



**Consell de
Mallorca**

■ Departament de Benestar Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials

PLA SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES ADDICCIONS DE MALLORCA

Aprovat pel Ple del Consell de Mallorca
de dia 14 de maig de 2015



EL PLA SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES ADDICCIONS DE MALLORCA	3
1. CONTEXT	5
1.1. Marc normatiu	5
1.2. Antecedents.....	5
1.3. Marc socioeconòmic del consum de drogues	6
2. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ	12
2.1. Drogues mes consumides i evolució del consum en els darrers anys	13
2.1.1. Població general (15 a 64 anys).....	13
2.1.2. Població jove (estudiants de 14 a 18 anys).....	23
2.2. Dades dels centres d'atenció	28
2.3. Dades dels serveis de seguretat.....	31
3. LÍNIES GENERALS, OBJECTIUS, CRITERIS I PRIORITATS DEL PLA	34
3.1. Criteris	36
3.2. Objectius.....	36
3.3. Prioritats	37
4. OBJECTIUS DEL PLA SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES ADDICCIONS DE MALLORCA	38
4.1. Objectius.....	39
4.2. Estratègies d'actuació	41
4.3. Àmbits d'actuació	41
5. ACCIONS PER ÀMBIT D'ACTUACIÓ	43
5.1. Coordinació i participació	43
5.2. Prevenció.....	44
5.3. Disminució del risc i reducció del dany	47
5.4. Tractament integral: assistència i incorporació social.....	48
5.5. Desenvolupament del coneixement científic: els sistemes d'informació i documentació, l'evidència científica i la investigació	51
5.6. Formació.....	52
5.7. Avaluació	53
6. DIRECCIÓ, EXECUCIÓ I COORDINACIÓ DEL PLA	54
6.1. Direcció i execució del Pla	54
6.2. Coordinació del Pla	54
6.2.1. Coordinació tècnica	54
6.2.2. Comissió insular de coordinació	54
6.3. Recursos	55
6.4. Temporalitat.....	55
7. INDICADORS DE SEGUIMENT DEL PLA	56
7.1. Indicadors de coordinació i participació	56
7.2. Indicadors de Prevenció.....	57
7.3. Indicadors de disminució del risc i reducció del dany	58
7.4. Indicadors d'assistència	59
7.5. Indicadors d'incorporació social	59
7.6. Indicadors de desenvolupament del coneixement científic.....	60
7.7. Indicadors de formació	60
7.8. Indicadors d'avaluació.....	61

EL PLA SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES ADDICCIONS DE MALLORCA

Des de fa dècades, diferents estudis demostren de forma insistent que l'adopció d'estils de vida saludables genera més guanys en salut que altres intervencions d'índole assistencial i, encara que els beneficis d'aquesta aposta siguin a llarg o mitjà termini, des d'aquest Pla tractarem de fer visible aquest model adoptant-lo com a política transversal a cada una de les accions concretes que s'han de dur a terme. Per això, s'insistirà en la prevenció i promoció de la salut dirigint les activitats als factors de risc relacionats amb valors i hàbits culturals diferenciats per a homes i dones, apresos a través de la socialització i que són susceptibles de canvi. Les intervencions en matèria d'addiccions adoptaran l'objectiu de promoció de la salut, entesa aquesta com "El procés que capacita les persones i col·lectius per exercir un major control sobre els determinants de la seva salut".

Des d'aquesta perspectiva, es pot veure que el treball en drogoaddiccions no és exclusiu del sistema sanitari, sinó que forma part de l'ordre del dia de diferents sectors institucionals i socials (família, educació formal, accés al treball, poder judicial, xarxes de suport social, associacions, xarxes assistencials, etc.) combinant entre tots aquests sectors mètodes diferents encara que complementaris, útils tots ells en la prevenció d'addiccions.

En els últims anys s'està produint un debat en el camp de les drogoaddiccions sobre el model teòric en què s'han d'emmarcar les actuacions en aquest terreny. Bàsicament s'oposen dos models que se solen conèixer com biomèdic i bio-psico-social.

Enfront del model biomèdic tradicional, que considera únicament la substància i els seus efectes biològics sobre la persona, el model bio-psico-social entén la drogo dependència com una conducta o hàbit regulat per factors biològics, psicològics i socials d'acord amb els quals la drogo dependència no seria tant una condició crònica de l'individu, com el resultat de la interacció de determinants psicològics, biològics i socials en un moment donat i per això mateix serien susceptibles de desaparèixer, modificar-se o adoptar distintes formes al llarg de la vida d'una persona.

Des del Pla sobre drogo dependències i altres addiccions de Mallorca entenem el model bio-psico-social com la base teòrica i el principi de les actuacions que s'expressen en aquest programa.

Seguint la mateixa orientació, és a dir, enquadrar el treball en drogoaddiccions en marcs més amplis com la promoció de la salut i la interdisciplinarietat, consideram necessari emmarcar els processos tant preventius com d'intervenció assistencial en un marc de serveis, prestacions i actuacions normalitzat.

La normalització, i amb ella, la desaparició de trets diferencials que contribueixin a generar "excepcionalitat" en les intervencions sobre aquests complexos processos, s'ha de configurar com una via central en l'estratègia cap a un model social, sociosanitari i terapèutic, en el qual les drogoaddiccions no siguin una qüestió externa al sistema, ben sovint incòmoda i "transportable" a àmbits perifèrics del mateix.

En un altre sentit hem de passar a una nova fase en la qual les activitats s'introdueixin i es duguin a terme cada vegada més considerant la seva consistència, i aquesta consistència s'ha de poder objectivar amb avaluacions que constatin els seus paràmetres d'eficàcia, eficiència i efectivitat.

La característica essencial de la implantació d'aquest Pla és que les actuacions, els dispositius i els procediments han d'estar prou contrastats i avalats per l'evidència existent en cada moment. Evidència aconseguida a través de metodologia científica i els paràmetres del qual han d'estar clarament definits.

Tot això no ha d'implicar una paràlisi del sistema. Es porta el suficient nombre d'anys treballant en aquest terreny com per tenir distints graus d'evidència sobre el que s'ha demostrat vàlid i el que no, tenint en compte, a més, que no tots els programes s'han de sotmetre a les mateixes exigències científiques, sinó que aquestes han d'estar d'acord amb el que es persegueix. Un nou tractament farmacològic, un programa preventiu o un recurs de mínimes exigències no requereixen el mateix grau ni semblants procediments d'evidència científica per introduir-se en el sistema, però cada un d'ells ha de demostrar en el temps la seva efectivitat en el seu àmbit específic d'actuació.

En aquest marc és indispensable considerar les diferències entre homes i dones. En primer lloc perquè tota l'evidència apunta cap a patrons clarament diferents en els consums, els perfils dependents i les noves tendències i l'accés als recursos, en homes i dones. En segon lloc perquè els estudis disponibles demostren que la falta d'adopció d'aquesta perspectiva condueix a resultats i conclusions errònies i ben sovint genera manca d'equitat en les actuacions.

A més, el nostre marc legislatiu, ben sovint oblidat, obliga a través de la Llei Orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes¹, a incloure la variable de sexe des del propi origen de les dades fins a la metodologia de treball i l'anàlisi de dades, tal com s'estableix a l'article 20.

Per acabar, és important recordar que aquest Pla, a més de tenir en compte l'evolució dels consums i les addiccions en els últims anys, les actuacions empreses i els conceptes teòrics que les sustenten, s'enquadra en un marc institucional establert i reflectit en els documents següents:

- European union drugs strategy 2013–2020
- Estratègia Nacional sobre Drogas 2009-2016
- Plan de acción sobre drogas 2013-2016
- Pla d'actuació en drogodependències i addiccions de les Illes Balears 2007-2011
- Altres plans autonòmics de referència (Pla de Salut de les Illes Balears, Estratègia de Salut Mental de les Illes Balears, Estratègia de VIH/SIDA a les Illes Balears).

¹ BOE nº 71, divendres 23 de març de 2007

1. CONTEXT

1.1. Marc normatiu

El fenomen de les drogodependències és un problema multicausal i multidimensional que pertorba i limita negativament el benestar dels individus, de les seves famílies i de la comunitat en el seu conjunt. Per abordar-lo s'ha de tenir en compte aquesta complexitat, de manera que les mesures adoptades formin part d'una àmplia política social, que integri el conjunt d'accions encaminades a millorar la salut i les condicions de vida de les persones.

Aquesta perspectiva fa necessària una planificació de la intervenció que englobi els diversos aspectes que hi estan relacionats: sanitaris, psicosocials, educatius, laborals, etc. Fa falta, per tant, una planificació amb un abordatge multisectorial i interinstitucional, i una coordinació adequada dels serveis.

Com a marc de referència de la planificació actualment disposam d'una Estratègia Europea en matèria de lluita contra la droga (2005-2012), l'Estratègia Nacional sobre drogues 2009-2016, amb el corresponent pla d'acció per al primer quadrienni de la seva vigència, i el Pla d'actuacions sobre drogodependències i addiccions de les Illes Balears 2007-2011.

La Llei 4/2005 de 29 d'abril, sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears, contempla una planificació de les mesures sobre drogodependències ordenada en tres nivells: el primer abasta tota la comunitat de les Illes Balears i és l'instrument de referència per a la planificació i l'ordenació de totes les actuacions en matèria de drogues i altres addiccions; el segon nivell contempla l'adequació de les previsions generals a cada illa; i finalment trobam la coordinació en el nivell local de totes les intervencions, adaptades als recursos i a les necessitats particulars de cada municipi.

L'article 44 de la Llei 4/2005 assenyala les competències dels consells insulars, i en el paràgraf núm. 3 diu que els correspon:

“L'elaboració i l'aprovació de plans insulars sobre drogodependències que desenvolupin per a cada illa la provisió de programes i serveis segons les prioritats i els criteris establerts en el Pla d'actuacions sobre drogodependències de les Illes Balears”.

1.2. Antecedents

Per a l'elaboració d'aquest Pla hem utilitzat documents previs, especialment el Pla de prevenció de drogodependències de Mallorca (PPDM), que es va dur a terme entre l'any 1992 i 2003, i diversos esborranys i documents elaborats per la Secció de prevenció comunitària, sempre des del punt de vista de la prevenció: un resum de les dades principals per a l'anàlisi de la situació del consum a Mallorca, recollides dels informes del Pla Nacional sobre Drogues; una definició dels principis i línies generals que podrien d'orientar el Pla; una proposta d'objectius també generals; i un esbós del desenvolupament d'objectius i línies d'intervenció en l'àrea de prevenció.

Tots aquests documents, l'experiència anterior i la feina feta s'hauria d'aprofitar, però si volem que el Pla contempli el fenomen de les drogodependències en la seva complexitat, fa falta ampliar la perspectiva a altres àrees i àmbits, i obrir el procés a la participació d'altres serveis i entitats.

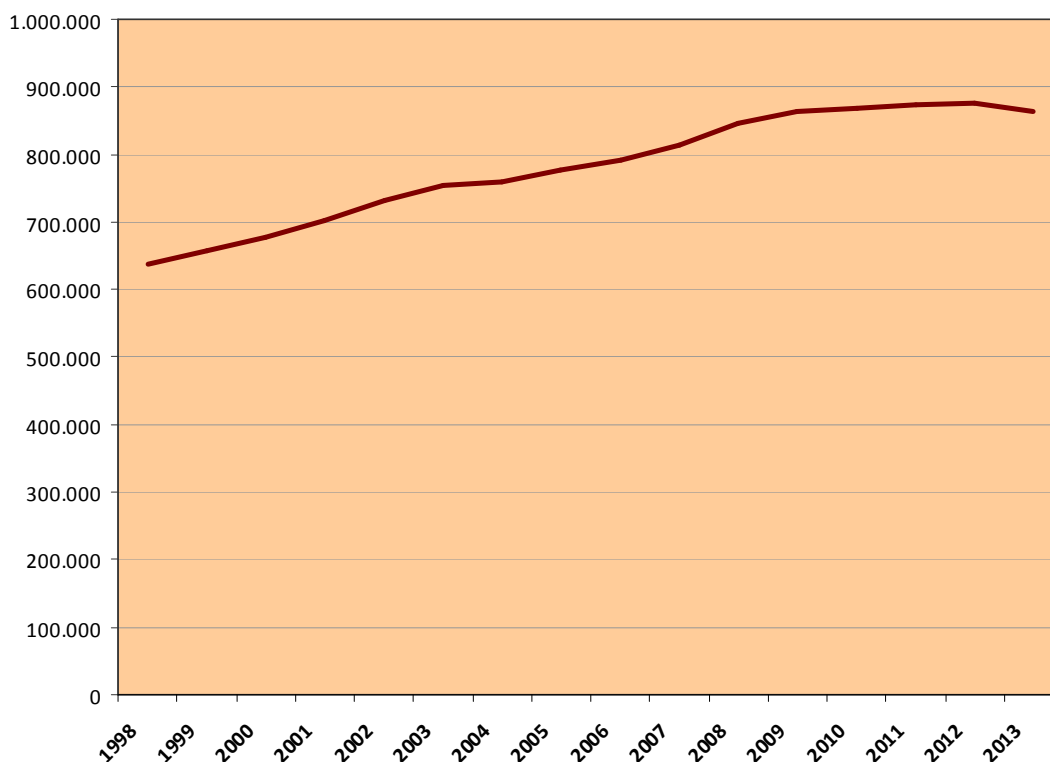
1.3. Marc socioeconòmic del consum de drogues

L'abús i les dependències de les drogues, amb les seves conseqüències socials, sanitàries i econòmiques, no són un problema exclusiu de la nostra comunitat. Les dades d'altres comunitats i països indiquen que és un problema que compartim totes les societats, occidentals i orientals, més i menys desenvolupades. És un dels grans problemes als quals s'enfronten totes les societats actuals, a cada una d'una manera particular, amb els factors de risc específics de cada lloc, i amb els condicionants que incrementen o redueixen els factors de risc comuns a tots els llocs. A continuació veurem alguns dels elements del context que condicionen la forma d'aparició d'aquests problemes a la nostra illa.

Mallorca, amb una extensió de 3.640 Km², és la major de les Illes Balears, i ocupa la posició central de l'arxipèlag. Les dimensions màximes de l'illa són 96 Km d'est a oest i 79 Km de nord a sud, amb un perímetre de 554 Km de costa.

La població total, segons el padró de 2013, és de 864.763 habitants. Com es pot veure als gràfics següents, el creixement de la població és constant, influït de manera significativa per la immigració. Aquest fenomen sembla que els tres darrers anys, potser a causa de la crisi econòmica, s'està reduint.

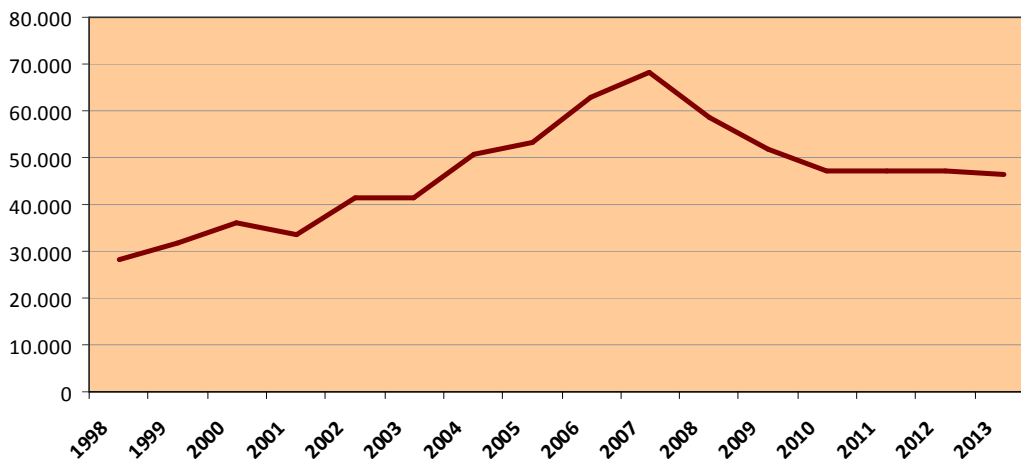
Població



Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Gràfica 1.1. Evolució de la població de Mallorca des de 1998

Immigració



Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Gràfica 1.2. Immigració a Mallorca 1998-2010

La distribució de la població a Mallorca és irregular. Hi ha 53 municipis, dels quals 25 compten amb menys de 5.000 habitants, 11 se situen entre 5.000 i 10.000 habitants, 10 tenen entre 10.000 i 20.000 habitants, i 7 arriben a xifres superiors a 20.000 habitants². La capital, Palma, amb 450.434 habitants acull la meitat de la població de l'illa.

Com es pot observar a la taula següent, l'increment més notable de població s'ha produït en els darrers deu anys, amb un creixement que representa el doble del que s'havia produït en els deu anys anteriors, i els darrers anys sembla que ha començat un lleuger descens. A més, també s'ha produït un canvi notable en la distribució de la població a l'illa: ha augmentat de manera progressiva el pes relatiu de la capital i d'una manera encara més intensa s'ha reduït el dels municipis petits. Els municipis de menys de 5.000 habitants han passat de tenir el 12% a representar menys del 6% de la població total.

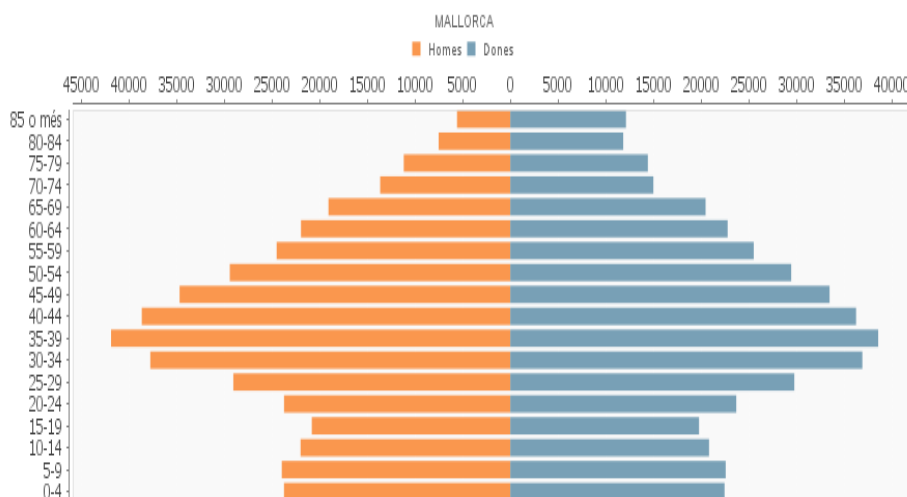
² Recordem que la prestació de serveis del Consell de Mallorca només és a municipis de menys de 20.000 habitants.

Taula 1.1. Evolució de la població de Mallorca per agrupacions de municipis segons el nombre d'habitants³

	1995			2000			2005			2010			2013		
	Mun	Població	%	Mun	Població	%	Mun	Població	%	Mun	Població	%	Mun	Població	%
<1.000 habitants	10	6.619	1,05	10	6.946	1,03	7	4.383	0,56	6	3.599	0,41	6	3.566	0,41
1.000 a <2.500 hab.	11	19.673	3,13	11	21.042	3,11	9	13.992	1,80	10	16.753	1,93	10	17.005	1,97
2.500 a <5.000 hab.	12	45.293	7,20	11	42.011	6,21	13	44.437	5,71	9	30.324	3,49	9	30.790	3,56
5.000 a <10.000 hab.	10	70.666	11,23	10	74.083	10,94	10	70.775	9,10	12	79.934	9,20	11	70.208	8,12
10.000 a <20.000 h.	5	63.655	10,11	5	63.616	9,40	8	104.422	13,42	10	141.570	16,29	10	128.001	14,80
20.000 a <50.000 h.	4	100.401	15,95	5	135.391	20,00	5	164.039	21,09	4	140.744	16,19	5	164.759	19,05
> 50.000 habitants	1	323.138	51,34	1	333.925	49,32	1	375.773	48,31	2	456.143	52,49	2	450.434	52,09
TOTAL	53	629.445	100	53	677.014	100	53	777.821	100	53	869.067	100	53	864.763	100

Els municipis que han crescut més són els dels voltants de Palma, els de la costa i els que estan en els eixos de les comunicacions.

L'estructura de la població és el que més ens pot interessar perquè, a més de la implicació purament demogràfica, ens pot ajudar a fer les projeccions necessàries per entendre les tendències i poder planificar els recursos econòmics i socials (per exemple en la planificació de serveis socials i educatius). Les dades disponibles de Mallorca indiquen que l'índex d'envelliment va anar baixant fins a 2004, i després de cinc anys d'estabilitat, ara torna a pujar. Com a contrapartida, la població de menys de 16 anys sembla que ja ha superat l'evolució cap a la baixa, i darrerament mostra una lleugera recuperació.



Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT), Espanya (CC BY 3.0)

Gràfica 1.3. Distribució de la població de Mallorca per edats i sexe (any 2010)

³ Elaboració pròpia a partir de les dades de la Revisió del Padró dels anys indicats, publicades per l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (Ibestat).

L'economia de les Illes Balears està fortament condicionada pel sector turístic, la qual cosa ha tingut repercussions de diversos tipus. En primer lloc, durant els anys de creixement econòmic el sector de serveis i de construcció va generar un rendiment que va situar aquesta comunitat com una de les de major renda per càpita d'Espanya, dada que amagava profunds desequilibris en la distribució de la riquesa (el 9% de la població està per sota el llindar de pobresa, quan la mitjana nacional es del 8%). En segon lloc, donada l'estacionalitat de l'oferta turística, centrada quasi exclusivament en l'atractiu climàtic de la zona, la situació laboral de gran part de la població era precària, i abundaven les ocupacions temporals. S'ha de tenir en compte que aquest sistema productiu necessita incorporar de manera continuada ma d'obra, generalment poc qualificada, i representa així un factor d'atracció per a molts joves que abandonaren massa aviat els seus estudis per integrar-se en el món laboral, a vegades de manera precària i sense la preparació necessària, la qual cosa els va fer bastant vulnerables. Aquesta facilitat del mercat de treball per absorbir ma d'obra va condicionar, a més, una permanent corrent migratòria tant des d'altres països com des d'altres llocs d'Espanya cap a l'illa, o des del centre de la pròpia illa cap a les zones costaneres i la capital, Palma, amb el consegüent desarrelament social i cultural d'una part important de la població. Aquests factors de desequilibri, amb la recessió que han experimentat les economies occidentals durant els darrers anys s'han incrementat, i les persones que ja es trobaven en risc o immerses en situacions de manca d'adaptació o de dificultat, s'han trobat amb recursos personals insuficients per fer front a aquest nou context.

El tipus de creixement econòmic, juntament amb el desenvolupament viari que s'ha produït els darrers anys, ha afavorit un creixement important dels nuclis urbans al voltant de les principals vies de comunicació. Aquests nuclis són principalment, i moltes vegades únicament, residencials, és a dir, la població que hi resideix treballa, estudia, fa les compres i desenvolupa la major part de la seva vida social en altres llocs, principalment en els grans nuclis urbans i algunes zones de la costa. Per això la participació i implicació en les activitats comunitàries és escassa, s'han perdut els lligams socials que en altres èpoques donaven suport a la població en diferents situacions de la vida, i que fins i tot donaven lloc a una forma de control que feia de la pròpia convivència un factor important de socialització i d'aprenentatge de valors i pautes de comportament.

El propi fenomen turístic, d'altra banda, ha introduït un ràpid canvi en els valors i formes de vida de la població resident que, especialment en els sectors menys madurs, desarrelats o d'escassa cultura, pren com a model ideal de conducta la que exhibeixen els turistes que venen durant les seves vacances, i incorpora formes de consum i de diversió pròpies dels països del centre i del nord d'Europa. A això hi podem d'afegir que una economia abocada a l'oci i la diversió dels visitants ha generat una sobreabundància d'establiments com a discoteques, pubs, bars i cafeteries, que exerceixen un gran atractiu entre la població resident, que no té recursos i alternatives personals i comunitaris per a l'oci i les seves necessitats d'esplai, la qual cosa determina un elevat consum d'alcohol i drogues.

A la nostra cultura és tradicional el consum d'alcohol i tabac. Fa uns anys, les begudes alcohòliques estaven integrades en la societat rural que encara era predominant, i els sistemes de control social que establien aquestes societats tradicionals permetia un consum relativament moderat, tot i que sempre han estat presents els problemes de salut i les desestructuracions provocades per l'abús. Aquests problemes s'han intensificat amb la desaparició d'aquells controls, possiblement relacionada amb els moviments de població i el desarrelament propis de la societat industrial i, posteriorment, turística que ha experimentat la nostra societat.

Per altra part, també participam de la tendència, que s'observa a molts de països del nostre entorn, cap a formes homogènies de consum de begudes alcohòliques que van absorbint i

anul·lant les característiques dels hàbits nacionals o regionals, i es va perdent d'aquesta forma el control o la regulació que els costums i tradicions imposaven sobre la beguda. La incorporació d'aquestes noves pautes, el canvi en les motivacions i finalitat del consum, i el desplaçament cap a altres tipus de begudes alcohòliques, determinats per l'evolució de la nostra cultura i per les pressions econòmiques que les potencien, han convertit el consum de begudes alcohòliques en un dels principals problemes de salut, que afecta tots els sectors de població i grups d'edat, i que té una especial incidència entre les persones joves.

El tabac, tot i que no és un producte propi de la nostra cultura, s'hi ha incorporat des de fa alguns segles i ho ha fet de manera tan efectiva que el seu consum s'ha convertit en una de les primeres causes evitables de morbiditat i mortalitat. La majoria d'organismes sanitaris nacionals i internacionals sostenen que la reducció del consum de tabac tindria, per ella mateixa, un efecte positiu més gran que qualsevol altra mesura de salut pública en la disminució dels problemes que ocasionen les malalties respiratòries, cardiovasculars, càncer de pulmó i altres càncers.

Junt al consum cultural i socialment acceptat de les denominades drogues institucionalitzades, com són l'alcohol i el tabac, també s'ha introduït dins la nostra cultura el consum d'altres drogues. Una part d'aquestes drogues ja existien a altres societats, i el seu consum estava relacionat amb les seves cultures i tradicions, motiu pel qual no representaven un problema social a gran escala. A aquestes drogues se n'hi han afegit d'altres que s'han generat a partir del desenvolupament científic i tecnològic iniciat a mitjan segle dinou. La facilitat en la seva producció o obtenció, la manca d'informació contrastada sobre els efectes d'algunes d'elles, i el suport i promoció que troben entre alguns sectors, subcultures i grups alternatius de la nostra societat n'han determinat un increment molt notable del consum. És cert que l'experiència de les darreres dècades ha facilitat el descrèdit i l'augment de la percepció del risc del consum de drogues com l'heroïna, i no obstant això, cada dia s'hi incorporen nous consumidors. Cal destacar també l'atractiu que exerceixen els derivats de la cannabis, els estimulants de l'estil de la cocaïna i les drogues conegudes com a de síntesi, que ha convertit aquestes substàncies en un objecte de consum tan estès en el context recreatiu i de l'oci que els consumidors poden tenir la percepció que és el comportament general i normalitzat.

Junt amb això, de cada vegada està més estès un corrent d'opinió favorable a la legalització de les drogues. És una opinió que comparteixen sectors molt diversos, no únicament contraculturals, cada un d'ells amb arguments, motivacions i interessos molt diferents. Aquesta opinió a altres indrets ha començat a generar alguns canvis en les polítiques sobre drogues, i la posició clàssica, gairebé unànime a tots els països, que es resumia en l'expressió "guerra contra les drogues", sembla que va perdent suport. Evidentment, la situació no és la mateixa a totes bandes, i pel que fa al nostre entorn, ja fa molt de temps que s'està abandonant la consideració del consum de drogues com a delictes. De cada cop més el consum de drogues, si no comporta conseqüències negatives cap a les altres persones s'intenta mantenir en l'àrea de les opcions personals. En conseqüència, les polítiques sobre drogues de cada cop més s'orienten a evitar que les persones estableixin patrons d'ús problemàtic amb les drogues.

Cal anomenar, també, l'increment i, en alguns casos el sorgiment, de trastorns addictius sense drogues, com ara la ludopatia, l'abús telefònic a línies permanents, l'abús de la connexió a les tecnologies de la informació i comunicació, els moviments sectaris, etc., que generen tantes vegades dramàtiques conseqüències sociofamiliars i econòmiques.

Evidentment, aquests comportaments no comparteixen el tret comú de les addiccions clàssiques, que es defineixen per la substància que les causa. Són conductes que inicialment es poden

considerar adaptades i que proporcionen alguna satisfacció, però que acaben sent addictives per la relació que s'estableix amb elles pel fet que faciliten alguna forma d'alleujament d'algun malestar conscient o inconscient. L'addicte desenvolupa una forta dependència psicològica cap a aquestes conductes: actua de forma compulsiva, perd interès per altres activitats que anteriorment havien estat gratificants, i arriba a no ésser capaç de controlar-se a pesar de les conseqüències negatives que li pot generar continuar amb aquesta conducta. Per tant, el problema de les addiccions psicològiques no és tant la conducta en ella mateixa, encara que alguns cops pot ser molt perjudicial, sinó el tipus de relació que la persona hi estableix. I això també acostava l'abordatge d'aquestes qüestions a aquells ressenyats més amunt que es fan de cada cop més respecte de les drogues: no es tracta tant d'evitar aquests comportaments com d'evitar que s'hi desenvolupin patrons de relació problemàtics.

El problema de les dependències en els darrers anys s'ha transformat, per tant, en un fet social molt ample i complex, on hi convergeixen sensibilitats i interessos molt distints, i les respostes sectorials aïllades ja no són suficients. El nou repte és dissenyar una resposta organitzada del conjunt de la societat, mitjançant polítiques que donin respostes a totes aquestes necessitats amb una visió integradora de les persones, serveis i estratègies; que ofereixin eines preventives a la població més vulnerable, i recursos socials i de salut a les persones consumidores i als afectats per trastorns derivats del consum de drogues; i utilitzant el potencial de l'actuació coordinada de tots els sectors, de totes les administracions, i de la iniciativa social.

2. ANÀLISI DE LA SITUACIÓ

Per analitzar el consum de drogues a Mallorca hem utilitzat les següents fonts:

- 1) Les enquestes que fa periòdicament la Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues (PNSD) a través de l'Observatori Espanyol sobre Drogues (OED) per conèixer el consum, percepcions i opinions de la població espanyola sobre les drogues. Duu a terme dues enquestes:
 - L'Enquesta domiciliària sobre drogues i alcohol a Espanya (EDADES) que es duu a terme cada dos anys des de 1995. La població de referència és la població resident que té entre 15 i 64 anys.
 - L'Enquesta estatal sobre l'ús de drogues a l'Ensenyament Secundari (ESTUDES), que des de 1994, i també cada dos anys, es fa als estudiants de 14 a 18 anys d'ensenyament secundari.

Aquestes enquestes es fan sobre una mostra nacional, suficient per poder fer inferències a nivell general però no per a cada comunitat autònoma. Les comunitats autònomes interessades en obtenir uns resultats representatius poden fer una aportació econòmica per tal d'ampliar la mostra. La nostra comunitat ha fet aquesta aportació en la majoria d'edicions de les dues enquestes, excepte l'any 2005, i fins a 2010, en el cas de l'enquesta escolar, i 2011 pel que fa a la domiciliària. En els dos casos, els resultats només són representatius del total de la comunitat, no de cada illa. La darrera enquesta Estudés 2012 no s'ha tingut en compte perquè no aporta informació significativa per a la nostra comunitat.

- 2) Sistema estatal d'informació permanent sobre addició a drogues (SEIPAD), també gestionat per l'Observatori Espanyol sobre Drogues (OED). Des del seu origen l'any 1987 (amb el nom de SEIT), recull bàsicament tres indicadors:
 - Admissions a tractament per abús o dependència de substàncies psicoactives, que des de 1987 recull anualment les dades de tots els centres públics i privats subvencionats de totes les comunitats autònomes. El darrer informe disponible a la nostra comunitat és de l'any 2011.
 - Urgències hospitalàries per consum de drogues, també implantat l'any 1987, però no a totes les comunitats autònomes ni a tots els hospitals de les comunitats que aporten dades. A més la metodologia de recollida de dades és molt variable tant entre comunitats com entre els hospitals d'una mateixa comunitat.
 - Mortalitat directament relacionada amb les drogues (o mortalitat per reacció aguda a substàncies psicoactives). Consisteix en una estimació de les defuncions que prové del creuament de dades toxicològiques i forenses, que compleixen en una sèrie de criteris d'inclusió. Es recull des de 1990, inicialment a les grans àrees urbanes i després s'ha anat estenent a altres llocs. A la nostra comunitat es va començar a recollir l'any 1991 en el partit judicial de Palma, des de 2005 als d'Inca i de Manacor i l'any 2011 e va ampliar la recollida al partit judicial d'Eivissa. El darrer informe a la nostra comunitats és, precisament, el de 2011.

L'avantatge d'aquests indicadors és que podem disposar de les dades que subministra cada centre informador, la qual cosa permet agrupar les dades per illa. En el cas de l'indicador d'admissions a tractament, en principi podem disposar d'informació de tots els

centres de tractament fins a l'any 2011, que és el darrer del que tenim dades publicades. Aquesta informació es pot completar amb les dades procedents de les memòries dels centres de tractament que gestiona l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, que permeten fer una anàlisi exhaustiva a partir de diversos criteris (característiques sociodemogràfiques, municipi de residència, drogues consumides, patologies, etc.). Per contra, les dades sobre les urgències no són completes perquè el sistema no recull informació de tots els hospitals de la nostra comunitat.

Degut a la repercussió del consum de drogues sobre la salut pública, i especialment sobre la infecció per VIH, completarem l'anàlisi dels casos en tractament amb les dades que proporciona el Sistema d'informació de nous diagnòstics d'infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), creat a la nostra comunitat l'any 2003⁴

- 3) Dades de les actuacions dels diferents cossos policials.
- Dades de la Delegació del Govern, principalment dels aplecs de drogues i decomisos.
 - Estadístiques de policies locals i policies tutors.

2.1. Drogues mes consumides i evolució del consum en els darrers anys

2.1.1. Població general (15 a 64 anys)

Segons les dades del darrer informe EDADES disponible, corresponent a l'any 2011, les substàncies més consumides entre la població de 15 a 64 anys de les Illes Balears són en tots els casos l'alcohol i el tabac, seguides del cannabis i, ja a més distància, els hipnosedants. Els percentatges de consumidors de les altres drogues, especialment en les freqüències altes de consum, són molt baixos per poder-ne fer inferències ajustades, motiu pel qual ens detindrem de manera més extensa en les drogues més consumides i de les altres en farem comentaris més generals.

Taula 2.1. Prevalences de consum per substàncies a les Illes Balears (any 2011)

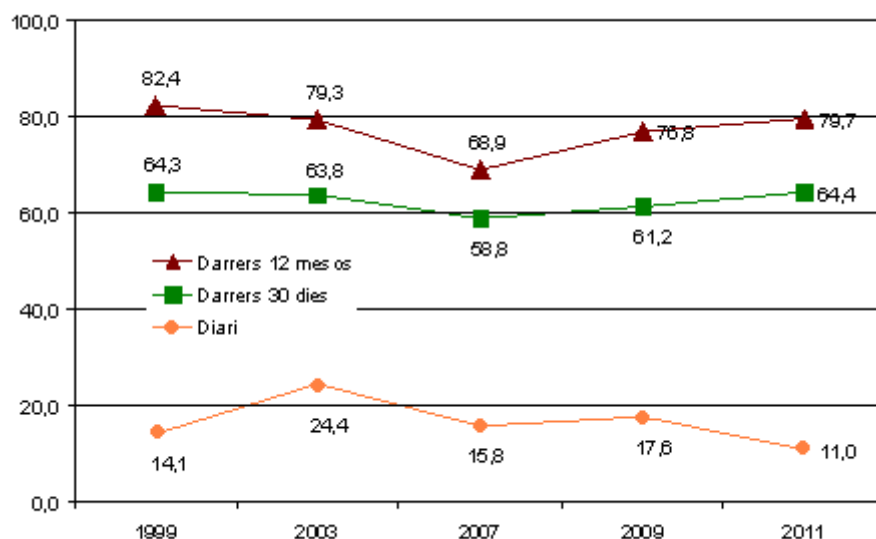
	Alguna vegada		Últims 12 mesos		Últims 30 dies		Diari	
	Illes Balears	Total nacional	Illes Balears	Total nacional	Illes Balears	Total nacional	Illes Balears	Total nacional
Tabac	72,8	71,7	41,6	40,2	39,2	37,6	34,9	30,4
Alcohol	92,3	90,9	79,7	76,6	64,4	62,3	11,0	10,2
Cànnabis	33,1	27,4	15,3	9,6	11,5	7,0	2,3	1,7
Hipnosedants (amb/sense recepta)	19,0	19,5	9,9	11,4	7,7	8,3	5,8	4,6
Cocaïna (base i/o pols)	15,9	8,8	5,7	2,3	2,6	1,1	0,2	0,1

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'enquesta domicil·lària. Any 2011

⁴ Decret 19-2003, de dia 28 de febrer, pel qual es modifica el Decret 15/1997, de 23 de gener, pel qual es crea i regula la Xarxa de vigilància epidemiològica, i es crea el Sistema d'informació de noves infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH). Publicat al BOIB núm. 033 d'11 de març de 2011, pàgines 4-5.

L'ALCOHOL és la substància més consumida. Un 92,3% de la població n'ha consumit alguna vegada a la vida, un 79,7% ho ha fet en els últims dotze mesos, un 64,4% ha consumit en els últims trenta dies i un 11,0% ha consumit alcohol a diari durant els darrers trenta dies. Les xifres obtingudes a les Illes Balears són en tots els casos superior al consum obtingut al total espanyol.

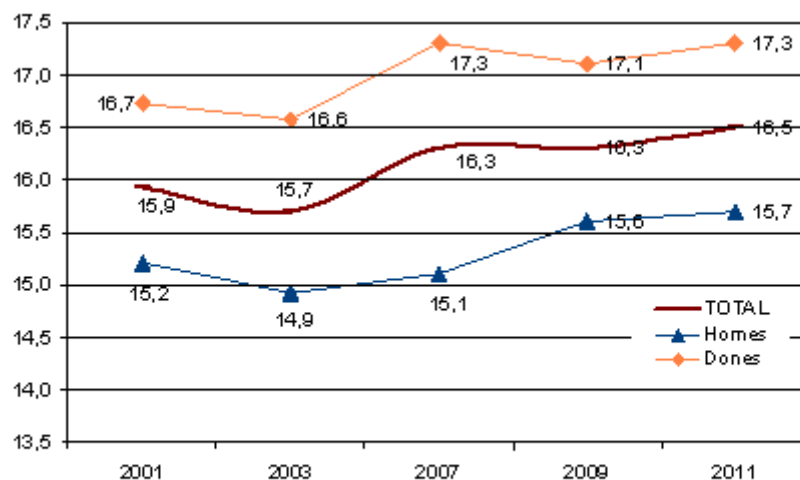
La continuïtat en el consum d'alcohol és molt alta. De les persones que han provat alguna vegada a la vida l'alcohol, el 82% ha begut també en els últims dotze mesos. Entre aquelles persones que han begut en els últims dotze mesos, un 79,7% ho han fet també en els darrers trenta dies. Un 65,3% de les persones que han begut alcohol alguna vegada a la vida ho ha fet també en els darrers trenta dies. Aquest percentatge és molt major per als homes (70,9%) que per a les dones (59,3%). Entre les persones que han provat l'alcohol alguna vegada a la vida, un 19,1% consumeix alcohol diàriament. Aquest fet és molt més freqüent entre els homes (27%) que entre les dones (9,9%). D'altra banda, en ambdós casos la continuïtat en el consum augmenta a mesura que augmenta l'edat.



Gràfica 2.1. Evolució del consum de begudes alcohòliques a les Illes Balears (15 a 64 anys)

L'evolució del consum durant aquests darrers anys ha experimentat alguna oscil·lació, amb un descens cap a l'any 2007. No obstant, aquests canvis de moment no són prou significatius per parlar d'una tendència consolidada i podem afirmar que el consum es manté relativament estable, amb una lleugera tendència a l'augment de totes les freqüències excepte la diària. Potser estam assistint a un canvi en les pautes de consum que ens acostava a les que s'observen als països del nord, és a dir, consum diari relativament baix i consum elevat els caps de setmana.

Cal destacar que l'edat mitjana d'inici del consum d'alcohol se situa als 16,5 anys, els homes quasi dos anys abans que les dones. Si analitzam el grup de 15 a 34 anys veim que en els darrers deu anys l'edat del primer consum s'ha retardat quasi un any, però tot i així va ésser als 15,7 anys. Això vol dir que, de manera clara encara se segueix incomplint la prohibició de la venda i subministrament de begudes alcohòliques als menors de 18 anys.

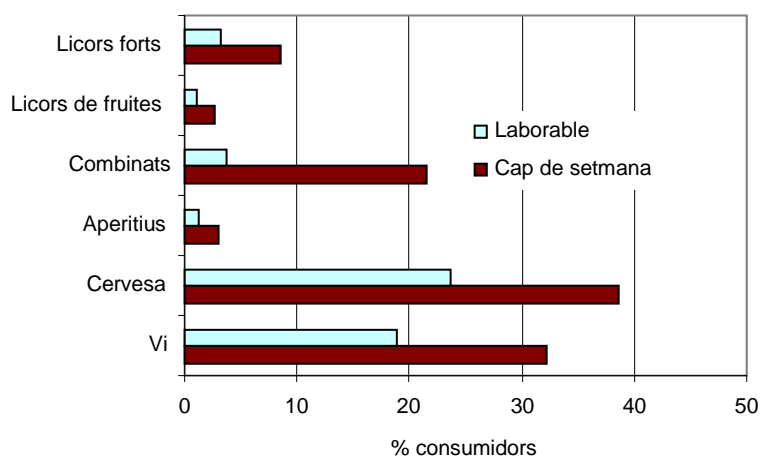


Gràfica 2.2. Evolució de l'edat d'inici del consum de begudes alcohòliques a les Illes Balears

L'abús de begudes alcohòliques sembla elevat com demostra la prevalença de consum accelerat o *binge drinking*⁵ durant els trenta dies anteriors a l'enquesta, que es va trobar en el 14,7% de la població de 15 a 64 anys. En aquesta darrera enquesta no ens ha informat sobre les diferències per edat, però a la de l'any 2009 el *binge dinking* es va trobar en major mesura entre els homes (19,3%) que entre les dones (11,5%). A més, els darrers anys s'observa un augment progressiu de la prevalença de gateres a totes les edats de l'enquesta.

L'enquesta de 2011 tampoc no dóna dades sobre les begudes més consumides. Per enquestes anteriors sabem que són la cervesa i el vi, tant en dia laborable com en cap de setmana. En cap de setmana és quan es consumeixen més tota classe de begudes alcohòliques, amb un augment considerable. Destaca el consum en cap de setmana de combinats i de licors forts (begudes d'alta graduació consumides soles). A l'enquesta de 2009 es podia veure que en dia laborable el 3,7% consumia combinats, i en cap de setmana era el 21,5%. Per edats, també el grup de 15 a 24 anys era el que augmentava més el consum de cap de setmana, sobre tot el de combinats, que passava del 5,6% en dia laborable al 44,3% en cap de setmana.

⁵ El consum accelerat o *binge drinking* consisteix en beure en poc temps una quantitat elevada d'alcohol. L'estàndard internacional per identificar aquest tipus de consum és de cinc o més begudes seguides o en un interval de com a màxim dues hores, en el cas dels homes, i de quatre o més en el cas de les dones.



Gràfica 2.3. Percentatge de consumidors dels diferents tipus de beguda alcohòlica durant els darrers trenta dies, en dia laborable o en cap de setmana (2009)

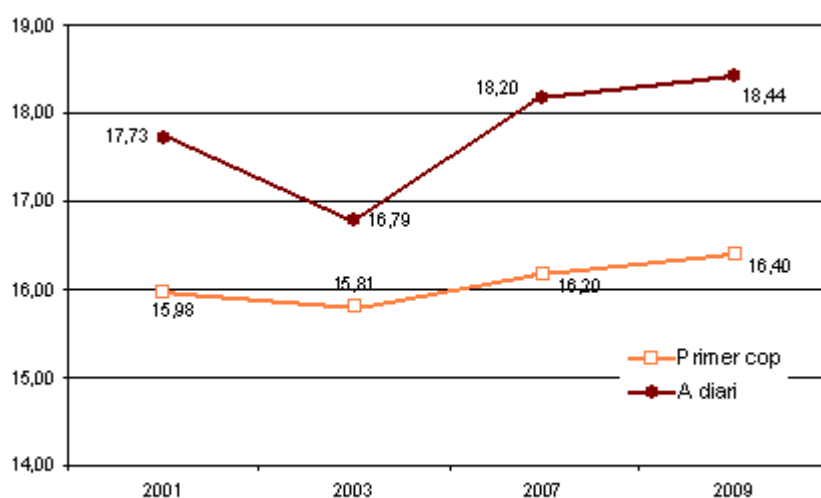
El **TABAC** és la segona droga més consumida. Un 72,8% de la població ha provat el tabac qualche vegada, un 41,6% ha fumat en els darrers dotze mesos, un 39,2% ha fumat els últims trenta dies i un 34,9% ha fumat a diari en els últims trenta dies. Si comparam aquest consum amb el de les begudes alcohòliques observarem que tot i el percentatge de persones que han provat de fumar alguna vegada a la vida és més baix que el de les begudes alcohòliques, els fumadors diaris tripliquen el nombre de bevedors diaris, la qual cosa dóna una idea del potencial addictiu d'aquest producte: la meitat (entre el 48,5% i el 55,1%) de les persones que han fumat alguna vegada a la seva vida segueixen fumant gairebé cada dia, i quasi tots els que han fumat durant el darrer any segueixen fumant (92,0%).

En l'anàlisi per sexes podem veure que en tots els casos els homes obtenen un percentatge major que les dones, i a més, també superen els percentatges nacionals. En el grup dels més joves trobam més fumadors de freqüències més altes, potser perquè algunes persones deixen de fumar a mesura que augmenta la seva edat.

Taula 2.2. Prevalences del consum de tabac per sexe i edat (Illes Balears-any 2011)

	Alguna vegada	Últims 12 mesos	Últims 30 dies	A diari
Total	72,8	41,6	39,2	34,9
Sexe				
Home	78,6	46,4	44,0	40,5
Dona	66,8	36,7	34,1	29,0
Edat				
De 15 a 34 anys	71,9	46,5	43,7	38,0
De 35 a 64 anys	73,4	38,4	36,2	32,8

L'edat mitjana de primer consum de tabac entre la població de les illes Balears és de 16,1 anys. Més interessant seria saber a quina edat han començat a fumar cada dia, però a l'enquesta de 2011 no hem trobat aquesta dada. A l'enquesta de 2009 veiem que l'edat de començar a fumar cada dia era als 18,44 anys. Tal i com veiem al gràfic, la tendència dels últims anys de què tenim dades a les Illes Balears és a que l'edat mitjana, tant de provar el tabac per primera vegada com de fumar cada dia, va augmentant poc a poc. Tot i així, en tots els casos l'edat segueix estant al voltant de 16 anys i, a més, els més joves també són els que han començat abans. És evident, per tant, que com ja hem vist amb l'alcohol, en molts de casos s'incompleix la prohibició legal de venda als menors de 18 anys.



Gràfica 2.4. Evolució de l'edat d'inici del consum de tabac a les Illes Balears (2009)

L'edat d'inici és important perquè, com se sap, el tabac té un potencial addictiu molt elevat, de manera que l'addicció s'instaura molt ràpidament i dura molts anys. Pràcticament tres de cada quatre fumadors diaris ha fumat durant més de 10 anys, i quasi la meitat dels fumadors diaris ha fumat més de vint anys.

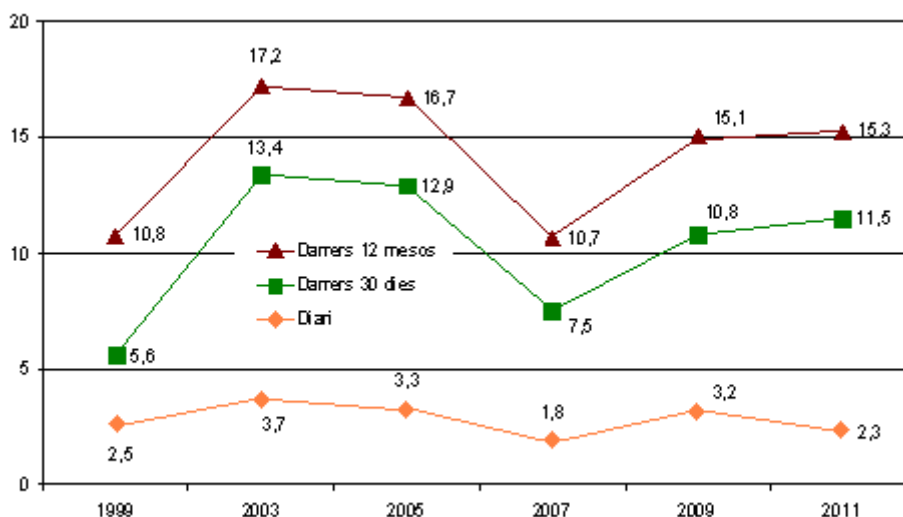
Com s'ha vist a la taula 2.1 els **HIPNOSEDANTS**⁶ són la tercera droga legal més consumida per la població de 15 a 64 anys de les Illes Balears. El consum d'hipnosedants alguna vegada a la vida a és d'un 19%, en els últims dotze mesos un 9,9%, en els últims trenta dies el consum ha estat d'un 7,76% i a diari en consumeix el 5,8%.

En tots els casos i a totes les franges d'edat el consum d'hipnosedants de les dones és superior al dels homes. A les dades disponibles d'aquesta enquesta no es fa la distinció entre les persones que consumeixen amb recepta i les que ho fan sense. Els anys anteriors, el consum sense recepta es donava majoritàriament entre la població de 15 a 24.

⁶ Amb aquesta denominació l'estudi es refereix a tots els medicaments que serveixen com a tranquil·litzants o somnífers.

Pel que sabem d'altres anys, la continuïtat en el consum dels hipnosedants es produeix sobretot en les franges més elevades d'edat. En el cas de les persones que han consumit hipnosedants en els darrers dotze mesos i ho han fet també en els darrers trenta dies trobam uns percentatges molt alts, arribant al 100% en la franja d'edat de 35 a 44 anys. Pel que fa a les persones que han consumit alguna vegada a la vida i ho han fet també els darrers trenta dies, veiem que el percentatge més alt torna a correspondre a la franja d'edat entre 55 i 64 anys (57,7%) mentre que el més baix correspon a la franja de 25 a 34 anys (25%).

El CÀNNABIS és la droga il·legal més consumida entre la població de 15 a 64 anys de les Illes Balears. Recordem les dades de la taula 2.1: un 33,1% dels enquestats ha consumit alguna vegada cànnabis, un 15,3% ho ha fet en els últims dotze mesos, un 11,5% en els últims trenta dies i un 2,3% ha consumit cànnabis a diari en els trenta dies previs a l'enquesta.



Gràfica 2.5. Evolució del consum de cànnabis a les Illes Balears (15 a 64 anys)

En totes les freqüències de consum els homes tenen percentatges bastant més alts que les dones. Per exemple, en el consum dels últims trenta dies hi trobam un 14,9% d'homes i un 6,5% de dones, i en el diari els percentatges són del 5,1% i 1,3% respectivament.

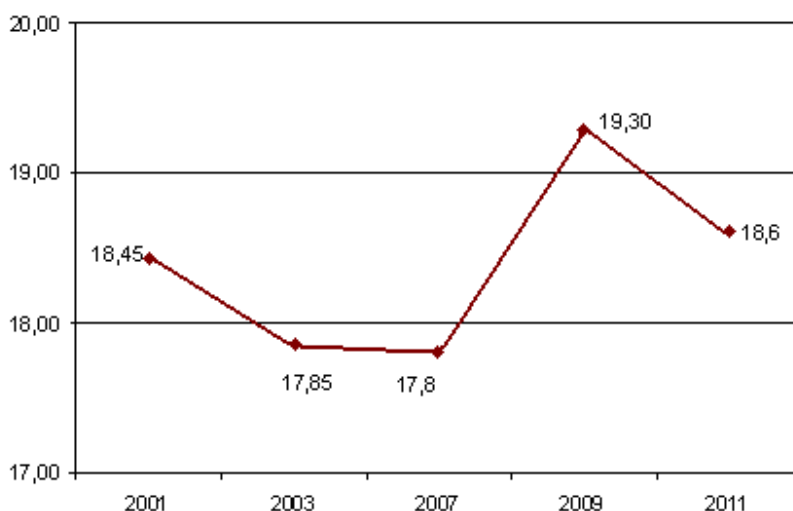
Taula 2.3. Prevalences del consum de cannabis per sexe i edat (Illes Balears-any 2011)

	Alguna vegada	Últims 12 mesos	Últims 30 dies	A diari
Total	33,1	15,3	11,5	2,3
Sexe				
Home	41,9	20,7	17,2	4,2
Dona	23,9	9,6	5,5	0,3
Edat				
De 15 a 34 anys	44,0	23,8	17,5	4,0
De 35 a 64 anys	26,1	9,8	7,6	1,2

El percentatge més elevat de consum dels derivats de cànnabis en totes les freqüències es troba entre els més joves, i va disminuint a mida que augmenta l'edat. També els homes registren uns percentatges bastant més alts que les dones a totes les freqüències de consum.

És important destacar que, en totes les freqüències de consum, també el de les Illes Balears supera els resultats nacionals.

A partir de l'aparença de la gràfica 2.6 sembla que l'edat mitjana d'inici del consum de cànnabis està augmentant. No obstant, pot ésser precipitat afirmar-ho ja que les dades presenten una gran dispersió (de més de 4 anys), motiu pel qual la mitjana no és una bona mesura d'aquest indicador. Segurament s'acostaria més a la realitat un *M*-estimador⁷, per exemple el d'Huber, però no disposam de la base de dades per poder fer l'anàlisi exploratòria adequada i presentar el valor pertinent.

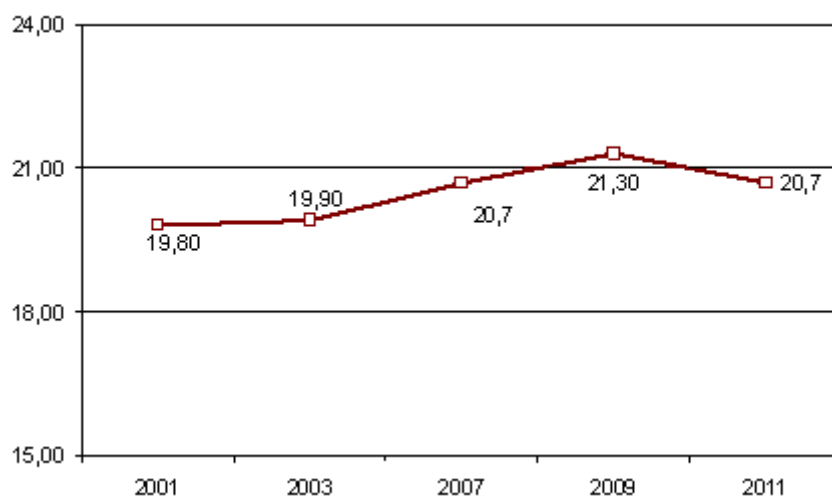


Gràfica 2.6. Evolució de les edats d'inici del consum de cànnabis a les Illes Balears (15 a 64 anys)

⁷ Cajal, B.; Gervilla, E.; Palmer A. (2012). When the mean fails, use an M-estimator. Anales de psicología 28 (1), 281-288.

D'acord amb el que indiquen les dades disponibles, el consum de cànnabis entre la població de 15 a 64 anys de les Illes Balears té una continuïtat relativament elevada. El 37,3% dels que ho han provat alguna vegada a la vida, han tornat a consumir durant el darrer anys, i el 71,7% dels que han consumit algun cop durant el darrer any també han consumit durant els darrers trenta dies. Quasi una tercera part (26,7%) dels que han consumit cànnabis alguna vegada a la vida n'han consumit durant els darrers trenta dies. El grup de població que té un consum més continuat són els homes de menys de 34, en els altres grups trobam percentatges baixos, la qual cosa sembla indicar que en aquests grups el consum experimental de cànnabis representa el consum majoritari. La **COCAÏNA** és la segona droga il·legal en nombre de consumidors. Un 15,9% dels enquestats n'ha consumit alguna vegada a la vida, en els últims dotze mesos ho ha consumit un 5,7% de la població, un 2,6% de la població ha consumit els darrers trenta dies i un 0,2 cada dia.

El consum d'aquesta droga, en qualsevol presentació, a totes les edats i en totes les freqüències, també és més elevat entre els homes (més del doble) que entre les dones, i supera el de la resta d'Espanya. L'edat mitjana d'inici del consum està pujant de manera lleugera però consistent.



Gràfica 2.7. Evolució de les edats d'inici del consum de cocaïna a les Illes Balears (15 a 64 anys)

L'11,7% de les persones que han consumit cocaïna alguna vegada a la vida, i el 40,8% de les que han consumit cocaïna durant el darrer any, ho han tornat a fer en els darrers trenta dies. Els homes tendeixen a repetir el consum més que les dones.

Pel que fa a les altres drogues, no tenim dades de l'enquesta de 2011. Les que tenim d'anys anteriors son, en resum, les següents:

- **L'ÈXTASI**, encara que sembla una droga de moda i que ha d'estar molt estesa, només l'ha consumit el 8,4% alguna vegada, un 2,2% els últims dotze mesos i un 0,9% algun cop els trenta darrers dies, sempre amb percentatges més alts entre els homes i els més joves. El consum a la nostra comunitat és bastant més alt que a la resta d'Espanya, on trobam un 0,8%

de consumidors en els darrers dotze mesos. Sembla que a Mallorca el consum és una mica més continuat i que a les altres illes és més experimental, però amb aquests percentatges tan baixos la mostra per illes és insuficient per fer inferències amb un marge d'error raonable.

- El consum alguna vegada a la vida de speed o **AMFETAMINES** es redueix a un 5% de la població. En els últims dotze mesos, el consum és del 1,2% de la població mentre que en els últims trenta dies es redueix fins a un 0,2%. Com en la resta de drogues, el consum és clarament superior entre els homes i entre els més joves. També els percentatges de consum de la mostra de Balears són més alts que els de la mostra general d'Espanya. La continuïtat del consum d'aquestes substàncies és baixa, la qual cosa indica que és més aviat experimental.
- Un 7,3% ha consumit alguna vegada **AL-LUCINÒGENS**. Els que ho han fet els darrers dotze mesos han estat un 1,7%, mentre que la població que ha consumit els últims trenta dies es redueix a un 0,4%. Són substàncies clarament més consumides pels homes i pels més joves. Els percentatges a les Balears són més alts que a la resta d'Espanya.
- El percentatge de persones que ha consumit **INHALABLES VOLÀTILS** és molt baix. El consum alguna vegada d'aquesta substància es dona en el 1,2% de la població i el consum en els últims dotze mesos es redueix al 0,1%. Pel que fa al consum l'últim mes, no s'ha trobat cap cas entre tota la població enquestada.
- El consum d'**HEROÏNA** a la mostra de població general és molt reduït. En el cas de consum alguna vegada, només un 1,4% de la població ha provat l'heroïna, un 0,2% ha consumit en els últims dotze mesos i un 0,1% ho ha fet en el darrer mes. Com ja se sap, la continuïtat amb aquesta droga és molt elevada: el 86,1% dels que han consumit durant el darrer anys, també han consumit els darrers trenta dies. Els percentatges a les Balears són de quasi el doble dels de la població espanyola.

El que requereix una mica més d'atenció és el fenomen del policonsum, o consum de més d'una substància. A la taula 2.4 es pot veure la prevalença d'aquest comportament. Una primera lectura indica que

Taula 2.4. Prevalença de consum d'alguna droga legal o il·legal

Nombre de substàncies legals i il·legals cosumides	Últims 12 mesos		Últims 30 dies	
	Illes Balears	Total nacional	Illes Balears	Total nacional
Cap	14,8	15,3	25,1	25,3
Una	40,1	44,0	38,9	42,6
Dues	29,8	29,3	26,5	24,8
Tres	9,5	8,5	7,0	5,8
Quatre	4,2	1,9	2,2	1,0
Cinc o més	1,2	1,0	0,3	0,4

A la taula 2.5 podem veure els percentatges de consumidors de totes les combinacions de dues drogues trobats a l'enquesta de 2009.

Com es pot veure, a quasi totes les combinacions l'alcohol i el tabac hi tenen un lloc destacat. Però la interpretació correcta no és que els consumidors d'alcohol i tabac siguin més consumidors de les altres drogues, sinó que els consumidors de les altres drogues també són consumidors de tabac i alcohol.

Taula 2.5. Relació entre els consums de les diferents substàncies en els últims 12 mesos (% de consumidors de la substància [fila] que també consumeixen l'altra substància [columna])*. Any 2009

	Alcohol	Tabac	Cànnabis	Cocaïna (B+P)	Èxtasi	Subst. Volàtils	Speed	Al·lucinògens	Heroïna	Hipno-sedants	Hipno. sense rec.
Alcohol	100	47,9	18,0	5,4	2,7	0,1	1,6	2,2	0,2	6,9	1,4
Tabac	80,1	100	27,4	7,5	4,0	0,1	2,3	3,3	0,4	8,0	1,7
Cànnabis	90,9	83,5	100	21,0	13,8	0,4	7,5	11,1	1,1	4,8	2,7
Cocaïna (B+P)	98,3	82,2	75,9	100	34,5	0	19,1	23,8	3,5	3,3	2,0
Èxtasi	92,7	84,4	95,4	65,8	100	0	36,4	52,4	6,6	0	0
Subst. volàtils	100	100	100	0	0	100	0	0	0	0	0
Speed	100	85,6	93,9	64,9	65,8	0	100	70,8	0	6,1	6,1
Al·lucinògens	98,1	90,1	100	59,3	68,4	0	51,1	100	8,6	0	0
Heroïna	100	100	100	86,1	86,1	0	0	86,1	100	0	0
Hipno-sedants	68,1	48,8	9,5	1,8	0	0	1,0	0	0	100	5,3
Hipno. sense rec.	93,7	68,0	36,5	8,3	0	0	6,5	0	0	36,5	100

* Cada percentatge indica quina proporció del consumidors de la substància de la columna de la dreta també ha consumit la de la columna. Per exemple, el 80,1% de les persones que ha fumats tabac durant els darrers dotze mesos també han consumit alcohol en el mateix període de temps.

Les dades epidemiològiques disponibles indiquen que l'inici primerenc del consum d'una droga és un dels millors predictors de l'abús d'aquesta i altres drogues. Sembla que com més aviat s'inicia el consum és més difícil mantenir-lo dins d'uns marges de consum raonablement controlat. També sembla que una implicació elevada en el consum d'una droga és un factor de risc per a l'ús d'altres drogues. Per això, començar molt aviat el consum de begudes alcohòliques i de tabac, a més de la repercussió sobre la consolidació de l'hàbit i de les conseqüències sobre la salut, també és important per la relació que té amb el consum d'altres drogues.

Fa molts anys que s'ha pogut establir una relació estadística entre el consum de drogues legals i el de drogues il·legals, de fet, l'ús d'una droga se sol establir a partir d'un determinat consum previ d'una altra droga, i en aquest procés les drogues legals com l'alcohol i el tabac són la porta

d'entrada. Kandel⁸ ja va comprovar l'any 1978 que el consum d'alcohol o tabac precedeix el consum dels derivats de cànnabis, els quals a la vegada precedeixen el consum d'altres drogues il·legals. En estudis efectuats en el nostre medi⁹ varem poder confirmar repetidament aquesta relació i varem establir que el fet que usar una droga és un bon predictor de l'ús de qualsevol de les altres: com més elevat era el consum d'alcohol o de tabac, també era més alta la probabilitat de consum de cànnabis, i igualment, com més elevat era el consum de cànnabis, també era més gran la probabilitat de consum d'una altra droga il·legal. Per exemple, en el darrer dels estudis citats, el 80,0 % dels consumidors diaris d'alcohol i el 36,2 % dels consumidors de cap de setmana, havien provat alguna droga il·legal, però només ho havien fet el 2,0 % dels abstemis. També, el 90,2 % dels que s'havien embriagat durant els sis mesos anteriors havien provat drogues il·legals, i el 94,3% en consumien en el moment de l'estudi. Entre la freqüència del consum de tabac i la probabilitat de consumir cànnabis varem trobar la mateixa relació: entre els qui no fumaven tabac, només el 3,7% havien provat cànnabis, però més de la meitat dels fumadors diaris de tabac (63,3%) havien consumit també cànnabis. La totalitat dels consumidors diaris de cànnabis també eren fumadors diaris de tabac.

Ara s'han començat a estudiar les bases biològiques d'aquesta relació, abans purament epidemiològica, i sembla que han trobat que al menys hi ha un mecanisme biològic que explica la relació entre l'ús de nicotina i el de cocaïna, i possiblement altres drogues¹⁰. No es tracta d'una relació causal, sinó que en un primer moment l'aprenentatge realitzat amb una droga, l'estil de vida que s'assoleix, el tipus de relacions, etc. faciliten el pas a altres drogues, cosa que passa si hi ha una oportunitat efectiva de donar aquesta passa. Aleshores, s'hi suma el mecanisme biològic activat amb el consum de la droga anterior, que augmenta la probabilitat d'arribar a fer un ús abusiu de la segona droga.

2.1.2. Població jove (estudiants de 14 a 18 anys)

El darrer informe disponible amb dades representatives de les Illes Balears és ESTUDES 2010. En aquest estudi, per als tres períodes analitzats (alguna vegada en la vida, últims 12 mesos i últims 30 dies), podem afirmar, en general, que l'alcohol, el tabac i el cànnabis són les substàncies que presenten les prevalences més altes. El consum de les diferents substàncies en funció del sexe revela significatives diferències en els patrons de consum. Així, els nois consumeixen en major grau cànnabis, al·lucinògens i heroïna, mentre que les noies presenten majors proporcions de consum en la resta de substàncies.

⁸ Kandel, D.B. (1978). Longitudinal research on drug use: empirical findings and methodological issues. Hemisphere. Washington.

⁹ Vegeu, entre d'altres: Calafat, A.; Amengual, M.; Farrés, C.; Monserrat, M. (1983): Característiques del consum de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de Enseñanza Media de Mallorca. *Drogalcohol VIII* (4), 155-174.

Calafat, A.; Amengual, M.; Mejías, G.; Borrás, M. (1989): Consumo de drogas en enseñanza media. Comparación entre 1981 y 1988. *Revista Española de Drogodependencias* 14 (1), 9-28.

Amengual, M.; Calafat, A.; Palmer, A. (1993). Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media. 1981-1988-1992. *Adicciones* 5 (2), 141-161.

¹⁰ N. D. Volkow (2011). Epigenetics of Nicotine: Another Nail in the Coughing. *Sci. Transl. Med.* 3, 107ps43.

A. Levine, Y. Huang, B. Drisaldi, E. A. Griffin, D. D. Pollak, S. Xu, D. Yin, C. Schaffran, D. B. Kandel, E. R. Kandel (2011). Molecular Mechanism for a Gateway Drug: Epigenetic Changes Initiated by Nicotine Prime Gene Expression by Cocaine. *Sci. Transl. Med.* 3, 107ra109.

Taula 2.6. Prevalences de consum de les diferents substàncies totals i per sexe

	Alguna vegada			Últims 12 mesos			Últims 30 dies		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Tabac	36,1	45,1	40,8	28,2	37	32,8	20,7	27,1	24
Alcohol	75,6	77,5	76,6	74,4	76,4	75,4	60,2	63	61,6
Tranquil·litzants sense recepta	8,8	13,3	11,2	5	7,4	6,3	2,7	3,3	3
Cànnabis	36,8	35,4	36,1	30,8	28,8	29,8	21,7	17,8	19,7
Cocaïna	3,2	3,6	3,4	2	2,4	2,2	1,2	1,1	1,1
Èxtasi	2,2	2,9	2,6	1,8	1,6	1,7	0,8	1,1	0,9
Speed i amfetamines	1,6	2	0,9	1	1	0,6	0,8	0,5	0,5
Al·lucinògens	4,5	3,6	1,8	2,9	2,3	1	1	1,5	0,6
Heroïna	1,1	0,8	4,1	0,8	0,4	2,6	0,5	0,5	1,3
Substàncies volàtils	1,6	2,1	1,8	0,8	1,4	1,1	0,5	1,1	0,8

L'alcohol és la substància de consum més estesa entre les i els estudiants d'entre 14 i 18 anys d'ambdós sexes. En segon lloc, la substància més consumida per les noies és el tabac, mentre que per als nois és l'haixix.

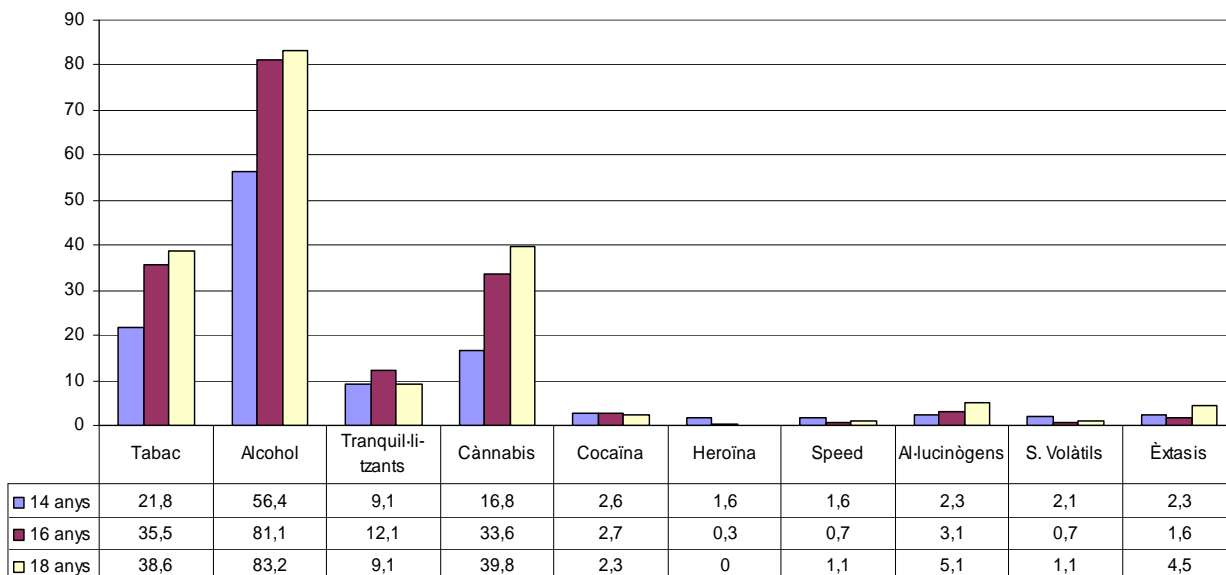
L'edat mitjana d'inici al consum de les distintes drogues oscil·la entre un mínim de 12,9 anys en el cas dels inhalables volàtils, i un màxim de 15,1 anys en el cas dels al·lucinògens.

Taula 2.7. Edat mitjana d'inici del consum de les distintes drogues

Drogues	%
Tabac	13,69
Alcohol	13,85
Tranquil·litzants sense recepta	13,99
Cànnabis	14,64
Cocaïna	14,60
Heroïna	12,41
Speed i amfetamines	14,22
Al·lucinògens	15,15
Substàncies volàtils	12,93
Èxtasi	14,78

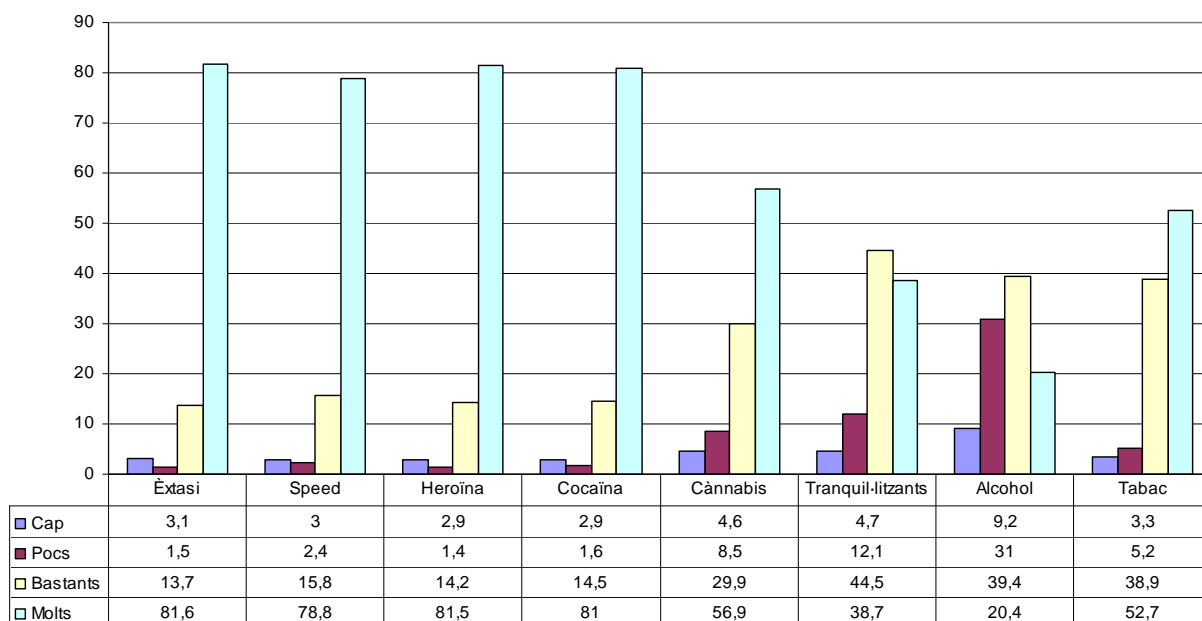
En general, la proporció de consumidors i consumidores augmenta amb l'edat, entre els 14 i els 18 anys, per a pràcticament totes les substàncies, encara que amb alguna excepció. El consum d'heroïna disminueix entre aquestes edats, el de speed, substàncies volàtils i èxtasi disminueix en el pas dels 14 als 16 anys, i el de tranquil·litzants i cocaïna en passar dels 16 anys als 18.

Per contra, el consum d'alcohol i el de cannabis experimenten el major increment entre els 14 i els 16 anys, i el de cànnabis torna a pujar entre els 16 i els 18. La gràfica 2.8 presenta aquests resultats.



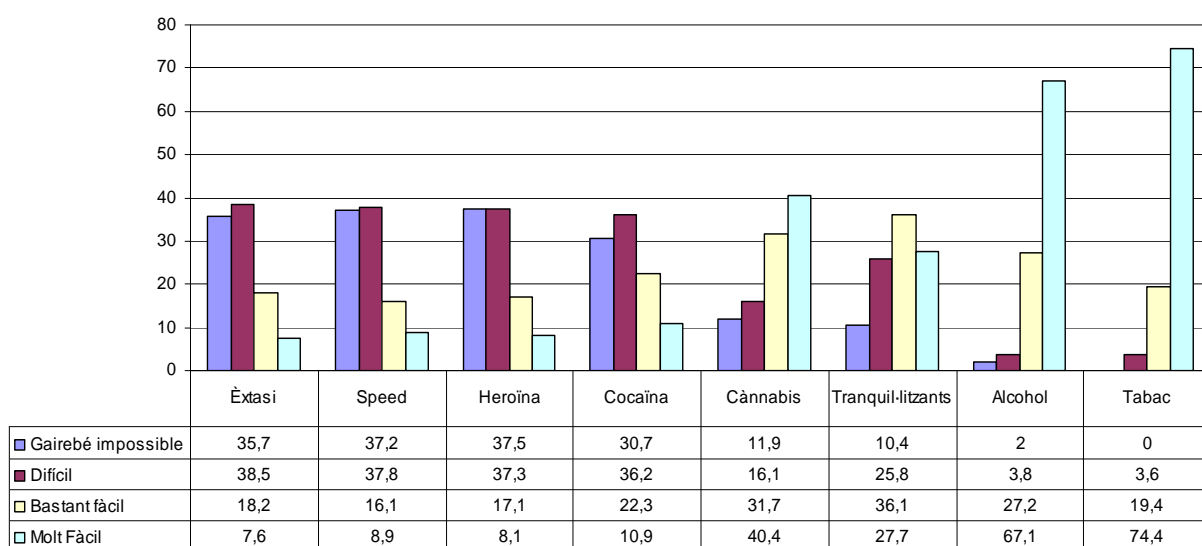
Gràfica 2.8. Prevalença de consum els darrers 12 mesos de distintes substàncies segons l'edat

Pel que fa a la percepció del risc que l'alumnat té sobre el consum habitual de drogues, segons les dades que proporciona ESTUDES, el risc més gran s'atribueix al consum habitual d'heroïna, i així, un 95,7% associa bastants o molts problemes al consum de la dita substància, però també la cocaïna, l'èxtasi i l'*speed* són drogues a les quals s'associen riscos elevats per a la salut. En l'extrem oposat, l'alcohol és la substància sobre la qual es percep un risc menor.



Gràfica 2.9. Percepció de problemes de salut derivats del consum segons el consum de les diferents substàncies

Com podíem esperar, donat el seu estatus legal i el grau d'introducció a la nostra societat, el tabac i l'alcohol són les substàncies considerades més accessibles per l'alumnat enquestat, seguides del cànnabis i els tranquil·litzants. L'heroïna, l'speed, l'èxtasi i la cocaïna són, per aquest ordre, les drogues que es perceben com a més difícils d'aconseguir. Aquestes dades concorden, naturalment, amb les que recull la taula 2.3 de manera que trobam un consum més elevat de les drogues que es poden aconseguir més fàcilment.



Gràfica 2.10. Dificultats percebudes per aconseguir les diferents substàncies

Quant a la freqüència de sortides nocturnes, un 9,8% de l'alumnat que va respondre l'enquesta va reconèixer no haver sortit mai en els últims 12 mesos, mentre que un 44,3% va assenyalar haver-ho fet entre 1 i 3 nits cada mes. La freqüència de sortides nocturnes augmenta amb l'edat.

Taula 2.8. Freqüència de sortides nocturnes a l'últim any

	14	15	16	17	18	Total
Mai	16,6	12	7,2	6,7	4,6	9,8
D'1 a 3 nits al mes	35,7	44,4	47,1	47,1	44,6	44,3
4 nits al mes	20,7	21,4	24,8	20,9	20	22,1
Més de 4 nits al mes	27	22,2	21	25,3	30,9	23,8

L'encreuament de la freqüència de les sortides nocturnes amb l'edat revela que ambdues variables tenen relació directa amb el consum de drogues il·legals, de manera que trobam les majors taxes de consum entre els que han sortit 4 nits al mes o més, sobretot entre l'alumnat de major edat.

Taula 2.9. Consum de drogues il·legals en els últims 12 mesos segons freqüència de sortides nocturnes

	14	15	16	17	18
Mai	10,6	12,2	7,8	12,6	0,0
D'1 a 3 nits al mes	16,5	26,9	33,9	36,9	28,4
4 nits al mes	21,7	30,4	50,4	46,0	57,5
Més de 4 nits al mes	43,3	50	59,7	67,8	67,8

L'hora de tornada a casa durant les sortides nocturnes s'ha endarrerit substancialment, de manera que el tram horari més freqüent durant l'última sortida en cap de setmana és el que transcorre entre les 4 i les 8 del matí, opció escollida per un 22,4%. Hi ha però diferències en funció de l'edat: mentre que als 14 i 15 anys tornen majoritàriament a hores primerenques, a partir dels 16 anys són majoritaris els retorns posteriors a les 4 de la matinada. La taula 2.5 descriu aquesta situació:

Taula 2.10. Hora que va tornar a casa el darrer cop que va sortir el cap de setmana, per edat

	14	15	16	17	18	Total
Abans de les 12	41,6	22,0	7,6	5,4	3,6	16,0
Entre les 12 i la 1	28,6	24,0	17,0	8,0	2,4	17,9
Entre la 1 i les 2	10,2	17,3	14,2	9,2	4,8	12,8
Entre les 2 i les 3	7,1	10,1	14,8	12	11,5	11,5
Entre les 3 i les 4	5,9	10,4	16,9	20,5	24,8	14,7
Entre les 4 i les 8	4,8	11,4	23,9	40,2	45,5	22,4
Després de les 8	1,7	4,7	5,5	4,8	7,3	4,7

L'hora de tornada a casa en l'última sortida en cap de setmana sembla que té una relació amb el consum de drogues il·legals, de manera també proporcional a l'edat, i tal com reflecteix la taula 2.6.

Taula 2.11. Consum de drogues il·legals en els últims 12 mesos segons hora de tornada a casa l'última sortida en cap de setmana

	14	15	16	17	18
Abans de les 12	17,4	15,9	22,5	38,7	14,7
Entre les 12 i la 1	29,6	30,3	31,5	26,2	0,0
Entre la 1 i les 2	25,1	39,3	44,3	18,8	22,7
Entre les 2 i les 3	29,8	39,3	33,7	46,6	15,4
Entre les 3 i les 4	38,2	38,5	46	55,9	40,1
Entre les 4 i les 8	64,1	43,2	61,2	52,4	62,8
Després de les 8	63,2	59,1	61,5	65,8	83,8

2.2. Dades dels centres d'atenció

En el darrer informe disponible del Sistema estatal d'informació permanent sobre addicció a drogues (SEIPAD), corresponent a 2011, s'han recollit 1.930 notificacions d'inici de tractament per drogodependències a les Illes Balears, 117 menys que a l'any anterior (2.047), la qual cosa representa un descens del 5,7%.

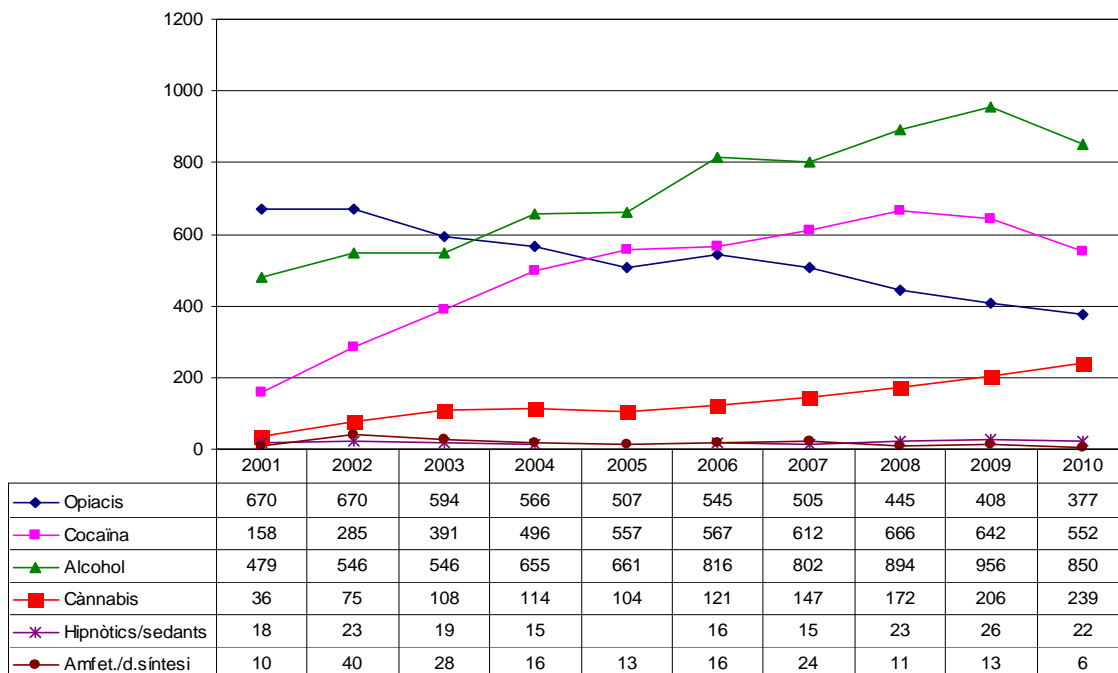
El 99,5% de les persones admeses a tractament el 2010 residien en algun municipi de les Illes Balears, el 0,1% residien fora de les Illes Balears i es desconeixia aquesta informació en el 0,4% dels casos. El 72,7% residien a Mallorca (1.488 persones) dels quals el 50,3% a Palma (749); el 18,1% a les Pitiüses (370); i el 8,7% a Menorca (178).

Taula 2.12. Admissions a tractament per droga principal i sexe. Illes Balears 2010-2009

Droga principal	2010					2009				
	Home	%	Dona	%	Total	Home	%	Dona	%	Total
Opiacis	296	78,51	81	21,49	377	315	77,21	93	22,79	408
Cocaïna	461	83,51	91	16,49	552	530	82,55	112	17,45	642
Cànnabis	197	82,43	42	17,57	239	176	85,44	30	14,56	206
Alcohol	639	75,18	211	24,82	850	710	74,35	245	25,65	955
Hipnòtics i sedants	16	72,73	6	27,27	22	18	69,23	8	30,77	26
Altres drogues	1	100	0	0	1	4	66,67	2	33,33	6
Amfetamines i drogues disseny	5	83,33	1	16,67	6	8	61,54	5	38,46	13
Total	1.615	78,90	432	21,10	2.047	1761	78,06	495	21,94	2.256

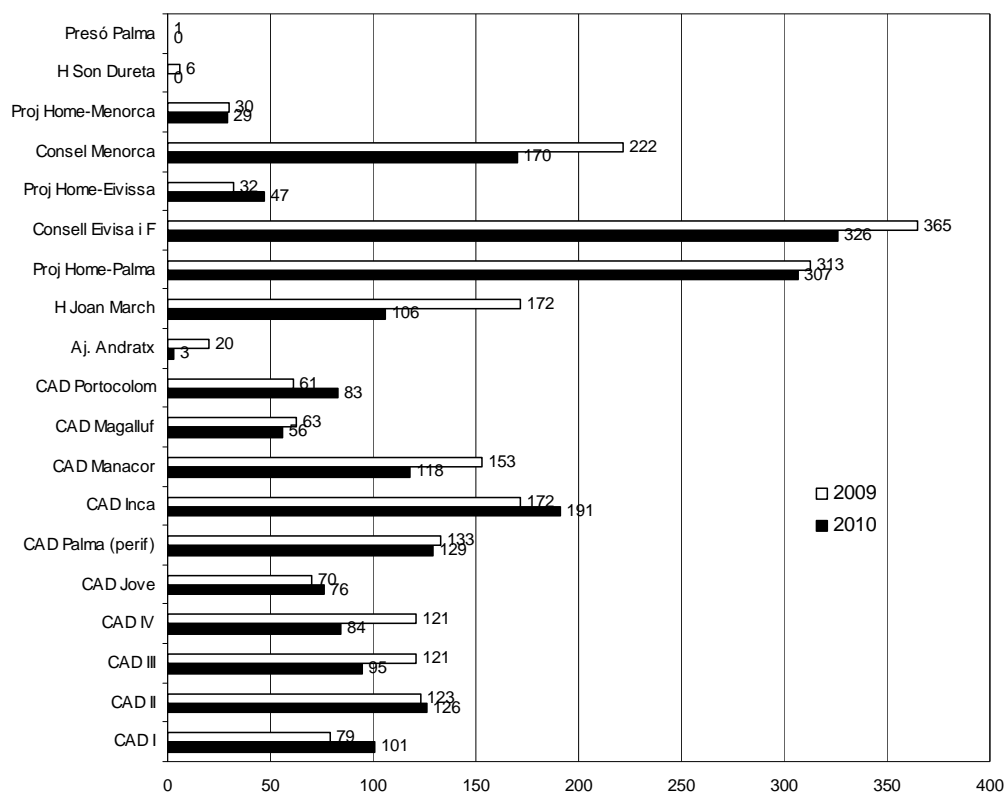
L'alcohol és la droga que més admissions a tractament va generar durant el 2010 amb 850 (el 41,5% del total), seguida de la cocaïna amb 552 (27%), els opiacis, 377 (18,4%) i, a una

considerable distància respecte de les drogues que obtenen les majors prevalences de consum, se situen: el cànnabis, 239 (11,7%); els hipnòtics i sedants, 22 (1,1%); les amfetamines i drogues de disseny, 6 (0,3%); i les altres drogues, 1 (0%). Si comparem aquests resultats amb els obtinguts al 2009, veiem com han augmentat les admissions a tractament per consum de cànnabis i han disminuït les admissions per consum de la resta de substàncies.



Gràfica 2.11. Evolució de les admissions a tractament per droga principal. Illes Balears 2010-2009

El 72,1% de les admissions a tractament han tingut lloc a centres de Mallorca, el 9,7% a Menorca i el 18,2% a Eivissa; amb una distribució similar a la de 2009.



Gràfica 2.12. Admissions a tractament per centre notificador. Illes Balears 2010-2009

El 28,2% dels casos de les Illes Balears són atesos pels CAD de l'IMAS, que només atén població de Mallorca; el 23,5% pels CAD del PADIB, també exclusivament a Mallorca; el 18,7% pel Projecte Home; el 15,9% pel Consell Insular d'Eivissa; el 8,3% pel Consell Insular de Menorca; i el 5,2% per l'Hospital Joan March. L'Ajuntament d'Andratx té un percentatge inferior a l'1%. L'hospital Son Dureta i Institucions penitenciàries no varen notificar cap admissió a tractament en el 2010.

Si analitzam les dades dels CAD de l'IMAS (dels quals tenim informació més detallada), observam una tendència a la disminució d'inicis de tractament, excepte a Inca i Palma.

Taula 2.13. Evolució d'inicis de tractament per any als CAD de l'IMAS

	2007	2008	2009	2010	2011
Palma	115	109	103	101	120
Inca	153	113	131	138	117
Manacor	95	127	113	85	92
Magaluf	80	64	51	32	43
Portocolom	48	59	41	55	35
Total	491	472	439	411	407

En conjunt, el que trobam és un increment constant durant els darrers anys dels casos atesos per alcohol i cànnabis i una disminució dels de cocaïna i heroïna. L'alcohol també és la droga que surt amb més freqüència com a droga principal per a l'inici del tractament. Totes les altres drogues, i de manera notable l'heroïna i la cocaïna, tenen una tendència clarament a la baixa. No hi ha diferències significatives per CAD. Cal destacar, però, la irrupció de les ludopaties, amb una presència progressiva com a motiu d'inici del tractament.

Taula 2.14. Evolució d'inicis de tractament per droga i any als CAD de l'IMAS

	2007	2008	2009	2010
Alcohol	198	194	208	209
Al·lucinògens	0	0	0	0
Amfetamines	8	3	1	2
Cànnabis	51	31	28	36
Cocaïna	145	139	104	77
Heroïna	85	99	92	76
Sedants	4	6	4	4
Vàries subst.	0	0	1	0
Altres o desc.	0	0	1	7
Total	491	472	439	411

La prevalença de casos en tractament per drogues als centres de l'IMAS a la part forana de Mallorca és de 4,44 per cada 1000 habitants majors de 15. Agrupant els municipis per CAD, el valor no és significativament distint de l'esperat, excepte en el CAD de Manacor, on la prevalença és més alta. Per municipis, aquest valor presenta una gran dispersió, essent destacables les elevades prevalences trobades a Son Servera (7,54 per mil), Inca (7,19 per mil), Manacor (6,65 per mil), Sa Pobla (5,90) i Binissalem (5,68 per mil).

La proporció d'homes és més elevada tant en els inicis de tractament com en el de casos totals, però en els casos nous el percentatge de dones sembla que està augmentant de manera progressiva.

Taula 2.15. Casos totals i inicis de tractament per sexe als CAD de l'IMAS

	2010		2011	
	Casos	Inicis	Casos	Inicis
Homes	1325	323	1379	311
Dones	359	88	370	96
Totals	1684	411	1749	407

2.3. Dades dels serveis de seguretat

Els policies tutors han tingut les intervencions relacionades amb drogues que queden reflectides a la taula 2.17.

Taula 2.16. Dades relacionades amb les actuacions dels policies tutors de les Illes Balears en relació a drogues tòxiques i tabac a l'àmbit escolar

Fets	Curs 2008-09	Curs 2009-2010		Curs 2010-2011		Curs 2011-2012		Curs 2012-2013	
	Conjunt I.Balears	Mallorca	Altres Illes	Mallorca	Altres Illes	Mallorca	Altres Illes	Mallorca	Altres Illes
Consum/tinença interior centres	22	24	9	20	7	22	7	23	46
Venta dins els centres	0	6	0	2	0	3	0	0	0
Consum/tinença voltants centres	49	47	53	108	26	90	66	100	46
Venta voltants centres	3	1	2	4	3	4	0	0	0
Consum tabac dins recintes escolars	131	7	15	40	4	38	26	22	14
Municipis	14	20		33		32		48	

S'ha de dir que és un servei relativament recent, ja que només fa cinc anys que està en funcionament i encara no està implantat a tots els municipis. Un cop ponderades les dades per poder comparar els resultats (ja que el nombre de municipis cada any ha estat diferent), veim que a Mallorca totes les intervencions relacionades amb drogues han experimentat una reducció variables però progressiva en tots els casos.

Segons la memòria d'actuacions totals dels policies tutor de les Illes Balears del curs 2012-2013, les actuacions totals varen ésser 5.578, de les quals el 37,55% eren actuacions amb menors en l'àmbit escolar. Les actuacions per absentisme escolar van representar el 15% del total d'accions, seguides de les actuacions en matèria de seguretat ciutadana dins l'àmbit escolar (13,84%); les actuacions en matèria de substàncies tòxiques (4,52%), i les actuacions de caire penal dins l'àmbit escolar (4'28%).

Dins el bloc d'actuacions fetes amb menors fora de l'àmbit escolar (en total 3.408), hi figuren la identificació de persones sospitoses (578 actuacions); els oficis dels jutjats de menors i de la fiscalia de menors (984); els informes als serveis socials municipals (398), les notificacions al registre de maltractament infantil, (78), i les actuacions en violència de gènere amb menors implicats (18) entre d'altres. També destaquen les 75 actuacions relacionades amb l'àmbit de les noves tecnologies.

Per la seva banda la Delegació del Govern a les Illes Balears proporciona les dades sobre les partides intervingudes i els decomisos de drogues¹¹. Les unitats de mesura, segons el seu sistema estadístic, són bàsicament els grams de pes net de la droga de cada decomís, el nombre d'unitats que el componen (sobretot en el cas de pastilles), i el nombre de expedients (generalment, el nombre de partides rebudes).

¹¹ Una "partida" (en castellà *alijo*) és el conjunt de drogues confiscades per les forces i cossos de seguretat en un operatiu, mentre que "decomís" es refereix a cada droga concreta confiscada. En una sola partida hi pot haver nombrosos decomisos.

Taula 2.17. Partides i decomisos per any de recepció

Recepció	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Partides	10.330	9.922	4.315	7.438	11.752	14.253
Decomisos	No hi ha dades	No hi ha dades	5.393	9.565	15.300	18.640

Com es podia esperar per les dades de consum, les drogues aplegades, per ordre de freqüència són la cannabis (la planta i els diferents derivats), després la cocaïna, l'heroïna (que està baixant), els derivats d'amfetamina (sobretot èxtasi), l'amfetamina i la ketamina. A la taula 2.19 podeu veure les quantitats confiscades de les principals drogues durant els dos darrers anys.

Taula 2.18. Quantitats confiscades a Balears per tipus de droga

	2013	2012
Cocaïna (kg)	53,16	41,65
Hachís (kg)	85,25	218,23
Heroïna (kg)	2,71	2,27
Amfetamina sulfat (kg)	2,44	0,87
MDMA-Èxtasi (u.)	29.887	37.367
Amfetamines (u.)	25.365	229
LSD (u.)	17	37

Dades del Cos Nacional de Policia, de la Guàrdia Civil i del Departament d'Aduanes
 Font: Ministerio del Interior. Evolución del tráfico ilícito de drogas en España 2013

Per altra part, es destacable que en el darrer any, en els centres educatius i els seus voltants es varen produir 105 decomisos i es desactivaren 33 punts de venda, amb un total de 457 gr de derivats de cannabis (marihuana i haixix) confiscats, la qual cosa indica que aparentment no s'ha produït una entrada important de drogues en els centres educatius. En les zones d'oci i diversió, en canvi, es varen produir 3.779 denúncies que donaren lloc a 4.142 decomisos i es desactivaren 142 punts de venda, amb el total de substàncies confiscades recollides a la taula 2.20.

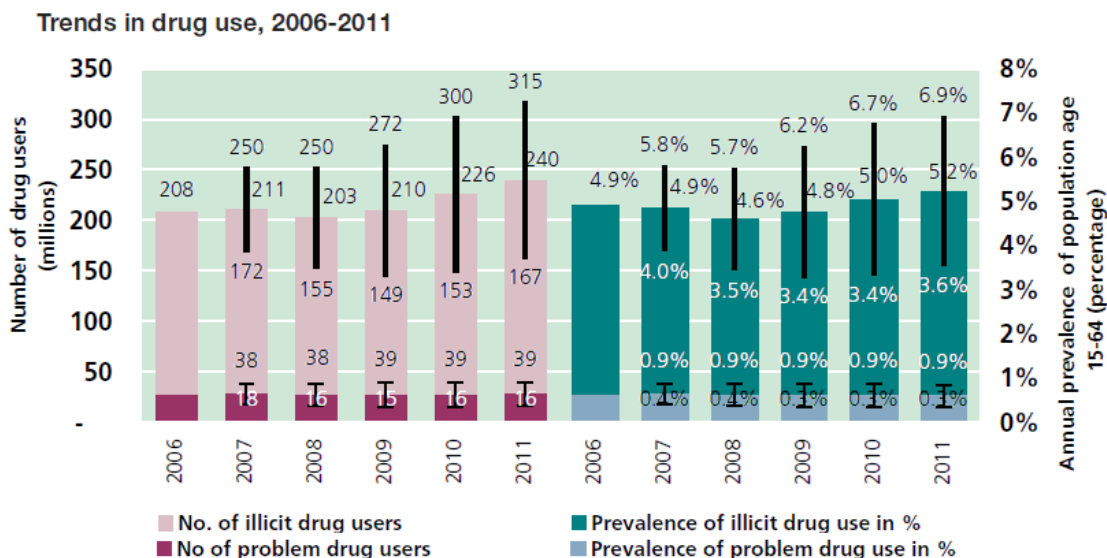
Taula 2.19. Quantitats confiscades per tipus de droga a les zones d'oci de les Illes Balears

Tipus de droga	Quantitat
Derivats de cannabis (gr)	14.808
Cocaïna (gr)	7.757
Heroïna (gr)	45
Amfetamina sulfat (gr)	94
MDMA-Èxtasi (u.)	5.844
GHB-Èxtasi líquid (cc)	117
LSD (u.)	11
Psicofàrmacs (u.)	117

Dades del Cos Nacional de Policia i de la Guàrdia Civil
 Font: Ministerio del Interior. Evolución del tráfico ilícito de drogas en España 2013

3. LÍNIES GENERALS, OBJECTIUS, CRITERIS I PRIORITATS DEL PLA

L'Oficina de les Nacions Unides contra les Drogues i el Crim, en el seu darrer informe sobre les drogues al món, mostra que els consumidors problemàtics de drogues no arriben al 10% de tots els consumidors (vegeu la gràfica 3.1)¹². Això vol dir que la major part del consum de drogues no és problemàtic i que, per tant, no podem tractar de la mateixa manera tots els consums de drogues.



Gràfica 3.1. Evolució de l'ús mundial de drogues entre 2006 i 2012

Quan parlem d'abús de drogues i d'alcohol ens referim a un patró de comportament que repercuteix negativament sobre les àrees psicològica, física, familiar i social de la persona i del seu entorn. L'abús de drogues és un greu problema de salut pública i comunitària (entesa en el sentit més ample) i, per tant, s'ha d'abordar des d'un conjunt d'activitats dirigides a la protecció, promoció i restauració de la salut de la comunitat. D'aquestes activitats, unes corresponen als serveis socials i de salut, i estan dirigides directament a assolir els objectius de salut pública i benestar social. Altres són activitats que tenen uns altres objectius prioritaris, però que també contribueixen de manera important a la promoció de la salut.

El Pla sobre drogodependències i altres addiccions de Mallorca té com a finalitat definir les línies generals que han d'inspirar l'organització i execució de tot aquest conjunt de dispositius, recursos, programes, projectes i actuacions que han de servir a per a un abordatge integral de les drogodependències i altres addiccions a l'illa, com a resultat del qual esperam aconseguir un canvi dels determinants individuals, socials i ambientals que promouen l'abús de drogues (tant legals com il·legals), així com els problemes i danys relacionats amb aquest abús que es produeixen a l'àmbit individual, familiar, escolar, comunitari, etc.

Aquesta meta general inclou, com s'exposarà més endavant, evitar o retardar l'inici del consum de substàncies psicoactives, evitar la progressió cap a un ús freqüent o regular, minimitzar els riscos associats al consum, i reduir els danys derivats del consum.

¹² UNODC, *World Drug Report 2013* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6) p.1

Per aconseguir-ho, aquest Pla planteja les següents línies generals:

1. En primer lloc, mesures de promoció de la salut, és a dir, el foment de la salut a través de la promoció d'estils de vida saludables. Això significa:
 - a) La investigació dels factors ambientals, socials i conductuals relacionats amb l'abús de drogues, institucionalitzades o no, per tal de millorar el abordatge.
 - b) Informar la població general sobre els riscos del consum i promoure un canvi de la representació social de l'alcohol, a través de campanyes evaluades i efectives d'informació amb la col·laboració dels mitjans de comunicació.
 - c) Generalitzar l'educació per a la salut a l'àmbit educatiu: totes les escoles de Mallorca han d'incorporar la prevenció de l'hàbit de fumar i de l'abús d'alcohol i altres drogodependències en el marc de l'educació per a la salut. És una tasca que correspon dur a terme principalment a la conselleria responsable de l'educació, però els plans municipals també hi poden tenir un paper impulsor i de seguiment.
 - d) Reforçar el paper educatiu de les famílies a través de la seva participació en els programes de prevenció a l'àmbit educatiu, i d'activitats específiques de formació a l'àmbit comunitari.
 - e) Actuar a l'àmbit juvenil a través del moviment associatiu i d'intervencions en el lleure, o la promoció de les activitats d'oci alternatiu dels municipis.
2. Però no tota la responsabilitat ha de recaure sobre els individus. Les accions de restauració i de defensa i foment de la salut no serien possibles sense el control dels factors socials que actuen en contra de l'objectiu de la salut comunitària. El Pla sobre drogodependències de Mallorca s'ha de proposar actuar sobre el medi a través de mesures de protecció de la salut que permetin que les decisions més saludables siguin les més fàcils per a cada persona i per a cada administració. Això inclou diverses classes de mesures de suport a les limitacions que contempla l'ordenament jurídic vigent, i de manera especial la Llei sobre drogodependències i altres conductes addictives de les Illes Balears:
 - a) Control del compliment de la prohibició de la venda de begudes alcohòliques i tabac als menors de 18 anys.
 - b) Control del compliment de les limitacions legals a la publicitat i a les activitats de promoció de begudes alcohòliques i tabac.
 - c) Fer complir les mesures de limitació dels horaris i llocs de venda i consum de begudes alcohòliques i tabac.
3. En tercer lloc, també preveu la col·laboració en les accions de restauració de la salut que són responsabilitat de la conselleria competent en matèria sanitària. Això significa:
 - a) Contribuir a la xarxa d'atenció de les drogodependències amb la incorporació dels recursos i serveis que s'acordin amb l'administració sanitària en el marc del Pla sobre Drogues de les Illes Balears.
 - b) Definir la xarxa de serveis específics de reinserció, i la seva coordinació amb els serveis i programes generals d'inserció, per tal de poder fer efectiva la incorporació sociolaboral dels drogodependents des de les primeres fases del tractament.
4. En quart lloc, consideram que la salut pública i el benestar social són una acció que ha d'impregnar les polítiques generals a tots els nivells de l'administració. En aquest sentit, les polítiques educatives i escolars, econòmiques, d'habitatge, laborals i de promoció sociocultural dirigides a la població general, i de manera específica les dirigides als joves, encara que no estan orientades de manera prioritària a assolir els objectius de salut pública, perquè tenen

uns altres objectius específics, també contribueixen de manera important a la promoció de la salut, i a l'abordatge preventiu de l'abús de drogues.

5. Finalment, el Pla sobre drogodependències de Mallorca vol donar una passa més per incloure la responsabilitat i la participació de la comunitat en la planificació, administració, gestió i control de les accions sobre drogodependències.
 - a) S'han de definir les responsabilitats i funcions de totes les administracions per tal de garantir un abordatge integral del problema.
 - b) Hem de tenir mecanismes per promoure la participació efectiva de totes les persones afectades, de les entitats, i del teixit social en general.
 - c) Hem de promoure el compromís de diversos grups d'interessos, ja siguin socials o econòmics, en un projecte comú. Per exemple, ja hem iniciat el treball amb associacions empresarials i de comerciants per estimular la seva contribució per fer de l'oci nocturn un espai saludable.

3.1. Criteris

- 1) Promoció de salut:
 - Acció positiva sobre els individus i els grups.
 - Transformació de l'entorn social:
 - Desenvolupar polítiques saludables.
 - Preparar entorns saludables.
 - Reforçar l'acció comunitària.
 - Reorientació dels serveis.
- 2) Globalitat:
 - Totes les substàncies i tots els aspectes.
- 3) Normalització:
 - Desactivar percepcions imaginàries.
 - Actuar des de recursos normals.
 - Incorporar-la com a activitat normal dels recursos.
- 4) Intersectorialitat i interinstitucionalitat.
- 5) Participació comunitària

3.2. Objectius

L'objectiu és eliminar o reduir l'aparició de problemes relacionats amb l'ús de drogues. Segons les característiques dels destinataris, aquest objectiu pot tenir diferents nivells:

- 1) Evitar l'ús de drogues en la població adolescent i juvenil.
- 2) Retardar l'edat d'inici.
- 3) Reduir l'ús regular de drogues en el conjunt de la població.
- 4) Disminuir el nombre de persones que fan un ús patològic de drogues.



- 5) Reduir les complicacions i les conseqüències evitables del consum.
- 6) Sensibilitzar les persones afectades i el seu entorn per tal que busquin i trobin solucions.

3.3. Prioritats

- 1) Hem de prioritzar les drogues legals.
 - a) Les drogues legals són les més consumides a totes les edats.
 - b) El consum de drogues comença per les drogues legals.
 - c) El primer consum depèn de:
 - L'oferta de drogues: com més present està una droga en l'entorn, el consum és més gran.
 - Els factors lligats a les situacions d'oferta: pressió grupal, models consumidors, representació social de la droga, , etc.
 - Els determinants personals: expectatives, autoimatge, valors, etc.
 - d) La continuïtat del consum depèn de:
 - efectes del producte.
 - satisfacció subjectiva de necessitats.
 - entorn favorable.
 - e) El procés de fer-se consumidor és seqüencial.
- 2) Ens hem de centrar en la capacitat de resposta a les situacions d'oferta.
 - a) El que frena l'experimentació amb drogues no és la informació, ni les creences, ni les actituds prèvies, sinó la falta d'oportunitat efectiva.



4. OBJECTIUS DEL PLA SOBRE DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES ADDICCIONS DE MALLORCA

El Pla Nacional sobre Drogues, en el seu Plan de acció sobre drogues 2013-2016 planteja els 6 eixos i els 14 objectius que es recullen a la taula següent.

PLAN CUATRIENAL SOBRE DROGAS 2013-2016 36 acciones

EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación.	1. Coordinación Nacional.	2
2. Reducción de la demanda	2. Concienciación Social.	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	2
	5. Reducir el consumo.	4
	6. Reducir daños asociados al consumo	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
	3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales.
10. Blanqueo de capitales.		3
4. Mejora del Conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
5. Formación.	13. Formación.	1
6. Coord. Internacional	14. Coordinación internacional.	3

Per la seva banda, el Pla d'actuació en drogodependències i addiccions de les Illes Balears 2007-2011 planteja els següents objectius estratègics:

- Prevenir, evitar o reduir al màxim el consum de qualsevol tipus de droga i la seva repercussió als diferents àmbits d'acció (individual, familiar, comunitari, social, laboral, escolar, penitenciari...).
- Evitar o, si escau, retardar l'edat d'inici del consum de drogues, legals i il·legals, especialment entre la població adolescent i juvenil, a través de la implementació de programes preventius rigorosos enfocats de forma general, però també de forma específica, en funció de l'objectiu desitjat.
- Afavorir el desenvolupament de pautes per aquelles persones que vulguin abandonar la drogodependència o l'addicció.
- Vetllar pels drets d'aquells que no volen consumir.
- Augmentar la sensibilització per la percepció del risc i les conseqüències de tota mena, associades al consum de droga.
- Disminuir la mortalitat, morbiditat i els ingressos a urgències, associats al consum de qualsevol mena de droga.

- Consolidar, millorar i garantir els programes assistencials de reducció de danys entre la població drogodependent.
- Incorporar progressivament programes de multiculturalitat i defensa dels drets del menor, consideració de les diferències entre sexes, discapacitats, tercera edat, etc., a tots els nivells d'actuació en drogodependències i addiccions.
- Millorar la cobertura assistencial i social envers les persones drogodependents o addictes, així com a les seves famílies, a través d'una major coordinació entre la xarxa assistencial i la d'acció social de drogodependències, i mitjançant la seva integració als diferents àmbits de la Xarxa sanitària pública (atenció primària i atenció especialitzada).
- Potenciar la inserció social i laboral de les persones drogodependents.
- Reduir els factors d'automarginació i exclusió social de la població drogodependent.
- Incloure a totes les accions que ho permetin, la promoció d'una cultura de la salut (promoció i educació per a la salut) que afavoreixi uns hàbits i estils de vida saludables a la societat balear.
- Col·laborar, en el marc competencial possible, amb els responsables d'institucions i agents que treballen en l'àrea del control de l'oferta de drogues per assolir una reducció de l'accessibilitat i disponibilitat de les drogues de tota mena, especialment entre els joves i adolescents.
- Afavorir la creació d'un clima de corresponsabilitat social i cooperació institucional a la societat balear, que generi una consciència individual i col·lectiva que demostrï que només la implicació de tots permetrà avançar en la consecució dels objectius d'aquest Pla d'actuació sobre drogodependències i addiccions a les Illes Balears 2007-2011.

El Pla sobre drogodependències i altres addiccions de Mallorca, tot i que se situa en un nivell de planificació inferior, ha de recollir necessàriament aquests objectius, els ha d'adaptar al territori i al nivell de competències de les administracions a les quals afecta, i ha de desenvolupar els mateixos models d'actuació a partir de les experiències adquirides i d'acord amb la situació particular de les drogodependències a la nostra Illa.

4.1. Objectius

L'objectiu general d'aquest Pla és reduir al màxim possible el consum de substàncies psicoactives de comerç legal i il·legal i, d'aquesta manera, reduir també els efectes que té sobre la salut de les persones, sobre el sistema sanitari i sobre les famílies i la societat en el seu conjunt.

A partir d'aquest objectiu general, ens plantejarem els següents objectius estratègics:

Objectiu Estratègic 1:

AUGMENTAR LA CAPACITAT DEL SISTEMA SOCIOSANITARI PER DONAR RESPOSTA ALS PROBLEMES QUE GENERA EL CONSUM DE SUBSTÀNCIES, DISMINUIR LA SEVA PREVALENCIA I AUGMENTAR EL NOMBRE DE PERSONES QUE SUPERA LA SEVA DEPENDÈNCIA

1. Disminuir el nombre de persones consumidores amb problemes de salut física i mental derivats del consum.
2. Disminuir el nombre de persones que consumeixen substàncies
3. Augmentar l'eficiència i l'efectivitat de les intervencions sociosanitàries

4. Disminuir la mortalitat provocada o relacionada amb el consum de substàncies
5. Augmentar el nombre de persones excloses o en risc d'exclusió amb problemes de consum que aconseguix la inserció social
6. Augmentar la població penitenciària que accedeix a programes socio-sanitaris d'abandó del consum i inserció social.
7. Augmentar el nombre de persones en programes alternatius a la privació de llibertat

Objectiu Estratègic 2:

AUGMENTAR I MILLORAR LES ACTUACIONS, PROGRAMES I POLÍTIQUES PREVENTIVES PER A ACONSEGUIR LA DISMINUCIÓ DEL NOMBRE DE PERSONES QUE ESTABLEIXEN RELACIONS PROBLEMÀTIQUES AMB LES SUBSTÀNCIES, L'AUGMENT DEL CONEIXEMENT SOCIAL DEL PROBLEMA I LA CONSTRUCCIÓ SOCIAL D'ESPAIS D'OCI I DE TREBALL SENSE CONSUM DE SUBSTÀNCIES

1. Disminuir el nombre de persones que inicia el consum de substàncies
2. Augmentar l'edat d'inici del contacte, l'experimentació i el consum problemàtic de substàncies.
3. Disminuir els delictes, actes violents, accidents i infraccions en què està implicat el consum de substàncies
4. Augmentar els espais d'oci i diversió sense consum de substàncies i el nombre de persones usuàries dels mateixos
5. Augmentar el nombre d'empreses amb programes preventius i lliures del consum de substàncies
6. Disminuir la població penitenciària relacionada amb el consum de substàncies
7. Augmentar el nombre de persones en què es detecten problemes relacionats amb les drogodependències que mantenen una situació laboral i social estable

Objectiu Estratègic 3:

AUGMENTAR EL CONEIXEMENT CIENTÍFIC I CONTRASTAT SOBRE LA PROBLEMÀTICA QUE GENEREN LES DROGODEPENDÈNCIES I ELS SEUS DISTINTS ENFOCAMENTS I ABORDATGES

1. Augmentar el nombre i la qualitat de les investigacions bàsica i aplicada en les distintes facetes de les drogodependències
2. Augmentar el coneixement científic dels i les professionals que treballen en drogodependències.
3. Augmentar els coneixements de tot l'entorn social no professional que treballa i col·labora en drogodependències.
4. Augmentar el nombre d'intervencions, processos, programes i polítiques avaluats fins a aconseguir tot el Conjunt de la intervenció en drogodependències.

Objectiu Estratègic 4:

AUGMENTAR LA IMPLICACIÓ I LA INTERVENCIÓ DEL CONJUNT DE LA SOCIETAT EN LES DISTINTES FACETES DE LES DROGODEPENDÈNCIES

1. Augmentar el nombre d'activitats i programes d'intervenció comunitària a partir dels Plans municipals de Drogues

2. Augmentar el nombre d'entitats coordinades amb el Pla sobre drogodependències.

4.2. Estratègies d'actuació

En els apartats anteriors ha quedat ben determinada la situació del consum de drogues, les seves conseqüències així com els dispositius i actuacions preventives sobre les mateixes.

En l'àmbit de les drogodependències, igual que en altres camps de la Salut Pública en el concepte del qual s'emmarca la pròpia Estratègia Nacional, les activitats es poden definir des de la perspectiva de cada àmbit de treball (prevenció, assistència, reducció o incorporació social) o des d'una perspectiva específica de caràcter monogràfic (tabac, alcohol, etc.).

Pel que fa als àmbits d'actuació, les activitats s'estableixen per a cada un dels elements en què pot dividir-se el Pla, de manera que es defineixen de forma vertical dins de cada àmbit i de forma transversal per a les distintes drogodependències. Així, la definició d'un conjunt d'activitats que s'han de dur a terme en el camp de la prevenció o en el de l'assistència s'entén que exerciran el seu efecte sobre totes o almenys sobre un ampli grup de les drogodependències i els problemes que generen.

Aquest model de treball es basa en el fet que moltes activitats tenen un caràcter general que actua per igual sobre les distintes drogodependències. El desenvolupament de programes preventius escolars que tenen com a objectiu reforçar l'assertivitat i l'autonomia en els joves o la posada en comú dels procediments de les comunitats terapèutiques són dos bons exemples d'això.

Apostam, per tant, per desplegar activitats en cada àmbit d'actuació, que incideixin sobre les drogodependències i els problemes que les acompanyen en el seu conjunt, desenvolupant la prevenció, la disminució del risc, l'assistència o la incorporació social amb la universalitat que faci falta.

Però també hi pot haver programes monogràfics, amb activitats sobre una substància i un conjunt unificat de problemes de manera que es desenrotllin verticalment per a la substància i de forma transversal per a cada un dels àmbits d'actuació. En aquest cas les activitats es refereixen a una substància o circumstància concreta i s'han de dur a terme en tots i cada un dels àmbits d'actuació del Pla per a aquesta substància. Aquest model de treball també té la seva raó de ser quan ens enfrontam a problemes molt rellevants, com pot ser la dependència de l'alcohol; emergents amb força, com la cocaïna; o amb característiques molt específiques, com el tabac o en àmbits d'actuació concrets però d'estructura complexa com el medi laboral, que fan necessari tenir una visió integral i estratègica de tota la cadena d'actuacions que s'han de dur a terme.

Entenem que les dues perspectives són vàlides per abordar les nostres estratègies, i som conscients que s'han d'evitar els solapaments i la repetició d'activitats.

4.3. Àmbits d'actuació

1. Coordinació i participació.
2. Prevenció.
3. Disminució del risc i reducció del dany
4. Tractament integral
 - a) Assistència
 - b) Incorporació social.
5. Desenvolupament del coneixement científic.

6. Formació.

7. Avaluació.

Per a cada un d'aquests àmbits les mesures o accions que es contemplin han d'atendre els següents principis:

- Integració, zonificació i territorialitat.
Les mesures han d'estar integrades en el conjunt dels plans i accions d'educació, de salut i de serveis socials generals, i s'han de gestionar i executar en el context comunitari més proper als individus i a les organitzacions que en són destinatàries.
- Integralitat
Les mesures han de tenir en compte el conjunt dels factors i els àmbits de desenvolupament personal i social, amb una acció conjunta i coordinada de tots els recursos existents.
- Interdisciplinarietat
- Continuitat
- Participació comunitària

5. ACCIONS PER ÀMBIT D'ACTUACIÓ

5.1. Coordinació i participació

El Pla sobre Drogodependències de Mallorca és, de fet, el resultat de la suma dels esforços de diferents organismes, organitzacions i fins i tot de vegades, persones singulars, sobre un o més aspectes de les drogoaddiccions. Tot aquest entramat genera una de les majors riqueses del Pla, que és l'àmplia participació social, però al mateix temps configura una multiplicitat de disciplines, mètodes de treball, procediments i fins i tot interessos que és imprescindible posar en comú i coordinar entre si.

En aquest sentit, hi ha tres camps diferenciats en els quals hem d'establir mecanismes de coordinació:

1. Les Administracions Públiques entre si: distintes agències de l'Administració autonòmica, Administració General de l'Estat, Administració Local, Poder Judicial.
2. Les Organitzacions que treballen directament en el camp de les drogodependències prestant serveis subvencionats per les administracions i de manera especial pel Consell de Mallorca i l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.
3. Les Organitzacions socials que actuen en aquest camp, encara que no siguin prestadores directes de serveis (com ara les associacions de famílies, les associacions professionals, i altres) amb les quals s'han d'establir mecanismes de cooperació.

L'objectiu final és aconseguir que el Pla sobre Drogodependències i altres Addiccions de Mallorca sigui capaç de liderar i coordinar una política global comuna a totes les actuacions i intervencions en matèria de consum de substàncies que es realitzen en l'illa de Mallorca.

Objectius i accions

1. *Establir estructures i mecanismes estables de coordinació entre les distintes Administracions Públiques.*
 - A. Potenciar la Comissió Insular de coordinació en matèria de drogues, creada per resolució de 13 de desembre de 2005 d'acord amb el que estableix la Llei 4/2005 de 29 d'abril sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears en els articles 44 i 49, i convocar les reunions semestrals que preveu el seu Reglament.
 - B. Demanar a la conselleria competent del Govern de les Illes Balears les convocatòries reglamentàries de la Comissió Institucional en matèria de drogues de les Illes Balears i participar en les seves reunions.
 - C. Establir comissions per a la coordinació i intercanvi de coneixements, mesures i programes amb els altres consells insulars.
2. *Establir una coordinació que defineixi i potenciï objectius comuns del Pla sobre Drogodependències de Mallorca amb els Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD)*
 - A. Potenciar el paper dels Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD) com a plans de prevenció comunitària.
 - B. Elaborar en col·laboració amb els PMD una Cartera de Serveis bàsica i comú a tots els Plans municipals.
 - C. Col·laborar amb els PMD per a l'obtenció de recursos per dur a terme els seus programes.

- D. Crear una Comissió de Coordinació entre els diferents PMD.
 - E. Aconseguir que els PMD arribin al 100% de la població de Mallorca.
3. *Col·laborar amb la conselleria competent en matèria sanitària per establir mecanismes de coordinació interna entre els distints àmbits del sistema sanitari i els dispositius assistencials en drogodependències.*
- A. Col·laborar amb el PADIB per definir les diverses tipologies de centres, la seva dependència orgànica i la seva relació amb els altres circuits d'atenció que no són propis ni exclusius de la xarxa d'atenció a drogodependències.
 - B. Proposar al PADIB circuits terapèutics normalitzats per establir una correcta coordinació entre tots els dispositius assistencials que participen en el tractament i inserció social de les persones amb problemes de consum de drogues.
4. *Establir mecanismes que millorin i reforcin la coordinació entre les entitats implicades en el treball de les drogoaddiccions.*
- A. Fomentar la participació de les ONG en les estructures de coordinació estables que preveu la Llei 4/2005 de 29 d'abril sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears.
5. *Establir mecanismes de participació, cooperació i coordinació entre les organitzacions socials i altres col·lectius.*
- A. Establir vies i canals de participació, cooperació i coordinació amb el sector econòmic de l'oci, amb federacions i associacions esportives, amb les associacions de les famílies, amb figures i professionals rellevants en aquest àmbit, així com amb els mitjans de comunicació.
 - B. Crear grups de treball específics amb adolescents i joves que aportin la visió que tenen sobre el llenguatge i els canals que els arriben millor, així com experiències sobre conductes i tendències actuals, espais d'oci, riscos, etc., en el marc de les estructures de coordinació i seguiment dels Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD).
6. *Establir connexions amb altres plans i programes sobre aspectes específics que poden afectar a les persones consumidores de drogues.*
- A. Establir vies i canals de participació, cooperació i coordinació amb el Pla de la Sida, Menors, Pla de Salut Mental, Institut de la dona, plans i programes d'emergència social i d'inclusió social, programes de prevenció de riscos laborals, etc., per tal de posar en marxa actuacions conjuntes i donar una resposta integral a la problemàtica de les persones consumidores de drogues en el marc dels serveis i recursos públics normalitzats.

5.2. Prevenció

La prevenció inclou les intervencions orientades a evitar o retardar l'inici del consum de drogues, que aborden les conductes de risc, i que limiten la progressió del consum experimental al dependent o problemàtic.

Les estratègies preventives no es poden limitar a la difusió de missatges simplistes en contra de les drogues. Fa falta posar en marxa una varietat d'intervencions, basades en l'evidència, per donar resposta a les necessitats dels diferents grups. Aquestes intervencions han de ser integrals i coordinades, en un marc ample de política social i de salut pública, que tingui en compte la

influència del context social i fomenti el desenvolupament personal i comunitari. Un objectiu prioritari serà el foment de la capacitat de prendre decisions responsables tant en relació amb l'alcohol, el tabac i les altres drogues, com amb altres conductes que poden implicar riscos, com ara les relacions sexuals sense protecció, o els hàbits poc saludables relacionats amb l'alimentació, l'exercici físic i l'estil de vida en general.

En un marc de promoció de la salut, la prevenció ha de ser assumida per les Administracions Públiques però també és una tasca que correspon al conjunt de la societat. Aquesta coresponsabilitat possibilita afrontar el problema des d'àmbits diversificats.

Les polítiques d'intervenció comunitària en prevenció de l'abús de drogues seran més efectives com més es duguin a terme en contextos normalitzats, en situacions quotidianes i que comptin amb la participació i col·laboració directa de les administracions i de les diverses associacions ciutadanes.

Les intervencions derivades es dirigiran tant a població general, com a grups determinats, com poden ser la joventut o grups d'alt risc, que podrien necessitar actuacions específiques.

Ha de reforçar-se la intervenció sobre les famílies a través de la potenciació de la prevenció comunitària el pilar de desenvolupament de les quals han de ser necessàriament els Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD).

Objectius i accions

1. Afavorir la reducció de la promoció, publicitat i accés a substàncies.

- A. Impulsar la incorporació a les ordenances municipals del que preveu la Llei 11/2014 de comerç de les Illes Balears sobre prohibició de la venda de begudes alcohòliques a menors de 18 anys en establiments comercials, així com de la venda entre les 24.00 hores i les 08.00 hores, amb la corresponent regulació de les inspeccions i sancions de les infraccions.
- B. Impulsar, de forma conjunta amb les corporacions locals, acords d'autoregulació i control amb els sectors patronals i professionals de la indústria de l'oci i amb els mitjans de comunicació.
- C. Promoure acords de les administracions locals per millorar el compliment de la legislació vigent en matèria d'alcohol, tabac i joc definint aquests objectius en els propis PMD.

2. Implantar la qualitat en els programes de prevenció.

- A. Establir un conjunt mínim de criteris de qualitat en les activitats preventives.
- B. Difondre els programes preventius d'eficàcia contrastada, basada en els esmentats criteris per a coneixement de tots els sectors socials i organismes interessats.
- C. Avaluar les activitats preventives que es realitzen actualment d'acord amb l'evidència coneguda.

3. Promoure campanyes de sensibilització i informació, tant en població general com específica.

- A. Reforçar a través dels PMD missatges en la línia de la promoció d'hàbits de vida saludables.
- B. Constituir un grup de treball en xarxa amb els PMD per posar en comú les experiències i el coneixement en activitats preventives.

4. Promoure l'acció coordinada de les administracions locals i el distints sectors de l'iniciativa social per aconseguir espais i entorns d'oci i temps lliure de qualitat.

- A. Incorporar als Plans Municipals sobre Drogodependències protocols per al control de la dispensació d'alcohol a menors tant en establiments com en espais públics, i de manera específica amb atenció a les festes populars i els botellons.
- B. Promoure mesures de seguretat i de control del consum i de les conductes de risc tan en els locals com en zones especialment conflictives o que tenen major impacte sobre l'oci.
- C. Facilitar el treball en xarxa entre el municipis que permeti el desenvolupament d'estratègies comuns, i una aplicació coordinada de les mesures de control que s'estableixin.

5. Fomentar en el sistema educatiu l'educació en valors, hàbits de vida saludables i adquisició de destreses, competències i habilitats suficients que permeten afrontar de forma responsable la presa de decisions quant a qualsevol tipus de consum de substàncies.

- A. Col·laborar amb les conselleries competents del Govern de les Illes Balears per facilitar que les accions preventives en els distints àmbits de l'educació formal (ensenyament primari, secundari obligatori i postobligatori, escoles taller, etc.) formin part del currículum obligatori.
- B. Col·laborar amb els centres educatius per tal que els objectius preventius formin part de la planificació global del centre i de cada àrea.
- C. Col·laborar amb els centres educatius en propostes que contemplin la prevenció del consum de drogues legals en activitats extraescolars.
- D. Potenciar la coordinació horitzontal en cada zona o comarca, entre els serveis d'educació i salut i corporacions locals a través dels Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD).

6. Dur a terme programes específics d'educació en matèria de drogodependències i altres comportaments addictius en Ensenyament Primari i Secundari.

- A. Fomentar l'aplicació aquells programes preventius que siguin susceptibles d'avaluació segons l'evidència actualment existent.
- B. Fomentar la implicació del professorat en aquests programes per tal que formin part de la tasca quotidiana i normal del treball a l'aula.
- C. Dissenyar programes propis de prevenció de drogodependències amb criteris de qualitat, considerant els principis de la promoció de la salut i de la perspectiva de gènere.

7. Potenciar que les famílies s'involucrin en la tasca educativa de la prevenció del consum de substàncies.

- A. Establir acords de col·laboració amb les federacions d'associacions de pares i mares de Mallorca perquè en els seus programes incorporin activitats de prevenció del consum de drogues.
- B. Posar en marxa activitats i programes de participació de pares i mares en la prevenció a través dels Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD).
- C. Fomentar l'activitat de les organitzacions de familiars de persones amb problemes de drogodependències.
- D. Dissenyar i difondre materials informatius i de suport a les famílies.

8. *Fomentar les actituds i hàbits saludables en la població infantil i juvenil en els espais de temps lliure.*

- A. Implicar les administracions i altres entitats en el desenvolupament de programes per a aquesta població.
- B. Establir acords de col·laboració amb els clubs i agrupacions esportives, en el marc dels Plans Municipals de Drogodependències (PMD) perquè en la seva programació incorporin activitats de prevenció del consum de drogues, i d'atenció i inclusió d'infants en situació de risc
- C. Fomentar i recolzar l'organització d'activitats, jornades i/o trobades en el marc de la prevenció de drogodependències a través d'associacions juvenils.

9.- *Dissenyar i posar en marxa línies de treball per a grups específics de població adulta.*

- A. Establir línies d'acció en prevenció per a col·lectius amb una vulnerabilitat especial.

10.- *Obrir línies de treball en promoció de la salut i prevenció de les drogodependències en Atenció Primària de Salut. (APS)*

- A. Impulsar la coordinació entre la infermeria d'APS, el sistema educatiu i els serveis socials per dissenyar i dur a terme activitats preventives de caràcter comunitari.
- B. Promoure una atenció integral de la infància i adolescència a través de programes comunitaris de prevenció coordinats entre APS, centres d'atenció i Serveis socials i sistema educatiu.

11.- *Dissenyar i posar en marxa línies de treball per a grups específics de població menor d'edat.*

- A. Establir línies d'acció en prevenció per a menors en situació de desprotecció o de desemparament.
- B. Potenciar programes familiars dirigits a la prevenció del consum de drogues en menors i joves sotmesos a situacions familiars conflictives i amb risc de desprotecció.

5.3. Disminució del risc i reducció del dany

El Pla sobre Drogodependències i altres Addiccions de Mallorca assumeix com a prioritat la protecció de la salut de les persones i, en conseqüència, considera necessària la implantació i consolidació de mesures orientades a reduir els riscos per a aquelles persones decideixen experimentar amb drogues.

Com assenyala l'Estratègia Nacional, la disminució del risc està més vinculada a la prevenció mentre que la reducció del dany es troba més pròxima als dispositius assistencials, motiu pel qual són dos conceptes diferents encara que relacionats.

Ja hi ha molta evidència científica que dona suport als programes de reducció del dany: intercanvi de xeringues i agulles, tractaments de substitució, subministrament supervisat d'opiacis (incloent l'heroïna), prevenció i reversió de les sobredosis (per exemple amb naloxona). Són mesures que tenen una relació cost-eficàcia molt favorable i la seva repercussió sobre la millora de la salut pública és significativa, per exemple amb una reducció important de la transmissió del VIH i altres infeccions.



Objectius i accions

1. Impulsar els programes de carrer i de contacte en zones de risc, ben estructurats i amb eficàcia contrastada.

- A. Promoure programes d'intervenció en zones de risc, eficients i avaluables dirigides prioritàriament a poblacions joves.
- B. Potenciar les intervencions en espais d'oci en l'àmbit municipal en el marc dels PMD.
- C. Dissenyar programes específics dirigits a dones joves en zones de risc que tinguin en compte els seus patrons de consums diferencials i les seves característiques específiques.
- D. Dissenyar programes específics dirigits a menors en zones de risc que tinguin en compte els seus patrons de risc de desprotecció.

2. Reduir els factors de risc i fomentar actituds i comportaments responsables davant dels consums de substàncies en el marc de la promoció de la salut en els col·lectius i grups més vulnerables.

- A. Potenciar programes dirigits a la prevenció del consum de drogues en menors i joves sotmesos a situacions conflictives.
- B. Impulsar iniciatives municipals amb menors, joves, immigrants, minories ètniques i famílies en situació de risc en el marc dels PMD.
- C. Promoure iniciatives específiques sobre dones en situació de risc i especialment en l'àmbit de la prostitució.
- D. Impulsar la introducció de continguts en educació i promoció de la salut, dirigits a persones consumidores de substàncies que es troben en els dispositius assistencials.

3. Mantenir els programes de disminució de danys estudiant la seva adequació als nous patrons de consum.

- A. Col·laborar amb la conselleria competent per tal d'assegurar la disponibilitat d'una varietat de modalitats de tractament segons les necessitats de cada pacient, incloent tant els tractaments amb metadona i buprenorfina, com els programes de tractament assistit amb heroïna.
- B. Col·laborar amb la conselleria competent per aconseguir la normalització de les persones en tractament substitutiu d'opiacis per mitjà de l'extensió del programa d'Oficines de Farmàcia.
- C. Col·laborar amb la conselleria competent per incrementar els punts d'intercanvi de xeringues per mitjà de programes de treball de carrer i unitats mòbils.
- D. Col·laborar amb la conselleria competent per potenciar la creació de centres de mínimes exigències, incloent les sales supervisades per al consum.

5.4. Tractament integral: assistència i incorporació social

El model de tractament que vol defensar aquest Pla és aquell que aborda els problemes de la persona que estan vinculats amb les drogues que consumeix i, al mateix temps, també els problemes relacionats amb altres àrees de la seva vida, que poden estar o no relacionats amb el consum de drogues, com la salut mental, l'habitatge, el treball o la capacitat professional. Aquest tractament pot incloure una varietat molt ample d'opcions terapèutiques farmacològiques,

psicosocials i conductuals, es pot plantejar l'abstinència o la substitució, i l'únic objectiu final és millorar la salut i reduir el cost social del consum problemàtic de drogues.

Dins del marc previst en aquest pla, la revisió de serveis d'atenció a les persones consumidores de substàncies ha de fer-se des dels principis bàsics de normalitat, globalitat i integració.

Les actuals necessitats les persones amb problemes d'addiccions requereixen una adaptació dels recursos. Entre aquestes necessitats es troben:

- L'atenció específica a les patologies duals.
- L'especialització en els programes d'addiccions (alcoholisme, prevenció de recaigudes, programes de disminució de danys.).
- Diversificació i reforçament dels recursos i programes dirigits al manteniment dels objectius aconseguits.
- Programes específics diferenciats per sexe
- Actuacions específiques per a menors i joves amb problemes d'abús de drogues i altres addiccions.

Assistència: objectius i accions

1. Millorar l'assistència en el sistema sanitari públic en drogodependència i altres addiccions.

- A. Col·laborar amb la conselleria competent per tal de:
 - a. Incorporar els CAD com a servei especialitzat en el Servei de Salut.
 - b. Incorporar a la Cartera de Serveis d'Atenció Primària el tractament de les addiccions corresponent al seu nivell.
 - c. Implantar protocols d'actuació sobre alcoholisme en els centres d'Atenció Primària de manera coordinada amb els CAD.
 - d. Definir protocols d'actuació entre els CAD i la xarxa de Salut Mental per l'atenció d'aquells consumidors de drogues amb problemes de salut mental, estiguin o no relacionat amb el consum.
- B. Introduir la perspectiva de gènere en l'oferta de serveis del sistema, considerant les necessitats específiques de dones i homes.

2. Millorar l'assistència en els dispositius assistencials concertats en matèria de drogodependències.

- A. Establir models consensuats de protocol·lització dels tractaments basats en l'evidència científica.
- B. Elaborar guies de criteris de qualitat de centres i serveis.
- C. Introduir la perspectiva de gènere en l'oferta de serveis, considerant les necessitats específiques de dones i homes.

3. Adaptar l'oferta de serveis a les demandes de grups específics.

- A. Desenvolupar mesures sociosanitàries per potenciar el suport a les famílies en l'abordatge terapèutic de la persona amb patologia addictiva, considerant també les necessitats específiques de les famílies disfuncionals i/o multiproblemàtiques.
- B. Elaborar i posar en funcionament protocol específics per al tractament de menors amb problemes derivats del consum de drogues, de manera coordinada amb els centres de menors, els centres educatius i les famílies.

- C. Definir protocols específics de tractament respecte a les noves addiccions a substàncies i a la patologia mental associada per part dels Serveis de Salut Mental.
 - D. Elaborar un protocol sociosanitari específic d'intervenció sobre les i els usuaris de llarga evolució i, de manera específica, per a aquells que pateixen un deteriorament greu de la seva salut física o mental, o que han entrat en carreres cròniques de marginació social.
4. *Facilitar i augmentar l'accessibilitat als serveis i millorar l'adherència als tractaments.*
- A. Promoure la creació de nous Centres de Dia en funció de les necessitats que es determinen dins del circuit assistencial normalitzat.
 - B. Incrementar el nombre de persones que passen de tractament farmacològic a teràpia psicosocial.
 - C. Mantenir i reforçar els programes d'objectius intermitjos dirigits a persones en tractament substitutiu amb metadona.

Incorporació social: objectius i accions

La incorporació social té com a objectiu facilitar a la persona els instruments necessaris per superar la seva dependència i poder inserir-se en el seu medi habitual. Pren com a marc de referència els recursos comunitaris normalitzats i forma part dels tractaments que tenen lloc en els serveis especialitzats en addiccions. Aquest procés ha de continuar una vegada rebuda l'alta en els recursos terapèutics, mantenint un seguiment des d'aquests, en col·laboració amb els recursos comunitaris.

1. *Facilitar el procés de canvi en persones amb problemes d'addiccions que tenen dificultats d'integració social, a través d'estratègies que els permetin moure's de forma autònoma i desenvolupar-se en un mitjà normalitzat.*

- A. Incorporar en l'oferta dels centres d'atenció programes per acompanyar i assessorar les famílies en el procés d'inserció social i laboral del membre afectat per una dependència.
 - B. Establir programes de col·laboració amb les entitats educatives per assegurar que els menors i els joves en període d'inserció social puguin reincorporar-se al sistema educatiu de la manera més adient per continuar la seva educació i formació.
 - C. Promoure l'aplicació de Clàusules de Responsabilitat Social en la contractació de les Administracions Públiques i de Responsabilitat Social Corporativa en les empreses que contempen les persones en procés d'inserció social.
 - D. Donar suport als programes d'acompanyament a la formació ocupacional fora del medi penitenciari, per mitjà d'acords de col·laboració amb organitzacions que treballen amb el Centre Penitenciari.
 - E. Elaborar un catàleg de recursos i proporcionar la formació necessària perquè es conegui i s'utilitzi el sistema d'incorporació social en els dispositius d'atenció a drogodependents.
2. *Abordar la situació específica de les persones amb problemes d'addiccions que porten associades altres problemàtiques socials i o familiars (famílies addictes amb menors, famílies disfuncionals i/o multiproblemàtiques, persones malaltes de SIDA, persones amb problemes legals.).*
- A. Dur a terme de manera coordinada amb altres entitats públiques i privades activitats específiques dirigides a aquestes persones.

5.5. Desenvolupament del coneixement científic: els sistemes d'informació i documentació, l'evidència científica i la investigació

L'Estratègia Nacional 2009-2016 assenyala molt encertadament respecte a les actuacions sobre les drogues que "un augment de l'evidència científica redundarà en una major eficàcia i millors resultats de les intervencions a realitzar, i l'apropiada avaluació d'aquestes podrà sumar-se a l'evidència disponible".

Per desenvolupar el coneixement científic sobre les drogodependències i les actuacions que s'hi duen a terme, és necessari construir i potenciar tres pilars essencials:

- Un sistema d'informació que ens permeti manejar dades consistents i sòlides que compleixi. Part essencial del mateix ha de constituir-lo l'Observatori sobre drogues i altres addiccions previst a l'article 41 de la Llei 4/2005 de 29 d'abril, sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears.
- Un suport sòlid de l'evidència científica existent, que s'ha de fonamentar en sistemes que permetin el millor accés possible al coneixement disponible i una connexió en xarxa amb totes les fonts de coneixement científic i molt especialment amb el Pla Nacional de Drogues.
- Un impuls a la recerca que permeti generar nous coneixements. És necessari trobar mecanismes per impulsar la investigació en el nostre entorn, tant directament realitzada des de l'administració, com potenciant i col·laborant amb les que duen a terme altres instàncies i grups investigadors. També s'ha d'impulsar la investigació en xarxa amb instàncies i grups autonòmics, nacionals i estrangers.

D'altra banda, totes les dades que manejem estableixen una clara diferència de gènere en el fenomen de les dependències. Els patrons de consum, les conseqüències d'aquests patrons i els perfils per a ambdós sexes mostren diferències prou importants. Per tant fa falta promoure la investigació d'aquestes diferències i treballar en la definició de les distintes formes d'abordatge del problema en cada sexe.

Objectius i accions

1. Crear i mantenir un sistema de documentació per afavorir l'accés i difondre la informació i documentació relacionada amb les addiccions a les drogues.

- A. Dotar la Secció de Planificació i Documentació de l'IMAS dels mitjans necessaris per posar en funcionament un sistema de recollida d'informació sobre actuacions, plans i programes que es duen a terme a la nostra illa en relació amb les drogodependències.
- B. Incloure a la Web del Consell de Mallorca i en el portal de l'IMAS un enllaç al servei de documentació i informació sobre drogues.

2. Col·laborar amb l'Observatori sobre drogues i altres addiccions de les Illes Balears.

- A. Establir un protocol de relació entre la Secció de Planificació i Documentació i l'Observatori sobre drogues i altres addiccions de les Illes Balears per tenir accés a les Enquestes que elabora el Pla Nacional (ESTUDES i EDADES) i dur a terme nous treballs sobre consums específics i/o poblacions concretes.

3. Foment de la recerca i de l'avaluació de programes.

- A. Elaborar les recomanacions oportunes en matèria d'investigació, en funció de l'anàlisi de la informació obtinguda.

- B. Incloure a les convocatòries de subvencions i de contractes de serveis clàusules específiques sobre l'avaluació dels programes i serveis relacionats amb la prevenció i assistència a drogodependències.

5.6. Formació

Hi ha dos grans objectius a cobrir des de la perspectiva de la Formació en el Pla.

Un d'ells és l'augment constant de la capacitat per al maneig d'aquelles qüestions que es donen en l'àmbit de les drogodependències des de totes les professions i perspectives de les persones que duen a terme algun tipus d'activitat, professional o voluntària, en aquest camp. Per a això serà necessari establir programes diferenciats en funció de les distintes necessitats que es detecten en cada esfera.

L'altre és la posada en comú dels distintes elements metodològics tant en l'àmbit terapèutic com en el preventiu, per avançar en models comuns de coneixement i abordatge dels problemes, buscant l'orientació cap a objectius compartits i metodologies semblants o si més no comparables en els seus procediments i resultats.

Objectius i accions

1. Col·laborar amb la conselleria competent per millorar la formació dels professionals d'Atenció Primària i Especialitzada per a la "normalització" del tractament de les drogodependències en el Sistema Sanitari Públic.

- A. Recollir les necessitats de formació en drogodependències per al personal d'Atenció Primària diferenciant les substàncies, els riscos i incorporant la perspectiva de gènere.
- B. Establir programes específics de formació en drogodependències en funció de les especialitats per a l'Atenció Especialitzada (embarassos en drogodependents, patologia neurològica, patologies associades a alcohol i altres substàncies).
- C. Col·laborar en el reciclatge i formació continuada dels professionals dels CAD.

2. Dissenyar una proposta formativa diferenciada per als distintes perfils professionals de serveis socials, tant remunerats com voluntaris, que treballen amb poblacions de risc, i per a professionals de centres concertats d'atenció a drogodependències.

- A. Delimitar, a través d'un estudi, les principals necessitats formatives de les persones que treballen en drogodependències, incidint en la posada en comú dels models d'intervenció i realitzant propostes formatives en funció de les necessitats detectades i de les prioritats establides en el Pla.
- B. Realitzar cursos de formació per aprofundir en la definició del model bio-psico-social d'abordatge de les drogodependències.
- C. Millorar la capacitat en l'atenció als nous models de drogoaddiccions i abusos, especialment amb patologia mental associada.
- D. Potenciar la capacitat de les i els professionals de serveis socials que treballen amb poblacions de risc, especialment adolescents i joves en conflicte social o desprotecció, en el maneig de situacions de risc i consums.

3. Col·laborar en el disseny de propostes formatives per a la prevenció de drogodependències en el marc de la promoció de la salut per a personal docent del Sistema Educatiu.

- A. Treballar amb la Conselleria d'Educació, els CPR i el PADIB en el disseny d'una proposta formativa específica per al personal docent.
4. *Fomentar la formació en addiccions en els estudis universitaris de les Illes Balears d'àmbit social, legal, educatiu i sanitari.*
- A. Participar amb la Universitat en l'organització de cursos, trobades de professionals amb l'alumnat, i en pràctiques professionals.
5. *Incrementar les trobades amb la societat en relació amb la problemàtica que ocasionen les addiccions per tal de millorar la resposta en els seus diferents àmbits d'actuació i proporcionar la formació bàsica necessària dels diversos sectors implicats.*
- A. Organitzar conjuntament amb els municipis, i en el marc del PMD, activitats formatives i divulgatives, establint com a principals col·lectius de referència els mitjans de comunicació, els professionals del sector de l'oci i dels serveis de prevenció de riscos laborals, la població treballadora i l'empresariat.

5.7. Avaluació

No pot existir evidència científica de la utilitat de les intervencions si no les avaluem. L'avaluació és un instrument indispensable per valorar, reorientar, modificar o potenciar les nostres actuacions, amb l'objecte de distribuir els recursos i els esforços amb els millors resultats possibles.

Però l'avaluació no és únicament un instrument necessari, sinó que forma part indispensable del pla de treball, ja que és l'únic mecanisme que ens permet determinar si el procés que se segueix és correcte i, cosa que és més important, si es tradueix en resultats reals per a la població a qui es dirigeix.

Objectius i accions

1. *Dur a terme les actuacions que permetin avaluar el Pla sobre Drogodependències i altres Addiccions en el seu conjunt, així com els diferents programes, accions i recursos previstos en el que es despleguin en connexió amb la seva aplicació.*

- A. Realitzar un seguiment bianual dels indicadors de seguiment del Pla de Drogues.
- B. Efectuar almenys una avaluació de procés transcorreguda més de la meitat de vigència del Pla de Drogues
- C. Realitzar una avaluació final del Pla amb una metodologia contrastada científicament.
- D. Incorporar l'avaluació en els nous programes, accions i recursos que es posin en marxa.

6. DIRECCIÓ, EXECUCIÓ I COORDINACIÓ DEL PLA

6.1. Direcció i execució del Pla

La direcció del Pla correspon al president o presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, que podrà delegar en el director o directora executiu o al coordinador o coordinadora de l'àrea de l'IMAS de qui depenguin la unitat de prevenció i la unitat d'assistència de drogodependències. Aquestes dues unitats seran les encarregades de planificar i dur a terme les accions previstes en el Pla.

6.2. Coordinació del Pla

La coordinació del Pla es durà a terme a dos nivells.

6.2.1. Coordinació tècnica

S'ha de crear una comissió de tècnics de les unitats de l'IMAS més directament implicades o afectades per les accions previstes en aquest Pla que tindran com a tasca la planificació i coordinació de les mesures i programes, i la coordinació amb els municipis.

Formaran part d'aquesta comissió els tècnics que designin els directors o coordinadors d'àrea pertinents, de prevenció comunitària, d'assistència a drogodependències, d'incorporació social i, de protecció de menors.

Aquests tècnics seran els encarregats, en el marc de les funcions respectives, de:

1. Elaborar anualment les línies prioritàries d'actuació.
2. Coordinar les diferents activitats i programes, que en matèria de drogues, específiques o inespecífiques, realitzen els serveis de l'IMAS.
3. Coordinar tècnicament els diferents programes que configuren el Pla.
4. Assessorar la Comissió insular de coordinació sobre tots els aspectes de l'execució del Pla.
5. Elaborar i proposar els informes i dades necessàries a la direcció del Pla i la Comissió insular de coordinació per tal que puguin fer el seguiment del Pla, i avaluar el grau de consecució dels objectius plantejats.
6. Realitzar una avaluació del procés i dels seus resultats així com una memòria anual.

6.2.2. Comissió insular de coordinació

Comissió Insular de coordinació en matèria de drogues, creada per resolució de 13 de desembre de 2005 d'acord amb el que estableix la Llei 4/2005 de 29 d'abril sobre drogodependències i altres addiccions a les Illes Balears en els articles 44 i 49, és un òrgan col·legiat de caràcter consultiu i assessor, adscrit a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, que té com a finalitat la coordinació de les actuacions en matèria de drogues.

En el marc de les funcions que li atribueix l'ordre de la seva creació, pel que fa a aquest Pla, li correspon de manera específica:

1. Coordinar i fer el seguiment de l'aplicació a l'illa de Mallorca de les mesures i actuacions previstes pel Pla sobre drogues de les Illes Balears, i de manera específica les que contempla el Pla sobre drogodependències i altres addiccions de Mallorca.
2. Proposar a la direcció del Pla els programes que trobi pertinents perquè figurin en la planificació anual d'actuacions.

6.3. Recursos

El Pla sobre drogodependències i altres addiccions de Mallorca es durà a terme amb els recursos humans, materials i econòmics de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, i els que aportin les altres administracions i entitats d'acord amb les respectives funcions, competències i responsabilitats, en virtut dels acords que s'estableixin per a aquesta finalitat.

Per a l'execució de les mesures que contempla el Pla, l'Institut Mallorquí d'Afers socials comptarà també amb les ajudes i subvencions que pugui obtenir de les administracions central i autonòmica.

6.4. Temporalitat

El Pla sobre drogodependències i altres addiccions de Mallorca, a partir de la seva aprovació tindrà una vigència de cinc anys, prorrogables anualment.



7. INDICADORS DE SEGUIMENT DEL PLA

7.1. Indicadors de coordinació i participació

Objectiu 1. Establir estructures i mecanismes estables de coordinació entre les distintes Administracions Públiques.

Indicador: Nombre d'estructures i organismes de Coordinació constituïts i en funcionament

Referència:

- Comissió Insular de Coordinació
- Comissió Interinstitucional
- Acords de col·laboració amb els altres consells insulars.

Periodicitat: 2015-2020

Objectiu 2. Establir una coordinació que defineixi i potencii objectius comuns del Pla sobre Drogodependències de Mallorca amb els Plans Municipals sobre Drogodependències (PMD)

Indicador 1: Cartera de Serveis Bàsica i comuna a tots els PMD

Referència: Cartera de Serveis Bàsica incorporada a les bases de la Convocatòria de subvencions

Periodicitat: Abans de 2017

Indicador 2: Comissió de Seguiment dels PMD en funcionament

Referència: Almenys 2 reunions anuals

Periodicitat: En 2017

Indicador 3: Tota la població de Mallorca amb cobertura d'algun PMD

Referència: 100% dels municipis

Periodicitat: Abans de 2020

Objectiu 3. Col·laborar amb la conselleria competent en matèria sanitària per establir mecanismes de coordinació interna entre els distints àmbits del sistema sanitari i els dispositius assistencials en drogodependències.

Indicador: Circuits terapèutics normalitzats publicats i vigents

Referència: Tots els dispositius assistencials

Periodicitat: 2018

Objectiu 4. Establir mecanismes que millorin i reforcin la coordinació entre les entitats implicades en el treball de les drogoaddiccions.

Indicador: Fòrum d'ONG

Referència: 1 reunió anual

Periodicitat: a partir de 2016

Objectiu 5. Establir mecanismes de participació, cooperació i coordinació entre les organitzacions socials i altres col·lectius.

Indicador: Grup de treball amb els diferents sectors en el marc dels PMD

Referència: 1 reunió anual

Periodicitat: A partir de 2016

Objectiu 6. Establir connexions amb altres plans i programes sobre aspectes específics que poden afectar a les persones consumidores de drogues.

Indicador: Grup de treball amb els responsables dels diferents plans específics o sectorials
Referència: 1 reunió anual
Periodicitat: A partir de 2016

7.2. Indicadors de Prevenció

Objectiu 1. Afavorir la reducció de la promoció, publicitat i accés a substàncies.

Indicador: Acords i ordenances municipals sobre alcohol i tabac
Referència: Tots els municipis
Periodicitat: A partir de 2015

Objectiu 2. Implantar la qualitat en els programes de prevenció.

Indicador 1: Conjunt mínim de criteris de qualitat publicat i implantat
Referència: 50% activitats preventives compleixen els criteris
Periodicitat: 2016

Indicador 2: Intervencions basades en programes avaluats
Referència: 50% de les activitats preventives compleixen els criteris
Periodicitat: 2016

Objectiu 3. Promoure campanyes de sensibilització i informació, tant en població general com específica.

Indicador: Grup de treball en xarxa amb els PMD constituïts
Referència: Tots els PMD difonen els materials acordats
Periodicitat: 2017

Objectiu 4. Promoure l'acció coordinada de les administracions locals i el distints sectors de l'iniciativa social per aconseguir espais i entorns d'oci i temps lliure de qualitat.

Indicador 1: Ordenances municipals aprovades
Referència: Tots els municipis
Periodicitat: A partir de 2015

Indicador 2: Reunions de coordinació d'actuacions municipals
Referència: Tots els municipis
Periodicitat: A partir de 2015

Objectiu 5. Fomentar en el sistema educatiu l'educació en valors, hàbits de vida saludables i adquisició de destreses, competències i habilitats suficients que permeten afrontar de forma responsable la presa de decisions quant a qualsevol tipus de consum de substàncies.

Indicador: Centres que duen a terme programes de promoció de la salut
Referència: Duplicar el nombre de centres
Periodicitat: 2020

Objectiu 6. Dur a terme programes específics d'educació en matèria de drogodependències i altres comportaments addictius en Ensenyament Primari i Secundari.

Indicador: Programa educatiu específic de prevenció en drogodependències.
Referència: Implantació en centres educatius de programes estructurats
Periodicitat: 2020

Objectiu 7. Potenciar que les famílies s'involucrin en la tasca educativa de la prevenció del consum de substàncies.

Indicador: Programa d'intervenció familiar en les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 8. Fomentar les actituds i hàbits saludables en la població infantil i juvenil en els espais de temps lliure.

Indicador: Programes de temps lliure i cap de setmana per a joves en les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 9.- Dissenyar i posar en marxa línies de treball per a grups específics de població adulta.

Indicador: Intervencions per a grups de risc en les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 10.- Obrir línies de treball en promoció de la salut i prevenció de les drogodependències en Atenció Primària de Salut.

Indicador: Col·laboració dels centres de salut en les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 11.- Dissenyar i posar en marxa línies de treball per a grups específics de població menor d'edat.

Indicador: Programes específics de prevenció i abordatge de l'abús de drogues

Referència: Incorporació a centres de menors

Periodicitat: des de 2015

7.3. Indicadors de disminució del risc i reducció del dany

Objectiu 1. Impulsar els programes de carrer i de contacte en zones de risc, ben estructurats i amb eficàcia contrastada.

Indicador: Intervencions en espais d'oci en les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 2. Reduir els factors de risc i fomentar actituds i comportaments responsables davant dels consums de substàncies en el marc de la promoció de la salut en els col·lectius i grups més vulnerables.

Indicador 1: Intervencions de promoció de la salut i d'educació preventiva en els centres de protecció de menors

Referència: Programes estructurats

Periodicitat: des de 2015

Indicador 2: Intervencions per a grups d'infants i joves en risc a les activitats dels PMD

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: des de 2015

Objectiu 3. Mantenir els programes de disminució de danys estudiant la seva adequació als nous patrons de consum.

Indicador 1: Oficines de Farmàcia adscrites al programa de dispensació d'opiacis.

Referència: Increment dels punts de dispensació

Periodicitat: 2015 a 2020

Indicador 2: Unitats de dispensació de substitutius opiacis

Referència: Cobertura del 100% de la demanda

Periodicitat: 2015 a 2020

7.4. Indicadors d'assistència

Objectiu 1. Millorar l'assistència en el sistema sanitari públic en drogodependència i altres addiccions.

Indicador 1: CAD integrats en el Servei de Salut de les Illes Balears

Referència: Centres d'atenció de drogodependències

Periodicitat: 2018

Indicador 2: Diagnòstic i tractament de l'abús d'alcohol en contracte programa

Referència: Centres d'atenció primària de salut

Periodicitat: 2018

Objectiu 2. Millorar l'assistència en els dispositius assistencials concertats en matèria de drogodependències.

Indicador: Criteris de qualitat incorporats als contractes i convenis de centres i serveis

Referència: Adequació de tots els dispositius assistencials

Periodicitat: 2018

Objectiu 3. Adaptar l'oferta de serveis a les demandes de grups específics.

Indicador: Protocol sociosanitari per a pacients de llarga evolució

Referència: Funcionant en Salut Mental, CAD i dispositius mòbils

Periodicitat: 2018

Objectiu 4. Facilitar i augmentar l'accessibilitat als serveis i millorar l'adherència als tractaments.

Indicador: Augmentar el nombre de places en Centres de Dia

Referència: Almenys en un 50% durant la vigència del Pla

Periodicitat: 2015 a 2020

7.5. Indicadors d'incorporació social

Objectiu 1. Facilitar el procés de canvi en persones amb problemes d'addiccions que tenen dificultats d'integració social, a través d'estratègies que els permetin moure's de forma autònoma i desenvolupar-se en un mitjà normalitzat.

Indicador: Augmentar el nombre de persones amb problemes d'addiccions a programes d'inscripció social.

Referència: Cobertura del 100% de la demanda

Periodicitat: 2015 a 2020

Objectiu 2. Abordar la situació específica de les persones amb problemes d'addiccions que porten associades altres problemàtiques sociofamiliars (famílies addictes amb menors, persones malaltes de SIDA, persones amb problemes legals).

Indicador: Programes específics per a aquestes persones..

Referència: Adequació de tots els dispositius assistencials

Periodicitat: 2015 a 2020

7.6. Indicadors de desenvolupament del coneixement científic

Objectiu 1. Crear i mantenir un sistema de documentació per afavorir l'accés i difondre la informació i documentació relacionada amb les addiccions a les drogues.

Indicador 1: Publicació de fons documentals sobre drogues, tractament i prevenció

Referència: Web del Consell de Mallorca i portal de l'IMAS

Periodicitat: 2015 a 2020

Indicador 2: Instrument d'intercomunicació entre el servei de documentació i usuaris

Referència: Blog i/o Web 2.0 en funcionament

Periodicitat: 2015 a 2020

Objectiu 2. Col·laborar amb l'Observatori sobre drogues i altres addiccions de les Illes Balears.

Indicador: Publicació de dades actualitzades d'enquestes, serveis assistencials i de prevenció.

Referència: Web del Consell de Mallorca i portal de l'IMAS

Periodicitat: 2015 a 2020

Objectiu 3. Foment de la recerca i de l'avaluació de programes.

Indicador: Clàusules sobre avaluació publicades en les convocatòries

Referència: 100% de programes i serveis compleixen els criteris

Periodicitat: 2015 a 2020

7.7. Indicadors de formació

Objectiu 1. Col·laborar amb la conselleria competent per millorar la formació dels professionals d'Atenció Primària i Especialitzada per a la "normalització" del tractament de les drogodependències en el sistema sanitari públic.

Indicador: Formació en drogodependències per a personal sanitari

Referència: 1 curs per sector

Periodicitat: des de 2016

Objectiu 2. Dissenyar una proposta formativa diferenciada per als diferents perfils professionals de serveis socials, tant remunerats com voluntaris, que treballen amb poblacions de risc, i per a professionals de centres concertats d'atenció a drogodependències.

Indicador: Formació en drogodependències per a professionals de serveis socials i de dispositius assistencials concertats i/o subvencionats

Referència: 1 curs anual

Periodicitat: des de 2016

Objectiu 3. Col·laborar en el disseny de propostes formatives per a la prevenció de drogodependències en el marc de la promoció de la salut per a personal docent del Sistema Educatiu.

Indicador: Proposta formativa específica per a personal docent

Referència: Oferida cada any a tots els CPR

Periodicitat: Vigència del Pla

Objectiu 4. Fomentar la formació en addiccions en els estudis universitaris de les Illes Balears d'àmbit social, legal, educatiu i sanitari.

Indicador 1: Col·laboració amb la Universitat per incloure la presentació de serveis i de programes d'àmbit social, legal, educatiu i de salut.

Referència: Una presentació anual

Periodicitat: des de 2016

Indicador 2: Protocol per incorporar les pràctiques professionals en els serveis assistencials i de prevenció de l'IMAS.

Referència: Alumnes en pràctiques

Periodicitat: des de 2016

Objectiu 5. Incrementar les trobades amb la societat en relació amb la problemàtica que ocasionen les addiccions per tal de millorar la resposta en els seus diferents àmbits d'actuació i proporcionar la formació bàsica necessària dels diversos sectors implicats.

Indicador: PMD que incorporen al seu programa formació al sector de l'oci

Referència: Tots els municipis

Periodicitat: 2013

7.8. Indicadors d'avaluació

Objectiu 1. Dur a terme les actuacions que permetin avaluar el Pla sobre Drogodependències i altres Addiccions en el seu conjunt, així com els diferents programes, accions i recursos previstos en el que es despleguin en connexió amb la seva aplicació.

Indicador: Avaluació del Pla sobre Drogodependències

Referència: Avaluació final publicada

Periodicitat: 2017