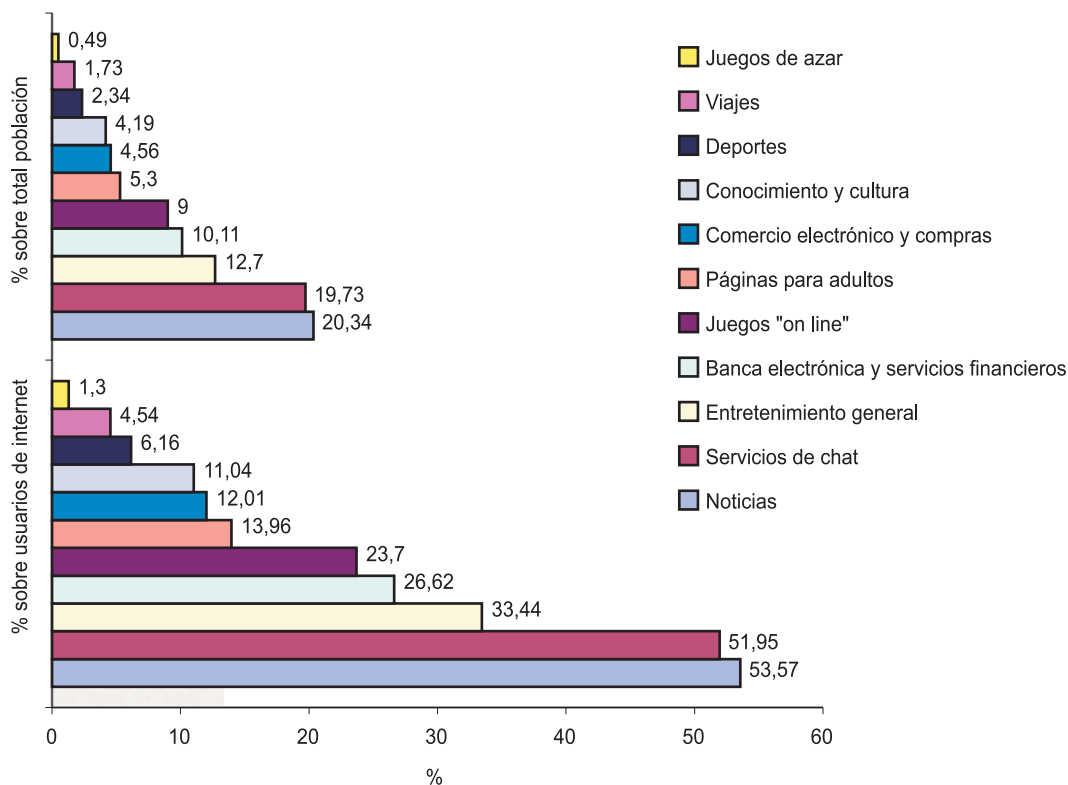
Dado que no existen estudios suficientemente amplios que justifiquen la adicción a internet como criterio diagnóstico, sino más bien como conducta sintomática de otros trastornos, se describe una población de riesgo de uso problemático de la red, en especial por la interferencia que ocasiona en las relaciones interpersonales. Así:

- Más del 38% de los residentes en las Illes Balears utiliza internet por motivos distintos a los laborales o académicos.
- Por zona geográfica, los datos disponibles indican que se conecta más la población de Palma (43%), seguida de Eivissa i Formentera (40%), Part Forana (33%) y Menorca (32%).
- Usan más internet los hombres (44%) que las mujeres (32%).
- Respecto a las páginas más visitadas, noticias y chat ocupan las primeras posiciones, seguidas por un segundo grupo compuesto por entretenimiento en general, banca on line y juegos on line. Un tercer bloque lo conformarían las páginas eróticas o para adultos, las compras por internet y las páginas dedicadas genéricamente a cultura y formación.



Las páginas más visitadas por las mujeres son las de chat, y superan también a los hombres en entretenimiento en general y viajes, siendo mujeres jóvenes en su mayoría. Los hombres prefieren visitar en primer término las páginas de noticias y chat, y superan ampliamente a las mujeres en entradas en páginas para adultos, juegos on line y deportes

**Figura 5. Páginas más visitadas por los internautas de las Illes Balears**




- Los hombres presentan puntuaciones más elevadas que las mujeres en todos los criterios de evaluación de uso problemático de la red.
- Los más jóvenes realizan un uso más intensivo de internet, decreciendo este uso en las franjas de mayor edad.
- El perfil más vulnerable es el de los varones entre 16 y 25 años, aunque en esta franja de edad el porcentaje de mujeres es también el más alto. Este grupo de edad es además el que puntúa más alto en frecuencia y tiempo de conexión.

**b) Sobre juego:**

- Casi un 20% del total de las Illes Balears admite participar en juegos de azar.
- Según sexo, participan el 23% de los hombres y el 15% de las mujeres encuestadas.
- La distribución por sexo según área geográfica no registra diferencias en Palma, Eivissa y Menorca, pero en Part Forana más del doble de los que juegan son varones.



- 
- A partir de los 45 años se observan los mayores porcentajes de participación, pero son los que menos problemas asociados registran. Los menores de 45 años son quienes presentan mayor puntuación en los criterios de juego problemático.
  - La elección de juego en máquinas recae en los jóvenes (16 a 25 años: 37,5 %, 26 a 35 años: 18 %, y 36 a 45 años: 9 %), especialmente en la zona de Part Forana.
  - Precisamente, la Part Forana es la zona que presenta menor participación en juegos de azar, pero es también donde más se utilizan las máquinas recreativas con premio respecto al resto de Baleares, dándose la mayor participación en Palma.

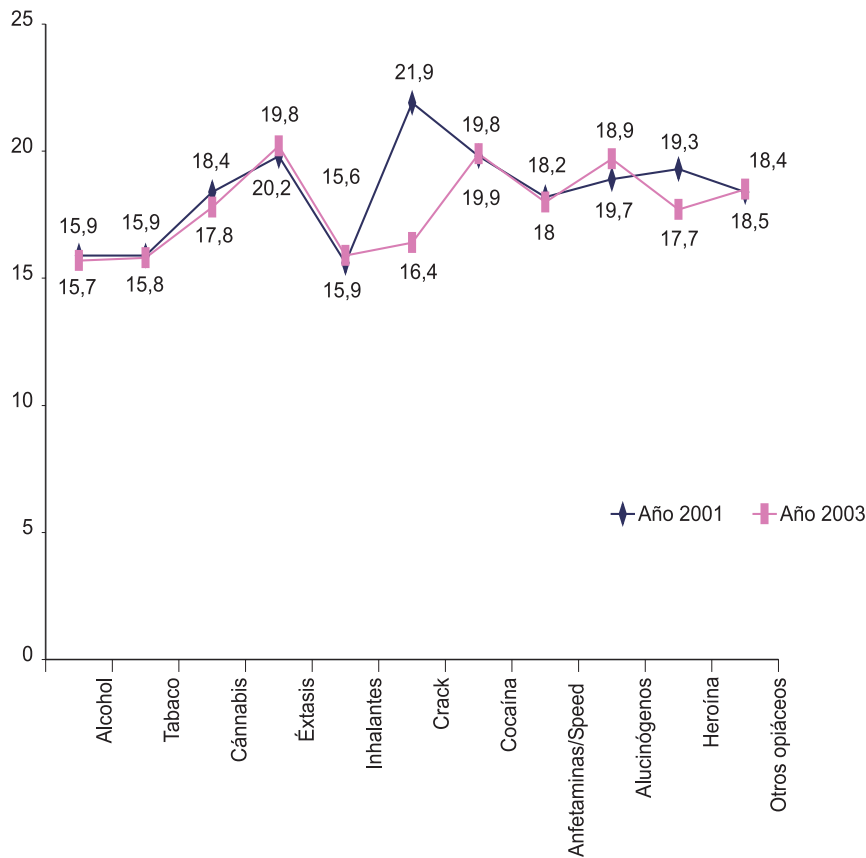
#### **4.1.1. INDICADORES DE EDAD MEDIA DE INICIO DEL CONSUMO, ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS.**

Según la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) publicada en el año 2004, la edad media de inicio del consumo de las diferentes sustancias oscila en función de la droga.

Históricamente, el tabaco y el alcohol han sido y siguen siendo las sustancias de introducción en esta problemática. En cambio la edad media de inicio en las llamadas “drogas ilegales” oscila entre los 18 y 19 años, siendo la cocaína y el éxtasis las drogas en las que la gente se introduce más tardíamente, por encima de la heroína. Cabe decir, que la edad de inicio en las sustancias volátiles o inhalables es muy parecida a la del tabaco y alcohol aunque las prevalencias son muy superiores en estas últimas. No se observan cambios significativos en las edades medias de inicio si comparamos los años 2001 y 2003 salvo en el crack y la heroína en que la edad de inicio desciende, de forma significativa en la primera y, en menor grado, en la segunda. En cambio en el caso de los alucinógenos, la edad de inicio asciende ligeramente (figura 6).



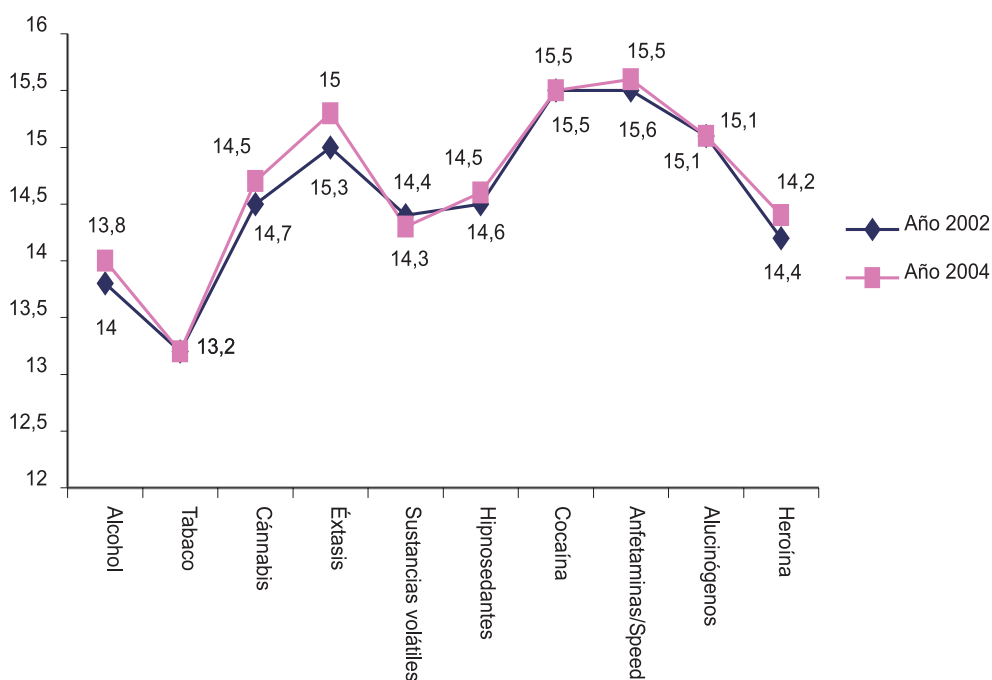
**Figura 6. Edad media de inicio del consumo de drogas en las Illes Balears (población adulta).**



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (2003).

Si en cambio, se analizan los mismos datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) publicada en el 2005, se puede observar como las edades medias de inicio en el consumo de drogas son significativamente inferiores a la encuesta anteriormente citada. Salvo en el consumo de cánnabis, heroína y éxtasis, que desciende la edad de inicio ligeramente, si se comparan los años 2002 y 2004, el resto de sustancias no presentan cambios en la edad media de inicio. Las diferencias entre una y otra encuesta se pueden explicar por el tipo de muestra de ambas, totalmente diferentes (figura 7).

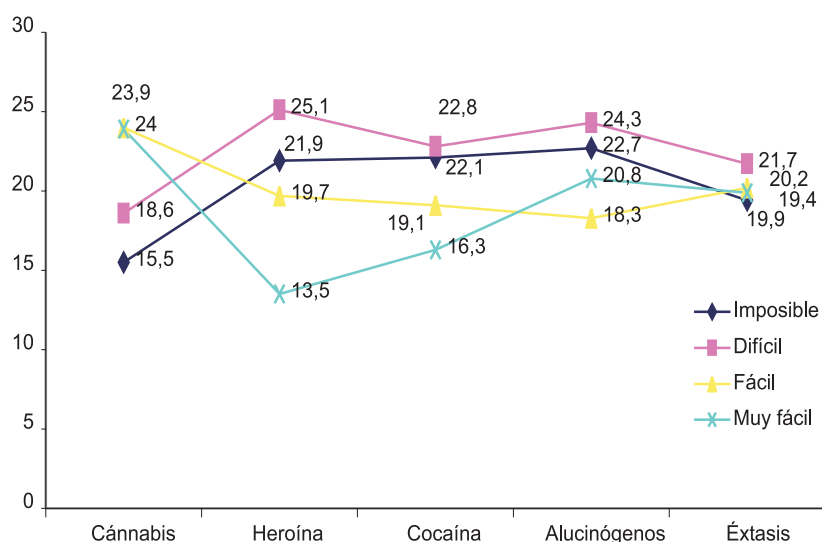
**Figura 7. Edad media de inicio del consumo de drogas en las Illes Balears (población escolar).**



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. DGPNSD. OED. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (2003).

En referencia al indicador de accesibilidad a las diferentes drogas, los encuestados señalan como sustancia ilegal muy accesible el cánnabis. En cambio las sustancias menos accesibles son los alucinógenos, la heroína y la cocaína (figura 8).

**Figura 8. Accesibilidad para conseguir las sustancias en las Illes Balears (población escolar).**

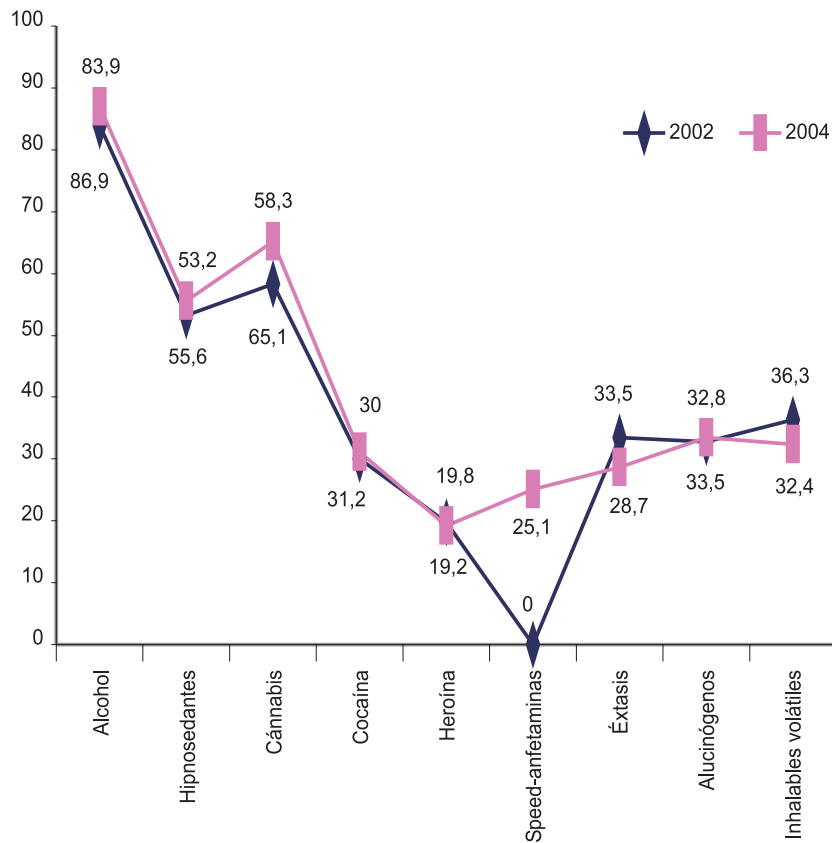


Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).



Si comparamos estos datos con los de la figura 9 referente a la disponibilidad percibida de las drogas en las Illes Balears, vemos que el alcohol y el cánnabis siguen siendo las sustancias más fácilmente disponibles. A diferencia de la primera, legal, el cánnabis es valorada como una droga ilegal de fácil adquisición. Coincide ello con la figura anterior en donde se concluye que el alcohol, el tabaco y el cánnabis son las drogas más disponibles y accesibles. La disponibilidad más dificultosa se encuentra en la heroína. No hay cambios significativos si comparamos los años 2002 y 2004 con la salvedad del grupo de estimulantes formados por el speed y las anfetaminas que pasan de una disponibilidad percibida inexistente a unas cifras preocupantes muy por encima de la heroína.

**Figura 9. Disponibilidad percibida en las Illes Balears (población escolar).**



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).

En referencia al policonsumo de drogas en las Illes Balears, en la tabla 24 se muestran las relaciones entre los consumos de diferentes sustancias. Para el alcohol y el cánnabis se han utilizado las prevalencias de consumo más reciente: los últimos 12 meses. Para el tabaco y resto de sustancias, se han utilizado las prevalencias de consumo alguna vez. En un análisis puramente descriptivo, se destacan las relaciones de consumo que superan el 30%. Se observa que el consumo de heroína, en especial, y de cocaína, éxtasis, speed y alucinógenos llevan aparejado el consumo de gran parte del resto de sustancias, principalmente el alcohol, el tabaco y el cánnabis.

Estas tres sustancias, alcohol, tabaco y cánnabis, parecen presentar una relación mútua, en el sentido de que el consumo de cualquiera de ellas tres implica en gran medida el consumo de las otras dos. Además, junto a los tranquilizantes y las sustancias volátiles, son las drogas que menos aparecen estar determinadas por el consumo de las otras drogas.

**Tabla 24. Relación de consumo de las diferentes sustancias (proporción de consumidores de la sustancia –fila- que también consumen la sustancia –columna–).**

%	Tabaco	Alcohol	Cánnabis	Cocaína	Éxtasis	Tranquilizantes	Heroína	Speed	Alucinógenos	S.Volátiles
<b>Tabaco</b>	100	95,4	74,7	17,3	9,8	12,2	1,5	7,5	16,4	6,4
<b>Alcohol</b>	33,3	100	45,9	8,5	4,4	8,3	0,8	3,3	7,8	3,9
<b>Cánnabis</b>	54,3	95,5	100	16,1	8,4	10,2	1,5	6,8	14,9	6,2
<b>Cocaína</b>	68,6	97,3	87,8	100	41,3	21,2	8,1	33,8	48	15,6
<b>Éxtasis</b>	75,4	98	89,5	80	100	22,6	16	51,9	65,6	25,4
<b>Tranquilizantes</b>	45,3	87,8	51,8	19,7	10,8	100	2,5	9,6	18,6	11,2
<b>Heroína</b>	68,6	100	91,1	91,1	93,3	30,7	100	73,8	85,5	82,8
<b>Speed</b>	69,5	88,7	87,3	79,3	62,9	24,2	15,4	100	67,3	28,1
<b>Alucinógenos</b>	70,4	95,6	87,8	51,9	36,6	21,7	8,2	31	100	18,4
<b>S.Volátiles</b>	55,5	96,6	73,5	33,8	28,4	26,2	15,9	25,9	36,8	100

*Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).*

Si observamos la prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los datos obtenidos en la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España publicada en el 2004, los consumidores de una determinada sustancia en un período dado (últimos 12 meses, últimos 30 días) es relativamente frecuente que hayan consumido otras durante el mismo periodo. Las personas que en el 2003 habían consumido en los últimos 12 meses cualquier droga de comercio ilegal habían consumido en mayor proporción que la población general cualquier otra droga de comercio legal o ilegal distinta de la considerada en el mismo periodo. Por otra parte, entre los consumidores de drogas de comercio ilegal era prácticamente universal el consumo de alcohol y tabaco, y estaba generalizado (prevalencia superior al 70%) el consumo de cánnabis. Por otra parte, en 2003 el consumo de cocaína en polvo era universal entre los consumidores de heroína o cocaína base, y estaba muy extendido (prevalencia superior del 60%) entre los consumidores de anfetaminas, alucinógenos, inhalables volátiles y éxtasis; es decir, en prácticamente todos los consumidores de drogas ilegales, salvo en los consumidores de cánnabis. Finalmente, el consumo de cocaína base (crack) estaba relativamente extendido (prevalencia de 31,8%) entre los consumidores de heroína. De hecho, la asociación entre el consumo de estas dos drogas se pone también de manifiesto por el hecho de que un 47,1% de las personas que habían consumido cocaína base en los últimos 12 meses habían consumido también heroína (tabla 25).

**Tabla 25. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 12 meses entre las personas de 15-64 años que han consumido en el mismo periodo cada una de las drogas consideradas en la cabecera de cada columna (porcentajes) (2003).**

PREVALENCIA DEL CONSUMO	Tabaco	Alcohol	Cánnabis	Éxtasis	Alucinógenos	Anfetaminas	Cocaína	Heroína	I. Volátiles	Cocaína base	Otros opiáceos
<b>Tabaco</b>		53,9	86,1	90,5	88,9	90,6	89,6	96	96,8	91,5	97,5
<b>Alcohol</b>	86,9		95,9	98,7	100	99,1	98,3	86,4	100	100	100
<b>Cánnabis</b>	20,5	14,2		86,5	91,7	89,7	78	71,5	79,9	89,5	100
<b>Éxtasis</b>	2,6	1,8	10,6		54,1	59,1	31,7	39,6	47,7	63	30,4
<b>Alucinógenos</b>	1,1	0,8	4,8	23,4		42,8	19,4	39,2	33,2	21,9	10,8
<b>Anfetaminas/ Speed</b>	1,5	1	6,4	34,5	57,7		27,4	38,3	44,5	45,8	15,1
<b>Cocaína en polvo</b>	4,9	3,4	18,1	60,2	85,2	89,1		100	63,1	100	27,9
<b>Heroína</b>	0,3	0,1	0,8	3,8	8,7	6,3	5		0	47,1	2,5
<b>Inhalables volátiles</b>	0,2	0,1	0,7	3,5	5,7	5,7	2,5	0		0	0
<b>Cocaína base</b>	0,2	0,1	0,7	4,1	3,3	5,1	3,4	31,8	0		2,5
<b>Otros opiáceos</b>	0,2	0,1	0,8	2	1,7	1,7	1	1,8	0	2,6	

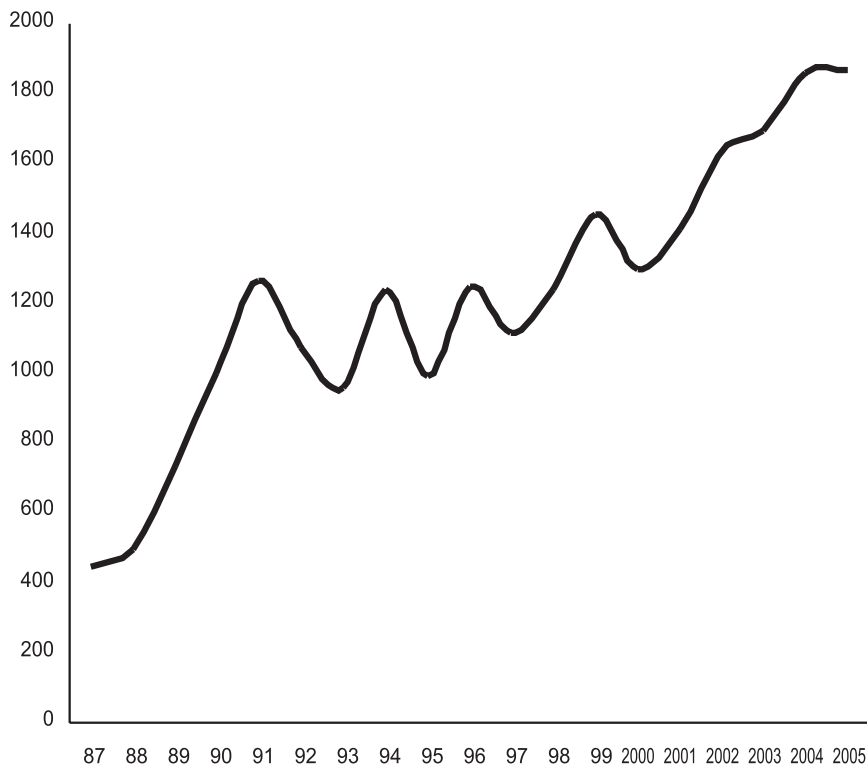
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en la Enseñanza Secundaria (2004).

## 4.2. ANÁLISIS SOBRE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.

### 1) Indicador de tratamiento.

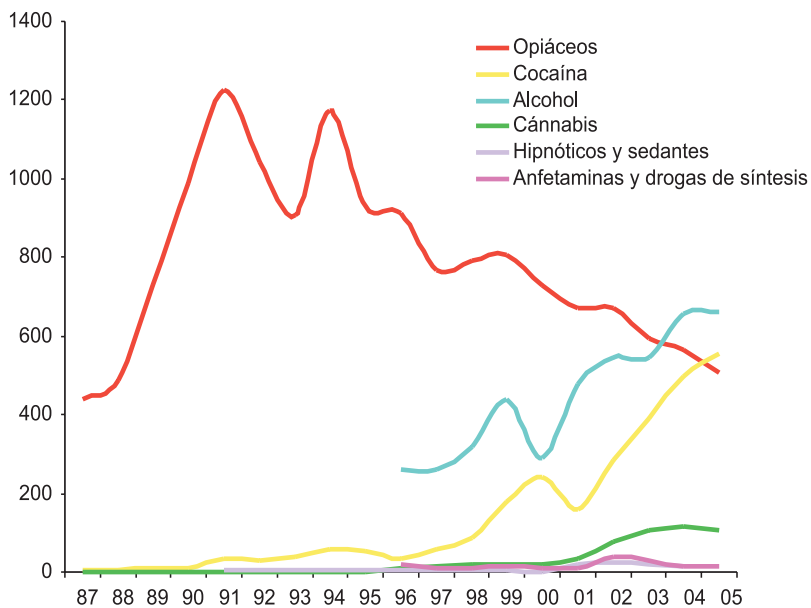
Durante el año 2005 se han registrado 1864 inicios de tratamiento por drogodependencias, observándose una tendencia al alza como sucede en el resto de España (figura 10).

**Figura 10. Evolución del número de admisiones en tratamiento.**



De estas admisiones destacan las realizadas por cocaína y por alcohol, que continúan aumentando, mientras que las admisiones por opiáceos siguen reduciéndose, siendo actualmente el alcohol y la cocaína las drogas que generan más admisiones (figura 11).

**Figura 11. Evolución del número de admisiones por droga principal.**



De esta manera, en el año 2005 el 35,6% de las admisiones fueron debidas al alcohol, el 30,0% a la cocaína, el 27,3% a los opiáceos, el 5,6% al cánnabis, el 0,8% a los hipnótico-sedantes y el 0,8% a las anfetaminas y drogas de síntesis.

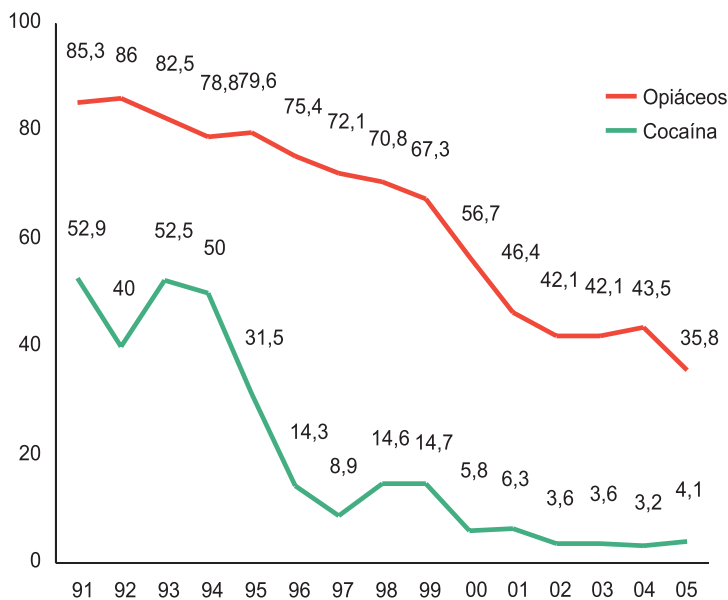


En cuanto al sexo y la edad, el 80,7% de las personas admitidas a tratamiento fueron varones y el 19,3% mujeres con una edad media total del 35,7%, si bien ésta varía en función de la droga que motiva el ingreso, oscilando entre los 26,1 años en los casos de cánnabis y el 43,2% en los casos de alcohol.

El 99,6% de las personas admitidas a tratamiento en 2005 residen en las Illes Balears (74,4% en Mallorca, 19,5% en las Pitiusas y el 5,7% en Menorca). El 85,1% ha nacido en España y el 14,9% en el extranjero. Entre los extranjeros, predominan las personas procedentes de la Unión Europea, que representan casi la mitad de los extranjeros (47,2%), seguido de las personas de Latinoamérica (29,8%), del Magreb (13,2%), de otros países europeos (7,2%), de otros lugares del mundo (1,7%) y del África Subsahariana (0,7%).

Desde el punto de vista de la salud pública, destaca que en el año 2005, el 35,8% de los consumidores de opiáceos y el 4,1% de los consumidores de cocaína declaraban haber utilizado preferentemente la vía inyectada en los últimos 30 días de consumo. Es decir, que la vía inyectada aún es importante en nuestra comunidad autónoma, a diferencia de lo que sucede en otras. A pesar de este dato, vemos que a lo largo de los años la utilización de la vía inyectada se va reduciendo entre las personas admitidas por opiáceos y que desde finales de los años noventa se mantiene en porcentajes muy bajos en las admitidas por cocaína, tras un acusado descenso probablemente debido a un cambio de perfil del consumidor de cocaína (figura 12).

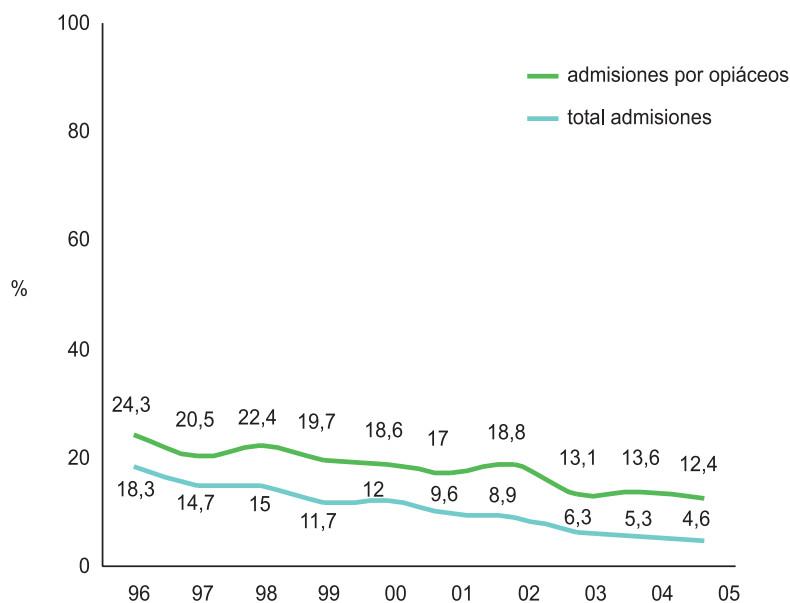
**Figura 12. Evolución del porcentaje de admitidos per opiáceos y cocaína que utilizan preferentemente la vía inyectada.**



Respecto al estado serológico en relación al VIH, el 4,6% del total de las personas admitidas a tratamiento en el año 2005 son positivas, porcentaje que se incrementa al 12,4% en las admitidas por opiáceos. La prevalencia de VIH positivos entre los consumidores de opiáceos sigue con la tendencia a la baja (figura 13).



**Figura 13. Evolución de la prevalencia de VIH + en el total de admisiones y en las admisiones por opiáceos.**

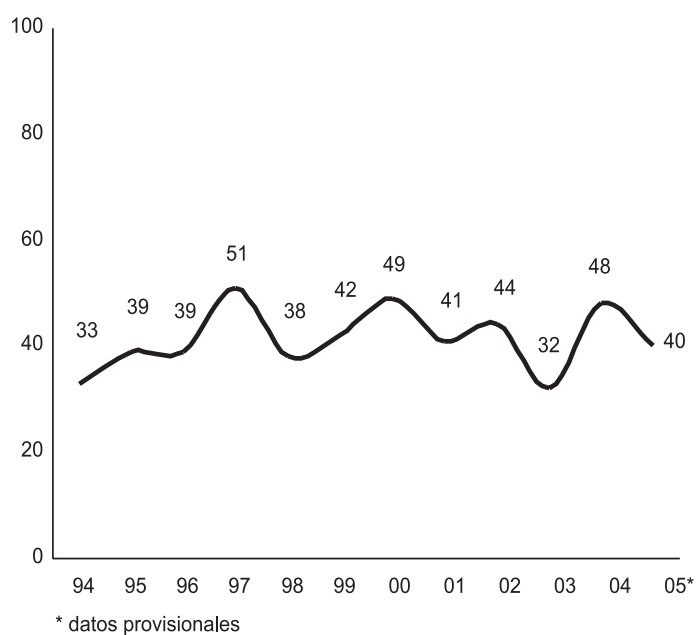


## 2) Indicador de mortalidad.

Desde el año 1994 esta información se recoge en el Partido Judicial de Palma de Mallorca, si bien desde el año 2005 se ha ampliado la recogida al Partido Judicial de Inca y de Manacor (ambas ciudades de la isla de Mallorca).

Entre el periodo de 1994 a 2005 se han registrado un total de 496 muertos por reacción aguda por consumo de sustancias psicoactivas (muertos RASUPSI) tal como muestra la figura 14.

**Figura 14. Evolución del número de muertos por drogas.**



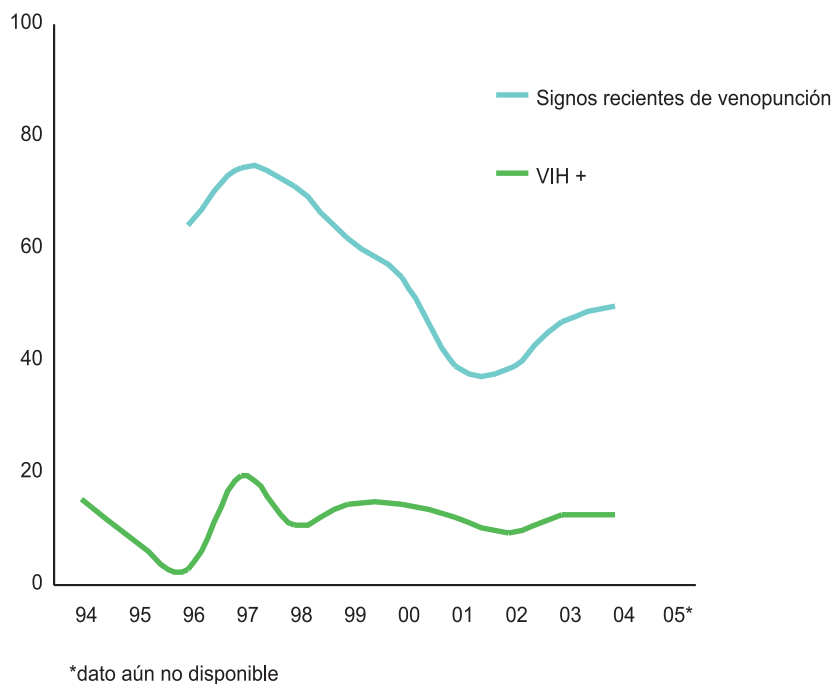


Globalmente, la edad media de estas personas era de 32,8 años, con una media de 32 años y un rango de 55 años desde los 15 a los 70 años, siendo un 88,4% varones y un 11,6% mujeres. Se observa que a lo largo de los años la edad media se incrementa progresivamente, desde los 30 años entre 1997 y 1999 a 33 años entre los años 2000 y 2002 y 35 años a partir de 2003.

El fallecimiento se produjo en el domicilio en el 44,7% de los casos, en la calle en el 26,3%, en un hotel o pensión en el 8,3%, en la prisión en un 1,5%, el 6,6% de los casos en el hospital y el 8,1% restante en un lugar desconocido.

Se encontraron evidencias de consumo de drogas en el 93% de los casos, los signos de autopsia eran compatibles con la muerte RASUPSI en el 96,3% y el diagnóstico forense fue muerte RASUPSI en el 94,7%. En el 6,4% de los casos se consideró que la causa básica de la muerte fue una patología previa complicada por el consumo de sustancias psicoactivas, existiendo evidencias de suicidio en el 5,7%.

**Figura 15. Evolución de la prevalencia de VIH + y de la presencia de signos recientes de venopunción en las muertes RASUPSI.**



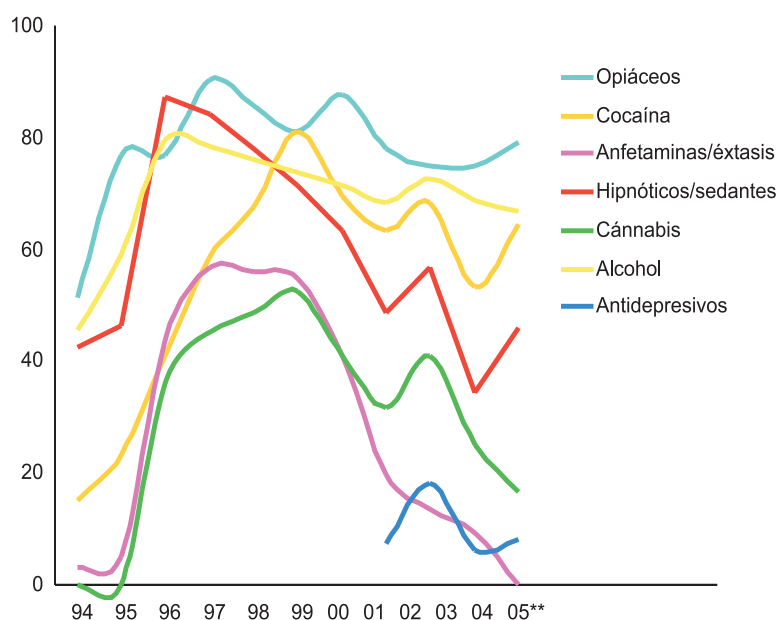
Respecto al VIH, el 12,1% era positivo, teniendo en cuenta que el estado serológico respecto al VIH es desconocido en la mayor parte de los casos. Aproximadamente la mitad (47,1%) de las muertes RASUPSI tenían signos recientes de venopunción.

Si analizamos la evolución de estos indicadores a lo largo del tiempo, observamos un pico en la prevalencia de VIH positivo el año 1997 y una tendencia descendente en el porcentaje de muertes con signos de venopunción, aunque en los últimos años esta tendencia se ha interrumpido (figura 15).

Respecto a las sustancias confirmadas por analítica, en el 71% eran opiáceos, en el 63,5% alcohol, en el 54,4% hipnóticos o sedantes, en el 51,1% cocaína, en el 23,9% anfetaminas o drogas de síntesis, en el 27,6% cánnabis y en el 3,7% antidepresivos.

A lo largo de los años, vemos que en tres de cada cuatro muertos RASUPSI están implicados los opiáceos, y que este porcentaje no ha cambiado a lo largo del tiempo (figura 16).

**Figura 16. Evolución de las distintas sustancias confirmadas por analítica encontradas en las muertes RASUPSI\*.**



\* En el año 1998 no se recogió ésta información, por lo que se ha hecho una estimación a partir de los valores medios de 1997 y 1999.  
 \*\* Dato todavía no disponible.

### 3) Indicador de urgencias.

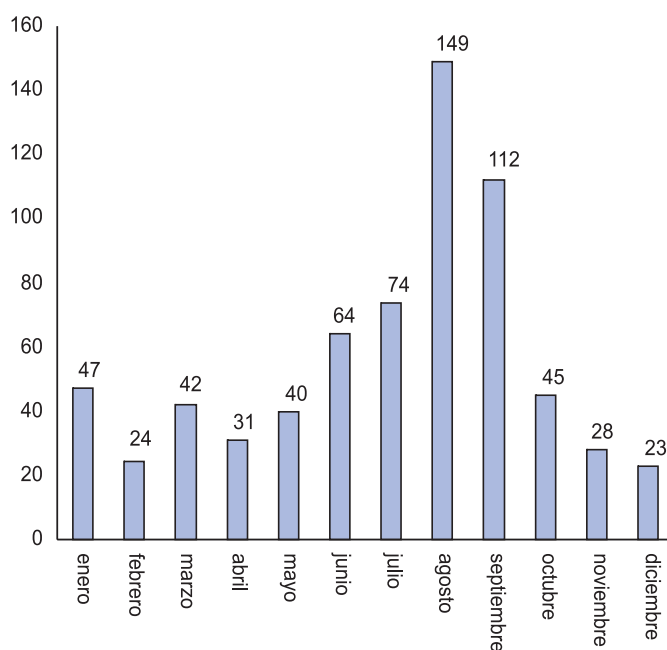
Este indicador se empezó a recoger en plan piloto el mes de agosto del año 2004 en el Hospital Can Misses de Ibiza y, desde enero del año 2005, se recoge todo el año.

Actualmente está en estudio la incorporación del Hospital Universitario Son Dureta, aprovechando su participación en el sistema de intercambio rápido de información sobre productos químicos (SIRIPQ) de ámbito nacional, ya que registra las urgencias relacionadas con productos químicos, entre ellos, las drogas psicoactivas. En el presente Plan además se constata la volunta de ir incorporando nuevos centros hospitalarios de las Illes Balears para ir completando este importante indicador.



En el año 2005 se recogieron 679 casos de urgencias por drogas, lo que representa el 1,3% del total de las urgencias atendidas en el Hospital Can Misses en este periodo. Por meses, se observa que los meses de verano son los que registran mayor número de urgencias por drogas (figura 17).

**Figura 17. Número de urgencias por drogas - datos mensuales- (año 2005).**

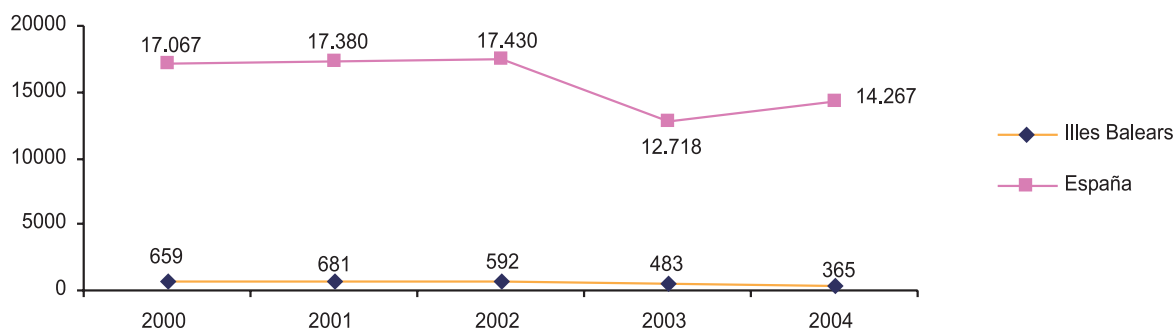


El 65% son hombres y el 35% son mujeres, con una edad media de 28,8 años. Por drogas, la cocaína es la droga más implicada, seguida de las anfetaminas y drogas de síntesis y posteriormente el alcohol.

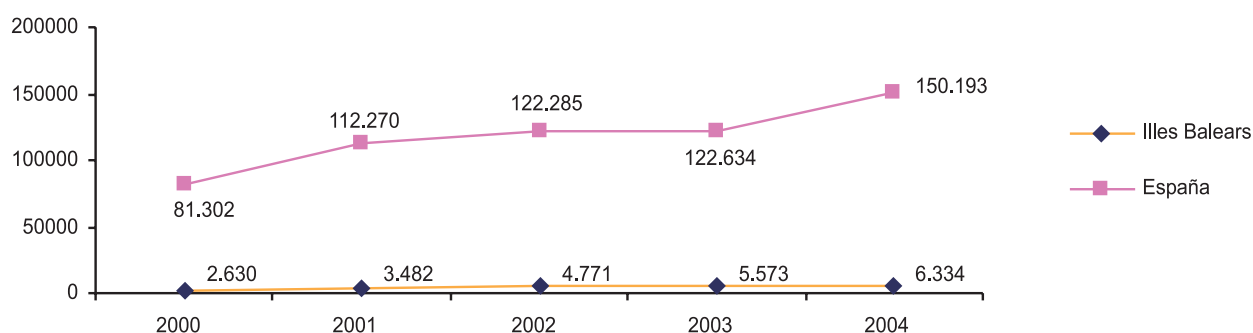
### 4.3. INDICADORES POLICIALES.

La Estadística Anual sobre Drogas del Gabinete de Análisis y Prospectiva sobre Tráfico de Drogas, Blanqueo de Capitales y Delitos Conexos (Ministerio del Interior) aporta información sobre la actividad de los Cuerpos de Seguridad del Estado y Vigilancia Aduanera que permite conocer la evolución de actividades en relación al fenómeno de las drogodependencias. En función de ello se pueden establecer zonas geográficas de mayor o menor incidencia, posibilitando el planteamiento de medidas correctoras y anticipativas. Además, esta Estadística Anual constituye la base documental de la que se nutren organismos internacionales como el Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT), Europol, Interpol, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) y otros cuerpos policiales extranjeros interesados en conocer la situación española en esta temática (figuras 18, 19 y 20 y tabla 26).

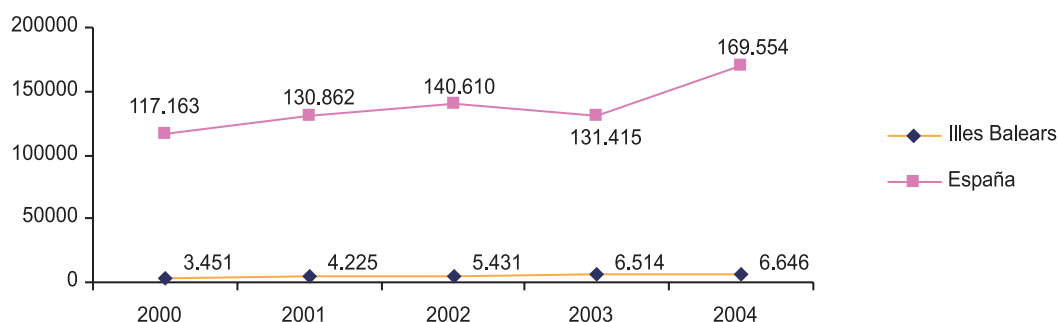
**Figura 18. Evolución del número de detenciones en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).**



**Figura 19. Evolución del número de denuncias en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).**



**Figura 20. Evolución del número de decomisos en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).**





**Tabla 26. Principales sustancias intervenidas entre los años 2000 y 2004 –variación- en las Illes Balears y en España.**

	Año 2000	Año 2004	% variación 2000-2004 (Illes Balears)	% variación 2000-2004 (España)
<b>Heroína (kg)</b>	1,48	1,14	-22,97%	-44,12%
<b>Cocaína (kg)</b>	25,13	42,29	68,28%	437,49%
<b>Cánnabis (kg)</b>	13318,81	6647,05	-50,09%	67,42%
<b>Éxtasis (ud)</b>	66652,00	45923,17	-31,10%	-10,63%
<b>Alucinógenos (ud)</b>	172,00	143,00	-16,86%	-99,63%
<b>Hipnosedantes (ud)</b>	3286,00	2066,10	-37,12%	324,25%

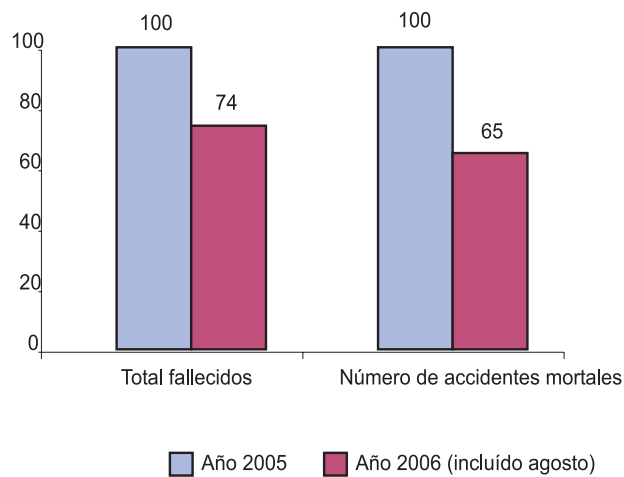
#### **4.4. INDICADORES DE SINIESTRALIDAD VIAL.**

Desde hace décadas existe evidencia científica sobre la relación existente entre el consumo de alcohol y otras drogas y el riesgo de accidentes de circulación y de lesiones asociadas al mismo. De ahí, la importancia de todos los aspectos preventivos en relación a la ingesta de alcohol y otras drogas en el campo de la educación vial para la prevención de los accidentes de tráfico y siniestralidad vial y su necesaria inclusión como se señala en este Plan en todos los niveles formativos, especialmente en las autoescuelas y durante la etapa educativa de los jóvenes y adolescentes.

A nivel nacional, la memoria de “Análisis Toxicológico. Muertes en accidentes de tráfico Año 2004” elaborada por el Instituto Nacional de Toxicología respecto de 1349 conductores fallecidos, recoge, entre otras, las siguientes conclusiones: de los 1283 conductores de turismo y vehículos de dos ruedas fallecidos, el 30,3% (390) superaban la tasa permitida de 0,5 g/l siendo un 12,1%, los conductores de camión y autobús fallecidos que superaban su específica tasa permitida, cifrada en un 0,3 g/l y hallándose en un 7,6% del total de los conductores fallecidos una asociación de alcohol con otras drogas y/o psicofármacos/ medicamentos, principalmente la cocaína, el cánnabis y las anfetaminas.

A modo de ejemplo en las figuras 21 y 22 se indican los datos relativos al nº de accidentes mortales y a las causas de los accidentes de tráfico de los años 2005 y 2006 –hasta el mes de agosto- producidos en las Illes Balears.

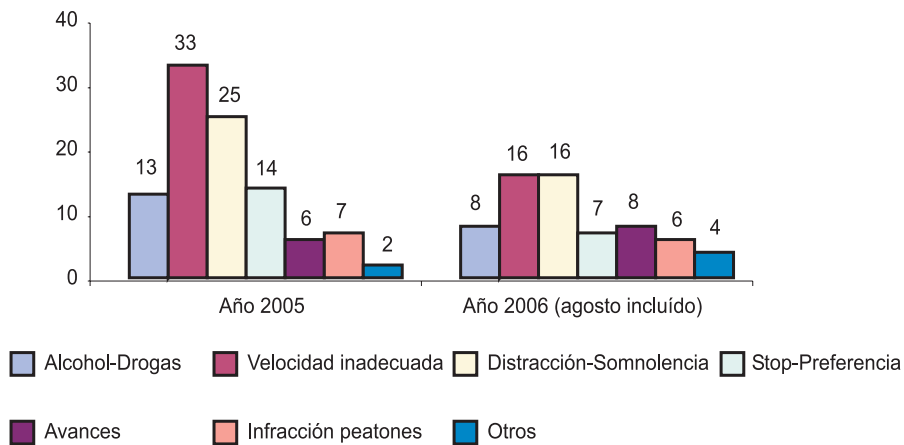
**Figura 21. Número de accidentes mortales y fallecimientos en las Illes Balears.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).

Como se puede observar, tanto el número de accidentes mortales como de fallecidos de los primeros ocho meses del 2006 se han reducido con respecto al año anterior un 33% y un 35% respectivamente. La introducción del carnet por puntos puede ser una de las posibles explicaciones de este descenso.

**Figura 22. Causas de fallecimientos en los accidentes de tráfico en las Illes Balears.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).

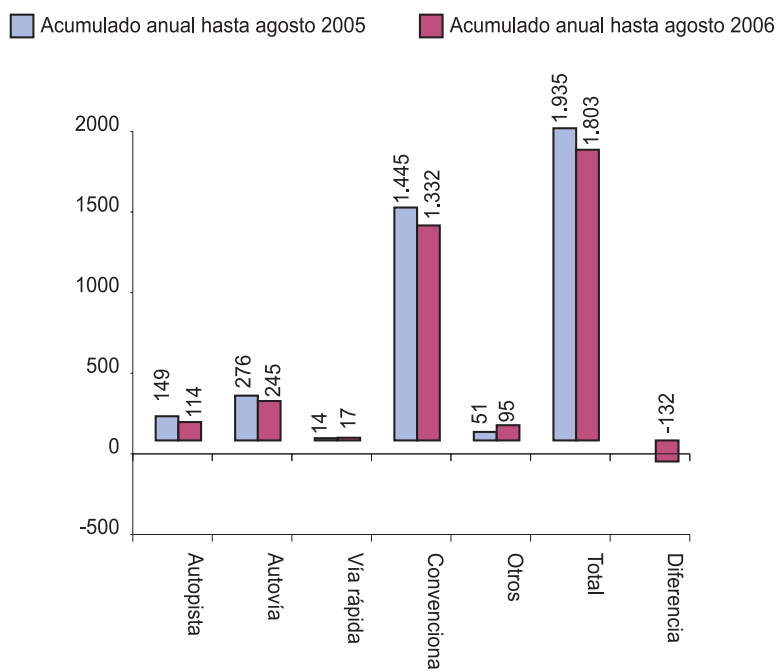
De manera similar, se puede observar que entre las causas de fallecimientos que en mayor grado se reducen son, la velocidad inadecuada y el cumplimiento de los stop, así como respetar la preferencia de los otros vehículos. El consumo de alcohol y/o drogas, si bien no aparece como la principal causas de accidentalidad mortal, no deja de ser una cifra a tener muy en cuenta, pese a la reducción de casos que aparece en el 2006. Es fundamental dar continuidad a las campañas de sensibilización acerca del riesgo que supone el consumo de drogas y/o alcohol a la vez que la conducción de vehículos, así como el incremento del número de controles policiales y ofrecer alternativas de desplazamiento a los jóvenes en sus momentos de ocio.



En cuanto a la evolución mensual del número de accidentes mortales en carretera en España, tal como se observa en la figura 24, se ha producido, durante los primeros ocho meses de 2006 un descenso importante de accidentes mortales. Especialmente significativos son los descensos en julio y agosto de este año si los comparamos con los mismos meses del 2005 coincidiendo este descenso con la puesta en marcha del carnet por puntos en julio de 2006.

Por otra parte, en la figura 23, cuando se comparan el número de accidentes mortales en función del tipo de vía, en los primeros meses de 2005 y 2006, hay 132 accidentes mortales menos en el 2006. Las vías con mayor número de siniestros siguen siendo las autopistas, autovías y carreteras convencionales aunque con importantes descensos. Las vías rápidas y otro tipo de vías, aunque con una relativa baja accidentalidad, han incrementado este último año el número de accidentes mortales.

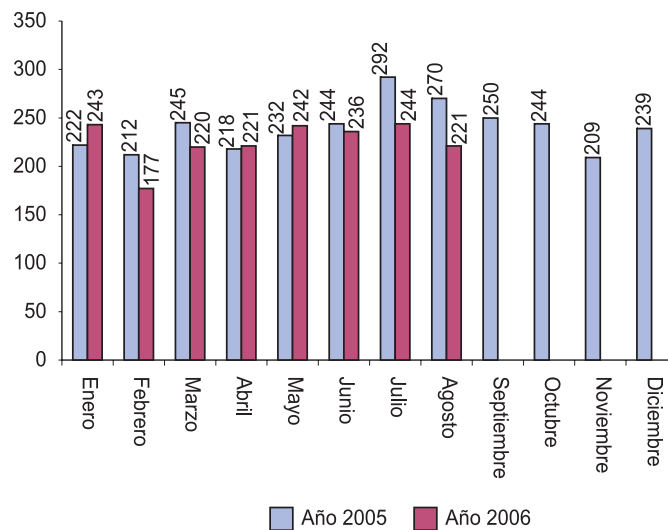
**Figura 23. Distribución del número de accidentes mortales en las carreteras por tipos de vía.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).



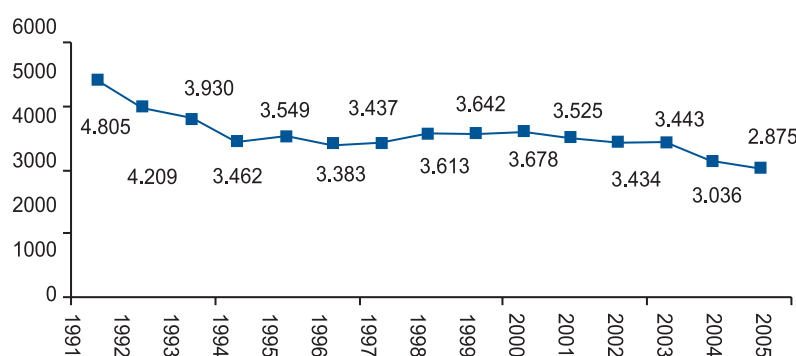
**Figura 24. Evolución mensual del número de accidentes mortales en las carreteras en España.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).

En cuanto a la evolución del número de accidentes mortales en carretera si comparamos las cifras desde 1991 hasta 2005 (figuras 24 y 25 y tabla 27) se observa claramente un descenso significativo de accidentes mortales desde 1991 de casi el 40%. Hablaremos de tres etapas: una primera, desde 1991 a 1994, con una reducción de la accidentalidad mortal muy acentuada, siendo los años con el mayor descenso en cifras. Una fase de leve recuperación de la accidentalidad entre los años 1995 y 2000 pese a que no se llega a las tasas de años anteriores y, finalmente, una tercera fase, desde el año 2001 hasta el 2005, de consolidación del descenso de la accidentalidad, consiguiendo las cifras más bajas de estos quince años.

**Figura 25. Evolución anual del número de accidentes mortales en las carreteras en España.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).

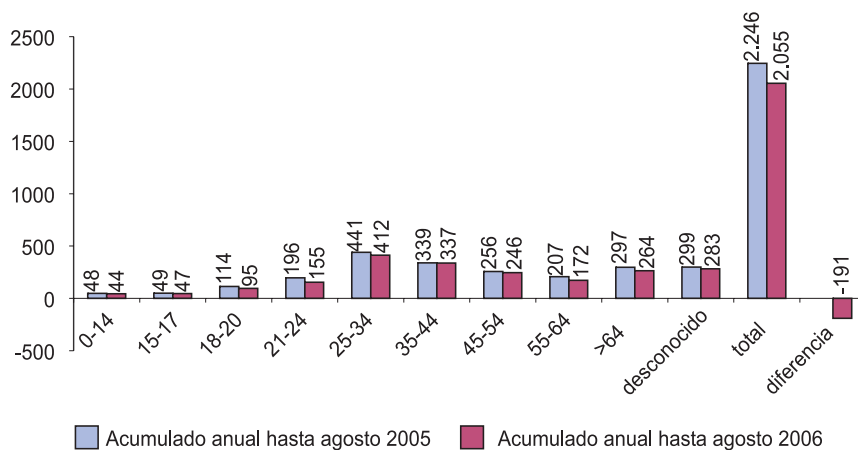
**Tabla 27. Evolución anual del número de accidentes mortales en las carreteras en España y diferencia en números reales y percentuales respecto al año anterior.**

Año	Accidentes número	Diferencia con el año anterior	
		Número	%
1991	4.805	-	-
1992	4.209	-596	-12,4
1993	3.930	-279	-06,6
1994	3.462	-468	-11,9
1995	3.549	+087	+02,5
1996	3.383	-166	-04,7
1997	3.437	+054	+01,6
1998	3.613	+176	+05,1
1999	3.642	+029	+00,8
2000	3.678	+036	+01,0
2001	3.525	-153	-04,2
2002	3.434	-091	-02,6
2003	3.443	+009	+00,3
2004	3.036	-407	-11,8
2005	2.875	-161	-05,3

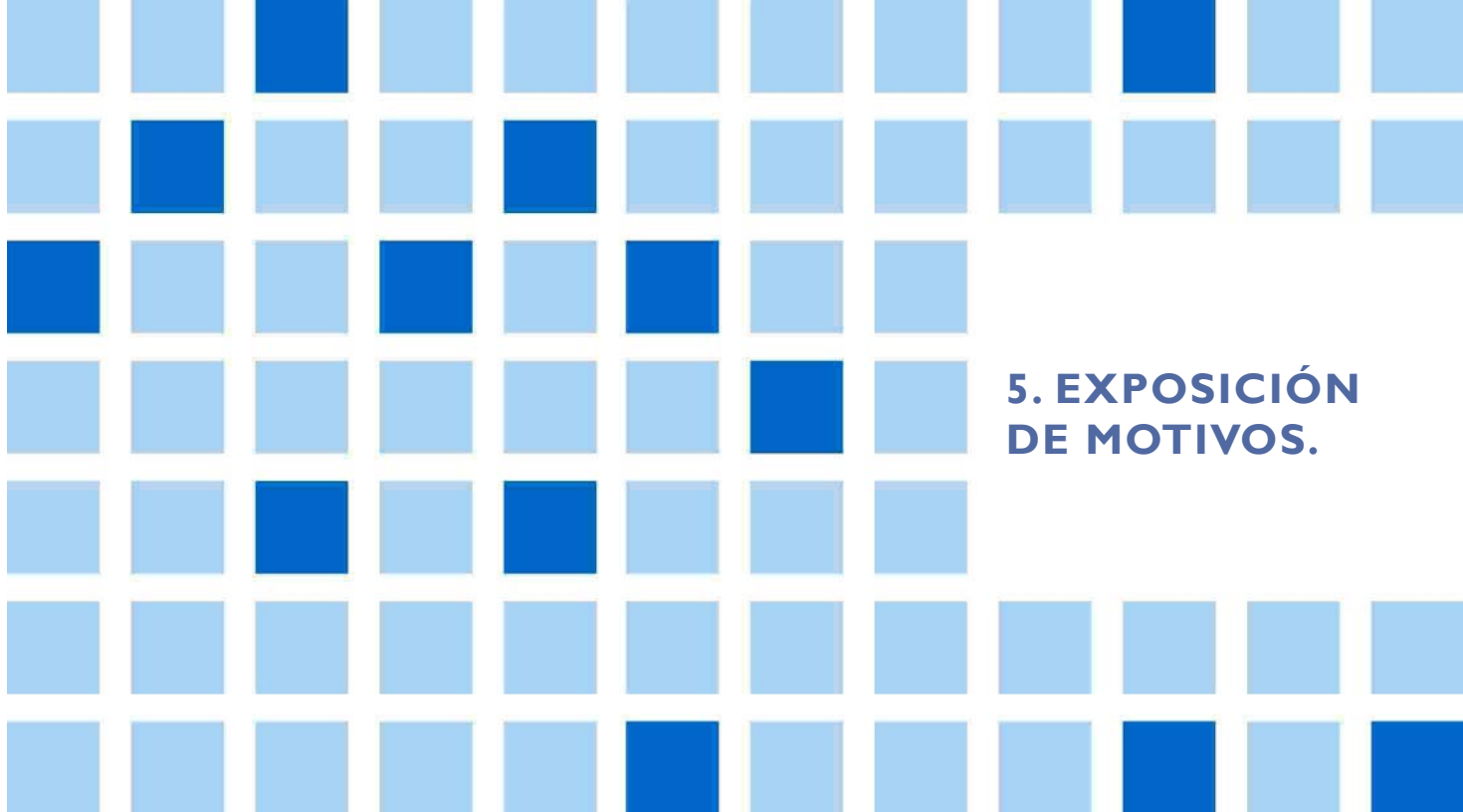
Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).

Finalmente, en la distribución por edades del número de víctimas mortales en carretera (figura 26) se observa una mejoría en los primeros meses del 2006, acorde con el descenso de accidentes mortales anteriormente citados. Las personas entre 25 años a 44 años siguen siendo las víctimas mortales más frecuentes y, en menor grado, las mayores de 64 años.

**Figura 26. Distribución por edad del número de víctimas mortales en las carreteras en España.**



Fuente: Dirección General de Tráfico. Observatorio Nacional de Seguridad Vial (2006).



## 5. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

Como hemos podido comprobar en el mundo globalizado en el que vivimos, el análisis general de la situación en la comunidad autónoma de las Illes Balears en el campo de las drogodependencias y adicciones no se aleja de la situación que podemos observar en el resto de las comunidades autónomas de España ni de los países miembros de la Unión Europea.

Por otra parte, aunque la abstinencia en el consumo de drogas de cualquier tipo será el objetivo final en el campo de la prevención de las drogodependencias y adicciones, es un hecho evidente que la posibilidad de experimentar el uso de algún tipo de sustancia surgirá en la vida de cualquier persona en alguna etapa de su desarrollo madurativo como ser humano y al que tendrá que enfrentarse con mayor o menor éxito, en función de sus capacidades y habilidades personales. De ahí, la importancia de inculcar la prevención y una cultura de hábitos saludables desde las primeras etapas de la pre-adolescencia, adolescencia y juventud entre nuestros conciudadanos. Una prevención que tiene que darse en todos los ámbitos en los que la persona se vaya desarrollando de forma individual o como miembro de la sociedad en la que vive.

Por ello, sin olvidar que será la abstinencia el objetivo final de todo plan estratégico, las actuaciones a realizar en el presente Plan dependerán de la diferente tipología de personas que nos podemos encontrar: en primer lugar, aquellas personas que no han probado ningún tipo de droga y que desean mantener esta actitud, la abstinencia; de otra, aquellas personas que están haciendo un uso habitual o experimental de las mismas y, finalmente, aquellas personas que han desarrollado ya una drogodependencia o adicción y además de realizar una estrategia de reducción de daños desean propiciar o no la abstinencia de drogas.




Es por ello que, dentro de los objetivos de este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011, se plantean un amplio abanico de acciones a realizar no sólo para lograr y mantener esta deseada abstinencia en el consumo de drogas, sino que habiéndose producido ya un posible consumo experimental o estando ya implantada una drogodependencia o adicción, ésta pueda verse reducida o erradicada.

Esta variedad de acciones en el marco del Plan deberá estar cimentada en toda una serie de características que pasamos a exponer: los principios y valores rectores del Plan.

## 5.1. PRINCIPIOS Y VALORES RECTORES.

Las acciones que en materia de drogodependencias y otras adicciones se contemplen y vayan a desarrollarse en este Plan estarán basadas en una serie de principios rectores, algunos de ellos ya establecidos en la Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears y otros señalados en el Plan Nacional sobre Drogas. No se puede obviar en ningún caso un gran número de valores o conceptos que deben fundamentar un plan estratégico dirigido a toda la sociedad y que, por ello, debe contar con todos los derechos humanos, sociales y sanitarios característicos de la era en que vivimos. Los principios o valores rectores del Plan son los siguientes:

- 1. Universalidad:** todos los usuarios drogodependientes y adictos tienen el derecho de recibir en condiciones de gratuidad las prestaciones del sistema de salud y de utilizar todos los servicios necesarios para hacer frente a su drogodependencia o adicción.
- 2. Equidad:** todos los usuarios drogodependientes y adictos han de poder acceder a los servicios en igualdad de condiciones y no pueden ser objeto de ningún tipo de discriminación, por su origen o procedencia, raza, edad, credo, cultura, discapacidad o derechos administrativos.
- 3. Accesibilidad:** todos los usuarios drogodependientes y adictos han de disponer de los servicios adecuados en todo el territorio de las Illes Balears, con independencia de su lugar de residencia. Además, se fomentará que los diferentes servicios y equipos asistenciales se encuentren cerca del domicilio o lugar de residencia de los potenciales usuarios teniendo en cuenta siempre el factor de la insularidad.
- 4. Participación comunitaria:** para lograr la máxima eficacia e implantación de las políticas de atención a las drogodependencias tanto a nivel de prevención, de asistencia y de inserción de los drogodependientes y que éstas posibiliten un cambio de su estilo de vida, es fundamental lograr la implicación de todos los agentes comunitarios, de las organizaciones e interlocutores sociales, de las organizaciones no gubernamentales, de todas las administraciones o departamentos implicados y, por supuesto, de los propios usuarios. Esta participación comunitaria es especialmente importante en el área de la prevención dónde la acción a realizar debe implicar no sólo a los profesionales sociosanitarios sino también a la familia, la escuela, así como, entre otros, a las asociaciones y organizaciones comunitarias.



**5. Confidencialidad:** todos los datos recogidos en la realización de cualquier programa o acción estarán salvaguardados por los habituales principios éticos de confidencialidad así como por la Ley de protección de datos.

**6. Calidad:** los servicios ofrecidos han de satisfacer las necesidades y las demandas con unos niveles equiparables a los establecidos en las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales, y han de tener en cuenta la opinión de los profesionales del sector y las expectativas de los ciudadanos, de los familiares y de los usuarios para garantizar una adecuada atención y correcto tratamiento.

**7. Globalidad:** todas las acciones a realizar en materia de drogodependencias y adicciones deberán considerar los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales, educativos y ambientales, con un abordaje individual, de grupos sociales y comunitarios, y desde una perspectiva integral y multidisciplinaria.

**8. Transversalidad:** para lograr una actuación eficaz son necesarias la coordinación y cooperación intersectorial e interinstitucional por ser las drogodependencias y adicciones un fenómeno multifactorial complejo y con constantes cambios. Esta coordinación y cooperación debe enmarcarse con unos adecuados criterios de armonización, potenciando los programas y las actuaciones en materia de drogodependencias y otras adicciones con planes y estrategias sectoriales, y de forma especial con los del VIH/SIDA, de salud mental, sociosanitario, juventud, perspectiva de género, inmigración, tercera edad...

**9. Normalización e integración:** los equipamientos técnicos y los recursos humanos de la red de drogodependencias y adicciones serán progresivamente integrados dentro de la red sanitaria pública de la comunidad autónoma y deberán realizar una atención normalizada e integradora, especialmente con atención al ambiente familiar y social.

**10. Responsabilidad pública y coordinación institucional de las actuaciones:** la atención a las drogodependencias debe ser asumida por todas las instancias públicas, con unas competencias específicas pero con una corresponsabilidad común basada en los principios de planificación, desconcentración, descentralización y autonomía en la gestión de los programas y servicios, así como la participación activa de las entidades y de los usuarios afectados en el diseño de las políticas de actuación. Con ello se pretende una intervención eficaz gracias al trabajo en red entre todos los profesionales sociosanitarios y centros, servicios y programas de drogodependencias y adicciones de nuestra comunidad autónoma.

**11. Promoción activa de hábitos de vida saludables y cultura de la salud:** en todos los ámbitos de actuación de este Plan se tendrá en cuenta la importancia, desde las primeras edades hasta la época adulta, de la educación en los buenos hábitos saludables de vida para, junto a la promoción de la salud, evitar en lo posible el fenómeno de las drogodependencias y adicciones.



**12. Evaluación, control, seguimiento y progresión:** todos los programas, acciones e intervenciones de este Plan deben tener unos mecanismos de evaluación, control y seguimiento que permitan poder conocer el grado de consecución de los objetivos iniciales y, en caso de observar desviaciones, realizar las oportunas modificaciones y al ir avanzando en los mismos, desarrollar una necesaria progresión de las metas a conseguir.

**13. Flexibilidad:** en todas las intervenciones y actuaciones se tendrá en cuenta una perspectiva de flexibilidad y capacidad de adaptación a las peculiaridades y necesidades de la persona y al ambiente o grupo poblacional en que se encuentra o desenvuelve (instituciones penitenciarias, grupos de riesgo, menores, zonas de consumo y/o tráfico de drogas y sustancias estupefacientes...).


**14. Perspectiva de género:** aún cuando se han desarrollado en el presente Plan unas menciones específicas dedicadas a la perspectiva de género (condiciones, necesidades y situaciones diferentes en las mujeres y en los hombres) en todas las acciones de este Plan se contemplará su cumplimiento, vigilancia y seguimiento.

**15. Protección del menor:** aunque ya la Ley 4/2005, de 29 de abril, de drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears ordena a las Administraciones Públicas y a los centros y servicios de la red de atención a las drogodependencias velar por los derechos del menor, el presente Plan, siguiendo los criterios de la Organización de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, deberá también vigilar a través de las diferentes acciones a realizar que el menor pueda tener un correcto desarrollo físico, psíquico y social. Además, se fomentará y apoyará que estas acciones, especialmente las vinculadas a la prevención, estén estructuradas por intervalos de edad (infancia, preadolescencia, adolescencia y jóvenes) y por áreas o grupos poblacionales prioritarios (usuarios, bajo rendimiento y abandono escolar, población de riesgo...).

**16. Drogodependencias versus enfermedad:** es fundamental para la consecución de las diferentes acciones del Plan entender y considerar el fenómeno de las drogodependencias y las adicciones a todos los efectos como enfermedades comunes dentro de nuestro marco social, abordable con los mismos medios materiales y humanos y con la misma consideración y rigor científico y terapéutico que el resto del sistema sanitario público y, por lo tanto, con repercusiones en las esferas biológica, psicológica y social de la persona, así como en su entorno familiar o de convivencia.

**17. Igualdad y equilibrio territorial:** la distribución territorial de los equipos que formen parte de la red asistencial de drogodependencias y adicciones deberá hacerse en función de las necesidades sanitarias detectadas y respetando la problemática y situación específica en cada caso, así como la posible inexistencia de recursos en un determinado territorio y teniendo en cuenta el equilibrio interinsular que debe siempre existir en cualquier planteamiento del Plan.

**18. Multiculturalidad:** al plantearse la implementación de cualquier acción de este Plan habrá que tener en cuenta la coexistencia en nuestra comunidad autónoma de diferentes culturas por lo que estas actuaciones deberán respetar la diversidad y establecer criterios objetivos de armonización entre las mismas.



**19. Fundamentación científica:** los programas y acciones preventivas, asistenciales y de inserción deberán estar fundamentadas en la evidencia científica.

**20. Dinamismo:** frente a los cambios no sólo de los patrones o tipos de consumo de las drogas sino también de la propia sociedad, el Plan deberá tener en cuenta estos procesos dinámicos de cambio y transformación y readaptar sus acciones en función de ello.







## 6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS GENERALES.

Los antecedentes históricos en las actuaciones en drogodependencias y adicciones han demostrado fehacientemente que el abordaje de las mismas ha de ser global e integral en relación a la prevención del consumo de las drogas, así como a la asistencia sociosanitaria y la inserción de los drogodependientes. Sin embargo, aunque a lo largo de este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 se plantean múltiples objetivos específicos, éstos pueden resumirse en los siguientes objetivos estratégicos generales:

- Prevenir, evitar o reducir al máximo el consumo de cualquier tipo de droga y su repercusión en los diferentes ámbitos de acción (individual, familiar, comunitario, social, laboral, escolar, penitenciario...).
- Evitar o retrasar la edad de inicio del consumo de cualquier tipo de droga, legal e ilegal, especialmente entre la población adolescente y juvenil, a través de la implementación de programas preventivos rigurosos enfocados de forma general pero también de forma específica en función del objetivo deseado.
- Favorecer el desarrollo de pautas para quienes quieren dejar la drogodependencia o adicción.
- Velar por los derechos de quienes no desean consumir.
- Aumentar la sensibilización por la percepción del riesgo y las consecuencias de todo tipo asociadas al consumo de cualquier tipo de droga.
- Disminuir la mortalidad, morbilidad y los ingresos en urgencias asociadas al consumo de cualquier tipo de droga.
- Consolidar, mejorar y afianzar los programas asistenciales de reducción de daños entre la población drogodependiente.



- Incorporar progresivamente programas de multiculturalidad y defensa de los derechos del menor, perspectiva de género, discapacidades, tercera edad, etc. en todos los niveles de actuación en drogodependencias y adicciones.
- Mejorar la cobertura asistencial y social hacia las personas drogodependientes o adictas así como a sus familias, a través de una mayor coordinación entre la red asistencial y de acción social de drogodependencias, y mediante la integración de la misma en los diferentes ámbitos de la red sanitaria pública (atención primaria y atención especializada).
- Potenciar la inserción social y laboral de las personas drogodependientes.
- Reducir los factores de automarginación y exclusión social de la población drogodependiente.
- Incluir dentro de todas las acciones que lo permitan la promoción de una cultura de la salud (promoción y educación para la salud) que favorezca en la sociedad balear unos hábitos y estilos de vida saludables.
- Colaborar, dentro del marco competencial posible, con los responsables de instituciones y agentes que trabajan en el área del control de la oferta de drogas para lograr una reducción de la accesibilidad y disponibilidad de las drogas de todo tipo, especialmente entre los jóvenes y adolescentes.
- Favorecer la creación de un clima de corresponsabilidad social y cooperación institucional en la sociedad balear que genere una conciencia individual y colectiva que haga ver que sólo la implicación de todos permitirá ir avanzando en la consecución de los objetivos de este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011.



## 7. ÁREAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN.

El presente Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 desarrollado a partir de los objetivos estratégicos generales tiene una serie de áreas estratégicas de intervención en las que implementar dichos objetivos a lo largo del periodo de vigencia de actuación de dicho Plan en el ámbito territorial de nuestra comunidad autónoma.

Tal como ya se ha ido exponiendo y, para actuar conforme a las directrices y estrategias tanto a nivel estatal como europeo, con las oportunas y necesarias aportaciones de las peculiaridades propias de las Illes Balears y, precisamente para fomentar la idea de una acción global frente a las drogodependencias y adicciones, se ha apostado por la convergencia global en una serie determinada de áreas estratégicas de intervención que son las siguientes:

- Prevención.
- Asistencia.
- Inserción Social.
- Cooperación, Coordinación y Participación Social.
- Reducción de la Oferta.
- Sistemas de Información y Evaluación.

En cada una de estas áreas estratégicas de intervención, las estrategias, acciones o tipos de espacios, colectivos o ambientes de intervención podrán ser diferentes en función del objetivo a conseguir si bien pueden, de forma general, clasificarse en:



### a) Tipos de estrategias de intervención.


No podemos olvidar que, dentro de la complejidad que supone el abordaje de las drogodependencias y adicciones, éste es un fenómeno que es analizado dentro de cada una de las áreas estratégicas de intervención desde hace años a través de distintos tipos de estrategias, debido al propio dinamismo de los tipos de consumo de las drogas, de sus patrones y también de la propia sociedad moderna, que pueden ser:

- Estrategias permanentes: intervenciones que se realizan desde hace años y que han demostrado su validez, requiriendo únicamente con el paso del tiempo unas mínimas adaptaciones.
- Estrategias puntuales: intervenciones de mayor especificidad que las anteriores pero que vienen realizándose desde hace sólo un breve periodo de tiempo y cuya eficacia, por ello, aún no ha podido demostrarse ni evaluarse, lo que no ha permitido su generalización.
- Estrategias dinámicas: intervenciones que se desarrollan fruto del dinamismo del propio fenómeno de las drogas y que pueden ser necesarias en un determinado momento del Plan, precisamente por una prioridad emergente y que no está suficientemente cubierta por las estrategias permanentes ni puntuales.

### b) Tipos de espacios, colectivos y ambientes de intervención.

Aunque el Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 es un Plan concebido para implicar y actuar sobre todas las personas que viven o residen, permanente o puntualmente, en la comunidad autónoma de las Illes Balears existirán unos espacios, colectivos y ambientes en lo que el Plan deberá tener una intervención prioritaria como son:

- Espacios de intervención.
  - Espacio individual.
  - Espacio familiar.
  - Espacio de la educación.
  - Espacio laboral.
  - Espacio recreativo y de ocio.
  - Espacio comunitario.
  - Espacio normativo.
  - Espacio mediático.
- Colectivos de intervención.
  - Colectivos de adolescentes y juveniles.
  - Colectivos de asociaciones de padres y madres (familiares).
  - Colectivos de consumidores/as con uso problemático.
  - Colectivos de individuos con perfil de alta exclusión.
  - Colectivos de inmigrantes.
  - Colectivos de discapacitados.

- 
- Colectivos de riesgo (mujeres maltratadas, antecedentes familiares de adicción, familias desestructuradas, familias con problemas económicos, casos de abandono escolar o de exclusión social...).

- Ambientes de intervención.

- Barrios-Áreas marginales o deprimidas.
- Barrios-Áreas con alta tasa de desempleo.
- Instituciones penitenciarias.
- Centros de internamiento de menores.
- Centros de tratamiento de drogodependencias en modalidades de comunidad terapéutica, centro de día y ambulatorio.

### **c) Tipos de acciones.**

Finalmente, hay que tener en cuenta que, dentro de cada área estratégica de intervención, sea cual sea el tipo de estrategia a emplear para intervenir en un determinado espacio, colectivo o ambiente, la cobertura de la acción podrá ser de varios tipos, según sea la población diana a la que va dirigida dicha acción:

- Universal: cuando la población diana es la población general sin ningún factor discriminador específico.
- Grupal o selectiva: cuando la población diana ya ha sido seleccionada a partir de unos determinados factores de riesgo.
- Personal o indicada: cuando la población diana motivo de la intervención son personas ya consumidoras con riesgos colaterales y añadidos al propio consumo de drogas o de la adicción.

## **7.1. PREVENCIÓN**


### **Introducción.**

Desde los años setenta la prevención de las drogodependencias ha sufrido una gran y constante evolución lo que ha permitido un gran incremento tanto en la cantidad como en la calidad de las intervenciones preventivas realizadas. En los últimos años la diversificación en las áreas de trabajo de los programas preventivos, como veremos en este apartado, ha sido uno de los mayores avances y logros realizados en este campo. Además siempre hay que tener en cuenta que el problema de las drogodependencias y adicciones es un problema social y multifactorial, cuyo abordaje requiere intervenciones integrales pero sin olvidar el proyecto individual de la persona.



La prevención de las drogodependencias es considerada en la Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears como el eje y objetivo principal de las actuaciones a realizar en nuestra comunidad autónoma en dicha materia sociosanitaria. Y todo ello entendiendo a la prevención con su definición clásica: “proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas”. Una prevención que tiene que realizarse desde la corresponsabilidad social pero en la que las administraciones públicas a nivel de prevención general tienen una gran labor a desarrollar, especialmente dentro del marco de la promoción de la salud. Así, las Administraciones Públicas, tal como marca la Ley 4/2005, sobre drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears han de apoyar, coordinar, controlar y evaluar todos los programas y actuaciones que a nivel preventivo tengan como objetivos generales:

- Conocer los problemas relacionados con el consumo de drogas y las conductas adictivas.
- Dar información contrastada a la población sobre las sustancias y las conductas que pueden generar dependencia, sus efectos y las consecuencias de su uso o abuso.
- Intervenir, por un lado, sobre los factores de riesgo y de protección, tanto psicológicos como conductuales, familiares, sociales y ambientales que incidan en la aparición de un problema y, de otro, favorecer el desarrollo de actitudes, hábitos y valores positivos hacia la salud y la vida.
- Evitar o retrasar la edad de inicio del consumo de drogas, así como la adquisición de conductas adictivas.
- Disminuir la presencia, así como los riesgos y las consecuencias, del consumo de drogas y otras adicciones, con especial atención a aquellos consumos que tengan repercusiones más graves para la salud y el bienestar social.
- Educar para la salud y aumentar las alternativas y las oportunidades para adoptar tipos de vida más saludables.
- Modificar las actitudes y los comportamientos de la población en general respecto a las drogodependencias y otras adicciones y generar una conciencia solidaria y participativa.
- Apoyar a las organizaciones sociales e implicarlas en el ámbito preventivo.
- Promover la formación de profesionales sociosanitarios en materia de drogodependencias y adicciones.
- Colaborar y fomentar la cooperación con todas las administraciones y entidades a nivel local, insular y/o autonómico que desarrollen su labor en el campo preventivo de las drogodependencias y adicciones.



También el Plan Nacional sobre Drogas destaca que la prevención frente al consumo indebido de drogas ha de ser objetivo y actuación prioritaria de la intervención pública y privada siendo ésta, una labor conjunta de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia, de los medios de comunicación y, en general, de todos los ámbitos de nuestra sociedad. Por esto será necesario que las actuaciones preventivas cuenten con el respaldo y la participación activa y decidida de todos los ciudadanos y que, desde la corresponsabilidad social, se realice una prevención general cuya estrategia básica sea la promoción y la educación para la salud.

Y, si bien ya se han descrito en el capítulo dedicado a la exposición de motivos de este Plan, queremos recordar cuáles han de ser algunos de los principios fundamentales en materia de la prevención general del abuso de las drogas:

- Los programas preventivos tendrán que abordarse de una manera que posibiliten la sinergia de actuaciones desde todos los ámbitos, tanto a nivel institucional como del movimiento social.
- La corresponsabilidad social y la participación activa de los ciudadanos se consideran principios básicos sobre los que se ha de basar cualquier intervención preventiva en este campo, siendo precisamente desde el ejercicio de la responsabilidad individual y colectiva como se podrá hacer frente con éxito a las acciones propuestas en dicha estrategia. Para lograrlo será necesario un cambio de actitudes y comportamientos individuales y sociales.
- Las acciones deberán de ser de carácter global y, por ello, deberán abordar de forma integral el estudio y la problemática asociada de todas las sustancias psicoactivas que puedan plantear problemas al posible consumidor o a la comunidad.

### **7.1.1. CLASIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS.**

Los programas preventivos a realizar en el presente Plan deberán de ser concretos, evaluables y con una continuidad en el tiempo, clasificados generalmente en tres categorías según su grado de especificidad:

#### **Programas universales:**

El desarrollo de estos programas está fundamentado en que a lo largo de la vida puede que el individuo presente una serie de limitaciones o déficits de ciertas capacidades personales, valores y actitudes que pueden convertirse en un factor de riesgo para un posible consumo de drogas. De ahí que desde las primeras etapas de la vida es aconsejable la intervención preventiva en los diferentes ámbitos, colectivos o espacios para, desde la educación para la salud, adquirir todas aquellas actitudes y hábitos que permitan reforzar los factores de protección (habilidades personales, autoestima...) frente al posible consumo de drogas. Los programas universales son programas dirigidos a la población en general y especialmente a los menores de 18 años, con mensajes destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas caracterizados por:



- Estar diseñados para llegar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales no seleccionando a sus destinatarios.
- Estar dirigidos hacia grandes grupos de personas o colectivos.
- Ser programas diseñados para cualquier ámbito (escolar, familiar, comunitario, laboral...).

### **Programas selectivos:**

Son programas dirigidos a un grupo o sector de población determinado, que a partir de datos objetivos (obtenidos en investigaciones y estudios epidemiológicos) se observa que tienen una mayor vulnerabilidad y probabilidad de iniciarse tempranamente en el consumo de drogas y mantenerlo a lo largo del tiempo. Este tipo de programas se caracteriza por:


- Los destinatarios comparten características que les hacen pertenecer a un específico grupo de riesgo.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos permite el diseño de acciones concretas, dirigidas hacia la reducción de estos mismos factores.
- Requieren un personal cualificado y formado en la materia.
- Las acciones a realizar en el programa están relacionadas con la vida diaria de los participantes en el mismo y están dirigidas para cambiar la actitud y comportamiento de ese grupo de riesgo.

### **Programas indicados:**

Este tipo de programas están dirigidos a personas que ya consumen drogas (consumo habitual o experimental) y que presentan los primeros síntomas del abuso de drogas y/o que pueden tener problemas de conducta asociados, caracterizándose estos programas por:

- Estar diseñados para detener la progresión del abuso de las sustancias o del desorden asociado.
- Valorar de forma específica los factores de riesgo individuales y los problemas de conducta.
- Intentar cambiar las conductas de los destinatarios del programa.
- Requerir un personal muy especializado y que tenga formación a nivel clínico.
- Ser intervenciones más intensas y costosas.





En el presente Plan de Actuación de Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 los programas universales y selectivos se desarrollarán básicamente en el área estratégica de intervención de la prevención mientras que los programas indicados lo harán en el área de Asistencia.

Una vez descritos los tipos de programas a realizar y los principios básicos y rectores que los fundamentarán se describen a continuación las posibles acciones a realizar en los diferentes ámbitos (escolar, familiar, recreativo-ocio, laboral, comunitario, juvenil, gente mayor, atención a las diferencias de género, personas con discapacidad...).

## **A. ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN.**

El ámbito de la educación está considerado como un ámbito prioritario de actuación, siendo por ello uno de los más importantes ya que:

- En la etapa educativa continúa el proceso de socialización iniciado en el seno de la familia, siendo un espacio prioritariamente de integración social y desarrollo personal.
- Actúa en los individuos a lo largo de su particular proceso madurativo y facilita la adquisición de habilidades sociales y capacidades de adaptación (autocrítica, responsabilidad, control emocional, presión de grupo...) para poder actuar frente a situaciones de riesgo.
- En la fase escolar es cuando los individuos están sometidos a cambios y momentos de crisis y dónde confluyen otros factores que pueden incidir en comportamientos problemáticos (absentismo, problemas conductuales, fracaso escolar...).
- La escolarización es un periodo obligatorio hasta los 16 años, y por ello es fundamental en la formación de la propia personalidad y en la prevención del consumo de drogas.
- En el ambiente escolar se pueden detectar, intervenir y corregir más fácilmente y de forma precoz posibles factores de riesgo.
- Todos los agentes de la comunidad educativa tienen una función preventiva.
- La educación sanitaria en el medio escolar tiene como fin, en pleno periodo de la formación física, mental y social del niño, joven o adolescente, inculcar actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud, favoreciendo así su crecimiento y desarrollo para que al ir incorporándose a la comunidad adopte, sobre la base de la autorresponsabilidad, unos estilos de vida saludables.




## **Objetivos.**

- Potenciar el factor de protección ante los consumos de drogas y fomentar las actitudes y hábitos saludables, a través del proceso educativo que se realiza en el medio escolar, para retrasar la edad de inicio y reducir los consumos entre los menores de 18 años.
- Dotar al profesorado y a los centros educativos de las herramientas pedagógicas necesarias para el manejo de situaciones conflictivas relacionadas, directa o indirectamente, con las drogodependencias y adicciones.

## **Acciones.**

- Propiciar y garantizar una coordinación clara y fluida entre la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Educación y Cultura, apoyando a los centros educativos para mejorar e incrementar la implementación de actividades de Promoción y Educación para la Salud y Prevención de las Drogodependencias. Todo ello dentro del currículo formativo tanto de profesores como del alumnado (desarrollo de conocimientos y habilidades para la vida).
- Garantizar que todos los programas y materiales en materia de prevención de drogodependencias y adicciones realizados en el ámbito de la educación cuenten con la aprobación de la comisión para la evaluación y acreditación de materiales preventivos de la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Educación y Cultura.
- Formar al profesorado y a los agentes de la comunidad educativa en materia de prevención del consumo de drogas, dotándolos de estrategias metodológicas adecuadas para el trabajo con el alumnado.
- Incluir dentro de los programas preventivos de consumo de drogas y otras adicciones la temática específica de la educación e información vial para la prevención de los accidentes de tráfico, incidiendo sobre aspectos relacionados con los riesgos de incapacidad permanente y mortalidad derivados del consumo de dichas sustancias psicoactivas.
- Promover la inclusión, dentro de los estudios de formación de las autoescuelas, de programas de prevención de drogas y su asociación con los accidentes de tráfico.
- Asegurar que los programas estén desarrollados por el propio profesorado del centro educativo, excepto en aquellos determinados casos en que por motivos del propio programa se requiera una intervención de un técnico especialista externo debidamente acreditado y evaluado.
- Desarrollar programas que impliquen y aumenten la participación de toda la comunidad escolar en su conjunto (profesorado, asociaciones de padres y madres



y alumnos) y que, de considerarse oportuno, deberán estar complementados con intervenciones intensivas en aquellos alumnos que se consideren especialmente vulnerables.

- Potenciar el desarrollo, dentro de los programas de prevención, de adquisición de habilidades personales, para una mayor eficacia de la prevención.
- Organizar un servicio de asesoramiento y seguimiento al profesorado que permita completar las actuaciones diseñadas en las comunidades educativas.
- Conocer y valorar los diferentes recursos que se utilizan en materia de prevención de las drogodependencias con el propósito de seleccionar aquellos recursos didácticos que se adapten a la realidad de los centros, propiciando la adaptación y/o elaboración de los que se consideren necesarios.
- Organizar y ofertar a la comunidad educativa de las Illes Balears un banco de recursos (materiales didácticos, profesionales especialistas, internet...) en materia de drogodependencias y adicciones.
- Difundir materiales específicos en drogodependencias y adicciones entre el alumnado (audiovisuales, escritos, on-line...).
- Realizar las oportunas acciones de prevención entre el alumnado y el profesorado universitario de nuestra comunidad autónoma, formalizando en su caso los oportunos convenios de mútua colaboración entre la Consejería de Salud y Consumo y la Universitat de les Illes Balears (UIB) y/o la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Desarrollar cursos o actividades en formación continuada (maestrías, on-line, cursos presenciales...) en los diferentes Colegios Oficiales Profesionales de temática sociosanitaria de nuestra comunidad autónoma (Medicina y Cirugía, Enfermería, Psicología, Educadores y Trabajadores Sociales...) en materia de drogodependencias y adicciones.
- Colaborar con las entidades, fundaciones, ONGs que por su objeto fundacional se dediquen a la prevención.

#### **Indicadores.**

- Número de reuniones de coordinación entre la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Educación y Cultura.
- Número de cursos ofertados al profesorado en materia de prevención de las drogodependencias y adicciones.
- Número de profesores inscritos en los diferentes cursos.
- Número de programas ofertados a la comunidad educativa.



- Número de programas aplicados por centro educativo.
- Número de alumnos y profesores participantes en los diferentes programas.
- Número de asesoramientos y seguimientos.
- Número de publicaciones y cantidad de material editado.

### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Educación y Cultura.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejo Insular de Menorca, Eivissa i Formentera.
- Dirección General de Tráfico.
- Universitat de les Illes Balears.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- Autoescuelas.
- ONGs.

### **B. ÁMBITO FAMILIAR.**

La familia constituye el núcleo de aprendizaje y socialización por excelencia, ya que junto a la educación, la familia desempeña una influencia crucial en el desarrollo de todo tipo de conductas, incluida la prevención en el consumo de drogas y sustancias psicoactivas. La función principal de la familia es la educación y la transmisión de valores a los hijos y si bien durante algunos años el papel de la familia quedó relegado a un segundo plano, en los últimos años se ha revalorizado su actuación y desarrollado sus posibilidades formativas y preventivas. Por ello es fundamental dotar a las familias de espacios y herramientas para reflexionar sobre cuáles son sus creencias, actitudes, valores, hábitos de vida y como todo ello puede influir en los hijos.

La familia es, sin lugar a dudas, la institución que tiene mayor influencia sobre las adquisiciones de valores y actitudes frente a la vida. Y, en ese sentido, hay que sensibilizar e informar a los padres y madres para que no se desentiendan de sus responsabilidades y apoyar su función educativa, orientando el desarrollo personal hacia la transmisión de valores, actitudes y capacidades a sus hijos especialmente en las primeras etapas de la vida por ser una fuente importantísima de aprendizaje.




## Objetivos.

- Apoyar a las familias con hijos e hijas, especialmente si éstos son menores de edad, mejorando e incrementando las intervenciones de sensibilización, información, formación y asesoramiento para que se involucren en la labor educativa, especialmente aquella que tiene que ver con la prevención de las drogodependencias y adicciones.
- Prevenir en el seno familiar la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas así como el propio consumo de las mismas.
- Favorecer el cambio de patrones inadecuados de funcionamiento familiar y potenciar los factores de protección familiar, con el fin de retrasar la edad de inicio, reducir los consumos en los menores y evitar los usos problemáticos.
- Asesorar a las familias para que puedan manejar debidamente los comportamientos conflictivos de sus hijos y superen los factores de riesgos relacionados con el consumo de drogas.


## Acciones.

- Propiciar y garantizar una coordinación clara y fluída entre la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Presidencia y Deportes, mediante la Dirección General de Menores y Familia, mejorando e incrementando las actuaciones del Plan en el ámbito familiar entrelazándose con los objetivos comunes del Plan integral de la Familia.
- Promover programas de apoyo y formación a las familias de menores en situación de conflicto social y/o desprotección.
- Realizar programas específicos de intervención terapéutica a menores en conflicto social, y cooperación del medio sanitario en el desarrollo de las ejecuciones de medidas de internamiento.
- Mejorar los servicios de salud mental y de orientación psicológica para los adolescentes con especial atención a aquellos objeto de intervención por los servicios de protección y/o reforma.
- Promover la actualización permanente del estudio sobre la salud de la infancia y adolescencia en nuestra comunidad desde una perspectiva de salud pública.
- Impulsar y consolidar la implantación de sistemas de gestión de calidad de los recursos llevando a cabo la evaluación permanente de los servicios implicados.
- Desarrollar programas y campañas de información y sensibilización a las familias a través de los medios de comunicación.
- Fomentar en la familia (padres, abuelos, hermanos...) el desarrollo de habilidades educativas (cursos y programas).

- 
- Potenciar la implicación de todos los miembros del núcleo familiar en las iniciativas escolares y/o comunitarias.
  - Diseñar y editar material informativo en prevención de drogodependencias específicos para padres y madres.
  - Realizar actividades informativas dirigidas específicamente a las asociaciones de padres y madres a través de intervenciones participativas y selectivas (conferencias, debates, encuentros, charlas...) sobre cualquier temática vinculada a las drogodependencias y adicciones.
  - Continuar dando la información, asesoramiento y orientación individualizadas a través del Centro de Respuesta Inmediata en Drogodependencias y Adicciones (CRIDA) de la Consejería de Salud y Consumo a las familias que así lo soliciten, bien a través del servicio telefónico como a través del servicio de solicitud de información vía internet.
  - Poner en funcionamiento dentro del Servicio CRIDA un foro de diálogo y debate entre las asociaciones de padres y madres para conocer las necesidades e inquietudes del colectivo en relación a la problemática de las drogodependencias y adicciones.
  - Desarrollar y/o colaborar con programas dentro del ámbito familiar priorizando las familias multiproblemáticas (antecedentes de consumo, padres consumidores, desarraigo, fracaso escolar...) o familias con hijos con alta vulnerabilidad.
  - Fomentar y apoyar la implicación en los programas preventivos de los progenitores con hijos consumidores.
  - Realizar acciones formativas a través de las Escuelas de padres y madres.
  - Formar al personal y especialistas que desarrollan las intervenciones (trabajadores sociales, educadores familiares, sociales y del menor...) en materia de prevención de drogodependencias y adicciones en la familia.
  - Detectar familias con hijos vulnerables o en situación de riesgo y, en función de ello, realizar las oportunas intervenciones.
  - Desarrollar programas de detección precoz de problemas de salud.

#### **Indicadores.**

- Número de solicitudes de información (vía telefónica o vía internet) para asesoramiento familiar al CRIDA.
- Número de cursos para profesionales que trabajan en el ámbito familiar.
- Número de profesionales que han asistido a los cursos.

- 
- Número de acciones informativas realizadas.
  - Número de publicaciones y cantidad de material editado.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejo Insular de Menorca, Eivissa i Formentera.
- Asociaciones y Federaciones de padres y madres.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- ONGs.

#### **C. ÁMBITO DEL OCIO.**

Los espacios del ocio son esenciales para la socialización de adolescentes y jóvenes ya que les permite acceder a un lugar propio en el cual se pueden mostrar más libremente (fuera del control de las personas adultas) y tal y como desean ser vistos por su grupo de iguales.

En una sociedad que se ha hecho cada vez más compleja y consumista, disponer de tiempo libre y de ocio representa ya una necesidad social. Este tiempo dedicado al ocio no depende únicamente de disponer o no de tiempo sino de actuar en ese tiempo que se considera propio y hacer algo considerado creativo y liberador, participando a la vez de las múltiples posibilidades de la industria recreativa y del ocio.

Uno de los grupos sociales que más se ha apropiado del espacio del ocio son los jóvenes, existiendo en dicho espacio determinadas creencias, posturas e ideas relacionadas con valores y actitudes favorables al consumo problemático de drogas sobre cuya erradicación hay que hacer especial hincapié.

Por otra parte, en los últimos años se han desarrollado de forma individual o grupal conductas, especialmente entre los jóvenes y adolescentes, sobre la forma de entender la diversión y el ocio (consumo compulsivo y abusivo, en entornos festivos de fin de semana, policonsumo...) que puede constituir o constituye en determinados casos un muy importante factor de riesgo no sólo por el propio consumo en sí (problemas físicos y conductuales...) sino por sus consecuencias inmediatas (accidentes de tráfico, violencia, conductas sexuales inapropiadas...) como a medio o largo plazo (dependencia física y psíquica, patología orgánica y funcional, problemas familiares y sociolaborales...).




## **Objetivos.**

- Potenciar los factores de protección de los consumos de drogas y fomentar las actitudes y hábitos saludables.
- Apoyar a las entidades públicas o privadas –centros juveniles, asociaciones culturales y/o deportivas, ONGs...- que realizan programas y/o acciones para niños, jóvenes y/o adolescentes en los espacios de tiempo libre de concienciación, información y sensibilización de conductas y hábitos saludables.
- Promover la utilización del tiempo del ocio saludable, favoreciendo la incorporación de la educación para la salud en las actividades de ocio y tiempo libre.
- Reducir los riesgos asociados al consumo de drogas y sustancias psicoactivas mediante el incremento de las intervenciones de información y sensibilización en los ambientes recreativos y de ocio.

## **Acciones.**

- Realizar acciones de formación y reciclaje de mediadores y monitores de tiempo libre, de entrenadores juveniles, etc. en materia de prevención de drogodependencias y adicciones.
- Difundir la oferta de actividades alternativas y saludables de ocio y tiempo libre a través de los medios de comunicación y material editado a tal fin.
- Apoyar a las entidades que desarrollen iniciativas con niños y jóvenes a través de la mejora e incremento de las intervenciones y asesoramientos en labores preventivas en drogodependencias y adicciones.
- Realizar campañas informativas sobre los efectos de las drogas en los espacios recreativos y de ocio.
- Promover y concienciar a todos los usuarios de los establecimientos recreativos y de ocio los valores cívicos y sociales para evitar conductas impropias fuera de dichos locales (suciedad, destrozos, ruidos, peleas...).
- Realizar acciones formativas sobre los riesgos asociados al consumo de drogas y sobre la realización de técnicas de primeros auxilios dirigidos a todo el personal laboral de los establecimientos recreativos y de ocio (camareros, porteros, animadores...).
- Desarrollar campañas o acciones informativas en los ambientes recreativos y de ocio tendentes a concienciar, especialmente a los jóvenes, de los múltiples riesgos que conlleva el consumo de todo tipo de drogas y sustancias psicoactivas (accidentes de tráfico, dependencia, problemas físicos...).
- Promover programas alternativos de ocio y tiempo libre siempre manteniendo ofertas de calidad (contenidos específicos de prevención, horarios adecuados





para niños y adolescentes...) y dirigidos prioritariamente a grupos sociales en situación de riesgo.

#### **Indicadores.**

- Número de acciones formativas realizadas a los mediadores juveniles, profesionales y trabajadores de los establecimientos recreativos y de ocio.
- Número de asistentes a las acciones formativas.
- Número de proyectos presentados sobre ocio alternativo.
- Número de publicaciones y cantidad de material editado.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Consejería de Trabajo y Formación.
- Consejería de Turismo.
- Asociaciones empresariales y sindicales.
- Empresas recreativas y de ocio.
- ONGs.
- Asociaciones juveniles y vecinales.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

#### **D. ÁMBITO LABORAL.**

El trabajo no sólo es un elemento funcional, como medio de vida, sino que además es un componente fundamental en la definición de nuestra identidad social, ya que es el lugar dónde pasamos gran parte de nuestro tiempo e interactuamos con otras personas, con el medio. Los valores y actitudes que se transmiten en este medio afectan a los comportamientos habituales y estilos de vida.

El medio laboral, por lo tanto, no es ajeno a nuestra salud, en primer lugar porque le afecta a nivel físico, ya que según el tipo de trabajo que uno tenga obliga al individuo a determinados comportamientos que afectan más a la dimensión física de la salud, pero también influye de manera especial a nivel emocional, en cuanto que puede ser origen y fuente constante de tensiones. Finalmente, también el medio laboral puede influir en los hábitos de vida, porque con frecuencia cada profesión tiende culturalmente a favorecer determinados usos y costumbres.



Desde la perspectiva de los programas de prevención se ha de intentar influir positivamente sobre los espacios de trabajo, no sólo como un elemento funcional sino por su capacidad socializadora, a fin de transmitir actitudes y valores saludables, especialmente relacionados con el uso problemático de las drogas. Estos programas de prevención, a nivel laboral, estarán básicamente dirigidos hacia la realización de actividades informativas o de sensibilización en el ambiente laboral, hacia la formación de mediadores y hacia las actividades para la detección precoz, la motivación y la derivación a tratamiento de aquellos trabajadores y trabajadoras con consumo de drogas y/o sustancias psicoactivas.

Los programas de prevención dentro del ámbito laboral podrán ser:

- Programas preventivos de información (sobre riesgos sanitarios y jurídicos, sobre los efectos de las drogas, sobre promoción de la salud, etc.).
- Programas de asistencia (identificación del usuario de drogas en la empresa, sobre su evaluación, sobre su tratamiento y proceso de rehabilitación...).
- Programas específicos de asistencia a empleados.

En cuanto a las acciones a realizar, éstas deben dirigirse a todos los integrantes de la empresa, es decir, a todos los directivos y a los empleados sin ningún tipo de discriminación, de forma conjunta, y deben estar consensuadas tanto por parte de la dirección como de los responsables de los empleados –a través de sus representantes sindicales o laborales-.

A nivel estatal, en 1997 se creó la Comisión Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral, constituida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, los sindicatos Comisiones Obreras y Unión General de Trabajadores y la Confederación Española de Organizaciones Empresariales con el fin de promover la prevención del consumo de drogas y sustancias psicoactivas en el mundo laboral español.

En las Illes Balears, la Ley 4/2005, de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones, señala el necesario impulso que el Gobierno de las Illes Balears ha de realizar a través de los programas de prevención y asistencia de los drogodependientes así como los programas de detección precoz mediante los servicios sanitarios de las empresas. En este diseño programático, ejecución y evaluación deben participar los sindicatos, las organizaciones empresariales, los servicios de prevención y también los consejos o comités de salud laboral de las empresas e instituciones. De igual manera, esta norma autonómica en materia de drogodependencias y adicciones señala que la consejería competente en materia de trabajo ha de potenciar los acuerdos entre las organizaciones empresariales y los sindicatos encaminados a modular las potestades disciplinarias que reconoce la legislación laboral en los casos derivados del abuso de drogas, cuando la persona se pone en tratamiento así como a la reserva de los puestos de trabajo de los trabajadores y trabajadoras drogodependientes durante su proceso de tratamiento.

De igual forma, esta ley permite la declaración como empresas saludables y solidarias, aquellas empresas que destaquen por su colaboración en los procesos de inserción laboral de los drogodependientes.




## Objetivos.

- Controlar la disponibilidad de la oferta de todo tipo de drogas en el ámbito laboral.
- Diagnosticar y tratar precozmente situaciones de riesgo para la persona trabajadora (accidentes personales) o terceras personas (varios individuos implicados directa o indirectamente) derivadas del consumo de drogas, así como de aquellos indicios que pueden ser causa, origen y mantenimiento del citado consumo.
- Apoyar a la empresa para que se pongan en marcha los correspondientes planes preventivos de drogodependencias y adicciones desde sus respectivos servicios de salud laboral o, en su caso, que estos planes preventivos se integren en los programas ya existentes de seguridad e higiene de las empresas.
- Formar a los profesionales de los servicios de salud laboral en materia de drogodependencias y adicciones.
- Apoyar a las diversas entidades con responsabilidad laboral (organizaciones empresariales y sindicales, mutuas, comités de seguridad...) con la finalidad de mejorar e incrementar las intervenciones de sensibilización, información, orientación y formación de los trabajadores en el campo de los usos problemáticos de drogas y sustancias psicoactivas.
- Modificar aquellas variables ambientales del medio laboral que puedan inducir al consumo de todo tipo de drogas.

## Acciones.

- Realizar acciones de sensibilización en la empresa dirigidas a la supresión del consumo de drogas legales y de fomento para la realización de programas de Educación para la Salud – Prevención de Drogodependencias.
- Firmar convenios y acuerdos de colaboración entre la Consejería de Salud y Consumo con las asociaciones empresariales y sindicales para poder formar a los trabajadores de los servicios de salud laboral en materia de drogodependencias y adicciones.
- Sensibilizar a los empresarios y trabajadores sobre el cumplimiento de las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones.
- Elaborar o colaborar en el diseño de programas de prevención de drogodependencias y adicciones específicos para el ámbito laboral que deberán estar supervisados por la Comisión de evaluación y acreditación de la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Trabajo y Formación (Plan de Acción contra la Siniestralidad 2006-2007).

- 
- Apoyar la creación de un servicio de información, asesoramiento y orientación sobre drogodependencias y adicciones en las empresas.
  - Facilitar los necesarios espacios de coordinación entre los responsables de los servicios de salud laboral de las empresas y los responsables sindicales para unificar los criterios de actuación en materia de prevención de drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral.
  - Recomendar que los programas preventivos en el ámbito laboral a nivel de drogodependencias y adicciones incluyan el desarrollo de las habilidades personales.
  - Difundir a nivel empresarial y a nivel laboral todos los recursos de prevención, asistencia e inserción social existentes en la comunidad autónoma de las Illes Balears en drogodependencias y adicciones.
  - Organizar actos o jornadas de información y reflexión sobre los aspectos preventivos de las drogodependencias y adicciones en el ámbito laboral.

#### **Indicadores.**

- Número de consultas efectuadas al Área de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención (propio o ajeno).
- Número de acciones formativas al colectivo de trabajadores y directivos.
- Número de reuniones de coordinación con la red asistencial.
- Número de participantes en los cursos.
- Número de planes preventivos presentados en las empresas.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Trabajo y Formación.
- Asociaciones empresariales y sindicales.
- Mútuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y los Servicios de Prevención.
- ONGs.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.



## E. ÁMBITO COMUNITARIO.

La comunidad es el escenario físico y simbólico en que se dan cita los diferentes intereses que configuran y dinamizan la vida social y en la que, debido a la interacción de diversos factores, puede aparecer el fenómeno de la drogadicción. Por ello es necesario que todos los individuos, grupos, colectivos e instituciones se comprometan conjuntamente en una acción preventiva, tal como sucede con otras temáticas sociosanitarias, para dar respuesta a dicha problemática. Y es que, en algunas ocasiones, se cree que al hablar del ámbito comunitario éste sólo hace referencia a macro-comunidades, en general muy heterogéneas; sin embargo éste puede también referirse a problemas y grupos más específicos, micro-comunidades, y de carácter más homogéneo.

Por supuesto, entendemos a la prevención comunitaria como una estrategia integral de intervención preventiva de las drogodependencias y adicciones que busca comprometer e implicar a toda la comunidad en la búsqueda de soluciones, no siendo ya una mera actuación de tipo individual sino que se trata de una actuación coordinada y global.

Diseñar la labor de prevención desde el ámbito comunitario permite unificar los esfuerzos de diversas instituciones y agentes que confluyen, desde una planificación conjunta, en una misma intencionalidad preventiva. Por ello todos los ámbitos deben incluir en su trabajo cotidiano, criterios y modelos de actuación y programas preventivos a fin de crear redes sociosanitarias cada vez más fuertes para poder afrontar positivamente la problemática de las drogodependencias y adicciones. Estos programas preventivos a nivel comunitario, si bien el destinatario final debe ser y es toda la comunidad a nivel local, insular o autonómico, deberán priorizar (en acciones coordinadas en los ámbitos sanitario, social y educativo) los colectivos de mayor riesgo. Entre éstos estarán los menores con gran vulnerabilidad y/o en situación de abandono familiar, niños o adolescentes con problemas escolares y familiares, población joven de barrios marginales o con alto porcentaje de exclusión social y económica así como hijos/as de progenitores drogodependientes (familias multiproblemáticas) siendo para ello fundamental que los planes municipales e insulares recojan y desarrollen estos programas preventivos.

La Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005, de 29 de abril), ya recoge toda una serie de características que deben tener o fomentar estos programas preventivos:

- Han de desarrollar intervenciones que promuevan la movilización, la implicación y la participación de instituciones y organizaciones de la propia comunidad.
- Han de promover acciones coordinadas entre los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones de padres y madres así como las entidades sociales dirigidas especialmente a incrementar las habilidades educativas de ambos progenitores, así como una mayor implicación de la familia en las actividades escolares y comunitarias.
- Han de potenciar la mejora de las habilidades personales y de convivencia junto con una política global de alternativas a nivel de formación profesional, ocupación, servicios socioculturales y actividades de ocio y tiempo libre.




## **Objetivos.**

- Sensibilizar a la comunidad sobre la problemática de las drogodependencias y adicciones y sobre la necesidad de realizar actuaciones implicando a toda la comunidad.
- Desarrollar acciones encaminadas a producir cambios de actitudes en la población general en relación al consumo de drogas.
- Implicar a los agentes comunitarios en la prevención de las drogodependencias y adicciones, propiciando espacios específicos de formación.
- Sensibilizar a las administraciones locales, insulares y autonómicas para que asuman y normalicen la prevención de las drogodependencias y adicciones dentro de sus áreas y departamentos.
- Utilizar y potenciar las estructuras de coordinación desde los diferentes niveles territoriales.
- Impulsar y fomentar la puesta en marcha de planes y programas de prevención de las drogodependencias y adicciones en los ayuntamientos, consejos insulares, consejerías así como en las organizaciones, asociaciones y entidades de todo tipo.
- Detectar a través de la labor de los mediadores o educadores de calle posibles zonas de riesgo de consumo de drogas y establecer una distribución de áreas de mayor vulnerabilidad para poder realizar estrategias prioritarias y mejorar la coordinación de las actividades preventivas.
- Formar actitudes en la comunidad dirigidas hacia la mejora de la salud física, psicológica y social de toda la comunidad.
- Formar a los diferentes agentes sociales en materia de prevención de drogodependencias y otras adicciones para que sean agentes divulgadores del programa preventivo.
- Mejorar las redes de comunicación social en la comunidad.
- Aumentar, mejorar y canalizar las actividades de ocio y tiempo libre hacia esquemas no consumistas.

## **Acciones.**

- Fomentar la movilización de la población, la implicación y la participación de instituciones así como de las ONGs con la finalidad de elaborar sus propias necesidades y respuestas conjuntas.
- Realizar acciones de información y sensibilización a través de los medios de comunicación.

- 
- Elaborar y difundir recursos informativos en materia de drogodependencias y adicciones.
  - Promover la realización de programas de información y sensibilización a través de medios no masivos (charlas, conferencias, debates, concursos de relatos...).
  - Realizar y potenciar acciones formativas en prevención de las drogodependencias y adicciones dirigidas a los diferentes agentes y mediadores sociales.
  - Asesorar y participar en las diferentes iniciativas que se creen a nivel local, insular y autonómico en materia de drogas y adicciones.
  - Recopilar e integrar planes y programas a todos los niveles territoriales desde cualquier ámbito de intervención (familiar, escolar, laboral...) en materia de drogodependencias y adicciones.
  - Conocer todas las acciones realizadas a nivel insular, local y autonómico en materia de drogas y adicciones, fomentando a la vez los proyectos entre áreas afines (sanidad, servicios sociales, educación, cultura, juventud...).
  - Estudiar métodos de financiación (convocatoria pública) para aquellas instituciones, organizaciones, colectivos, ONGs y entidades que pongan en marcha programas preventivos en nuestra comunidad autónoma.
  - Impulsar la participación del sector juvenil a nivel local e insular en materia de ocio y tiempo libre.
  - Participar en todas las líneas de trabajo que en materia de drogodependencias y adicciones se contemplen en los diferentes Planes Sectoriales (Mujer, Salud Mental, VIH/SIDA, Dependencia, Inmigración, Juventud, Tercera Edad...).
  - Fomentar actividades de tiempo libre como pautas de estilo de vida saludable y alternativa al consumo de todo tipo de drogas.
  - Favorecer las actividades de los educadores de calle dentro de los planes municipales e insulares de drogas.
  - Fomentar la creación y puesta en marcha de foros de participación ciudadana en los que debatir la problemática de las drogodependencias y adicciones.
  - Incrementar y mejorar las acciones destinadas a todos los menores y a jóvenes especialmente vulnerables o con déficits claros (fracaso escolar, problemas familiares, consumos incipientes...) y aquellos con problemas de integración o incorporación social.
  - Colaborar con las intervenciones socioeducativas y socioculturales realizadas en los diferentes ámbitos o colectivos más desfavorecidos.



- Colaborar con otras entidades, asociaciones e instituciones en la implementación de programas de recuperación de zonas marginales o deprimidas.
- Fomentar e incrementar la colaboración desde la Consejería de Salud y Consumo con las asociaciones de educadores de calle para mejorar la detección precoz de los grupos de riesgo (barrios marginales, centros deportivos y educativos...).
- Desarrollar actividades e iniciativas comunitarias específicas, tanto las dedicadas a la adquisición de habilidades personales y dentro de la promoción de la salud, como las referidas al ocio-tiempo libre (cinefórum, fiestas de barrio, teatro y club de la salud, competiciones deportivas, ludotecas...).
- Fomentar la promoción de estilos de vida y hábitos saludables, aprendizaje de habilidades de afrontamiento del estrés, aprendizaje de técnicas de modificación de conducta y aprendizaje de utilización de recursos sanitarios, entre otros.

#### **Indicadores.**

- Número de campañas de información.
- Número de actividades informativas realizadas.
- Número de cursos de formación realizados y número de participantes.
- Número de planes aprobados en el territorio balear.
- Número de proyectos financiados y no financiados.
- Número de reuniones de coordinación interáreas.
- Número de acciones preventivas realizadas en las Illes Balears.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- ONGs.
- Asociaciones vecinales.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.





## F. ÁMBITO JUVENIL.

El colectivo de adolescentes y jóvenes constituye un sector prioritario en la prevención ya que es en estas edades cuando se dan las primeras experiencias en el consumo de drogas y es un periodo de tiempo en el que, al ser un paso hacia la propia autonomía, es importante establecer normas y habilidades preventivas para reducir o evitar el uso de cualquier tipo de droga o sustancia psicoactiva.

Dada su posición vital entre la dependencia infantil y la plena autonomía de la edad adulta, el ámbito juvenil es un colectivo de difícil acceso a través de los mensajes habituales procedentes de los interlocutores adultos, ya que muy frecuentemente se establecen relaciones conflictivas. Ello no es óbice para que, tal como señalan diversos estudios e investigadores, se incida de forma especial sobre dicho colectivo juvenil que no se ha iniciado en el consumo o que presenta un consumo ocasional, así como sobre aquellos/as jóvenes que ya son consumidores.

Es por todo ello que es recomendable que sea el propio adolescente quién tome conciencia sobre la problemática de las drogodependencias y adicciones y que se pongan en marcha toda una serie de iniciativas destinadas a promover su capacitación y su participación en las acciones dirigidas a prevenir las drogodependencias y otras adicciones, así como a diseñar acciones destinadas a jóvenes consumidores para lograr de nuevo la abstinencia y/o minimizar el daño ocasionado.

### Objetivos.


- Sensibilizar a los jóvenes sobre la prevención de las drogodependencias y adicciones buscando actitudes más saludables desde las primeras etapas de su vida escolar y/o durante todo su proceso de desarrollo madurativo.
- Informar objetivamente a los jóvenes sobre como actúan las diferentes drogas en su propio organismo.
- Formar e informar al joven para que participe activamente en el desarrollo de las acciones preventivas.
- Incrementar la participación de los jóvenes en los procesos de diseño y ejecución de acciones destinadas a reducir el uso problemático entre ellos.
- Fomentar actividades de ocio y gestión saludable del ocio y tiempo libre.

### Acciones.

- Crear y promocionar recursos y servicios juveniles de alternativas de ocio (excursiones, encuentros, foros juveniles...).
- Incorporar en los centros de información juvenil materiales informativos así como la guía de recursos en las Illes Balears en temas de prevención, asistencia e inserción social en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.



- Realizar acciones informativas y de sensibilización dirigidas a adolescentes y jóvenes, aprovechando sus espacios de encuentro (asociaciones, centros deportivos, centros socioculturales, lugares recreativos y de ocio...).
- Fomentar el asociacionismo y el voluntariado social entre los jóvenes así como las labores de acompañamiento en los diferentes procesos que abarca la inserción social.
- Apoyar entre los jóvenes los programas de prevención de la ingesta de alcohol, del tabaco y de otras drogas psicoactivas, especialmente en los ambientes vinculados de una u otra forma al ocio nocturno.
- Diseñar y editar material informativo y de sensibilización para los jóvenes destacando las ventajas de los estilos de vida libres del uso de las drogas, informando sobre los riesgos y daños producidos por las drogas, reforzando las conductas de los jóvenes que no consumen drogas (abstinencia), desmitificando ciertas percepciones equivocadas que existen en relación a las drogas y promoviendo la libertad de elección individual frente a la presión del grupo.
- Colaborar con todo el colectivo de mediadores juveniles (red Infojove).
- Colaborar con las instituciones locales, insulares y autonómicas en acciones preventivas en población infantil, adolescente y juvenil (educación progresiva) así como en programas de desarrollo de actividades alternativas.
- Desarrollar programas de fomento de las habilidades y técnicas de autonomía personal.
- Desarrollar y poner en marcha recursos y centros especializados en prevención juvenil para orientar, asesorar, informar y asistir a dicha población y a sus familias en materia de drogodependencias y adicciones.
- Potenciar la figura del mediador o agente de prevención juvenil que, formado específicamente en drogodependencias y adicciones, pueda realizar su intervención en centros escolares, deportivos, vecinales y juveniles.
- Favorecer la integración de los/as jóvenes inmigrantes, con problemas adaptativos, discapacitados... a través de las asociaciones juveniles y ONGs.
- Favorecer y colaborar con aquellas experiencias que desarrollen y potencien las relaciones intergeneracionales (hijos-padres-abuelos), facilitando los procesos socializadores y vinculantes.
- Poner en marcha y desarrollar un centro de atención específico para la problemática de las drogodependencias y otras adicciones en el ámbito juvenil, fuera del marco de atención a los drogodependientes y adictos adultos. Dicho centro deberá contar con programas específicos dedicados a los jóvenes y



adolescentes con gran vulnerabilidad, programas de intervención temprana y detección precoz, así como programas de actuación coordinada con otros recursos sociosanitarios incluyendo en dicha labor un apoyo adicional a sus familias.

- Informar a través de internet en las páginas web institucionales de las administraciones públicas, de los programas, publicaciones y recursos en materia de drogodependencias y otras adicciones, dado que se trata de un medio muy utilizado por la juventud y que puede tener un gran valor formativo y preventivo.

#### **Indicadores.**

- Número de acciones informativas y de sensibilización dirigidas a jóvenes.
- Número de participantes en las acciones.
- Número de proyectos presentados.
- Número de material editado y difundido.
- Número de asociaciones de nueva creación.
- Número de visitas a la sección de drogodependencias en páginas web institucionales.

#### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia (Dirección General de Juventud).
- Consejería de Educación y Cultura.
- Consejos Insulares.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- Consejo de la Juventud.
- Asociaciones Juveniles y de Tiempo Libre.
- ONGs.
- Entidades deportivas.



## G. ÁMBITO DE LA TERCERA EDAD.

En las Illes Balears, al igual que en el resto de España, el colectivo de la tercera edad es uno de los más numerosos debido al aumento de la esperanza de vida, atribuible a la mejora de la alimentación, costumbres, higiene, hábitos saludables y fármacos, estableciéndose un incremento progresivo de la población mayor de 65 años, lo que supone a su vez un aumento de la patología crónico-degenerativa, observándose también casos de pluripatología lo que origina en muchas ocasiones las nunca deseables prácticas de la automedicación y autoprescripción.

Es importante también tener en cuenta en este caso al planificar las estrategias de intervención que los miembros de este colectivo pueden ya tener (por la avanzada edad) problemas de aprendizaje así como hábitos de vida y costumbres sociales muy arraigadas.

Además hay que recordar que este grupo poblacional puede ser ya usuario o tener inicios de consumo de tabaco y/o alcohol que, en cierta frecuencia, coincide cuando se produce la jubilación laboral de la persona y debuta la enfermedad depresiva.


Actualmente no hay estudios epidemiológicos suficientes para evidenciar el abuso de sustancias psicoactivas en el colectivo de personas mayores, en cambio si que hay datos suficientes que nos demuestran que existe una relación entre el consumo de benzodiacepinas, hipnótico-sedantes, opiáceos (codeína), analgésicos y el abuso de estas sustancias que puede detectarse en la rutina diaria, observando comportamientos como: incremento del número de caídas, sedación, pérdidas de memoria...

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que en las personas mayores las consecuencias biopsicosociales de la dependencia de estas sustancias se pueden confundir con otros problemas y alteraciones generalmente asociadas con el propio envejecimiento de la persona. Por ello, las intervenciones a realizar en este ámbito estarán focalizadas básicamente en la prevención y promoción de los hábitos saludables (buena alimentación, ejercicio, control de la medicación, promoción del ocio y el tiempo libre, prevención de la soledad y del aislamiento).

También hay que tener en cuenta que en estos últimos años en este colectivo se presentan casos de las llamadas adicciones sociales o psicológicas (ludopatía, adicciones tecnológicas...).

### **Objetivos.**

- Impulsar el estudio y la investigación de la incidencia de los aspectos diferenciales en función de la edad con el abuso y/o conductas adictivas.
- Promover la incorporación del colectivo de la tercera edad en los programas de prevención de drogodependencias y adicciones de todo tipo.
- Diseñar acciones encaminadas hacia la adopción de hábitos saludables y prevención del uso de las drogas en el ámbito de la tercera edad.

- 
- Informar a la población de la tercera edad de los efectos de las drogas en su organismo y particularmente de la necesidad de autocontrol en los fármacos y su posible autoprescripción.
  - Propiciar la coordinación entre entidades y asociaciones que trabajan con la tercera edad y la Consejería de Salud y Consumo para la prevención y el tratamiento de las drogodependencias y adicciones.

### **Acciones.**

- Investigar la incidencia diferencial de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la tercera edad, en los ámbitos del consumo de sustancias psicoactivas y problemas asociados.
- Adaptar los programas de prevención de drogas, adicciones y promoción de hábitos saludables al ámbito de la tercera edad.
- Realizar acciones de sensibilización sobre la farmacodependencia en la tercera edad.
- Realizar acciones de formación sobre la problemática de las drogodependencias en la tercera edad dirigidas a profesionales que tienen contacto directo con este colectivo (residencias, centros de día, asociaciones de la tercera edad...)
- Diseñar y editar material de información de las drogas dirigidas a este colectivo.
- Apoyar la realización de programas de preparación a la jubilación para evitar fenómenos depresivos (en ocasiones desencadenantes de inicios de farmacodependencia o consumo de alcohol y/o tabaco).
- Informar al colectivo de la tercera edad sobre los diferentes tipos de adicciones psicológicas (ludopatía, adicción a las compras...).
- Apoyar la colaboración de personas mayores dentro de la prevención familiar y comunitaria activa de las drogodependencias y adicciones.

### **Indicadores.**

- Número de programas adaptados.
- Número de acciones de sensibilización.
- Número de participantes.
- Número de publicaciones editadas y número de ejemplares distribuidos.
- Número de acciones formativas y participantes.



### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- ONGs.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Federaciones, asociaciones y centros de la tercera edad.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

### **H. ÁMBITO DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

Los datos de consumo, estadísticas e informes recopilados durante estos últimos años sobre consumo de drogas son suficientes para percibir notables diferencias: de formas de consumir, de los patrones de uso, del tipo de adicciones, de las dosis y cantidades, etc., entre hombres y mujeres.

Estas diferencias se manifiestan en todo tipo de circunstancias y modos de consumo. Así, por ejemplo, los estudios nos demuestran que el consumo de sustancias por vía oral (fármacos y alcohol) es actualmente mayor entre las mujeres y que también en el consumo de tabaco empiezan a existir diferencias, sin olvidar la importancia que tiene la prevención de estos consumos en determinados periodos de la vida de la mujer (embarazo, lactancia, adolescencia y juventud...).

Hablamos de diferencias de consumo o de sus patrones pero también queremos hacer referencia a los estigmas sociales y al rechazo social, así como a los problemas de tratamiento y de adaptación que sufren las mujeres cuando los programas preventivos y asistenciales se realizan o diseñan basándose con un criterio homogéneo y genérico sin olvidar la imprescindible perspectiva de género.

La consecuencia más inmediata de esta situación es que, si bien los profesionales vinculados a la temática de las drogodependencias y adicciones saben que una mujer adicta, además de su adicción suele padecer problemas asociados a su condición de mujer, no se han generado suficientes alternativas válidas para abordar esta problemática.

Conscientes de esta ineludible realidad este Plan de Actuación desea dar un paso más en la armonización de la igualdad entre mujeres y hombres y lo hemos querido plasmar dedicando un ámbito específico, asumiendo además como valor rector del Plan un carácter general de transversalidad a la perspectiva de género.




## Objetivos.

- Impulsar el estudio epidemiológico y la investigación de la incidencia de los aspectos diferenciales en función del género con el uso de sustancias y/o conductas adictivas.
- Promover la incorporación de la perspectiva de género en todos los programas preventivos, asistenciales y de tratamiento en todos los ámbitos y en todos sus niveles de intervención territorial (local, insular y autonómico).
- Considerar los diferentes comportamientos de mujeres y hombres en las acciones encaminadas a la adopción de hábitos saludables y prevención del uso de drogas y sustancias psicoactivas.
- Informar a la población femenina de los efectos y problemas asociados del consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas y/o adicciones en su organismo.
- Propiciar e incentivar la coordinación entre el Instituto Balear de la Mujer y otras entidades o asociaciones que trabajan con las mujeres y la Consejería de Salud y Consumo.

## Acciones.

- Investigar la incidencia diferencial de los factores biológicos, psicológicos y sociales entre las mujeres y los hombres en los ámbitos de consumo de drogas y sustancias psicoactivas así como en sus problemas asociados.
- Creación de una Línea de Atención Integral a la Mujer en materia de drogodependencias y otras adicciones, para informar en diferentes épocas (juventud, adolescencia, embarazo, menopausia, jubilación...) y también en diferentes servicios médicos (Ginecología, Pediatría, Neonatología...).
- Adaptar los programas de prevención de drogas y promoción de hábitos saludables a la perspectiva de género.
- Realizar acciones de sensibilización sobre los efectos de la adicción encubierta del alcoholismo y consumo abusivo de drogas o sustancias psicoactivas en el ámbito de la mujer.
- Realizar acciones de formación sobre la problemática de las drogodependencias en la mujer dirigidas a profesionales que tienen contacto directo con dicho colectivo (Casas de mujeres, Casas de acogida...).
- Diseñar y editar material de información sobre drogas o sustancias psicoactivas dirigidas al colectivo femenino.

- 
- Realizar acciones formativas y de información en drogodependencias, adicciones y hábitos saludables (reducción de daños y riesgos...) a mujeres especialmente vulnerables o en población femenina de alto riesgo (mujeres reclusas, mujeres maltratadas, mujeres mayores, mujeres inmigrantes con gran desarraigo...).
  - Apoyar la creación de recursos destinados a la atención y tratamiento de mujeres drogodependientes con hijos/hijas para impedir la transmisión generacional de los diferentes conflictos.
  - Establecer o mejorar las líneas de intervención y derivación de pacientes entre el Instituto Balear de la Mujer y los diferentes Centros de Atención al Drogodependiente en materia de perspectiva de género y otros recursos sociosanitarios.
  - Informar a las mujeres residentes en centros o casas de acogida de los diferentes recursos en prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias y otras adicciones.

#### **Indicadores.**

- Número de programas adaptados a la perspectiva de género.
- Número de acciones de sensibilización.
- Número de participantes.
- Número de publicaciones editadas y número de ejemplares distribuidos.
- Número de acciones formativas y participantes.

#### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia (Instituto Balear de la Mujer).
- Consejería de Educación y Cultura.
- ONGs.
- Consejos Insulares.
- Instituciones penitenciarias.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.





## I. ÁMBITO DE LAS DISCAPACIDADES.

El ámbito de prevención y la asistencia en materia de drogodependencias y adicciones en las personas que pueden sufrir algún tipo de discapacidad (auditiva, visual...) es un ámbito poco desarrollado aunque de necesario análisis ya que, en primer lugar, hay que ir logrando de una forma progresiva que todo discapacitado tenga un acceso fácil y seguro (sin barreras) tanto a los servicios de asistencia como a los recursos preventivos y sociales.

Pero también hay que tener en cuenta que por sus específicas necesidades en ciertos tipos de discapacidades como, por ejemplo, las visuales y auditivas, y especialmente en los niños, jóvenes y adolescentes es importante realizar una especial adaptación en los programas preventivos, realizando concretos programas en drogodependencias y adicciones adaptados a este colectivo de personas de plenos derechos.

El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 pretende así colaborar en la normalización de este colectivo fundamental para nuestra sociedad y desea lograr a través de estas acciones que se produzca progresivamente una mayor integración a todos los niveles del colectivo balear de discapacitados en la vida cotidiana, en idénticas condiciones que el conjunto de toda la ciudadanía.

### **Objetivos.**

- Promover la incorporación de la perspectiva de las discapacidades en todos los programas preventivos y asistenciales en materia de drogodependencias y adicciones realizados a nivel local, insular y autonómico.
- Informar a la población con discapacidades de los efectos de las drogas y otras adicciones así como su problemática asociada.
- Propiciar la coordinación entre la Consejería de Presidencia y otras entidades relacionadas con las discapacidades y la Consejería de Salud y Consumo para realizar acciones y trabajos conjuntos.

### **Acciones.**

- Adaptar los programas de prevención de las drogodependencias y otras adicciones a las necesidades de los discapacitados para asegurar así la accesibilidad a todos.
- Realizar acciones de sensibilización adaptadas para las personas con discapacidades (auditivas, sensoriales, visuales...).
- Formar a educadores o personal relacionado con las discapacidades sobre la prevención de las drogodependencias y otras adicciones.
- Diseñar y editar material de información sobre drogas y adicciones adaptado a los discapacitados.
- Exigir la perspectiva de las discapacidades en los programas de prevención en drogodependencias y adicciones a nivel local, insular y autonómico.



### **Indicadores.**

- Número de programas adaptados.
- Número de acciones de sensibilización.
- Número de participantes.
- Número de publicaciones editadas y número de ejemplares distribuidos.
- Número de acciones formativas y participantes.

### **Entidades implicadas.**


- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia (IBAS).
- Consejería de Educación y Cultura.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- ONGs.
- Entidades sociales vinculadas a las discapacidades.
- Consejos Insulares.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

## **J. ÁMBITO DE LA INMIGRACIÓN.**

El fenómeno de la inmigración, debido a la globalización económica, ha generado unos movimientos migratorios elevados y no existe pueblo, nación o estado que en un momento u otro de su historia no haya participado de éstos y las Illes Balears no han sido ajenas a dicho fenómeno.

Aunque no hay estudios específicos sobre la incidencia del consumo de drogas en este grupo poblacional, sí disponemos de registros de solicitud de información y tratamiento de personas extranjeras con problemas asociados a las drogodependencias en general. Es fundamental en los casos de inmigración evitar los factores de riesgo y mayor vulnerabilidad (desarraigo, paro, marginalidad económica...) que en muchos casos pueden favorecer el consumo de drogas y/o sustancias adictivas, y todo ello para lograr progresivamente una sociedad más cohesionada, solidaria y menos fragmentada que permita una correcta y dinámica convivencia.

Tampoco podemos obviar que en nuestra comunidad autónoma residen muchos extranjeros, tanto comunitarios como extracomunitarios, que en algunos casos continúan el tratamiento iniciado en su país de origen pero también sobre los que hay que realizar una específica acción preventiva.




En el ámbito de la inmigración hay que hacer una mención especial a la perspectiva de género ya que la mujer inmigrante puede ser altamente vulnerable, no sólo por motivos de género sino también de su etnia, clase social y/o económica. Este hecho multicultural, que también hemos incluido dentro de la transversalidad del presente Plan, así como los hábitos de consumo, hacen que cada vez los diferentes servicios tengan que adaptarse a esta nueva situación y que ya no sean situaciones puntuales u ocasionales y que por lo tanto requieran ya de un tratamiento integrado en el sistema de prevención, atención e inserción social de las drogodependencias y adicciones en nuestra comunidad autónoma.

### **Objetivos.**

- Investigar la realidad sanitaria en el colectivo de inmigrantes y población extranjera comunitaria y extra-comunitaria.
- Informar a la población inmigrante de los efectos de las drogas y otras adicciones así como de los recursos existentes en materia de drogodependencias en general, especialmente entre los jóvenes.
- Propiciar la coordinación entre la Consejería de Presidencia, la Consejería de Inmigración y todas aquellas entidades o instituciones del campo de las drogodependencias y adicciones con la Consejería de Salud y Consumo en vistas a realizar acciones y actividades preventivas y sociosanitarias conjuntas.

### **Acciones.**

- Realizar acciones que propicien la participación de toda la población inmigrante y extranjera en los diferentes programas de drogodependencias y adicciones.
- Colaborar con las entidades de acción social para asegurar una correcta derivación de casos en temas e historias de inmigración y/o extranjería en temas de drogodependencias y otras adicciones.
- Realizar acciones de sensibilización sobre los efectos del consumo de todo tipo de drogas y adicciones, adaptadas específicamente a la población inmigrante y extranjera.
- Formar como agentes de salud en prevención de drogodependencias y/o adicciones a educadores y/o mediadores culturales y/o personas relacionadas con la inmigración o personas de esos colectivos que deseen serlo.
- Diseñar y editar material de información en materia de drogodependencias y adicciones, así como de los recursos existentes en las Illes Balears en prevención, asistencia e inserción social para la población inmigrante y extranjera (en diferentes idiomas).
- Apoyar la inclusión de programas de prevención de drogodependencias y adicciones en población inmigrante y/o extranjera en sus planes y programas de prevención a nivel local, insular y autonómico, articulando entre estas diferentes Administraciones Públicas una mejor coordinación para asegurar un exacto conocimiento del estado real de la situación.

- 
- Colaborar con la Consejería de Inmigración y otras entidades o departamentos vinculados al colectivo de inmigrantes y/o extranjeros para mejorar la atención sociosanitaria en materia de drogodependencias y adicciones de este colectivo.

#### **Indicadores.**


- Número de programas adaptados.
- Número de acciones de sensibilización.
- Número de participantes.
- Número de publicaciones editadas y número de ejemplares distribuidos.
- Número de acciones formativas y participantes.

#### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Inmigración.
- Consejería de Presidencia.
- Consejería de Educación y Cultura.
- Consejería de Turismo.
- ONGs.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- Asociaciones de inmigrantes y de residentes extranjeros.
- Consulados.
- Agencias de viajes.

#### **K. ÁMBITO JURÍDICO-PENITENCIARIO.**

A día de hoy, en el que nuestra comunidad autónoma no tiene asumidas las transferencias de las Instituciones penitenciarias, la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005, de 29 de abril) señala que el Gobierno de las Illes Balears, dentro de su ámbito competencial, tiene conferidas las siguientes atribuciones:

- 
- Ha de colaborar con la Administración penitenciaria para la realización de programas de educación sanitaria y de atención a reclusos con problemas de dependencia y a sus familias. También ha de impulsar programas de asistencia médica, jurídica, psicológica y social a las personas drogodependientes que se encuentran a la espera o inmersas en un procedimiento judicial en el marco de la jurisdicción penal, en colaboración con la Administración de Justicia. También tiene que, en ese sentido, promover programas que faciliten la incorporación social y laboral de reclusos y reclusas drogodependientes o con otras adicciones cuando finalicen su condena.
  - Ha de proporcionar, a través de los recursos públicos o privados acreditados, alternativas para las demandas de cumplimiento de medidas de seguridad, suspensión de la ejecución de la pena o cumplimiento de la misma en un centro terapéutico formuladas por la Administración de Justicia.
  - Ha de desarrollar, en el ámbito de la justicia juvenil, programas de educación para la salud y tratamiento terapéutico para los menores con problemas de dependencia en coordinación con todos los organismos implicados.

Estas acciones, enmarcadas en el presente Plan, estarán limitadas al ámbito de la colaboración interinstitucional, si bien los objetivos serán siempre la mejora de la atención a nivel preventivo y sociosanitario de la población reclusa y su progresiva inserción en la sociedad. No se puede olvidar que hay un importante número de personas drogodependientes en centros penitenciarios o que, sin estar en ellos, tienen pendientes causas judiciales, por lo que requieren una atención especial para progresivamente normalizar su situación.

Sin embargo, en el contexto actual, en el que no están asumidas las transferencias ni jurídicas ni penitenciarias, las acciones enmarcadas en este ámbito jurídico-penitenciario se basarán en acuerdos de colaboración entre las diferentes administraciones estatales, autonómicas y ONGs.

### **Objetivos.**


- Cumplimiento de la normativa autonómica y estatal en materia de drogodependencias y otras adicciones.
- Control y regulación de la normativa por parte de los ayuntamientos y mancomunidades potenciando la eficacia inspectora y policial.
- Propiciar la coordinación entre la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, el Ministerio de Justicia y la Consejería de Salud y Consumo y ONGs para poder incorporar estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias y adicciones realizados en el ámbito jurídico-penitenciario para la población reclusa o con problemas jurídico-penitenciarios.

### **Acciones.**

- Realizar acciones de sensibilización al colectivo empresarial (propietarios de bares, comercios y establecimientos comerciales) en relación al cumplimiento de la normativa legal en materia de venta de tabaco y alcohol –especialmente a menores-



- Realizar acciones de formación a la policía local y en la Escuela Balear de Administraciones Públicas (EBAP) sobre la aplicación de la normativa legal en materia de drogodependencias y adicciones y especialmente sobre su papel de agentes preventivos.
- Realizar acciones de formación para los funcionarios y trabajadores de los centros e instituciones penitenciarias en materia de prevención de las drogodependencias y adicciones.
- Realizar programas y actividades preventivas en relación con el consumo abusivo de drogas y sus consecuencias asociadas dentro de los centros penitenciarios o de internamiento de menores en colaboración con ONGs.
- Diseñar, editar y difundir material de información sobre las diferentes normativas en drogodependencias y adicciones.
- Desarrollar programas conjuntos o circuitos de trabajo entre los grupos terapéuticos de los Centros de Atención al Drogodependiente (CAD) de las Illes Balears y los grupos que realizan idéntica labor en el ámbito jurídico-penitenciario (Centros penitenciarios, Fiscalía de menores...).
- Colaborar con jueces, fiscales y directores/as de centros penitenciarios para desarrollar y mejorar las líneas de actuación en las siguientes áreas: coordinación sanitaria y jurídico-penitenciaria, continuación fuera y dentro de los programas del Centro Penitenciario y seguimiento del proceso de inserción (apoyo social).
- Colaborar con los diferentes servicios o unidades a nivel jurídico y penitenciario que tengan relación con las drogodependencias y adicciones a nivel de prevención, asistencia y/o tratamiento.
- Invitar a formar parte de la Comisión Técnica de Drogas a representantes de la judicatura, fiscalía e instituciones penitenciarias para mejorar el mútuo conocimiento de protocolos y /o actuaciones en personas drogodependientes o en situaciones vinculadas a esta temática, especialmente en relación a la protección de los derechos de los menores, en la perspectiva de género y en la asistencia y atención a la población reclusa drogodependiente.
- Incorporar estrategias preventivas y de educación para la salud en todos los programas de drogodependencias y adicciones que se lleven a cabo en el ámbito jurídico-penitenciario.
- Realizar campañas informativas sobre penalización del consumo y tráfico de drogas y sustancias psicoactivas (riesgos jurídico-penitenciarios y legales) a quienes viajen al extranjero.

- 
- Recibir o informarse sobre la situación y problemática asistencial y social de aquellos/as reclusos/as drogodependientes que siendo ciudadanos de las Illes Balears cumplan condena en centros penitenciarios en cárceles nacionales o extranjeras.

#### **Indicadores.**

- Número de programas y actuaciones preventivas realizadas en los centros e instituciones penitenciarias.
- Número de acciones formativas.
- Número de participantes.
- Número de publicaciones editadas y número de ejemplares distribuidos.


#### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Comercio e Industria.
- Consejería de Interior.
- Fiscalía de Menores.
- Delegación del Gobierno y/o Ministerio de Justicia.
- Instituciones penitenciarias.
- ONGs.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Asociaciones empresariales.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

#### **L. ÁMBITO MEDIÁTICO Y PUBLICITARIO.**

En la actualidad los medios de comunicación social son considerados en general como importantes elementos en la generación de valores, actitudes y estereotipos en nuestra sociedad y, por ello, con mucha influencia también en la temática de las drogodependencias. Por este motivo, existen en el campo de los medios de comunicación dos posibles enfoques o ejes de intervención:

- Sensibilización y formación de los profesionales de los medios de comunicación.

- 
- Concienciación social realizada a través de campañas de información dirigidas bien a la población general o a determinados y específicos ámbitos y/o colectivos.

El papel de los medios de comunicación social es muy importante y trascendental en la prevención de las drogodependencias en general y, particularmente, a través de su contribución a una adecuada información, concienciación y sensibilización de la sociedad. Sin lugar a dudas los medios de comunicación social son importantes factores en el campo de la salud y de la población general y por ello en el posible consumo de drogas y su prevención. Los medios de comunicación social, por su gran cobertura mediática pueden actuar modificando hábitos o determinadas prácticas de riesgo que pueden ser dañinas, o bien mantener o potenciar otras, siendo además estos medios verdaderos generadores de los llamados “estados de opinión”.

Es encomiable la labor diaria que desarrollan los medios de comunicación social tanto prensa como radio, televisión e internet; sin embargo, dado el poder atribuido a los medios de comunicación social y su incuestionable influencia en la opinión pública, hace que sea necesario colaborar decididamente para que esta información sea veraz, contrastada y con un claro mensaje preventivo e informativo. Por ello, es imprescindible que exista una coordinación entre los medios de comunicación social y las Administraciones Públicas para que la acción preventiva sea eficaz.

Por este motivo, es necesario que los medios de comunicación social tomen conciencia de su poder de convocatoria y difusión en la opinión pública e incorporen en sus estrategias de información acciones encaminadas a la prevención y al desarrollo de hábitos saludables y en especial de la prevención de las drogodependencias y adicciones.

También hay que destacar y recordar dentro de este ámbito la importancia que tiene la publicidad en la sociedad actual y especialmente entre niños, jóvenes y adolescentes de cara a la ingesta, por ejemplo, de tabaco y/o alcohol. De ahí que diferentes normativas, estatales y autonómicas, ya hayan regulado algunos aspectos publicitarios de la temática del tabaco, del alcohol, de las drogodependencias y ciertas adicciones. Sobre esto destaca la Ley General de Publicidad de 1988 que prohíbe específicamente “aquella publicidad que atente contra la dignidad de la persona o vulnere los valores y derechos reconocidos en la Constitución, especialmente en lo que se refiere a la infancia, la juventud y la mujer”.

De ahí la importancia que la información transmitida desde el sector de la publicidad a la población general y especialmente a los jóvenes tenga garantía total de objetividad y precisión informativa.

### **Objetivos.**

- Establecer canales de colaboración con los profesionales de los medios de comunicación para desarrollar acciones de información, asesoramiento y formación.
- Establecer criterios de la forma en que se han de tratar las drogodependencias y otras adicciones en los medios de comunicación social y en el sector de la publicidad.





### **Acciones.**


- Desarrollar acciones continuadas de formación, asesoramiento e información a los profesionales de los medios de comunicación social.
- Potenciar encuentros, foros, mesas redondas, jornadas sobre los tratamientos de la información a nivel de las drogodependencias y otras adicciones para los profesionales de dichos medios en las Illes Balears.
- Fomentar la colaboración pública y privada de los medios de comunicación social para difundir programas y mensajes preventivos.
- Fomentar que la formación de las drogodependencias y otras adicciones esté incluida en el currículo de las licenciaturas de Comunicación y Publicidad.
- Colaborar en la elaboración de un código deontológico y de autorregulación junto con los responsables de los medios de comunicación social y de la publicidad de las Illes Balears favoreciendo los buenos hábitos en salud y evitando los mensajes dirigidos hacia el consumo de drogas.
- Apoyar, técnica y científicamente, a los medios de comunicación social para favorecer líneas de trabajo que ofrezcan un tratamiento racional y objetivo a la sociedad en materia de drogodependencias y adicciones.
- Colaborar con los medios de comunicación social para obtener un concepto único de las drogodependencias y adicciones evitando disociaciones conceptuales (drogas duras-drogas blandas, drogas legales-drogas ilegales...) o asociaciones (diversión-consumo, libertad-consumo...).

### **Indicadores.**

- Número de asesoramientos realizados a los profesionales de los medios de comunicación social.
- Número de acciones formativas.
- Número de participantes.
- Número de encuentros, foros, mesas redondas, jornadas... realizadas a nivel de las drogodependencias y otras adicciones.

### **Entidades implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.

- 
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
  - Profesionales de los medios de comunicación social.
  - ONGs.
  - Empresas de publicidad.
  - Medios de comunicación social.

## 7.2. ASISTENCIA.

### Introducción.

En cualquier sociedad cuando una persona se convierte en usuaria de sustancias psicoactivas puede desarrollar enfermedades, patologías y manifestaciones tanto de tipo físico, psíquico y/o social y por ello puede que precise en uno u otro momento ayuda asistencial y atención sociosanitaria desde diferentes ámbitos (sanitario, servicios sociales, laboral, educativo, judicial...), siendo necesaria la participación de uno o varios de ellos en función de las necesidades de dicha persona.

Es precisamente a través de la estrategia asistencial como se deberán ordenar, coordinar, potenciar y optimizar todos los recursos existentes en la red de drogodependencias y adicciones de las Illes Balears y coordinarlos con otros servicios sanitarios y sociales de la comunidad autónoma para hacer más efectiva la actuación sobre la población drogodependiente.

La Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005, de 29 de abril) estipula y establece unos principios básicos a seguir en el modelo balear de atención a la población drogodependiente:

- La oferta terapéutica deberá ser individualizada, accesible, diversificada, flexible, de total voluntariedad para los posibles usuarios, dilatada en el tiempo, profesionalizada y de carácter interdisciplinar con programas asistenciales que den respuesta individual pero a la vez con carácter institucional.
- La atención sociosanitaria se ha de prestar preferentemente integrada en el medio más próximo al domicilio de las personas y de su entorno sociofamiliar, garantizando la cobertura asistencial a toda la población de la comunidad autónoma.
- Las administraciones públicas han de garantizar la asistencia sanitaria y psicosocial de las personas con problemas de adicción y el apoyo a sus familias en condiciones de equidad con otras enfermedades.
- Las administraciones públicas han de velar, dentro de su marco competencial, por el estímulo de la demanda asistencial y del contacto de las personas con drogodependencias y otras adicciones con los dispositivos asistenciales y sociales de inserción de la red sociosanitaria balear, garantizando siempre el libre acceso y la gratuidad de las prestaciones.

Además, esta oferta terapéutica de atención al drogodependiente debe realizarse de una forma coordinada y jerarquizada que integre los diferentes servicios y equipos sociosanitarios no sólo para una mejor gestión de los recursos sino especialmente para una mejor asistencia al usuario. De tal manera que la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears, recogiendo la filosofía de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, estructura la atención al drogodependiente en nuestra comunidad autónoma en tres niveles básicos de intervención (tabla 28):

- A) Primer Nivel: formado por los servicios de atención primaria de salud y de los servicios sociales, servicios de urgencia sanitaria y programas que se puedan desarrollar para la información, orientación, motivación, diagnóstico y detección precoz de cualquier tipo de drogodependencia y/o adicción.
- B) Segundo Nivel: formado por equipos ambulatorios interdisciplinarios, que tienen como función específica el diseño de planes terapéuticos individualizados.
- C) Tercer Nivel: formado por los programas y servicios ofertados para aquellas personas que por las características de su dependencia o por sus circunstancias personales requieran de una atención sociosanitaria que no puedan recibir de forma ambulatoria.

**Tabla 28. Funciones asumidas en cada nivel de recursos asistenciales en drogodependencias y adicciones.**

Niveles	Funciones
A) Primer nivel. - Servicios de Atención Primaria. - Servicios Sociales Generales. - Servicios Informativos.	- Actuar como puerta de acceso a la red asistencial. - Detectar la existencia de problemas relacionados con el consumo. - Derivar pacientes a los servicios especializados de segundo o tercer nivel. - Prestar información y asesoramiento básicos a pacientes y familias. - Atender la problemática orgánica y social asociada al consumo. - Actuar como puerta de salida de la red asistencial (apoyo a inserción).
B) Segundo nivel. - Centros de Atención al Drogodependiente. (CAD).	- Diagnóstico, evaluación y tratamiento. - Coordinar actuaciones. - Derivar pacientes a los servicios especializados de tercer nivel. - Participar en actuaciones del primer nivel (prevención) y tercer nivel (inserción).
C) Tercer nivel. - Recursos altamente especializados (*).	- Prestar atención altamente especializada por un tiempo limitado. - Derivar a los pacientes atendidos al dispositivo de referencia (al finalizar la intervención).

(\*) Comunidades terapéuticas, centros de día, pisos de inserción, pisos de tratamiento, unidades de desintoxicación hospitalaria, programas de mantenimiento con metadona...



Todo este circuito terapéutico de atención al drogodependiente tiene unas funciones básicas y un objetivo final: Ofrecer una asistencia multiterapéutica al drogodependiente que logre una disminución de la morbimortalidad del usuario, una buena calidad de vida así como la deseada abstinencia y la mejora de la adaptación e integración social de dicho individuo.


En el desarrollo de este proceso asistencial se tendrá en cuenta que:


- Los dispositivos que configuran la red de atención a las drogodependencias deberán estar perfectamente coordinados para asegurar al drogodependiente una intervención terapéutica integral.
- Se deberán atender cualquier tipo de drogodependencias y adicciones.
- La asistencia al enfermo deberá realizarse desde la red normalizada del Sistema Balear de Salud en coordinación con el Sistema Balear de Servicios Sociales y la Red Balear de Salud Mental.
- Se deberán adecuar los recursos de la red en función de las necesidades de la población drogodependiente, incorporando, cuando sea necesario, los recursos privados convenientemente acreditados y evaluados para completar y diversificar los programas terapéuticos.
- La familia y el entorno afectivo del drogodependiente constituyen el núcleo de atención e intervención profesional.
- Se desarrollarán o ampliarán programas terapéuticos ajustados a las características y demandas que presentan los distintos grupos de drogodependientes y a las nuevas formas emergentes de consumo, prestando en este sentido una muy especial atención a los jóvenes y adolescentes, a las mujeres con problemas de adicción, a los inmigrantes y a las personas alcohólicas y toxicómanas con problemas de comorbilidad psiquiátrica y patología dual.
- Se deberán potenciar los programas de reducción de daños para asegurar la mejora de las condiciones sanitarias y sociales de los drogodependientes.

### **Objetivos.**

- El objetivo general de la asistencia, como área estratégica de intervención que es, supone atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones desde una red de atención ágil, amplia, integrada y normalizada en los sistemas públicos de salud y servicios sociales, que permita ofrecer una respuesta asistencial adecuada a las necesidades de la población drogodependiente balear.


Este objetivo general deberá desarrollarse a través de los siguientes objetivos específicos:


- 
- Definir un modelo de atención integral de atención a las personas con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas y otras adicciones que permita una respuesta efectiva y diversificada a los distintos problemas que aparecen en este ámbito.
  - Consolidar una red sanitaria asistencial que recoja una amplia oferta de recursos terapéuticos tanto de tipo ambulatorio como hospitalario y/o residencial.
  - Mejorar la coordinación de los diferentes equipos asistenciales interinstitucionales.
  - Evitar desequilibrios territoriales estableciendo una oferta mínima de programas en toda la red asistencial.
  - Impulsar recursos y programas para conseguir que todas las adicciones y las formas de consumo sean atendidas desde la red asistencial.
  - Adaptar los recursos existentes a la aparición de nuevas sustancias así como al posible y periódico cambio de los patrones de consumo.
  - Potenciar los programas de reducción de daños y disminución del riesgo para evitar o mitigar los problemas asociados al abuso de drogas en aquellas personas usuarias de drogas con problemas de adicción, donde la finalidad no es la abstinencia, bien porque su situación física o psíquica no lo permite, bien porque no está entre sus objetivos el dejar de consumir drogas.
  - Impulsar programas orientados a la promoción de la salud dirigidos de forma prioritaria a colectivos en situación de riesgo, como a las personas drogodependientes no adscritas a ningún tratamiento, en situación de alta exclusión o con patología psiquiátrica.
  - Ofrecer programas de intervención específicos para menores con problemas derivados del uso de sustancias psicoactivas y otras adicciones o en familias con hijos cuyos padres son drogodependientes.
  - Incluir estrategias y actuaciones de incorporación social dentro del circuito terapéutico de la red de recursos, potenciando el protagonismo de cada persona en su propio proceso.
  - Establecer y potenciar una adecuada coordinación con el sistema judicial en relación a las personas drogodependientes con problemas penales (medidas alternativas) e impulsar programas específicos dirigidos a la población reclusa, en función de sus necesidades, con problemas de drogodependencias y/o adicciones haciendo especial hincapié en la atención a las mujeres reclusas.
  - Diseñar metodologías e instrumentos que permitan evaluar la actividad asistencial de los diferentes recursos de la red.

- 
- Mantener el tiempo de espera actual para el acceso a los diferentes recursos y programas.
  - Incrementar la información dirigida a toda la población sobre la oferta de servicios y programas de los centros asistenciales y especialmente a los ámbitos, colectivos y áreas de mayor riesgo.
  - Establecer mecanismos de acreditación y evaluación que garanticen la calidad de las prestaciones y servicios ofrecidos.
  - Distribuir objetivamente la dotación de recursos utilizando criterios de oferta y demanda.
  - Reforzar los mecanismos de coordinación y la oferta de servicios y programas para el tratamiento de menores infractores drogodependientes y de pacientes con patología dual.
  - Potenciar los programas y recursos dirigidos específicamente a mujeres drogodependientes con cargas familiares no compartidas y con otros factores añadidos de riesgo.
  - Adaptar los programas de asistencia para drogodependientes al ámbito de la discapacidad.

### **Acciones.**

- Desarrollar el modelo integral de atención al drogodependiente.
- Integración progresiva de los Centros de Atención a las Drogodependencias de toda la comunidad autónoma dentro de los diferentes Centros de Salud o Consultorios de la red asistencial pública balear.
- Mejorar la coordinación entre los Centros de Atención a las Drogodependencias de toda la comunidad autónoma y la red de servicios sociales generales y específicos, instituciones penitenciarias, servicio de protección de menores y movimientos asociativos.
- Elaborar un protocolo de derivación y de reuniones de coordinación y seguimiento de los pacientes entre los Centros de Atención a las Drogodependencias de toda la comunidad autónoma y la red de servicios sociales generales y específicos, instituciones penitenciarias, servicio de protección de menores y movimientos asociativos.
- Elaborar una carta de servicios de los recursos asistenciales.
- Definir una oferta mínima de programas y servicios que se ofrecerán desde la red asistencial con la finalidad de evitar desequilibrios territoriales y optimizar la coordinación.


- 
- Definir los diferentes programas de intervención para objetivos, población diana, actuaciones, criterios de inclusión, de exclusión, derivación y evaluación.
  - Integrar la realización de horarios flexibles –en la medida de lo posible- de atención al paciente para mejora de la asistencia.
  - Adaptación progresiva de la red asistencial a las demandas de las diferentes adicciones tanto con sustancia (adicciones químicas) como sin sustancia (adicciones psicológicas).
  - Incluir la atención urgente a usuarios con necesidades especiales en todos los recursos y programas del Plan.
  - Ampliar la oferta de programas en función de las necesidades detectadas por los equipos terapéuticos.
  - Unificar y elaborar protocolos de actuación consensuados entre los diferentes equipos.
  - Ampliar la dispensación de metadona a través de los centros de salud y oficinas de farmacia.
  - Acercar los recursos y programas de intervención a las zonas identificadas con mayor demanda e incidencia en el consumo.
  - Ampliar y consolidar los dispositivos móviles en los escenarios de consumo para favorecer la reducción del riesgo y el daño.
  - Adaptar los procedimientos de detección precoz y de intervención asistencial a las características especiales de los diferentes colectivos en situación de riesgo (inmigrantes, mujeres embarazadas, tercera edad, población reclusa, menores...).
  - Elaborar protocolos consensuados de derivación y seguimiento entre la red de Salud Mental y la Red de Drogodependencias para mejorar la labor y gestión de recursos técnicos y humanos de todos sus equipos.
  - Crear una línea de trabajo, coordinación y cooperación activa entre el Plan Autonómico de Salud Mental y el Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones.
  - Definir los itinerarios de incorporación social conjuntamente con la persona afectada, teniendo en cuenta la diversidad de la población, del entorno social y del contexto personal.
  - Establecer adecuados canales de información y consulta con los consumidores en activo para su participación en el diseño, implantación y seguimiento de los programas.

- 
- Apoyar y poner en marcha una Unidad específica de Patología Dual en la comunidad autónoma de las Illes Balears en colaboración con otros servicios, departamentos o planes asistenciales, especialmente con la Coordinación Autonómica de Salud Mental del Servei de Salut para realizar un tratamiento integrado de pacientes con patología psiquiátrica y drogodependencia derivados de los diferentes Centros de Atención al Drogodependiente y otros centros sanitarios o sociales.
  - Mejorar y apoyar la ampliación técnica, humana y funcional de la Unidad de Desintoxicación Alcohólica del Hospital Joan March (GESMA) para que siga tratando adecuadamente los pacientes alcohólicos a través de los programas de desintoxicación, deshabituación y rehabilitación en régimen de internamiento.
  - Colaborar con las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas para continuar la labor asistencial realizada y mejorar los protocolos de derivación de pacientes alcohólicos o consumidores de otras drogas desde los servicios de urgencia psiquiátricos u otros departamentos.
  - Apoyar e iniciar nuevos estudios para aumentar los recursos existentes en la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Universitario Son Dureta o en futuros emplazamientos para continuar realizando la cobertura asistencial de los pacientes drogodependientes que requieren desintoxicación hospitalaria.
  - Colaborar con las entidades, ONGs y asociaciones que disponen de comunidades terapéuticas para mejorar su labor asistencial.
  - Seguir potenciando y mejorando la coordinación de la derivación de pacientes desde los recursos de atención primaria y de los Centros de Atención al Drogodependiente hacia los Centros de Día.
  - Detectar y analizar nuevas formas de consumo y su expresión psicopatológica y desarrollar un posible proceso de intervención.
  - Consolidar estrategias dirigidas a la detección, captación y tratamiento de drogodependientes con gran deterioro biopsicosocial.

Los objetivos asistenciales generales y específicos y acciones mencionadas hasta ahora se desarrollarán dentro del Plan a través de unos programas determinados y sustentados en unos dispositivos de apoyo, información y tratamiento determinados:

- Programas de reducción del daño.
- Programas de sustitución con agonistas.
- Programas libres de drogas.



- 
- Programas de prevención de recaídas.
  - Dispositivos de apoyo.
  - Dispositivos de información y tratamiento a jóvenes consumidores y familiares.

### **7.2.1. PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO.**

Este tipo de programas están enfocados al desarrollo de toda una serie de estrategias o modelos de intervención para que el nunca deseado uso de drogas produzca el menor daño posible a la sociedad, al ciudadano y al propio usuario y están fundamentados prioritariamente en la educación sanitaria. No podemos olvidar que en la epidemia del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), las muertes por reacciones adversas (sobredosis) y otras enfermedades infecciosas han sido responsables durante muchos años de una gran mortalidad en los usuarios de drogas por vía parenteral. Este hecho fue el desencadenante del desarrollo de estos programas de reducción de riesgos y daños para disminuir precisamente la extensión de la epidemia y la mortalidad.

La existencia de este modelo de intervención tiene como determinantes el alto porcentaje de adictos a drogas afectados por el virus del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y el elevado riesgo de contagio debido a la forma de consumo y a las prácticas sexuales de riesgo que éstos frecuentan. Por otra parte, este tipo de programas acercan a un gran número de adictos activos a la red asistencial, lo que permite realizar acciones de tipo psicosocial que complementan las sanitarias, lo que a su vez puede repercutir favorablemente en el paso a programas de mayor exigencia siendo este último aspecto, un hecho fundamental para entender la complementariedad de este tipo de dispositivos con los tradicionales programas libres de drogas.

#### **Objetivos.**

- Disminuir los efectos negativos del uso de drogas.
- Reducir el número de fallecidos por reacción aguda al consumo de drogas.
- Evitar la transmisión del VIH/SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- Reducir la marginalidad.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas.
- Ampliar y diversificar las posibilidades de intervención en los centros de tratamiento.
- Identificar las necesidades de los usuarios que no están en tratamiento.
- Influir en la comunidad para facilitar la comprensión de los problemas derivados del consumo.




- Favorecer la cobertura de necesidades básicas como la alimentación, la vivienda y la higiene.
- Apoyar la participación del usuario de drogas en definir sus necesidades.
- Facilitar los medios para un consumo de menor riesgo.
- Disminuir la actividad delictiva.

### **Acciones.**

- Suministrar jeringuillas y preservativos.
- Ofrecer información y asesoramiento sobre recursos asistenciales.
- Servir de nexo de unión entre el usuario de drogas y la red general de salud y servicios sociales.
- Proporcionar al usuario de drogas formación en cuidados mínimos de enfermería.
- Realizar el seguimiento de posibles complicaciones orgánicas.
- Ofrecer información y educación sanitaria a través de programas de promoción y educación para la salud.
- Desarrollar talleres de prevención de sobredosis y protocolos de actuación en estos determinados casos.

### **Indicadores.**

- Número de personas, tipología y atenciones realizadas.
- Número de folletos informativos sobre VIH y otras ETS distribuidos y número de personas beneficiarias.
- Número de actividades de educación para la salud realizadas.
- Número de jeringuillas intercambiadas.
- Número de preservativos entregados.
- Número de test de embarazo realizados.
- Número y tipo de demandas sociales y sanitarias atendidas.
- Número y tipo de derivaciones.
- Número y tipo de acompañamientos realizados.

- 
- Número de atenciones realizadas a mujeres embarazadas.
  - Número de recursos contactados.
  - Número de reuniones con personal sanitario y servicios sociales y eficacia de las mismas.
  - Número de personas en tratamiento con antiretrovirales.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Centros penitenciarios.
- ONGs.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

### **7.2.2. PROGRAMAS DE SUSTITUCIÓN CON AGONISTAS.**

Tienen como finalidad estabilizar al adicto y modificar sus hábitos de consumo de una sustancia ilegal a otra controlada médicamente.

#### **Objetivos.**

- Incidir en el cambio de comportamientos problemáticos en cuanto a consumo de sustancias por otro patrón más adaptativo.
- Reducir la administración endovenosa.
- Prevenir la aparición de nuevos casos de contagio por el VIH en la población drogodependiente.
- Elevar el índice de retención de los pacientes en relación al tiempo de permanencia en los centros.
- Captar nuevos pacientes que por sus características psicosociales no acceden a los servicios de salud normalizados.
- Disminuir el riesgo de complicaciones médicas.
- Aumentar el control sanitario.
- Disminuir los actos delictivos.




- Mejorar la salud mental y psicosocial de los pacientes.
- Estabilización metabólica.
- Disminuir los episodios de intoxicación/deprivación.
- Disminuir el consumo de otras sustancias.
- Reducir la mortalidad.
- Favorecer la incorporación laboral.
- Facilitar el tratamiento para quienes no quieren mantenerse libres de drogas.
- Facilitar el acceso a programas libres de drogas.
- Prevenir las sobredosis.

#### **Acciones.**

- Realizar la prescripción de metadona.
- Fomentar la comunicación y coordinación con los centros dispensadores y otros recursos implicados.
- Impulsar un sistema de incorporación rápida al programa para pacientes especiales (centro penitenciario, transeúntes y patologías muy graves).
- Educar a los pacientes sobre su vulnerabilidad a la tolerancia cruzada, las interacciones entre las drogas y su potenciación, la sustitución de dependencias y la automedicación.
- Fomentar la coordinación con los servicios de medicina interna y salud mental.
- Fomentar la coordinación con servicios sociales.
- Facilitar el acceso a otros recursos asistenciales.

#### **Indicadores.**

- Número de pacientes que inician y que finalizan el programa según las distintas causas.
- Número de casos en tratamiento al final de cada periodo anual.
- Número de puntos de dispensación y media de pacientes por punto.
- Tasa de pacientes en programa sobre el total de pacientes tratados al final del año.

- 
- Número de pacientes derivados a otras consultas sanitarias.
  - Número de pacientes derivados a tratamientos de mayor exigencia.
  - Número de derivaciones a servicios sociales.
  - Número de pacientes que se mantienen en programa.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Ministerio de Sanidad.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Colegio de Farmaceúuticos.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- ONGs.

### **7.2.3. PROGRAMAS LIBRES DE DROGAS.**

Incluyen un conjunto de intervenciones que persigue la consecución y el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas de la población drogodependiente, además de la introducción de una serie de cambios en los estilos de vida que posibiliten a los sujetos el desarrollo de un proyecto de vida no conflictivo con su entorno social.

#### **Objetivos.**

- Restaurar en el organismo del individuo la capacidad de mantener su equilibrio funcional sin la presencia del tóxico.
- Ruptura de los hábitos personales de consumo.
- Reorganización de las interacciones con el ámbito laboral y social.

#### **Acciones.**

- Desintoxicación: proceso de superación del síndrome de abstinencia y supresión del tóxico.
- Deshabitación: proceso de adquisición por parte del drogodependiente de capacidades y recursos que le permitan superar la dependencia de las drogas.
- Inserción social: proceso de progresiva normalización de estilos de vida y consecución de un aceptable nivel de compatibilidad social.

**Indicadores.**

- Número de desintoxicaciones iniciadas.
- Número de altas terapéuticas.

**Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- ONGs.

## 7.2.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

Una recaída supone un proceso más o menos largo que se inicia cuando se incumple la decisión de mantener la abstinencia de la ingesta de cualquier tipo de sustancia psicoactiva. Por ello, en el programa de prevención de recaídas la intervención psicosocial trata de abordar en el usuario todos aquellos aspectos relacionados con la dependencia psicológica (en aquellos casos en que ha habido una previa desintoxicación de la sustancia), su desarrollo personal, habilidades y relaciones sociales, ocupación de tiempo libre, formación y capacitación laboral, así como su integración y normalización en su comunidad. La intervención es tanto a nivel de los usuarios como a nivel de la familia, así como con otras instituciones, coordinando la gestión de aquellos recursos sociosanitarios necesarios para la rehabilitación e incorporación social.

**Objetivos.**

- Evaluar la conducta adictiva y los aspectos que la rodean (estado mental del usuario, relaciones sociofamiliares, nivel de formación...).
- Motivar hacia el cambio de actitudes, hábitos, creencias, valores...
- Dotar de estrategias y habilidades de afrontamiento para un cambio de actitud que le permita establecer relaciones positivas y adecuadas a su medio social.
- Intervenir sobre el sistema familiar normalizando la convivencia.
- Potenciar la formación y capacitación laboral, así como el entrenamiento personal.
- Fomentar la faceta del ocio y del tiempo libre.
- Coordinar la gestión de los recursos sociales.



### **Acciones.**

A través de terapias individuales, grupales y/o familiares se deberá:

- Entrenar el autocontrol de la ansiedad y la depresión.
- Aumentar la capacidad de autocontrol, análisis y mejora de la autoestima.
- Fomentar el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas.
- Entrenar en la discriminación de situaciones de riesgo y en habilidades de afrontamiento.
- Entrenar en el aprendizaje de habilidades sociales (adquisición de comportamientos asertivos, inicio y mantenimiento de conversaciones, expresión de opiniones y emociones).
- Entrenar en realizar una adecuada estructuración del tiempo libre y puesta en marcha de actividades gratificantes y alternativas al consumo.

### **Indicadores.**

- Número de altas en el programa.
- Número de abandonos.
- Número de recaídas.
- Número de familiares atendidos y asistentes a las terapias de familia grupales.

### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- ONGs.
- Asociaciones de Tiempo Libre.

## **7.2.5. DISPOSITIVOS DE APOYO.**

### **a) Unidades de desintoxicación hospitalaria.**

Son dispositivos asistenciales sanitarios de internamiento generalmente hospitalario y de estancia breve (10-15 días) específicos para la desintoxicación.



### **Objetivos.**

- Atender la sintomatología del Síndrome de Abstinencia Orgánico restaurando en el organismo la capacidad de mantener el equilibrio funcional sin la presencia del tóxico.

### **b) Comunidades terapéuticas.**

Son dispositivos de tratamiento, por lo general en el ámbito rural, que funcionan en régimen de internamiento y de larga estancia, con un control rígido sobre el paciente con actividades terapéutico-educativas orientadas a la integración social del paciente.

### **Objetivos.**

- Facilitar la desintoxicación, deshabituación y tratamientos con sustitutivos, de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios, en un entorno controlado.
- Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su posterior incorporación social.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

### **c) Viviendas de apoyo al tratamiento y viviendas de apoyo a la reinserción.**

Son recursos destinados a drogodependientes sin una estructura social mínima que les permita una normalización de su vida. Se conciben como unidades alternativas para aquellos drogodependientes que se encuentran en un estado avanzado de rehabilitación pero carecen de un medio sociofamiliar adecuado para completar el programa.

### **Objetivos.**

- Cubrir las necesidades básicas de los drogodependientes que inicien tratamiento.
- Facilitar un lugar físico donde realizar los tratamientos de desintoxicación ambulatoria y/o de mantenimiento con metadona.
- Preparación del afectado para la adaptación a otros recursos.
- Normalizar la convivencia en un espacio más cercano a la realidad psicosocial del individuo.
- Aprender a manejar las técnicas necesarias para un mejor desenvolvimiento en el medio social.
- Aprender técnicas de uso del ocio y tiempo libre dentro del marco social normalizado.
- Realizar tareas formativas a nivel académico y/o laboral.





#### **d) Centros de día.**

Son centros especializados en tratamiento ambulatorio para atender a un drogodependiente sin patología psiquiátrica, más desestructurado psicológica, social y físicamente. Están dirigidos a personas que precisan pasar más tiempo en los centros de tratamiento y mayor atención antes de poder utilizar los recursos normalizados, siendo su tratamiento de tipo farmacológico, biopsicosocial, libre de drogas y ocupacional.

#### **Objetivos.**

- Facilitar diferentes niveles de incorporación social en el drogodependiente que presenta dificultades de socialización.
- Facilitar la normalización de las conductas alteradas por el consumo de drogas.
- Facilitar el mantenimiento de la abstinencia y preparar el acceso a otro recurso o programa de la red.
- Posibilitar intervenciones de apoyo que faciliten el desarrollo de los programas de reducción de daños.

#### **e) Centros de emergencia social.**

Son recursos de carácter ambulatorio que intervienen a demanda mediante actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y a disminuir la morbilidad y la mortalidad del drogodependiente.

#### **Objetivos.**

- Paliar o minimizar los riesgos y las consecuencias del consumo de drogas.
- Tomar contacto con drogodependientes que normalmente no acceden a ningún tipo de recurso.
- Facilitar el mantenimiento de medidas higiénicas básicas.
- Fomentar y ofrecer la posibilidad de integrar medidas de menor riesgo en el consumo.
- Motivar y preparar para iniciar un tratamiento.


### **7.2.6. DISPOSITIVOS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO A JÓVENES Y FAMILIARES.**

#### **Objetivos generales.**

- Crear un espacio terapéutico específico enfocado a jóvenes consumidores y sus familias.

#### **Objetivos específicos.**

- Evaluar el impacto de conductas de consumos problemáticos en jóvenes y adolescentes.
- Orientar a padres y familiares respecto a la intervención que puede tener la propia familia en el tratamiento del problema.
- Analizar los consumos problemáticos dentro de la situación global de la familia, en conexión con otros elementos o situaciones con las que pueda estar en interacción.

- 
- Desarrollar habilidades personales para la evitación de consumos problemáticos.
  - Promover fenómenos de identificación y compromiso a través del grupo de iguales.

#### **Acciones.**

- Realización de grupos de padres y madres –terapia familiar-.
- Realización de grupos de jóvenes.
- Valoración de la demanda y orientación de familias concretas.

#### **Indicadores.**

- Número de familias que acuden al programa.
- Retención de familias y/o jóvenes a los grupos.
- Número de jóvenes que acceden al programa.

## **7.3. INSERCIÓN SOCIAL.**


### **Introducción.**

Ser parte de la sociedad significa tener la capacidad para influir y la disposición para participar en el entorno social, con el objetivo de mejorar la propia calidad de vida y la de su comunidad. Significa pues disfrutar de los derechos sociales y oportunidades vitales fundamentales, en definitiva, tener posibilidad del ejercicio del derecho a la ciudadanía. Se puede entender por integración social el grado de autonomía personal y participación social del individuo en su entorno como sujeto de derechos y deberes. La inserción social del drogodependiente exige, por un lado, una intervención integral que incida en los diferentes planos de la persona: individual, relacional, familiar, educativo, sanitario, laboral, etc.. Y, por otro lado, una actuación en el entorno social que lo excluye y que tiene la responsabilidad de articular los medios necesarios para facilitarle de nuevo el acceso.

Hasta ahora, la inserción se planteaba en las ofertas terapéuticas, como la última fase de la intervención, pero la inserción tiene que plantearse como un proceso gradual, con avances y retrocesos, que se inicia y discurre simultáneamente con las intervenciones rehabilitadoras.

La inserción social del drogodependiente se define como un proceso individualizado que reafirma los éxitos terapéuticos y es a la vez un proceso educativo de asimilación crítica y personalizada de valores, normas y conductas del grupo social al que se incorpora.

Las intervenciones en el área de la integración y/o inserción social se dirigen a evitar la estigmatización social del drogodependiente y el criterio general de trabajo será utilizar los



recursos normalizados disponibles en la comunidad. Esto, sin embargo, no es incompatible con la creación y el desarrollo de actuaciones específicas que fomenten los procesos educativos para cubrir las carencias que haya ocasionado la drogodependencia.

Por otro lado, cuando se trabaja con personas que tienen dificultad en su proceso de inserción, es importante buscar la contribución de la comunidad, así como la organización y coordinación con otros servicios de soporte en los medios comunitarios, es decir, trabajar en red para crear un medio y soporte más profesional, eficaz y personal, intentando ofrecer un servicio integral. Para poder hacerlo se necesita conseguir una coordinación entre los sectores públicos y privados, y entre todos los agentes implicados.

Los criterios de cómo tienen que ser los programas de inserción quedan definidos en la Ley 4/2005, de drogodependencias y otras adicciones de las Illes Balears en cuyos artículos 36 y 37, señala que:


- La incorporación o inserción social forma parte indisoluble del proceso de atención del drogodependiente. Desde el primer momento de la acogida del paciente, se tiene que trabajar con el objetivo de la inserción.
- La incorporación o inserción social ha de ser integral. Por ello, cualquier modelo de intervención que se aplique ha de tener como objetivo, promover la mejora de la calidad de vida y asumir actitudes y hábitos de autonomía personal, autoestima y responsabilidades sociales teniendo que utilizar principalmente los recursos normalizados de la comunidad.

Teniendo en cuenta estos criterios, los programas de inserción social tenderán a promover:

- Acuerdos entre instituciones y entidades con el objeto de conseguir una atención global a las necesidades de salud y de integración de los usuarios.
- Programas destinados a cubrir las necesidades específicas de los drogodependientes.
- Coordinación entre los programas asistenciales y los específicos de incorporación social para asegurar un abordaje integral y continuado.

Los programas de incorporación social deberían ser de la siguiente manera:

- Tienen que ser programas personalizados por lo que se tendrán que programar itinerarios individuales.
- Tienen que ser programas diseñados conjuntamente con la persona que debe recibir el programa por lo que se potenciará su protagonismo de forma que asuma progresivamente su proceso de incorporación social.
- Tienen que ser programas flexibles, adaptándolos a la dinámica personal.

- 
- Tienen que ser programas adaptados a las características del entorno, teniendo en cuenta la realidad social y local, las carencias y potencialidad del medio.
  - Se ha de tener en cuenta en dichos programas la adquisición de hábitos formativos, de habilidades laborales siendo las medidas de formación y empleo un instrumento fundamental en el proceso de incorporación o inserción.
  - Se ha de tener en cuenta también que no existe un recurso para cada problema y que los recursos comunitarios tienen que adaptarse a las diferentes situaciones problemáticas, teniéndose que buscar fórmulas específicas para aquellas personas que no puedan adaptarse a las redes normalizadas.

### **Objetivos.**

- Desarrollar e impulsar la colaboración y coordinación de la red de servicios sociales, empleo, salud mental y drogodependencias en materia de inserción social.
- Facilitar el acceso y mantenimiento de las personas con problemas de drogodependencias los recursos sanitarios y sociales normalizados, tanto de la atención primaria como de la especializada.
- Promocionar la implantación de programas preventivos y de reducción de riesgos y daños a menores en situación de riesgo.
- Facilitar la integración en el medio familiar y las adecuadas relaciones familiares que favorezcan la incorporación social.
- Favorecer la formación profesional e incorporación de los drogodependientes al medio laboral.
- Propiciar sistemas de acompañamiento y tutela para personas drogodependientes con alta exclusión social.
- Mejorar la oferta de los programas preventivos y de reducción de riesgos y daños dirigidos a personas drogodependientes internadas en centros penitenciarios.
- Potenciar el ingreso de reclusos dependientes a recursos formativos laborales.
- Consolidar el número de plazas residenciales y centros de día existentes en la atención de las drogodependencias y adicciones.
- Sensibilizar a las empresas y sindicatos para la contratación de personas con esta problemática.
- Garantizar la atención de todas las necesidades básicas de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, favoreciendo sus respectivos procesos de normalización social.




## Acciones.

- Incrementar el número de acciones formativas e informativas destinadas a personas con problemas de drogodependencia y adicciones sobre educación y protección de la salud (enfermedades transmisibles, sexo seguro, prevención de sobredosis, consumo con menor riesgo...).
- Consolidar los programas de intercambio de jeringuillas manteniendo la cobertura de las necesidades.
- Reforzar los centros de acogida y centros de emergencia social para que den una cobertura rápida y global a las demandas de este colectivo.
- Fomentar el voluntariado incrementando los sistemas y recursos de acompañamiento realizando la oportuna formación de las personas que deseen realizar esta acción.
- Facilitar el acceso al tratamiento en el exterior a las personas drogodependientes internadas en centros penitenciarios.
- Impulsar acuerdos de colaboración entre las diferentes instituciones, sindicatos, entidades y ONGs para establecer fórmulas ocupacionales de formación.
- Fomentar la integración del drogodependiente en proceso de reinserción social en las actividades de tiempo libre existentes.
- Facilitar la inserción social mediante la acción concertada con otras entidades y ONGs que trabajan en la inserción sociolaboral a nivel técnico y económico (pisos protegidos, casas de acogida...).
- Asesorar y formar a familias de alto riesgo sobre habilidades parentales, saludables...
- Delimitar y definir funciones, competencias y actuaciones de cada una de las Administraciones Públicas o instituciones implicadas en el proceso de incorporación social para una mejor gestión de todos los recursos existentes (alimentación, vivienda, higiene, pernocta...) y con ello una mejor atención integral a la persona.
- Facilitar el acceso a los recursos de ayuda social y económica existentes para los drogodependientes y/o adictos en procesos de depauperación social.
- Favorecer la formación que permita una mayor capacitación para el desempeño de un empleo y los mecanismos que permitan obtenerlo.
- Actualizar permanentemente la guía de recursos de drogodependencias en general de la comunidad autónoma y de inserción social en especial (centros de emergencia, albergues, casas de acogida, centros de día...).



- Mejorar el nivel de recursos que permitan una garantía de albergue, cobijo y residencia a nivel público y/o concertado (pisos compartidos, pisos tutelados...).
- Mejorar la coordinación interinstitucional a nivel social y laboral así como crear o potenciar los protocolos existentes para mejorar el proceso de inserción sociolaboral.
- Contactar con fundaciones y entidades públicas y/o privadas para firmar convenios de colaboración en materia de inserción sociolaboral que permitan obtener y cubrir las necesidades básicas de los procesos de inserción (vivienda, alimentación, higiene...).
- Favorecer el desarrollo de redes y recursos de autoayuda, asociacionismo y tiempo libre para la población drogodependiente en fase de inserción e incorporación social.
- Favorecer la puesta en marcha de programas de habilidades sociales, culturales y educativas que favorezcan la inserción de los drogodependientes.
- Concienciar a la población sobre la importancia de normalizar los procesos de inserción e incorporación social de las personas drogodependientes.
- Velar para que los drogodependientes y/o adictos no puedan ser excluidos de cualquier tipo de recurso normalizado.
- Continuar la concienciación de los diferentes medios de comunicación social respecto a la información clara, objetiva y precisa de las personas aquejadas por una drogodependencia.
- Mejorar la participación social de los familiares, amigos y grupos de ayuda de los drogodependientes para realizar tareas y programas de incorporación social, facilitando así su normalización en la sociedad.
- Colaborar a través de las actuaciones realizadas por los diferentes mediadores a la mejora de las relaciones familiares y sociales de la persona drogodependiente así como incentivar la participación en la mejora de estas relaciones de asociaciones de ayuda familiar.
- Orientar y asesorar a la persona drogodependiente para la realización de cursos de formación complementaria y prelaboral.
- Apoyar a las instituciones locales, insulares o autonómicas con responsabilidad en el área de trabajo y ocupación en la creación o participación en talleres ocupacionales, casas de oficios... de las personas drogodependientes y/o adictas en fase de inserción social.


- 
- Desarrollar dentro de la transversalidad del Plan las necesarias adaptaciones de los diferentes programas de inserción social para que la mujer pueda hacerlo desde una perspectiva de igualdad de género.
  - Poner en marcha las necesarias medidas para proteger y/o mantener la calidad de vida de aquellas personas drogodependientes en fase de inserción social que presentan problemas asociados (salud mental, enfermedades infecciosas, minusvalías, mujeres con cargas familiares...).
  - Colaborar con las instituciones o entidades a nivel local, insular o autonómico con responsabilidades en vivienda para articular medidas que faciliten el acceso a dicha necesidad básica durante su proceso de incorporación social sean personas drogodependientes consumidoras (sin vivienda), personas que requieren una residencia durante el tratamiento (protección continuada) o personas que se hallan en pleno proceso de inserción.

#### **Indicadores.**

- Número de personas que han participado en las acciones formativas.
- Número de programas de intercambio de jeringuillas.
- Número de plazas de centros de día y residenciales destinados a personas drogodependientes.
- Número de personas que han conseguido un trabajo con los programas de inserción laboral.
- Número de programas de inserción social.
- Número de voluntarios.
- Número de personas que han participado en actividades de tiempo libre.
- Número de personas internas en centros penitenciarios que reciben tratamiento en el exterior.
- Número de asesoramientos y acciones formativas a familias.
- Número de participantes en cada programa.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Consejería de Trabajo y Formación (SOIB).
- Consejería de Obras Públicas, Vivienda y Transporte.

- 
- INEM.
  - Instituciones penitenciarias.
  - Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
  - Consejos Insulares.
  - ONGs.
  - Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.

## 7.4. REDUCCIÓN DE LA OFERTA.

### Introducción.

A grandes rasgos para que se produzca el fenómeno de una drogodependencia son dos en esencia los factores que deben coexistir para que ésta se desarrolle, de una parte, la presencia de una sustancia y, de otra, la existencia de una persona que puede convertirse en potencial usuario al poder hacer uso o no de esa sustancia. Entre ambos factores son diferentes y múltiples las relaciones que pueden existir y que pueden interactuar y hacer que una drogodependencia se instaure o no, y en su caso, que al instaurarse lo haga con mayor o menor intensidad. Además, también pueden producirse acciones que incidan de una u otra forma sobre el factor humano, hecho que se conoce generalmente por “reducción de la demanda” y hace referencia a estrategias de prevención, de asistencia y de inserción mientras que otras estrategias, conocidas como “reducción de la oferta” están dirigidas específicamente a incidir sobre la propia sustancia.


### Objetivos.

La estrategia que busca la reducción de la oferta tiene una serie de objetivos básicamente ya descritos en los objetivos estratégicos de intervención pero que pueden resumirse en:

- Reducir la accesibilidad a las drogas en todos los ámbitos, colectivos y espacios de intervención en el marco de la comunidad autónoma balear.
- Potenciar y desarrollar las acciones preventivas y educativas tendentes a la reducción de los consumos y de los daños producidos por las drogas.
- Velar y constatar el cumplimiento efectivo de las normativas vigentes en las Illes Balears en materia de drogas y sustancias psicoactivas.

Esta reducción de la oferta se centra básicamente en acciones dirigidas a la regulación, control y limitación en el uso de determinadas sustancias y a la persecución y sanción de su uso fraudulento, al tráfico ilegal o ilícito de las mismas así como al blanqueo de capitales vinculado a ello.






Sin embargo, la reducción de la oferta no sólo contempla acciones de tipo policial, represivo y sancionador que son responsabilidades de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado sino también medidas complementarias de tipo preventivo y educacional. Por ello, manteniendo un estricto cumplimiento de la independencia competencial de cada administración e institución y como desarrollo del propio articulado de la Ley de Drogodependencias y otras Adicciones de las Illes Balears (Ley 4/2005, de 29 de abril) pueden realizarse toda una serie de acciones que apoyen desde la prevención y la educación la gran labor realizada por los cuerpos y fuerzas policiales y de seguridad estatales.

### **Acciones.**

- Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente en materia de drogodependencias y adicciones tanto a nivel autonómico como estatal (Ley 4/2005, de 29 de abril y Ley 28/2005, de 28 de diciembre) especialmente en lo que hace referencia a los menores de edad.
- Asegurar a través de los departamentos, instituciones u organismos competentes (Dirección General de Farmacia, Colegio Oficial de Farmacéuticos u otros) el efectivo control en la dispensación de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
- Establecer una adecuada colaboración y coordinación de actividades a nivel de sistemas de información en materia de drogodependencias y adicciones para que exista un conocimiento real en el ámbito policial y judicial.
- Realizar y colaborar periódicamente en la realización de cursos y programas formativos en drogodependencias y adicciones con aquellos grupos de profesionales de la acción policial (Unidades de Droga y Crimen Organizado del Cuerpo Nacional de Policía, Equipos del Servicio Marítimo y de Delicuencia Organizada y Antidroga del Cuerpo de la Guardia Civil, Policía Local...).
- Difundir la(s) normativa(s) sobre drogodependencias y adicciones entre la sociedad civil.
- Seguir apoyando al sector empresarial y sindical en el cumplimiento de la normativa especialmente en lo que se refiere a menores.
- Implicar a profesionales de los medios de comunicación en la importancia de la concienciación de la sociedad y de la objetividad de los mensajes difundidos a través de los diferentes medios de comunicación social audiovisuales y escritos.
- Impulsar acciones colaborativas con la Dirección General de Tráfico en materia de educación vial, de prevención de accidentes de tráfico y en la realización de alcoholemias y detección de sustancias psicoactivas en líquidos biológicos.

- 
- Colaborar de forma simultánea con acciones preventivas coordinadas en el interior de los centros educativos (charlas a asociaciones de padres y madres, a profesores, a alumnos...) cuando los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado realicen actuaciones en el exterior o entorno de dichos centros educativos.
  - Verificar el desarrollo de los necesarios sistemas de inspección que aseguren el correcto cumplimiento de la normativa vigente en materia de drogodependencias y adicciones.

### **Indicadores.**

- Informe del registro oficial e inspección de estupefacientes.
- Informe de inspección de los precursores.
- Informe del número de medicamentos y psicotrópicos incautados.
- Informe del número y tipo de decomisos.
- Informe del número de denuncias.
- Número y tipo de inspecciones realizadas.
- Número y tipo de expedientes abiertos.
- Número de sanciones impuestas.
- Número total de controles de alcoholemia y/o drogas realizados.
- Número de controles de alcoholemia y/o drogas positivos.
- Número de sanciones impuestas por controles positivos.

### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo (Dirección General de Salud Pública y Dirección General de Farmacia).
- Ministerio de Sanidad y Consumo (Dpto. de Sanidad Exterior).
- Ministerio del Interior (Dirección General de Tráfico).
- Delegación del Gobierno.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- Cooperativa de Farmacéuticos de las Illes Balears.



## 7.5. COORDINACIÓN, COOPERACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

### Introducción.

Esta estrategia o línea de trabajo está basada en la necesidad de mantener e impulsar la ordenación, participación, colaboración y coordinación de todos los equipos –humanos y técnicos-, así como de las diferentes administraciones, instituciones, asociaciones y entidades públicas o privadas, colectivos y movimientos sociales, educativos y cívicos que desarrollan su labor en el ámbito de las drogodependencias y adicciones no sólo en las Illes Balears sino también a nivel nacional e internacional.

Y es que, para que toda la labor se realice y se cumplan los objetivos planteados tanto a nivel de prevención, asistencia e inserción social a lo largo del periodo de vigencia del presente Plan es preciso y fundamental que exista una labor complementaria y de clara transversalidad que aúne todos los esfuerzos e implique a todos los sectores sociales e institucionales (sanidad, servicios sociales, trabajo, educación, juventud, familia, menores...) que intervengan de una u otra forma en una determinada acción del Plan. Como está demostrado, la respuesta ante este fenómeno no puede ser única y, por ello, de un lado requerirá de la participación institucional pero también del apoyo social para lograr una mejor gestión de los recursos humanos, técnicos y económicos.

### Objetivos.

Estas estrategias colaborativas y de cooperación se creen necesarias e imprescindibles dentro del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 para la consecución de los siguientes objetivos:

- Para conocer con exactitud y de forma realista todos los recursos existentes en la red de drogodependencias y adicciones de la comunidad autónoma y en función de ello poder elaborar y planificar una correcta y adecuada estrategia de trabajo.
- Para mejorar la gestión y optimización de todos los recursos existentes en materia de drogodependencias y adicciones en nuestra comunidad autónoma tanto a nivel de prevención, asistencia e inserción social.


Para lograr estos objetivos se deberán promover toda una serie de acciones o actividades sinérgica en tres niveles: coordinación interinstitucional, coordinación intersectorial y cooperación intrainstitucional y en todos los ámbitos: local, insular, autonómico, estatal y supranacional.


### Acciones.

- Desarrollar el ámbito normativo relativo a la organización, convocatoria periódica y desarrollo de las actuaciones de la Comisión Técnica de Drogas, Comisión Institucional de Drogas y Comisiones Insulares de Drogas.



- Crear una Comisión Interinstitucional dentro del seno del Gobierno de las Illes Balears para aunar esfuerzos y gestionar todos los recursos de las diferentes áreas del gobierno autónomo que estén vinculadas de una u otra forma a la temática de las drogodependencias y adicciones.
- Ampliar, en aras de aumentar la representación de la sociedad balear, los miembros de la Comisión Técnica de Drogas en la medida que la legislación o normas propias de su propia creación lo permita.
- Favorecer la participación institucional y social para la mejora de las acciones a realizar en la prevención, asistencia, reducción de daños e inserción de los drogodependientes, invitando a colaborar a todas las instituciones a nivel del ámbito local, insular o autonómico, a los colegios profesionales y entidades de la sociedad civil en general (asociaciones ciudadanas y vecinales, asociaciones de padres y madres, asociaciones juveniles, ONGs, agrupaciones empresariales y sindicales...), así como a todas aquellas entidades públicas y privadas que desarrollen su labor en el campo de las drogodependencias y adicciones en nuestra comunidad autónoma.
- Fomentar la realización de convenios de colaboración y cooperación con las organizaciones empresariales y asociaciones públicas y privadas que desarrollen su labor en la prevención, asistencia e inserción de las drogodependencias y adicciones en el ámbito de sus respectivas actuaciones.
- Fomentar la realización de convenios de colaboración y cooperación con departamentos, instituciones, entidades docentes, centros universitarios y organizaciones no gubernamentales y sin ámbito de lucro, colegios profesionales sociosanitarios para desarrollar actividades e investigaciones asistenciales, educacionales y sociales en el campo de las drogodependencias y adicciones.
- Incrementar la cooperación e interrelación entre todos los equipos terapéuticos de la red de drogodependencias y adicciones de las Illes Balears para favorecer el conocimiento de los programas, tratamientos y líneas de trabajo a realizar para mejorar así la calidad del servicio prestado.
- Apoyar la colaboración y establecer protocolos de coordinación y derivación con los correspondientes departamentos judiciales y fiscales que tengan relación con la temática de las drogodependencias y adicciones, especialmente en las actuaciones a nivel de menores y en el ámbito juvenil y familiar.
- Apoyar la convocatoria de ayudas oficiales y subvenciones a programas y proyectos en drogodependencias y adicciones realizados por ONGs o entidades públicas y privadas de las Illes Balears con criterios de convocatoria y selección debidamente acreditados y evaluados.

- 
- Mantener y potenciar la colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo), departamentos ministeriales o entidades del Gobierno Central que desarrollen actividades en drogodependencias y adicciones.
  - Continuar y potenciar la colaboración, en acciones y programas, con el resto de Planes Autonómicos de las diferentes comunidades o ciudades autónomas del Estado Español.
  - Potenciar la colaboración con instituciones de la Union Europea a través del Centro Balears Europa para impulsar y desarrollar actuaciones en drogodependencias y adicciones en las Illes Balears que tengan un ámbito de trabajo e implicación europeos.
  - Favorecer el desarrollo de la comunicación interna del trabajo conjunto entre los diferentes profesionales y equipos dependientes de la Consejería de Salud y Consumo con funciones vinculadas de una u otra forma a la temática de las drogodependencias y adicciones.
  - Incrementar y favorecer la comunicación y coordinación institucional con otras consejerías o entidades del Gobierno de las Illes Balears así como con otras instituciones locales e insulares que tengan alguna relación en el ámbito de las drogodependencias y adicciones, especialmente en relación a la familia, juventud, menores, educación, inmigración, trabajo, comunitario y servicios sociales.
  - Participar en foros especializados de diálogo y debate con la temática de las drogodependencias y adicciones que favorezcan las acciones de coordinación, cooperación y la participación social.
  - Desarrollar los cauces necesarios para incrementar la cooperación, concienciación e implicación social y solidaria de personal voluntario colaborador en materia de drogodependencias y adicciones, y no sólo incluir voluntarios no drogodependientes sino también aquellos individuos drogodependientes en fase de inserción que deseen colaborar en las actividades planteadas.
  - Coordinar y trabajar con los agentes sociales (policías, mediadores...) y entidades turísticas y/o sanitarias (agencias de viaje, centros de vacunación...) para informar a quienes viajan al extranjero desde las Illes Balears, sobre los riesgos del consumo y tráfico ilícito de drogas en dichos países.
  - Mejorar las bases de datos en materia de drogodependencias y adicciones.
  - Crear un buzón de sugerencias y participación activa en la página web del Portal Salut de la Consejería de Salud y Consumo en relación al Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 o de cualquier aspecto vinculado a la prevención, asistencia o inserción de las drogodependencias y adicciones.

- 
- Edición de una revista u hoja informativa con una determinada periodicidad en materia de drogodependencias y adicciones para divulgar entre los profesionales sociosanitarios y entidades interesadas en dicha materia los últimos avances o informaciones aparecidas, especialmente en relación al Plan Nacional sobre Drogas y el Observatorio Europeo para Drogas y Toxicomanías.

#### **Indicadores.**

- Número de comisiones convocadas y realizadas (Comisión Técnica de Drogas, Comisión Institucional de Drogas y Comisiones Insulares de Drogas).
- Número de reuniones convocadas por las diferentes ONGs y otras entidades de participación social.
- Número de convenios firmados de colaboración y cooperación con organizaciones empresariales y sindicales en materia de prevención, asistencia y tratamiento de las drogodependencias y adicciones.
- Número de reuniones realizadas con servicios judiciales o fiscales en materia de drogodependencias.
- Número de proyectos iniciados con departamentos de la Comisión Europea.
- Número de reuniones transversales en materia de drogodependencias y adicciones realizadas entre diferentes departamentos del Gobierno de las Illes Balears.
- Número de asociaciones y número de miembros de las mismas creadas para voluntariado en drogodependencias y adicciones.
- Número de sugerencias recibidas a través del portal salud.

#### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Consejería de Presidencia.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Parlamento y Consejo Europeos.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- ONGs.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.



## 7.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN.

### 7.6.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

#### Introducción.

Los avances realizados en España en estos últimos años en materia de drogas son incuestionables de tal manera que cada vez más se vienen realizando nuevas actuaciones y se perfeccionan otras lo cual ha permitido una mejora en la calidad de la atención tanto a nivel asistencial como a nivel preventivo. En el campo de los sistemas de información destaca la creación del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías –OEDT- (1993) y posteriormente del Observatorio Español de Drogas –OED- (1997) así como los diferentes observatorios autonómicos, lo que, sin duda, ha repercutido en un incremento de la calidad y eficiencia en la práctica intervencionista en el campo de las drogodependencias y adicciones de nuestro país.

El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) con sede en Lisboa es el organismo de la Unión Europea responsable de recopilar, analizar y difundir periódicamente, a través de su Informe Anual, todos los datos recogidos en los informes nacionales de los estados miembros sobre este fenómeno sociosanitario. Dicho informe se transmite no sólo a los responsables de la adopción de políticas en materia de drogas sino también a los profesionales e investigadores que trabajan en esta temática, a los medios de comunicación y especialmente a la sociedad europea. El Informe Anual 2005 muestra una preocupación general de la sociedad europea por la manera en que las drogas afectan a la ciudadanía y a la comunidad. Se observa un consumo cada vez mayor en algunas partes de Europa de ciertas drogas estimulantes, como la cocaína y también el gran aumento de jóvenes europeos que toman drogas por simple curiosidad.

En Europa sigue siendo la politoxicomanía o policonsumo uno de los problemas importantes en la temática de las drogodependencias así como las tendencias al posible solapamiento en el consumo de diferentes tipos de drogas estimulantes, señalando que la mayor parte de los solicitantes de inicio de tratamiento a un centro asistencial europeo en materia de drogodependencias y adicciones lo hacen por consumo de más de una sustancia psicotrópica. De igual forma, tal como señala el Observatorio Español de Drogas, se hace necesario disponer de un barómetro permanente que permita integrar la información parcialmente dispersa y desarrollar los instrumentos de información y análisis sobre las drogas y drogodependencias. El OED, en ese sentido, es un órgano permanente de recogida de información de las diferentes fuentes nacionales e internacionales y su función básica consiste en la evaluación de la situación de las drogas en nuestro país, basándose en la recogida, análisis y difusión de información y ponerla a disposición de las instituciones, los profesionales que gestionan y/o trabajan en el campo de las drogodependencias y al conjunto de la sociedad. Se trata, pues, de disponer de un instrumento eficaz en la toma de decisiones para una adecuada planificación y puesta en marcha de actuaciones en la materia. Por otra parte, la cantidad de información que genera el espectro de las drogodependencias en las Illes Balears, en el resto de España y en Europa es muy elevada y requiere una ordenación e integración de toda ella para una correcta definición de acciones, lo que se logra a través de los diferentes Observatorios de Drogas.



### **7.6.1.1. EL OBSERVATORIO BALEAR DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES.**

El Observatorio Balear de Drogas y otras Adicciones (OBDA) es un órgano adscrito a la Consejería de Salud y Consumo y se crea a partir de la Ley 4/2005 de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears, en cuyo artículo 41.2. señala textualmente, “El Observatorio de Drogas y otra Adicciones ha de coordinar la promoción y la realización de estudios, investigaciones y documentación en esta materia”. Su finalidad es proporcionar a los responsables sanitarios y de las administraciones públicas, a los profesionales y a la comunidad y sociedad civil en general un análisis objetivo y fiable de la situación del problema de las drogas en nuestra comunidad autónoma. El OBDA es el referente oficial en el ámbito informativo<sup>1</sup>, de investigación y formativo en materia de drogas de nuestra comunidad.

Además, es el órgano permanente de recogida de información proveniente de otras administraciones, organismos y entidades públicas y privadas. Mediante la recogida, el tratamiento y la elaboración periódica de la información ofrecerá una visión global y permanente de la problemática de las drogas en las Illes Balears, permitiendo predecir las posibles tendencias de éste fenómeno e integrarlas en el análisis estatal y europeo. El OBDA dirige su labor a todos los profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de las drogodependencias y adicciones, colegios profesionales sociosanitarios, asociaciones de padres y madres de alumnos, de educadores, etc. interesados en el fenómeno de las drogas, así como todos aquellos investigadores y estudiantes que estén interesados en la realización de estudios y tesis sobre las drogodependencias y adicciones, todo ello con la finalidad de mejorar el conocimiento de esta temática en todos los ámbitos de la sociedad balear.

#### **Objetivos.**

- Recoger y recopilar toda la información en materia de drogas generada en nuestra comunidad para el estudio y análisis de la situación y evolución de las drogodependencias para poder decidir las iniciativas a realizar.
- Fomentar, colaborar y coordinar el estudio y la investigación en el campo de las drogodependencias para mejorar las diferentes actuaciones en cualquiera de sus diferentes ámbitos.
- Favorecer la difusión pública de datos relevantes en materia de drogas así como los resultados de estudios e investigaciones.
- Promover y/o coordinar la formación básica y especializada en materia de drogas de todos los profesionales sociosanitarios y sectores implicados en las drogodependencias y adicciones.
- Informar a los diferentes ámbitos técnicos institucionales acerca de las prioridades en materia de drogas y las posibles medidas y estrategias a adoptar.

1. Tal como señala Ley 4/2005 de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears en sus artículos 10.1., 10.2., 10.3. referidos a las actuaciones informativas y 40.1., 40.2. y 40.3. que hacen referencia a las actividades de formación.







## Acciones.

- Elaborar anualmente una memoria en la que se recogerán las diferentes actuaciones relacionadas con las drogodependencias y adicciones ya sea en el campo preventivo, asistencial o de inserción social, tanto de las administraciones públicas como de las entidades privadas, siendo el OBDA un instrumento que posibilitará un conocimiento más real y ajustado de cuál es la situación del problema de las drogas en la comunidad autónoma de las Illes Balears y será el referente a la hora de poner en marcha las diferentes iniciativas.
- Colaborar con el Plan Nacional sobre Drogas en la realización de las diferentes encuestas y estudios (Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España y Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias) así como en todas aquellas que por su pertinencia así lo solicite el PNSD u otras instituciones públicas y privadas de nuestro ámbito autonómico o a nivel estatal.
- Colaborar con el Servicio de Epidemiología de la Consejería de Salud y Consumo en la recogida y análisis de los indicadores epidemiológicos fundamentales y prioritarios para conocer la situación real del problema de las drogodependencias (urgencias hospitalarias, mortalidad y admisión a tratamiento). Además, como indicadores secundarios a tener en cuenta, el OBDA deberá contar con otros de tipo sociológico, sanitario, sobre patrones de consumo, oferta de drogas, policiales, judiciales y penitenciarios, de prevención y de inserción.
- Crear, a partir de diferentes dispositivos, los sistemas de vigilancia necesarios para detectar y actuar de forma precoz ante las nuevas tendencias en materia de drogas y corrientes que puedan suponer un problema o un agravamiento del problema de las drogas. Para ello se contará con una red de centros y dispositivos médicos, sociales, laborales y educativos (centros de salud, hospitales, centros de trabajo, de ocio, colegios, etc...) en constante coordinación con el OBDA.
- Establecer relaciones de colaboración, bien a través de las comisiones técnicas o de nueva creación, con las diferentes entidades sociosanitarias que desempeñan acciones en el campo de las drogodependencias para intercambiar información relevante o para llevar a cabo estudios relacionados con la situación real de las drogodependencias en nuestra comunidad.
- Establecer relaciones de colaboración con la comunidad universitaria (UIB y la UNED) y otras entidades relacionadas con la problemática de las drogas para la investigación y recogida de información en dicha materia.
- Poner en marcha los sistemas de evaluación pertinentes en materias de drogas (criterios de calidad, eficacia y eficiencia).
- Mejorar la fiabilidad de los instrumentos de recogida de información.
- Desarrollar instrumentos de recogida, procesamiento así como explotación de la información recogida.



- Realizar estudios de necesidades atendiendo a los nuevos problemas que van surgiendo.
- Introducir el desarrollo de estudios cualitativos complementarios a la investigación cuantitativa.
- Crear, desarrollar, gestionar y ampliar progresivamente un fondo bibliográfico público de documentación en drogodependencias y adicciones (a nivel escrito y audiovisual).
- Potenciar y desarrollar el Sistema de Orientación Permanente (SOP) a través del servicio telefónico del Centro de Respuesta Inmediata de Drogodependencias y Adicciones (CRIDA) y la página web de la Consejería de Salud y Consumo.
- Realizar todas las acciones informativas a través de presentación de trabajos orales y/o escritos en cursos, seminarios, congresos autonómicos, nacionales e internacionales en materias de drogas y adicciones que expliquen dicha situación en nuestra comunidad autónoma.
- Colaborar con los medios de comunicación para difundir, de forma precisa y objetiva, la situación y problemática, en cada momento, de las drogodependencias y adicciones en nuestra comunidad.
- Realizar y promover, de forma periódica, la realización de cursos, jornadas, encuentros, seminarios y otras actividades de formación especializada dirigido a los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias y adicciones y en general a todos los Colegios Profesionales del ámbito sociosanitario.
- Realizar, regularmente, una prospección de las necesidades formativas de los profesionales que desempeñan su labor en el campo de las drogas.
- Colaborar y participar, con los recursos anuales disponibles, en los diferentes acciones formativas realizadas desde otros ámbitos, en materia de drogas.
- Apoyar e impulsar las diferentes iniciativas formativas desde las diferentes entidades, asociaciones, etc. en materia de drogas.
- Realizar encuentros técnicos entre diferentes profesionales, expertos y movimientos sociales que faciliten el intercambio de experiencias de trabajo.
- Incorporar dentro de las estrategias del Servicio de Salud (atención primaria y atención especializada) pequeños indicadores que nos permitan ir mejorando la detección temprana.
- Colaborar en todos los estudios epidemiológicos que puedan realizar otros departamentos o instituciones locales, insulares o autonómicas así como organizaciones no gubernamentales que mejoren nuestra perspectiva global de esta problemática.

- 
- Mejorar la interrelación con otros departamentos que realizan detecciones analíticas de drogas químicas procedentes de aprehensiones o decomisos (Laboratorio de Sanidad Exterior) o servicios de análisis clínicos hospitalarios para conocer posibles nuevas apariciones de nuevas sustancias o precursores de ellas.
  - Apoyar la creación de una Mesa Mixta entre representantes de la administración autonómica y central en materia de drogas para una mejor coordinación en los diferentes y múltiples ámbitos que abarcan sus respectivas actuaciones para mejorar la gestión de los recursos existentes.
  - Impulsar un Programa de Formación Continuada en Drogodependencias y Adicciones para todos los equipos de Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Servicios Sociales y Atención Especializada de la comunidad autónoma.
  - Realizar periódicas sesiones clínicas y de discusión de protocolos de trabajo por videoconferencia entre hospitales y centros ambulatorios de atención a las drogodependencias (CADs).
  - Realizar programas de formación a todo tipo de mediadores y cuidadores en materia de drogodependencias y adicciones.
  - Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependencias y adicciones.
  - Estrechar la coordinación con los centros o fundaciones de investigación, públicas o privadas (Fundación Mateu Orfila, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud –IUNICS-...) que tengan una relación directa o indirecta con la investigación en drogodependencias y adicciones.
  - Apoyar a los equipos de drogodependencias y adicciones a nivel técnico, metodológico y económico para el correcto desarrollo de sus investigaciones así como su participación en eventos nacionales e internacionales que permitan un mayor conocimiento de la situación de esta problemática en todo el mundo.
  - Promover que los programas de formación pre-graduada de la Universitat de les Illes Balears incluyan formación basada en la evidencia sobre drogodependencias y adicciones en aquellas licenciaturas o especialidades que puedan estar, directa o indirectamente, vinculadas a esta temática (Biología, Psicología, Derecho, Magisterio, Enfermería, Trabajo Social, Educación Social).
  - Ofertar a todos los Colegios Profesionales del ámbito sociosanitario la posibilidad de realizar cursos formativos a sus colegiados y de forma gratuita en drogodependencias y adicciones.

- 
- Incluir en la formación de otros profesionales cuya labor está, directa o indirectamente relacionada con las drogodependencias y adicciones, cursos o información básica en las mismas (mediadores juveniles, monitores de ocio y tiempo libre, profesores de autoescuela, funcionarios de Instituciones penitenciarias, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Policía local...).
  - Promover la ampliación de canales y recursos de actualización e intercambio de información y experiencia profesional (congresos, seminarios temáticos, jornadas, talleres...).

### **Indicadores.**

- Número de programas y proyectos (acciones específicas) anuales realizados desde cualquier organismo (público y privado) en los diferentes ámbitos de intervención.
- Número de colaboraciones realizadas (intercambios, encuestas, investigaciones, etc...) con los diferentes organismos (públicos y privados) implicados en el campo de las drogodependencias y adicciones, con especial atención al Plan Nacional sobre Drogas.
- Número de investigaciones, estudios, pilotajes y otras iniciativas iniciados o impulsados en materia de drogodependencias y otras adicciones, desde el Centro Coordinador de Drogodependencias.
- Número de publicaciones adquiridas para el fondo bibliográfico del Centro Coordinador de Drogodependencias.
- Número de publicaciones realizadas desde el Centro Coordinador de Drogodependencias.
- Evaluar el grado de satisfacción de las poblaciones participantes en las diferentes iniciativas y ámbitos de la intervención en drogodependencias y adicciones.
- Número de mejoras de los diferentes dispositivos y recursos de intervención en drogodependencias y adicciones (mejoras de instalaciones, adquisición de nuevos equipos, ampliación de personal, etc.).
- Número de colaboraciones con los medios de comunicación.
- Número de cursos, seminarios, jornadas, etc. realizados tanto desde el Centro Coordinador de Drogodependencias como de otros organismos públicos y privados.
- Número de personas que utilizan el SOP en sus diferentes modalidades.



### **Instituciones implicadas.**

- Consejería de Salud y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Consejería de Educación y Cultura.
- Consejería de Presidencia y Deportes.
- Consejería de Trabajo y Formación.
- Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Consejos Insulares.
- Colegios Profesionales.
- Ayuntamientos y Mancomunidades de las Illes Balears.
- Entidades públicas y privadas (ONGs, asociaciones, sindicatos, federaciones, etc.).


## **7.6.2. SISTEMAS DE EVALUACIÓN.**

### **Introducción.**

A lo largo de estos últimos años se han realizado importantes esfuerzos en la puesta en marcha y mantenimiento de recursos sociosanitarios especializados en materia de drogodependencias y adicciones. Esta situación ha evidenciado de forma patente la necesidad de incorporar progresivamente la evaluación de todas las iniciativas dirigidas a la problemática de drogas, para evitar la dispersión y el desconocimiento de su valor real y eficacia.

Ante la existencia de distintas concepciones sobre el significado de la evaluación, la definición que el Consejo de Europa resalta parece la más acertada: “la evaluación consiste en determinar si las acciones y actuaciones realizadas, que se derivan de un proceso de planificación y/o programación, conducen a la consecución de las metas fijadas, debiéndose realizar desde el comienzo y a través de todo el proceso, ya que de esta manera se pueden clarificar los objetivos, indicar los avances que experimente el programa durante la ejecución o establecer la necesidad de una reformulación de éste cuando se hayan provocado cambios en la situación”. Obviamente, la evaluación se entiende como un proceso permanente de control operacional y que está consagrada al principio de utilidad y por lo tanto, dicho proceso tendrá, fundamentalmente, dos objetivos:

- La medición del grado de idoneidad (la capacidad del Plan o de sus actuaciones para resolver el problema que se pretende solucionar), de la efectividad (la capacidad que tienen las acciones, actuaciones y tareas del programa para alcanzar los objetivos y metas que el mismo define) y de la eficiencia (el índice



de productividad, es decir, la relación entre los bienes y servicios finales y los costes requeridos para su producción).

- La facilitación del proceso de toma de decisiones.

Esta evaluación, a efectos del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011, ha de entenderse como el conjunto de todas las actividades dirigidas a lograr un juicio objetivo sobre si mismo. Sin lugar a dudas, la evaluación de las políticas en salud pública, articuladas a través de los planes de actuación son indispensables para conocer y valorar su validez, utilidad o impacto real. Además, ésta posibilita la oportunidad de retroalimentarse de forma positiva al permitir corregir y mejorar las actuaciones analizadas, y que han de redundar posteriormente, en la toma de decisiones racionales que ha de afectar al bienestar o mejoría de la población.

Por otro lado, la evaluación es siempre una estrategia transversal e instrumental imprescindible para gestionar el conjunto de actuaciones y acciones que se pretende impulsar y a través de dicha evaluación del Plan, se nos permite obtener información precisa sobre su puesta en marcha (evaluación de la implantación), su realización y desarrollo (evaluación del proceso), sobre el cumplimiento de los objetivos propuestos (evaluación de los resultados) así como del impacto en la población destinataria.


La evaluación no sólo ha de legitimar al propio Plan sino que debe trasladar esta legitimación a toda la sociedad civil quien ha de percibir como necesarios y adecuadamente implementados los recursos y actuaciones que del Plan se derivan. A su vez, la evaluación debe ser el garante de que la teoría y la práctica del Plan son coherentes y que se llevan a cabo. Para ello, y debido a los continuos cambios en los patrones de consumo de drogas y en sus consecuencias, obliga a un enorme esfuerzo para que su puesta en marcha esté dotada de unos mínimos criterios de calidad, acordes con la demanda y expectativas de la sociedad civil.

Toda evaluación de un plan –y de sus acciones concretas- ha de recoger el carácter multidisciplinar de la intervención en materia de drogas y adicciones, incluyendo principalmente en el diseño de sus acciones los aspectos biopsicosociales en igualdad de condiciones.

### **7.6.2.1. FUNCIONES DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN.**

Las funciones de la evaluación del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 han de ir dirigidas a los siguientes objetivos:

- Ha de ser un instrumento para la toma de decisiones de propuestas válidas, eficientes y eficaces, mediante el conocimiento de la realidad en la que se desarrolla dicho Plan.
- Ha de estar apoyada por modelos teóricos, científicos y realistas de acuerdo con la situación geográfica en la que se implanta y favorecedora de actuaciones mediante programas y acciones coherentes con el Plan.

- 
- Ha de favorecer en lo posible la toma de decisiones políticas que refuercen la confianza y apoyo en la puesta en marcha de nuevas iniciativas.

Es importante recordar que el esfuerzo que supone el dinamismo de la problemática de drogas así como la evolución del conocimiento científico implica una constante introducción de frecuentes cambios e innovaciones. Además, la evaluación debe favorecer la selección de las actuaciones y su mantenimiento, en base a su impacto y coste-eficiencia, y no motivado por criterios totalmente ajenos al conocimiento científico.

### **7.6.2.2. CRITERIOS DE ACTUACIÓN.**

La metodología de evaluación de las acciones del Plan se caracterizará por:

- Ser continua para mantener de manera constante criterios eficaces de sus acciones y para detectar precozmente las posibles desviaciones o anomalías, corrigiéndolas en cada caso.
- Ser mixta (administración pública, organismos autónomos y entidades públicas y privadas) y deberá coordinarse y articularse desde el Centro de Coordinación de Drogodependencias a través del Observatorio Balear de Drogodependencias y otras Adicciones con la colaboración de la Comisión Técnica de Drogas, las Comisiones Insulares de Drogas u otras que puedan considerarse oportunas.
- Ser evaluada siguiendo los criterios estándares (evaluación de las necesidades, de la implantación o diseño, del proceso y de los resultados o impacto) para los que se establecerán los instrumentos e indicadores precisos tales como los de mejora de salud, de reducción de riesgos, de programas y servicios, etc.

### **7.6.2.3. ÁREAS DE ACTUACIÓN.**

La evaluación del Plan se realizará en base a las áreas de actuación que lo componen:

- Área de prevención.
- Área de asistencia.
- Área de incorporación social.
- Área de reducción de la oferta.
- Área de coordinación, cooperación y participación social.
- Área de información y evaluación.

Cada una de las áreas y sus sinergias serán evaluadas en su totalidad, lo cual posibilitará la retroalimentación necesaria para orientar o reorientar las futuras intervenciones y conocer de forma real los resultados de la planificación actual.



#### **7.6.2.4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.**

Tal como señala el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y las líneas actuales de evaluación, las acciones o actuaciones de un Plan deben estar insertadas dentro de una estructura de planificación coherente, mediante el desarrollo de programas y acciones o proyectos. Las actuaciones o acciones aisladas, como línea de acción estratégica, está sobradamente demostrado que son poco válidas pero sobre todo ineficaces y suponen un enorme esfuerzo tanto económico como humano. Por otra parte, para evitar la improvisación, es recomendable el diseño de programaciones anuales concretas, dentro de una estructuración que tiene como base lógica el periodo de vigencia del Plan.

Además, las acciones e intervenciones potencialmente implantables deben ser avaladas por criterios de necesidad, idoneidad, lógica y racionalidad, cuyo fin será el beneficio de la sociedad civil en general o específicamente determinados grupos poblacionales diana. La puesta en marcha e implantación de intervenciones deberán estar avaladas de forma coherente en su diseño, proceso de implantación y resultados. Éstos se contrastarán con los objetivos marcados en el proceso del diseño y, a los dos años de entrar en vigor, se analizarán estos resultados obtenidos –evaluación intermedia- y se propondrán las mejoras pertinentes.

Una vez concluída la vigencia del Plan, se realizará la evaluación global o final de dicho Plan, que permitirá tomar las oportunas decisiones administraciones y técnicas dirigidas a la mejora de los planes futuros.

#### **7.6.2.5. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN.**

La evaluación del Plan así como la de sus actuaciones se articularán a través del Observatorio Balear de Drogas y otras Adicciones, y apoyada por la colaboración de las diferentes entidades expertas en evaluación.

Para ello es prioritario disponer de indicadores válidos y continuamente actualizados que permitan conocer los problemas derivados del consumo de drogas, que serán específicos para cada área del Plan, implicando cada acción, tanto en el ámbito preventivo, asistencial, de inserción social, etc. al proceso de evaluación como un elemento indispensable.

Existirá una ficha de registro de cada programa o acción que contemplará unas mínimas informaciones (entre otras, denominación del programa o acción, justificación, entidad responsable, población destinataria, objetivos, criterios de evaluación, temporalización, presupuesto, propuestas de mejora...) apoyándose además en un sistema informático de procesamiento y análisis de la información.

Las fuentes de las cuales se obtendrá la información para poder realizar la oportuna evaluación del Plan de Actuación en sus diferentes ámbitos serán, entre otras que podrán definirse posteriormente o que ya se han incluido en apartados anteriores:





Sistema Estatal Permanente de Información sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD):

- Las admisiones a tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas.
- Las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
- La mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas.

Encuestas:

- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).
- Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).
- Encuestas Generales en población drogodependiente en tratamiento.
- Encuesta de Salud en población general.
- Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los internados en Centros Penitenciarios.
- Encuesta sobre el riesgo de ludopatía y de uso problemático de internet en las Illes Balears.
- Estudios específicos realizados por diferentes organismos locales, insulares y autonómicos que revelen datos sobre la problemática de las drogodependencias y adicciones en las Illes Balears.
- Encuesta sobre Salud Mental.

Otras fuentes de información:

- Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías (OEDT).
- Observatorio Español de Drogas (OED).
- Observatorio Balear de Drogodependencias y Adicciones (OBDA).
- Registro de SIDA (España e Illes Balears).
- Datos de la actividad de entidades, centros, ONGs, servicios y programas preventivos y asistenciales e inserción social de nuestra comunidad autónoma que trabajan en el campo de las drogodependencias y adicciones.
- Memoria de la Consejería de Salud y Consumo.

- Memoria del Instituto de Servicios Sociales y Deportivos de Mallorca (s'Institut).
- Memoria del Consejo Insular de Menorca.
- Memoria del Consejo Insular de Eivissa i Formentera.
- Evaluaciones desde el punto de vista de los profesionales y de entidades sociales.

En el proceso de evaluación se deberán distinguir además los diferentes tipos de evaluación como son:


- Evaluación de las necesidades: corresponde a lo que en el proceso de planificación-programación es el diagnóstico de la situación problema.
- Evaluación de la implantación y diseño: a nivel general, le corresponde llevarla a cabo la institución responsable de cada uno de los programas, incluyendo en el concepto de estructura los recursos humanos, físicos y financieros empleados y necesarios para su desarrollo.
- Evaluación del proceso: se evaluarán las actividades de los diferentes programas que han sido realizados para conseguir los objetivos del mismo y cómo se han realizado estas actividades. Se estima que es el enfoque más directo para la evaluación de la calidad de la atención (prevención, asistencia e inserción) prestada desde el Plan.
- Evaluación de los resultados e impacto del Plan: mediante la misma se valorará el grado de realización de los objetivos propuestos en los diferentes programas. Los resultados incluirán los cambios de conocimientos, actitudes, comportamientos, estados de salud, niveles de demanda, etc. experimentados en las poblaciones diana objeto de cada uno de los programas desarrollados en el Plan.

Finalmente, en la evaluación del Plan, se introduce un aspecto novedoso, que en estos últimos años ha arraigado con fuerza en los servicios sociosanitarios: el control de la calidad.

### **7.6.2.5.1. PRINCIPALES INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN 2007-2011.**

#### **A) Indicadores generales.**

- Muertes atribuibles al consumo de alcohol.
- Muertes atribuibles al consumo de tabaco.
- Tasa de mortalidad atribuible por reacción aguda a sustancias psicoactivas.
- Muertes por SIDA en usuarios consumidores de drogas por vía parenteral.

- 
- Prevalencia de VIH en personas adictas que inician tratamiento por primera vez.
  - Incidencia estimada del SIDA en drogodependientes.
  - Prevalencia de tuberculosis, hepatitis, ETS y otras enfermedades relevantes entre los adictos.
  - Ingresos hospitalarios ocasionados por patologías asociadas al consumo de cualquier tipo de drogas.
  - Número de accidentes de tráfico mortales relacionados con el consumo de cualquier tipo de drogas.
  - Porcentaje de controles positivos de alcohol/otras drogas en víctimas de accidentes de tráfico.

#### **B) Indicadores de reducción de riesgos.**

- Prevalencia del consumo problemático de drogas, por sustancias, franjas de edades y por frecuencia del consumo.
- Consumo de drogas en hogares donde residen menores.
- Proporción de escolares que refieren consumo de drogas en sus padres, especialmente tabaco y/o alcohol.
- Edad de inicio en el consumo de drogas.
- Prevalencia de inyectores en consumidores de drogas.
- Prevalencia de reutilización de jeringuillas y uso compartido de utensilios de inyección.
- Prevalencia de consumo de dos o más sustancias entre los adictos en tratamiento.
- Tasa de incidencia de urgencias hospitalarias.
- Proporción de drogodependientes que ingresan en centros de tratamiento con causas judiciales pendientes.
- Proporción de drogodependientes que se benefician de fórmulas alternativas a la privación de libertad.
- Número de drogodependientes y adictos en situación de exclusión social.



### **C) Indicadores de programas y servicios.**

- Proporción de programas preventivos acreditados.
- Antigüedad del consumo en los pacientes admitidos a tratamiento por primera vez.
- Tiempos de espera para inicio de tratamiento en sus diferentes modalidades.
- Proporción de altas terapéuticas en los diversos programas de tratamiento.
- Índices de retención en los programas de tratamiento.
- Obtención de empleo por parte de los adictos que siguen programas de inserción sociolaboral.
- Proporción de desempleados entre los adictos en tratamiento.
- Número de cursos de formación realizados y profesionales participantes.
- Número de estudios e investigaciones sobre adicciones.

### **7.6.2.5.2. ACCIONES DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD.**

- Diseñar un programa de constante revisión de las acciones previstas a desarrollar en todos los ámbitos del presente Plan de Actuación.
- Diseñar programas de evaluación y acreditación de los diferentes profesionales que trabajan y desarrollan su labor de forma permanente o puntual en cualquiera de las áreas de las drogodependencias y adicciones.
- Diseñar criterios de evaluación para todas las instituciones, entidades o asociaciones públicas y privadas que trabajan, colaboran o reciben aportaciones o subvenciones para realizar acciones concretas en drogodependencias y adicciones por parte del Gobierno de las Illes Balears.
- Asegurar la existencia de los necesarios protocolos de acreditación de todos los centros sociosanitarios, medios técnicos y humanos así como los diferentes tipos de programas preventivos, asistenciales y de inserción que estén apoyados, financiados, subvencionados, participados o realizados con instituciones públicas o bien sean entidades a título particular o privado que desarrollan su labor en el área de las drogodependencias y adicciones.



## 8. PROGRAMA INTEGRAL DE PREVENCIÓN, ASISTENCIA E INSERCIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOL.

Este Programa Integral de Prevención, Asistencia e Inserción en la problemática del Alcohol si bien es un programa específico para la temática del alcohol es un programa transversal del Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 por lo que se deberá tener en cuenta e incluir en su desarrollo todos los principios rectores y líneas estratégicas del Plan a nivel de Prevención, Asistencia e Inserción y especialmente todo lo que se refiere a Coordinación, Cooperación y Participación Social.

### **Objetivo estratégico.**

Este programa tiene como meta disminuir la mortalidad, morbilidad y los problemas sociosanitarios más directamente ligados al consumo de bebidas alcohólicas en las Illes Balears.

### **- Objetivos generales.**

- Reducir la prevalencia de los consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.
- Reducir los daños asociados al consumo de alcohol.
- Retrasar la edad de inicio al consumo.


### **- Objetivos específicos.**

#### **PREVENCIÓN.**

- Aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol.
- Reducir la aceptación social de la ingesta de alcohol.



- Disminuir la accesibilidad y disponibilidad a las bebidas alcohólicas, especialmente por parte de menores y jóvenes adolescentes.
- Desarrollo e inclusión en contenidos curriculares en todas las etapas formativas (educación saludable progresiva) del niño, joven, adolescente y universitario de programas de prevención y promoción de hábitos saludables y habilidades personales.
- Desarrollo de programas de prevención familiar (APAS, Escuela de Padres...).
- Desarrollo de programas de prevención laboral (asociaciones empresariales, asociaciones sindicales...).
- Desarrollo de programas preventivos en ámbitos comunitario, juvenil, tercera edad, centros penitenciarios...
- Desarrollo de programas preventivos específicos para menores.
- Apoyar la realización de cursos o charlas de prevención de conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol.
- Apoyar medidas de sensibilización sobre los efectos del consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes y adolescentes, y sus consecuencias para la sociedad en general.
- Apoyar a las organizaciones juveniles, deportivas y otras entidades comunitarias para que integren la educación sanitaria en relación con el alcohol en sus programas de actividades y recomendar que sean los propios jóvenes quienes intervengan e inicien estas acciones.
- Impulsar desde las Administraciones Públicas que los productores y distribuidores y publicistas de bebidas alcohólicas apliquen un control autorregulador a modo de código deontológico especialmente en lo que hace referencia a los menores de edad (evitar vincular el consumo de alcohol al éxito social, sexual o deportivo; vincular el consumo de alcohol a la violencia o al comportamiento antisocial; incitar al consumo abusivo o irresponsable...).
- Fomentar la producción de material informativo para ayudar a los padres a tratar la problemática de la ingesta de alcohol con sus hijos, y difundir dicho material a través de los centros educativos y sanitarios, AMPAS, bibliotecas, asociaciones deportivas y culturales juveniles, así como a través de internet.
- Poner en marcha iniciativas dirigidas de forma específica a los jóvenes sobre los riesgos de conducir en estado de ebriedad o bajo el efecto de otras drogas.

- 
- Hacer cumplir las normativas específicas que prohíben la venta de alcohol a menores de edad o en determinados horarios, etc...
  - Ofrecer información a modo de asesoría técnica a los fabricantes, productores y publicistas en relación a la difusión de sus productos para que éstos no menoscaben los derechos del menor.
  - Apoyar iniciativas de ocio alternativo para los jóvenes y adolescentes.
  - Poner en marcha y desarrollar un centro de prevención específicamente creado para los jóvenes y adolescentes en que se realicen programas y talleres de prevención de alcohol.

### **ASISTENCIA-TRATAMIENTO.**

- Favorecer la inserción sociolaboral y familiar de las personas con conductas abusivas de ingesta de bebidas alcohólicas y dependencia alcohólica.
- Creación y desarrollo en Atención Primaria de un protocolo de detección precoz y derivación del bebedor de riesgo hacia los Centros de Atención al Drogodependiente (CADs) y/o hacia la correspondiente Unidad de Desintoxicación Alcohólica.
- Potenciar la ampliación de la Consulta Joven de Atención Primaria (habilidades, riesgos...) hacia los centros educativos u otros centros (asociaciones vecinales, asociaciones deportivas...).
- Colaborar en temas de alcoholismo con los Equipos de Salud Mental.
- Potenciar todos los programas vinculados al alcoholismo ofrecidos desde los Centros de Atención al Drogodependiente.
- Apoyar y coordinar los protocolos de ingreso, estancia y derivación de pacientes con problemas de alcohol entre la Unidad de Desintoxicación Alcohólica y los otros centros de las Illes Balears en materia de alcoholismo.
- Colaboración con las asociaciones de ex-alcohólicos o de ayuda mutua.
- Apoyar a los centros de tercera edad en formación, prevención y asistencia en materia de alcoholismo.
- Fomentar la publicación de material impreso y/o audiovisual en materia de alcoholismo.
- Mejorar la formación continuada en la temática del alcohol entre los profesionales médicos y de otras especialidades sociosanitarias.



## **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONSUMO DE ALCOHOL.**

Este programa tiene como objetivo la intervención psicosocial que pretende, la extinción de la conducta dependiente y la adquisición de nuevas habilidades para afrontar una vida sin alcohol, a través de distintas técnicas y terapias individuales y/o grupales. Se interviene tanto en los usuarios como en los familiares.

### **Objetivos.**

- Analizar la conducta adictiva (secuencia conductual, situaciones de riesgo, consecuencias, etc.) así como el estado psíquico del usuario o secuelas, su situación psicosocial, su motivación, tipo de gravedad y duración del alcoholismo, estructura de la personalidad y situación familiar.
- Reorganizar aspectos de la personalidad del usuario, cognitivos, de estilo de vida, aumentar su autoestima, adquisición de habilidades sociales, etc. responsabilizándolo de su tratamiento.
- Manejo de codependencias.
- Reestructurar el sistema familiar y los vínculos sociales y laborales dirigido a la plena reinserción del usuario.

### **Acciones.**

#### **- Nivel individual.**

- De enfrentamiento al deseo de consumo: valoración de consecuencias, entrenamiento en conductas asertivas, relajación, parada del pensamiento, autorrefuerzo.
- Aprendizaje de estrategias alternativas: habilidades sociales y utilización del ocio.


#### **- Nivel grupal.**

- Intervenir a través de los grupos de discusión en los que participan usuarios, familiares y terapeutas.
- Confrontar e intercambiar experiencias, desculpabilización propia y de terceros y contemplación de posibilidades y necesidades de cambio. Se pretende asumir el síndrome de dependencia como enfermedad, tanto por parte del enfermo como de los familiares, cambio de hábitos y conductas perjudiciales, refuerzo y motivación para mantener la abstinencia, solución y asesoramiento de problemas, identificación de situaciones de riesgo y aprendizaje de conductas alternativas.

### **Indicadores.**

- Número total de intervenciones individuales.
- Número total de asistentes a terapia de usuarios y familiares.



- 
- Número total de sujetos incluidos en el programa.
  - Número total de asistentes a terapia familiar o de pareja.
  - Número total de personas incluidas en el programa.
  - Número de recursos sociales aplicados.

### **INSERCIÓN SOCIAL.**

- Favorecer y apoyar el abandono de conductas abusivas de ingesta de bebidas alcohólicas y dependencia alcohólica a través de programas y sistemas de inserción sociolaboral y familiar.
- Apoyar la realización de cursos formativos sociolaborales dirigidos a personas alcohólicas en fase de tratamiento y rehabilitación.
- Colaborar con asociaciones empresariales y sindicales en temas de inserción laboral vinculados a personas alcohólicas rehabilitadas.
- Asesorar, orientar e intermediar entre empresarios y alcohólicos rehabilitados en procesos de inserción laboral.
- Apoyar y asesorar a la familia y entorno social del alcohólico en proceso de rehabilitación.
- Mejorar los dispositivos residenciales para alcohólicos rehabilitados o en proceso de rehabilitación a través de asociaciones de ayuda mutua..



## 9. FINANCIACIÓN.

El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 se nutre de los diferentes recursos humanos, materiales, técnicos y económicos procedentes de las Administraciones Públicas, tanto del propio Gobierno de las Illes Balears como de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) del Ministerio de Sanidad y Consumo o de los respectivos entes locales, insulares y autonómicos, estando los informes económicos debidamente explicitados en los presupuestos de cada institución implicada así como en los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears.

El mantenimiento e incremento de los presupuestos dedicados a drogodependencias que se ha venido realizando en los últimos años en las asignaciones del Programa 413E –Plan Autonómico de Drogas- de la Consejería de Salud y Consumo confieren validez a este Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 y la necesaria consolidación para realizar las diferentes acciones propuestas en el mismo en el periodo de vigencia y actuación previstos.

La financiación de las actuaciones en el periodo 2007-2011 deberá ajustarse a los objetivos, criterios, líneas estratégicas y actuaciones previstas en el Plan así como a la demostración mediante la evaluación de la calidad de las intervenciones y de su eficacia para alcanzar las metas indicadas.



## 10. BIBLIOGRAFÍA.

- Bandura, A. (1977). *Teoría del Aprendizaje Social*. New Jersey. Englewood Cliffs.
- Becoña Iglesias, E.,(1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid. Plan Nacional de Drogas.
- Beneit, J.V., García, C. i Major, L.I. (1997). *Intervención en drogodependencias: un enfoque multidisciplinar*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Beneit Montesinós, J.V., Carabantes Alarcón, D. i García Carrión, C.(2003). *Drogodependencias e internet: utilidades prácticas y guía de valoración de recursos web en español sobre drogodependencias*. Madrid. Agencia Antidroga.
- Calafat Far, A., Fernández Gómez, C., Juan Pérez, M., Becoña Iglesias, E. i Gil Carmena, E. (2004). *La diversión sin drogas: utopía y realidad*. Palma. IREFREA.
- Cases, M. i Gossop, M. (1993). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. Edición en Neurociencias.
- Comas, D., Espín Martín, M. i Ramírez Goicochea, E. (1992). *Fundamentos teóricos en prevención*. Madrid. Editorial Fundamentos.
- Conselleria de Salut i Consum (2003). *Pla sobre el Tabaquisme a les Illes Balears 2003-2007*. Palma. Conselleria de Salut i Consum.
- Conselleria de Salut i Consum (2003). *Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007*. Palma. Conselleria de Salut i Consum.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000 Estrategia Nacional sobre Drogas. Madrid. Ministerio del Interior.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2003 Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad. Informe año 2002. Madrid. Ministerio del Interior (Policopia).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2003. Informe nº 6. Observatorio Español sobre Drogas. Noviembre 2003. Madrid. Ministerio de Interior.
- Delegación del Govern para el Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2003*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Memoria 2004*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández Hermida, J.R. i Secades Villa, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Fernández Montalvo, J. i Echeburúa, E. (2000). *Manual práctico del juego patológico*. Madrid. Pirámide.



- García Herrero, G.A., i Ramírez Navarro, J.M. (1996). *Diseño y evaluación de proyectos sociales*. Zaragoza. Libros Certeza.
- Garrido, M., Jaen, P. i Domínguez A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares: clínica y tratamiento*. Barcelona. Paidós.
- Godoy Prada, J.J. i Martínez Morcillo, T. (2005). *Prevención de drogodependencias en adolescentes: elaboración y evaluación de un programa para prevenir el consumo de alcohol*. Madrid. Grupo Editorial Universitario.
- Graña Gómez, J.L.,(1994). *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid. Debate.
- Green, LW, AL Wilson and CI Lovato (1986). *What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? The tradeoffs between experiency and durability*. Preventive Medicine 15: 508-21.
- Ibañez Cuadrado, A. i Sáiz Ruiz, J. (2001). *La ludopatía: una nueva enfermedad*. Barcelona. Masson.
- Institut Balear d'Estadística (2006). *Les Illes Balears en xifres 2006*. Palma. Conselleria d'Economia, Hisenda i Innovació. Govern de les Illes Balears.
- Instituto Nacional de Estadística (2006). *Censo Demográfico y de población*. Madrid. Base de datos INEbase.
- Megías, E. (dir.), Rodríguez, E., Megías, I. i Navarro, J. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España, 2004*. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2005). *Informe Anual 2005: el problema de las drogodependencias en Europa*. Lisboa. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (<http://www.emcdda.emaya.eu/>).
- Organization Regional Officce for Europe. <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/200209231>.
- Palmerín García, A. i altres (2003). *Manual práctico sobre uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Rodríguez San Julián, E., Megías, I. i altres (2002). *Jóvenes y videojuegos: espacio, significación y conflictos*. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Sánchez Pardo, L., Megías, I., Rodríguez San Julián, E. (2004). *Jóvenes y publicidad: valores en la comunicación publicitaria para jóvenes*. Madrid. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.
- Serrano González, M<sup>a</sup> I. (1997). *La Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Madrid. Díaz de Santos.
- Trinidad Requena, A., Alemán Bracho, C., Castón Boier, P., Fernández Alonso, M. i Martín-Lagos López, M<sup>a</sup> Dolores (2003.). *Evaluación diagnóstica de los Planes autonómicos sobre drogas*. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Valleur, M. i Matisiak, J.C. (2005). *Las nuevas adicciones del siglo XXI*. Barcelona. Paidós.



## II. ANEXOS.

### II.1. VIGENCIA DEL PLAN.

El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011 tendrá una vigencia total de 4 años completos que se contabilizarán desde el mismo día de aprobación del Plan por parte del Consell de Govern correspondiente y finalizará transcurridos cuatro años desde su aprobación.

### II.2. EVALUACIÓN DEL PLAN.

El Plan de Actuación en Drogodependencias y Adicciones de las Illes Balears 2007-2011, tal como se ha ido señalando a lo largo del presente documento, debido a la dinámica propia de las drogodependencias y adicciones tendrá una constante evaluación si bien a nivel oficial se realizará una evaluación intermedia en el año 2009, a los dos años de ser aprobado el Plan por el Consell de Govern y una evaluación final en el año 2011, al finalizar el periodo de vigencia del Plan.



## 11.3. RED DE RECURSOS DE LAS ILLES BALEARS EN DROGODEPENDENCIES Y ADICCIONES.

### PREVENCIÓN

INSTITUCIONES			ESCOLAR	FAMILIAR	COMUNITARIO	TIEMPO LIBRE	MEJORES EN RIESGO	LABORAL	COMUNICACIÓN SOCIAL
NOMBRE Y DIRECCIÓN	TEL. - FAX	PÁGINA WEB Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA							
<b>CAD JOVEN</b> <i>Camí de Jesus, s/n 07011 Palma</i>	tel. 971 212 377 fax 971 212 376								
<b>CENTRE COORDINACIÓ DE DROGODEPENDÈNCIES</b> CONSELLERIA DE SALUT I CONSUM <i>Zuloaga, 2 07005 Palma</i>	tel. 971 473 038 fax 971 473 385	<a href="mailto:pladrogues@dgsanita.caib.es">pladrogues@dgsanita.caib.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D.G. D'ORDENACIÓ, INNOVACIÓ I FORMACIÓ DEL PROFESSORAT</b> CONSELLERIA D'EDUCACIÓ I CULTURA <i>Passatge Guillem de Torrella, 1 07002 Palma</i>	tel. 971 176 500 fax 971 177 528	<a href="http://www.weib.caib.es">www.weib.caib.es</a> <a href="mailto:mlros@dginnova.caib.es">mlros@dginnova.caib.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>DIRECCIÓ GENERAL DE JOVENTUT</b> CONSELLERIA DE PRESIDÈNCIA I ESPORTS <i>Bisbe Berenguer de Palou, 10 07003 Palma</i>	tel. 971 177 421 fax 971 177 410	<a href="http://www.caib.es">www.caib.es</a> <a href="mailto:plajove@dgjovet.caib.es">plajove@dgjovet.caib.es</a>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
<b>DIRECCIÓ GENERAL DE MENORS I FAMÍLIA</b> CONSELLERIA DE PRESIDÈNCIA I ESPORTS <i>Sant Joan de la Salle, 7 07003 Palma</i>	tel. 971 176 428 fax 971 176 416	<a href="http://www.caib.es">www.caib.es</a> <a href="mailto:mcarrero@dgmenors.caib.es">mcarrero@dgmenors.caib.es</a>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
<b>EQUIP DE PREVENCIÓ DE L'ALCOHOLISME I ALTRES DROGODEPENDÈNCIES –EPAD-</b> AJUNTAMENT DE PALMA <i>Av. Gabriel Alomar i Villalonga, 18-1 07006 Palma</i>	tel. 971 256 215 fax 971 272 787	<a href="http://www.a-palma.es">www.a-palma.es</a> <a href="mailto:epad@as.a-palma.es">epad@as.a-palma.es</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>SECCIÓ DE PREVENCIÓ DE LES DROGODEPENDÈNCIES</b> INSTITUT DE SERVEIS SOCIALS I ESPORTIUS DE MALLORCA <i>General Riera, 67 07010 Palma</i>	tel. 971 763 325 fax 971 292 581	<a href="http://www.conselldemallorca.net">www.conselldemallorca.net</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>SERVEI COORDINADOR DE DROGODEPENDÈNCIES</b> CONSELL INSULAR DE MENORCA <i>República Argentina, 94-96 07760 Ciutadella</i>	tel. 971 386 446 fax 971 385 665	<a href="mailto:mcp.drogues@cime.es">mcp.drogues@cime.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CENTRE D'ESTUDIS DE PREVENCIÓ I CONDUCTES ADDICTIVES -CEPCA-</b> CONSELL INSULAR D'EIVISSA I FORMENTERA <i>Bisbe González Abarca, 10- escB- 1r-4a 07800 Eivissa</i>	tel. 971 317 403 fax 971 317 097	<a href="http://www.cief.es">www.cief.es</a> <a href="mailto:cepca@cief.es">cepca@cief.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMISSIONS OBRERES</b> <i>Francesc de Borja Moll, 3 07003 Palma</i>	tel. 971 726 060 fax 971 719 614	<a href="http://www.ccoo.illes.balears.net">www.ccoo.illes.balears.net</a> <a href="mailto:info@ccoo.illes.balears.net">info@ccoo.illes.balears.net</a>						<input type="checkbox"/>	

## PREVENCIÓN

ONG	TEL.- FAX	PÁGINA WEB Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	ESCOLAR	FAMILIAR	COMUNITARIO	TIEMPO LIBRE	MEJORES EN RIESGO	LABORAL	COMUNICACIÓN SOCIAL
<b>PROJECTE HOME BALEARS</b> FUNDACIÓ PROJECTE HOME <i>Oblates, 23 07011 Palma</i>	tel. 971 793 750 fax 971 793 746	<a href="http://www.projectehome.com">www.projectehome.com</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PROJECTE JOVE - UNITAT DE PREVENCIÓ-</b> FUNDACIÓ PROJECTE HOME <i>Ramon Servera Moià, 42 07015 Palma</i>	tel. 971 456 212 fax 971 456 976	<a href="mailto:prevenio@projectejove.com">prevenio@projectejove.com</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CREU ROJA JOVENTUT</b> <i>Arquitecte Gaspar Bennàssar, 73 07004 Palma</i>	tel. 971 295 000 fax 971 752 689	<a href="http://www.cruzroja.es">www.cruzroja.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EIVISSA</b> <i>Av. Plaça Espanya, 51 07800 Eivissa</i>	tel. 971 390 303 fax 971 393 323	<a href="mailto:vacoma@cruzroja.es">vacoma@cruzroja.es</a> <a href="mailto:eivissa@cruzroja.es">eivissa@cruzroja.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MENORCA</b> <i>Anselm Clavé, 162 07730 Maó</i>	tel. 971 361 180 fax 971 361 180		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IREFREA</b> <i>Rambla dels Ducs de Palma de Mallorca, 15 07003 Palma</i>	tel. 971 727 434 fax 971 213 306	<a href="http://www.irefrea.org">www.irefrea.org</a> <a href="mailto:irefrea@correo.cop.es">irefrea@correo.cop.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACCIÓ FAMILIAR –AFA-</b> <i>Avinguda Jaume III, 17-1 despatx 14 07012 Palma</i>	tel. 971 729 907 fax 971 729 907	<a href="http://www.accionfamiliar.org">www.accionfamiliar.org</a> <a href="mailto:familiesdebaleares@ccr.es">familiesdebaleares@ccr.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOCIETAT COOPERATIVA DE FORMACIÓ OCUPACIONAL JOVET –CFOJ-</b> <i>Son Gibert, 8 07008 Palma</i>	tel. 971 471 806 fax 971 471 853	<a href="mailto:cfojovet@telefonica.net">cfojovet@telefonica.net</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ATENEU ALCARI</b> <i>C/ Ramon Berenguer III, 1 07003 Palma</i>	tel. 971 700 498 fax 971 700 237	<a href="mailto:ateneu@alcari.es">ateneu@alcari.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GRUP D'EDUCADORS AL CARRER I TREBALL AMB MENORS –GREC-</b> <i>Juan Ramón Jiménez, 15-A 07008 Palma</i>	tel. 971 409 094 fax 971 477 094	<a href="mailto:grec@telefonica.net">grec@telefonica.net</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INSTITUT DE TREBALL SOCIAL –INTRESS-</b> <i>Rambla dels Ducs de Palma de Mca., 15-2-1a 07003 Palma</i>	tel. 971 715 029 fax 971 712 200	<a href="http://www.intress.es">www.intress.es</a> <a href="mailto:teresa@intress.org">teresa@intress.org</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNDACIÓ DIAGRAMA</b> <i>Soldat Isem Comas, 4-bx 07010 Palma</i>	tel. 971 498 173 fax 871 949 551	<a href="http://www.diagrama.org">www.diagrama.org</a> <a href="mailto:tascabaleares@diagrama.org">tascabaleares@diagrama.org</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FEDERACIÓ ASSOCIACIONS PARES D'ALUMNES DE MALLORCA –FAPA MALLORCA-</b> <i>Gremi Tintorers, 2 07009 Palma</i>	tel. 971 432 131	<a href="mailto:fapamallorca@infonegoci.com">fapamallorca@infonegoci.com</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ASISTENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	CODIGO POSTAL Y POBLACIÓN	TELÉFONO	FAX
<b>MALLORCA</b>				
<b>CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (ALCOHOL Y DROGAS)</b>				
<b>CAD1</b> CS (Sta. Catalina / Valldargent / Casa del Mar / Escola Graduada)	Reina Esclaramunda,13	07003 Palma	971 282 405	971 282 407
<b>CAD2</b> CS (Camp Rodó / Arquitecte Bennassar / s'Escorxador / Son Serra-La Vileta / Son Pizà)	Camí de Jesús s/n	07011 Palma	971 212 381	971 212 387
<b>CAD3</b> CS (Son Cladera / El Rafal / Son Gotleu / Pere Garau)	Camí de Jesús s/n	07011 Palma	971 212 377	971 212 376
<b>CAD4</b> CS (Son Ferriol / s'Arenal / Coll d'en Rabassa / Emili Darder)	Camí de Jesús, 40	07011 Palma	971 499 115	971 499 154
<b>CAD Palma perifèria</b> (Alaró, Algaida, Andratx, Banialbufar, Binissalem, Buniola, Consell, Deià, Esporles, Estellencs, Fornalutx, Lloret de Vista Alegre, Lloseta, Llucmajor, Marratxí, Montuïri, Puigpunyent, Santa Eugènia, Santa Maria del Camí, Sencelles, Sóller, Valldemossa)	General Riera, 67	07010 Palma	971 763 663	971 763 903
<b>CAD Inca</b> (Alcúdia, Búger, Campanet, Costitx, Escorca, Inca, Llubí, Mancor de la Vall, Maria de la Salut, Muro, Pollença, Sa Pobla, Santa Margalida, Selva, Sineu)	Avinguda Alcúdia, 25	07300 Inca	971 880 216	971 502 407
<b>CAD Manacor</b> (Ariany, Artà, Campos, Capdepera, Felanitx, Manacor, Petra, Porreres, Sant Joan, Sant Llorenç des Cardassar, Santanyí, Ses Salines, Son Servera, Villafranca de Bonany)	Josep López, 1	07500 Manacor	971 844 901	971 554 781
<b>CAD Magalluf</b> (Calvià)	Av. Sa Porrassa, s/n	07181 Magalluf	971 130 487	971 130 108
<b>CAD Sóller</b> (Sóller, Deià)	Joan Baptista Ensenyat, 4	07100 Sóller	971 630 845	971 630 845
<b>CAD Andratx</b> (Andratx)	Ca'n Riera, s/n	07150 Andratx	971 628 000 971 136 781 971 136 763	971 136 552
<b>CAD Joven</b>	Camí de Jesús, s/n	07001 Palma	971 212 377	971 212 376
<b>Acollida Projecte Home</b>	Oblates, 23	07011 Palma	971 793 750	971 793 746
<b>Programa Horabaixa</b>	Oblates, 23	07011 Palma	971 793 750	971 793 746
<b>Projecte Jove</b>	Ramon Servera Moià, 42	07015 Palma	971 456 212	971 456 976
<b>CENTROS DE DÍA</b>				
<b>Centre de Dia Arrels</b>	Oblates, 23	07011 Palma	971 793 818	971 793 746
<b>Sa Placeta</b>	General Riera, 67	07010 Palma	971 756 692 616 651 400	



## ASISTENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	CODIGO POSTAL Y POBLACIÓN	TELÉFONO	FAX
<b>CENTROS DE TRATAMIENTOS RESIDENCIALES</b>				
CT Casa Oberta	Canonge Barceló, 10	07350 Binissalem	971 512 274	971 870 170
CT Son Ribas	Camí de la Real, 25	07010 Palma	971 768 461	
CT Mar Sis	Mar, 6-3é	07012 Palma	971 722 663	
CT Ses Sitjoles	Camí de Son Marrano, s/n	07630 Camps	971 652 592	
Programa de Reinserció	Oblates, 23	07011 Palma	971 793 750	971 793 746
Casa de Família	Pietat, 5	07012 Palma	971 711 142	971 716 027
Centre de deshabituació Andana	Canonge Barceló, 10	07350 Binissalem	971 511 440	971 870 170
<b>UNIDADES DE DESINTOXICACIÓN</b>				
UD H. Son Dureta	Andrea Doria, s/n	07014 Palma	971 175 000	971 175 434
UD H. Joan March	Ctra. Palma-Sóller, Km. 12	07110 Buniola	971 212 200	971 675 482
<b>CENTROS DE EMERGENCIA</b>				
Sa Placeta	General Riera, 67	07010 Palma	971 756 692	
<b>UNIDADES MÓVILES</b>				
Metges del Món	Av. Compte Sallent, 16-1ª	07003 Palma	971 751 342	971 202 161
Creu Roja Emergència Social	Arquitecte Bennàssar, 73	07004 Palma	971 295 000	971 752 689
<b>PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE DROGODEPENDENCIAS</b>				
Centre Penitenciari Palma	Capità Salom, 85	07004 Palma	971 224 200	971 759 253
<b>OTROS RECURSOS</b>				
Programa Atenció Drogodependents amb problemàtica juridico-penal -IRES-	Avinguda Alemanya, 5	07001 Palma	971 713 353	
ABEX Grup de Ajuda Mutua	General Riera, 132	07010 Palma	971 751 144	971 751 144
Associació Juguesca Centre de Tractament d'Addiccions	Francesc Manuel de los Herreros, 16 1-B	07005 Palma	971274328	
<b>MENORCA</b>				
<b>CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (ALCOHOL Y DROGAS)</b>				
CAD Ciutadella	República Argentina, 94-96	07760 Ciutadella	971 386 446	971 385 665
CAD Maó	Josep Mª Quadrado, 15-2	07720 Maó	971 351 184	971 369 175
Acollida Projecte Home	Sant Joan, 32	07701 Maó	971 360 850	971 360 858
Associació Alcohòlics Rehabilitats -AMUR-	Av. Vives Llull, 148	07703 Maó	971 350 011	
Programa Horabaixa	Sant Joan, 32	07701 Maó	971 360 850	971 360 858
<b>EIVISSA I FORMENTERA</b>				
<b>CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO (ALCOHOL Y DROGAS)</b>				
CAD Eivissa	Cosme Vidal Llàser, s/n	07800 Eivissa	971 195 621	971 195 631
Centre Eivissa i Formentera (Projecte Home)	Carles III, 27-2	07800 Eivissa	971 310 225	971 310 225
<b>PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE DROGODEPENDENCIAS</b>				
Centre Penitenciari d'Eivissa	Barri Can Fita, s/n	07800 Eivissa	971 300 864	971 300 653
Programa Horabaixa Solpots	Carles III, 27-2	07800 Eivissa	971 310 225	971 310 225

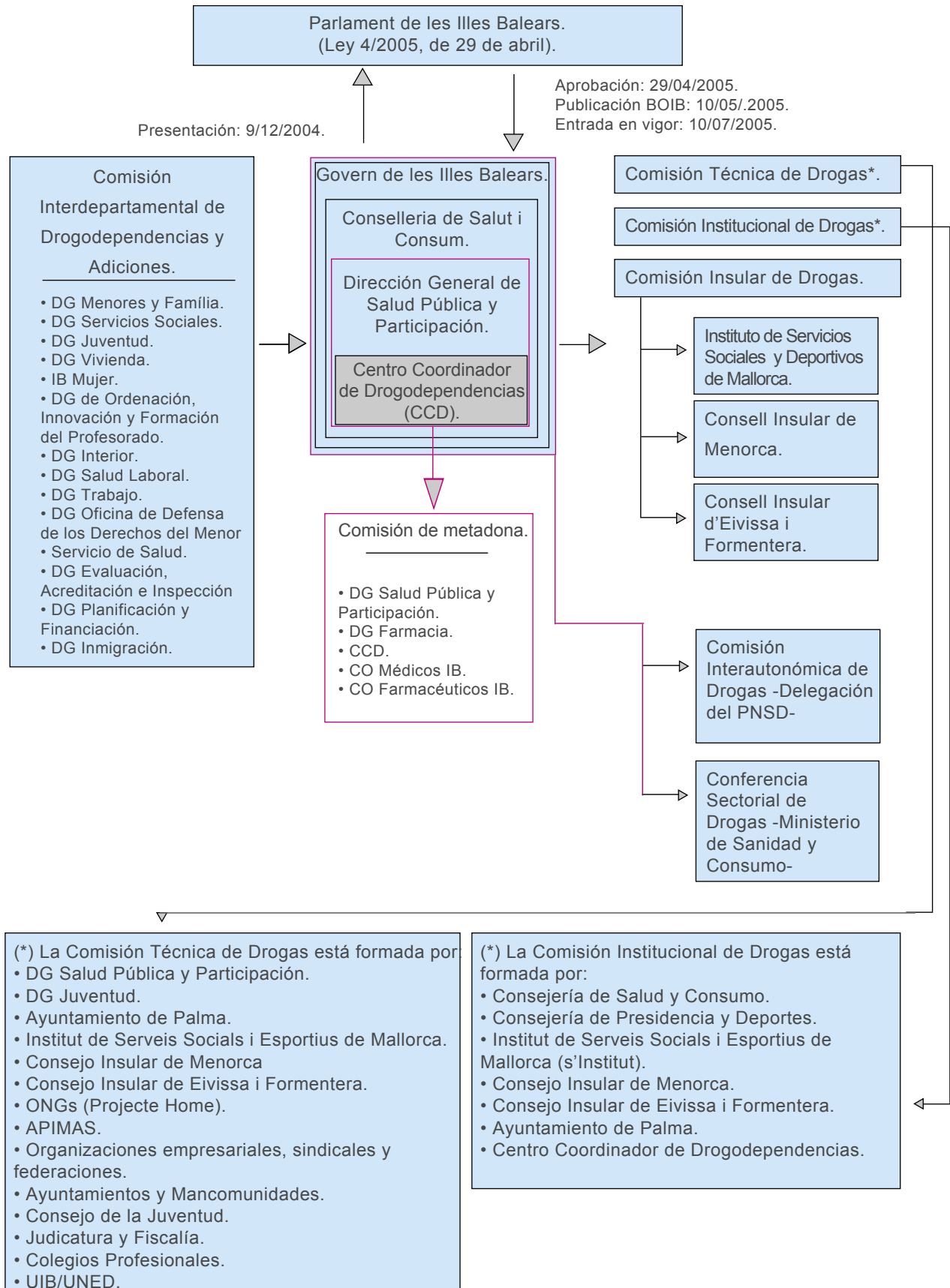


## INSERCIÓN

NOMBRE Y DIRECCIÓN	TEL. - FAX	PÁGINA WEB Y DIRECCIÓN ELECTRÓNICA	RECURSOS DE INSERCIÓN	FORMACIÓN	INCORPORACIÓN LABORAL
<b>AJUNTAMENT DE MANACOR -Alberg-</b> <i>Velázquez, 11 07500 Manacor</i>	tel. 686 543 245		<input type="checkbox"/>		
<b>AJUNTAMENT DE PALMA</b> <b>ESCOLA SA GERRERIA D' OFICIS ARTESANS</b> <i>Gerreteria, 6 07002 Palma</i>	tel. 971 717 717 fax 971 721 303	<a href="http://www.imfof.es">www.imfof.es</a> <a href="mailto:formacio@imfof.es">formacio@imfof.es</a>			
<b>SERVEI D'ORIENTACIÓ PER A PERSONES</b> <b>AMB DIFICULTAT SOCIAL</b> <i>Plaça de Llorenç Bisbal, 5 07002 Palma</i>	tel. 971 728 521 fax 971 724 127	<a href="mailto:insercio@imfof.es">insercio@imfof.es</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INSTITUT MUNICIPAL DE FORMACIÓ</b> <b>OCUPACIONAL I FEINA -IMFOF-</b> <i>Morey, 7 i 8 07001 Palma</i>	tel. 971 214 681 tel. 971 214 682 fax 971 726 400 fax 971 718 534	<a href="mailto:imfof@imfof.es">imfof@imfof.es</a>			
<b>ALAS MALLORCA</b> <i>Plaça Cardenal Reig, 4-1-A 07004 Palma</i>	tel. 971 714 488 fax 971 496 218	<a href="mailto:alas@alas-baleares.com">alas@alas-baleares.com</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>ALAS EIVISSA</b> <i>Madrid, 58-1B 07800 Eivissa</i>	tel. 971 312 357 fax 971 312 357	<a href="mailto:Eivissa@alas-baleares.com">Eivissa@alas-baleares.com</a>			
<b>ASSOCIACIÓ AULA CULTURAL</b> <i>Martí Costa, 4-1é 07013 Palma</i>	tel. 971 728 512 tel. 971 437 116 fax 971 457 116	<a href="mailto:aulacultural@aulacultural.org">aulacultural@aulacultural.org</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ASSOCIACIÓ CA TEVA</b> <i>Apuntadors, 4-1 07012 Palma</i>	tel. 971 727 289 fax 971 727 289	<a href="mailto:cateva_ib@hotmail.com">cateva_ib@hotmail.com</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>ASSOCIACIÓ ES REFUGI</b> <i>Vicari, 33 07010 Palma</i>	tel. 971 768 445 tel. 971 728 445		<input type="checkbox"/>		
<b>ASSOCIACIÓ SILOÉ</b> <i>Santa Eugènia-Sta.Maria, Km. 0'1 07142 Sta.Eugènia</i>	tel. 971 144 398 fax 971 144 398	<a href="mailto:asociacion_siloe@hotmail.com">asociacion_siloe@hotmail.com</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>ATENEU ALCARI</b> <i>Ramon Berenguer III, 1 07003 Palma</i>	tel. 971 700 498 fax 971 700 237	<a href="mailto:ateneu@alcari.es">ateneu@alcari.es</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CÁRITAS</b> <b>MALLORCA</b> <i>Seminari, 4 07001 Palma</i>	tel. 971 717 289 tel. 971 716 288 fax 971 724 947	<a href="mailto:caritas@caritasmallorca.org">caritas@caritasmallorca.org</a>			
<b>Secretariat Diocesà de Pastoral Penitenciària</b>	tel. 971 727 757 fax 971 725 864	<a href="mailto:ppenitenciaria@mundivia.es">ppenitenciaria@mundivia.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MENORCA</b> <i>Santa Eulàlia, 83 07702 Maó</i>	tel. 971 361 001 fax 971 353 779	<a href="mailto:caritas@caritasmenorca.org">caritas@caritasmenorca.org</a> <a href="mailto:caritasEivissa@hotmail.com">caritasEivissa@hotmail.com</a>			
<b>EIVISSA</b> <i>Felip II, 16 bx 07800 Eivissa</i>	tel. 971 311 762 fax 971 192 393				
<b>CENTRES MUNICIPALS DE SERVEIS SOCIALS</b> <i>Ajuntament corresponent</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CONFEDERACIÓ GENERAL DE TREBALL</b> <b>DE LES ILLES BALEARS</b> <b>PALMA</b> <i>Camí de Son Rapinya, s/n (Ctr.Cial Los Almendros) 07013 Palma</i>	tel. 971 791 447 fax 971 783 016	<a href="http://www.cgt-balears.org">www.cgt-balears.org</a> <a href="mailto:cgtoibpalma@mallorcaweb.net">cgtoibpalma@mallorcaweb.net</a>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ARENAL</b> <i>Sant Cristòfol, 49 bx 07600 s'Arenal</i>	tel. 971 440 637 fax 971 440 637	<a href="mailto:soailmigrantsguimera@iaho.es">soailmigrantsguimera@iaho.es</a>			

<b>CONSELL INSULAR DE MALLORCA</b> <i>General Riera, 111 07010 Palma</i> <b>SERVEI ESTRUCTURAL D'INSERCIÓ EN XARXA -S'EIX-</b>	tel. 971 173 652 fax 971 173 640	<a href="http://www.conselldemallorca.net">www.conselldemallorca.net</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>XARXA RENTA MÍNIMA D'INSERCIÓ -RMI-</b>	tel. 971 173 760 fax 971 173 733	<a href="mailto:fmoll@conselldemallorca.net">fmoll@conselldemallorca.net</a>			
<b>CONSELLERIA DE TREBALL I FORMACIÓ.</b> <b>SERVEI D'OCCUPACIÓ DE LES ILLES BALEARS -SOIB-</b> <i>Gremi Teixidors, 38 07006 Palma</i>	tel. 900 559 090 fax 971 176 301	<a href="http://www.infoib.caib.es">www.infoib.caib.es</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>CREU ROJA MALLORCA</b> <i>Arquitecte Gaspar Bennàssar, 73 07004 Palma</i>	tel. 971 295 000 fax 971 752 689	<a href="http://www.cruzroja.es">www.cruzroja.es</a> <a href="mailto:maummi@cruzroja.es">maummi@cruzroja.es</a>			
<b>MENORCA</b> <i>Anselm Clavé, 162 07730 Maó</i>	tel. 971 361 180 fax 971 361 180		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EIVISSA</b> <i>Av. Plaça Espanya, 51 07800 Eivissa</i>	tel. 971 390 303 fax 971 393 323	<a href="mailto:eivissa@cruzroja.es">eivissa@cruzroja.es</a>			
<b>FUNDACIÓ DEIXALLES</b> <i>Camí de Son Gibert, 8 07008 Palma</i>	tel. 971 472 211 tel. 971 479 440 fax 971 478 773	<a href="http://www.reasnet.com">www.reasnet.com</a> <a href="mailto:goldeixalles@terra.es">goldeixalles@terra.es</a>			<input type="checkbox"/>
<b>FUNDACIÓ DIAGRAMA</b> <i>Soldat Isern Comas, 4bx 07010 Palma</i>	tel. 971 498 173 fax 971 498 173	<a href="http://www.diagrama.org">www.diagrama.org</a> <a href="mailto:tascabaleares@diagrama.org">tascabaleares@diagrama.org</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>FUNDACIÓ LA SAPIÈNCIA</b> <i>Pietat, 5 07012 Palma</i>	tel. 971 711 142 fax 971 716 027	<a href="mailto:sapiencia@conselldemallorca.net">sapiencia@conselldemallorca.net</a>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>FUNDACIÓ PATRONAT OBRER DE SANT JOSEP</b> <i>Montevideo, 6 07006 Palma</i>	tel. 971 463 558 tel. 971 466 201 fax 971 775 160	<a href="mailto:f.patronat@telefonica.net">f.patronat@telefonica.net</a>			<input type="checkbox"/>
<b>FUNDACIÓ PROJECTE HOME - SERVEI D'ORIENTACIÓ LABORAL -</b> <i>Oblates, 23 07011 Palma</i>	tel. 971 793 750 fax 971 793 746	<a href="http://www.projectehome.com">www.projectehome.com</a> <a href="mailto:anadal@projectehome.com">anadal@projectehome.com</a>			<input type="checkbox"/>
<b>GRUP D'EDUCADORS AL CARRER I TREBALL AMB MENORS -GREC-</b> <i>Juan Ramón Jiménez, 15ª 07008 Palma</i>	tel. 971 409 094 fax 971 477 094	<a href="mailto:grec@telefonica.net">grec@telefonica.net</a>			<input type="checkbox"/>
<b>INSTITUT DE FORMACIÓ I ESTUDIS SOCIALS -IFES-</b> <i>Av. Arquitecte Gaspar Bennàssar, 71 07004 Palma</i>	tel. 971 763 580 fax 971 500 009	<a href="http://www.ifes.es">www.ifes.es</a> <a href="mailto:ifes@ifes.es">ifes@ifes.es</a>			<input type="checkbox"/>
<b>INSTITUT DE REINSERCIÓ SOCIAL -IRES- PALMA</b> <i>Av. Alemanya, 5 07001 Palma</i>	tel. 971 713 353  tel. 971 552 839 fax 971 552 839	<a href="mailto:balears@iresweb.org">balears@iresweb.org</a>			<input type="checkbox"/>
<b>MANACOR</b> <i>Pou Fondo, 9 07500 Manacor</i>					
<b>INSTITUT DE SERVEIS SOCIALS I ESPORTIUS DE MALLORCA</b>					
<b>MENJADOR D'ADULTS I TRANSEÜNTS</b> <i>Patronat Obrer, 11 07006 Palma</i>	tel. 971 464 247 fax 971 777 506	<a href="mailto:rmleonart@ibas.caib.es">rmleonart@ibas.caib.es</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>XARXA EXCLUSIÓ SOCIAL</b> <i>General Riera, 67 07010 Palma</i>	tel. 971 760 675 fax 971 761 029	<a href="mailto:scerda@conselldemallorca.net">scerda@conselldemallorca.net</a>			
<b>INSTITUT DE TREBALL SOCIAL -INTRESS-</b> <i>Rambla dels Ducs de Palma de Mallorca., 15-2-1ª 07003 Palma</i>	tel. 971 715 029 fax 971 712 200	<a href="http://www.intress.es">www.intress.es</a> <a href="mailto:flaloux@intress.org">flaloux@intress.org</a>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NOU HORIZÓ</b> <i>Ramon Servera Moyà, 39 07015 Palma</i>	tel. 971 453 471 fax 971 453 471	<a href="mailto:nouhoritzo@hotmail.com">nouhoritzo@hotmail.com</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>OBLATES DEL SANTÍSSIM REDEMPTOR - CASAL PETIT-</b> <i>Martí Feliu, 9-A bx 07002 Palma</i>	tel. 971 722 707 fax 971 722 707	<a href="mailto:casalpetit@telefonica.net">casalpetit@telefonica.net</a>	<input type="checkbox"/>		
<b>CENTRE DE FORMACIÓ OCUPACIONAL JOVENT -CFOJ-</b> <i>Son Gibert, 8 07008 Palma</i>	tel. 971 471 806 fax 971 471 853	<a href="mailto:jovet@jovet.es">jovet@jovet.es</a>			<input type="checkbox"/>
<b>UNIÓ SINDICAL OBRERA -USO- PALMA</b> <i>Sergent Cortès Pinya, 2bx 07007 Palma</i>	tel. 971 227 914 tel. 971 916 989 fax 971 279 098	<a href="mailto:baleares@uso.es">baleares@uso.es</a>			<input type="checkbox"/>
<b>EIVISSA</b> <i>Isidoro Macabich, 36-1 07800 Eivissa</i>	tel. 971 170 578 fax 971 173 733	<a href="mailto:usoEivissa@terra.es">usoEivissa@terra.es</a>			<input type="checkbox"/>

## II.4. ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ILLES BALEARS.





## 11.5. GRÁFICOS, TABLAS Y FIGURAS.

### a) Gráficas.

Gráfica 1. Superficie por islas (km<sup>2</sup>).

Gráfica 2. Distribución poblacional de las Illes Balears por edad y sexo.

Gráfica 3. Población residente en las Illes Balears según lugar de nacimiento (proporción).

Gráfica 4. Personas con discapacidad residentes en las Illes Balears distribuidas por edad y sexo (1999).

### b) Tablas.

Tabla 1. Distribución de la población de las Illes Balears por sexo (total e islas).

Tabla 2. Distribución de la población de las Illes Balears por edad y sexo (nº de personas).

Tabla 3. Población residente en las Illes Balears según lugar de nacimiento (nº de personas).

Tabla 4. Distribución por islas de la población extranjera residente en las Illes Balears según su lugar de nacimiento.

Tabla 5. Comparación del consumo de drogas en población general de las Illes Balears de 15 a 64 años.

Tabla 6. Prevalencias del consumo escolar de alcohol en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 7. Comparación del consumo escolar por sustancias en el último mes en las Illes Balears.

Tabla 8. Edad media de comienzo de consumo escolar de alcohol en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 9. Prevalencias del consumo escolar de tabaco en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 10. Prevalencias del consumo escolar de cánnabis en las Illes Balear según edad y sexo.

Tabla 11. Comparación del consumo de cocaína en España durante los años 1999, 2001 y 2003.



Tabla 12. Consumo escolar de cocaína por comunidades autónomas en los últimos 30 días (año 2004).

Tabla 13. Prevalencias del consumo escolar de cocaína en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 14. Prevalencias del consumo escolar de heroína en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 15. Prevalencia del consumo de éxtasis y anfetaminas en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.

Tabla 16. Prevalencias del consumo de éxtasis y drogas de diseño en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 17. Prevalencias del consumo escolar de speed y anfetaminas en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 18. Prevalencia del consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.

Tabla 19. Prevalencias del consumo escolar de hipnosedantes en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 20. Prevalencia del consumo escolar de alucinógenos en los últimos 12 meses entre la población española de 15 a 64 años.

Tabla 21. Prevalencias del consumo escolar de alucinógenos en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 22. Prevalencias del consumo escolar de sustancias volátiles en las Illes Balears según edad y sexo.

Tabla 23. Estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la ludopatía (Vallelur y Matysiak, 2005).

Tabla 24. Relación de consumo de las diferentes sustancias (proporción de consumidores de la sustancia –fila- que también consumen la sustancia –columna-).

Tabla 25. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los últimos 12 meses entre las personas de 15 a 64 años que han consumido en el mismo periodo cada una de las drogas consideradas en el encabezado de cada columna –porcentajes- (año 2005).

Tabla 26. Principales sustancias intervenidas entre los años 2000 y 2004 –variación- en las Illes Balears y España.




Tabla 27. Evolución anual del nº de accidentes en carretera en España y diferencia en números reales y porcentuales con el año anterior.

Tabla 28. Funciones asumidas en cada nivel de recursos asistenciales en drogodependencias y adicciones.

**c) Figuras.**

Figura 1. Consumo regular de alcohol en Europa en población joven.

Figura 2. Consumo regular de tabaco en Europa en población joven.

Figura 3. Situación europea del consumo de cánnabis (población juvenil).

Figura 4. Situación europea del consumo de drogas (población juvenil).

Figura 5. Páginas más visitadas por los internautas de las Illes Balears

Figura 6. Edad media de inicio del consumo de drogas en las Illes Balears (población adulta).

Figura 7. Edad de inicio del consumo de drogas en las Illes Balears (población escolar).

Figura 8. Accesibilidad para conseguir las sustancias en las Illes Balears (población escolar).

Figura 9. Disponibilidad percibida en las Illes Balears (población escolar).

Figura 10. Evolución del número de admisiones a tratamiento.

Figura 11. Evolución del número de admisiones por droga principal.

Figura 12. Evolución del porcentaje de admitidos por opiáceos y cocaína que utilizan preferentemente la vía inyectada.

Figura 13. Evolución de la prevalencia VIH + en el total de admisiones y en las admisiones por opiáceos.

Figura 14. Evolución del número de muertos por drogas.

Figura 15. Evolución de la prevalencia de VIH + y de la presencia de signos recientes de venopunción en las muertes RASUPSI.

Figura 16. Evolución de las diferentes sustancias confirmadas por analítica halladas en las muertes RASUPSI.

Figura 17. Número de urgencias de drogas –datos mensuales- (año 2005).



Figura 18. Evolución del número de detenciones en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).

Figura 19. Evolución del número de denuncias en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).

Figura 20. Evolución del número de decomisos en las Illes Balears y España (años 2000 a 2004).

Figura 21. Número de accidentes mortales y fallecimientos en las Illes Balears.

Figura 22. Causas de fallecimientos en accidentes de tráfico en las Illes Balears.

Figura 23. Distribución del número de accidentes mortales en carretera por tipo de vía.

Figura 24. Evolución mensual del nº de accidentes mortales en carretera en España.

Figura 25. Evolución anual del nº de accidentes mortales en carretera en España.

Figura 26. Distribución por edad del número de víctimas mortales en carretera en España.





