

Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias



**Diputació
Barcelona**

Esta publicación es el resultado del trabajo conjunto del equipo técnico del SPOTT- Centro de prevención e intervención en drogodependencias, 2012.

Dirección técnica

Subdirección Técnica de Apoyo Comunitario a la Prevención de les Drogodependencias.
SPOTT

Montserrat Custorio Cano

Núria Garcia Rosell

Roser Orriols Guillemas

Pilar Sánchez Montero

Maribel Serra Canadell

Consultoría técnica

Francisco Alvira Martín, catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid



**Diputació
Barcelona** | Àrea d'Atenció
a les Persones

SPOTT. Centre de Prevenció i Intervenció en drogodependències

Sant Honorat, 5
08002 Barcelona

© Diputación de Barcelona
Marzo, 2013

Maquetación y producción: Gabinete de Prensa y Comunicación
de la Diputación de Barcelona

Depósito legal B. 7816-2013

Índice

Presentación	5
Justificación	6
1. El plan local de prevención de drogodependencias	
1.1 Qué es un plan local de prevención de drogodependencias	8
La idoneidad del marco legal	9
Principios rectores de los planes locales de prevención de drogodependencias	9
Requisitos para iniciar un plan local de prevención de drogodependencias ..	10
Fases de elaboración	10
El proceso de planificación	11
1.2. Fundamentación metodológica	14
Qué entendemos por prevención	14
Marco comunitario	15
Espacios de la prevención	16
Marco teórico y principios de intervención	16
1.3. Modalidades de planes locales de prevención de drogodependencias	21
Planes municipales	22
Planes supramunicipales	22
Planes de consejos comarcales	23
2. Los apartados del plan local de prevención de drogodependencias	24
2.1. Estructura organizativa	24
Áreas implicadas del ayuntamiento	24
La comisión política	25
La comisión técnica	26
El grupo motor de la comisión técnica	27
Organigrama	27
2.2. Diagnóstico de la situación y detección de las necesidades	28
Características del municipio. Datos sociodemográficos	29
Recursos del municipio	30
Resumen de acciones preventivas realizadas	31
Datos cuantitativos	31
Datos cualitativos	33
Conclusiones y necesidades detectadas en el diagnóstico	34

2.3. Objetivos del plan local de prevención de drogodependencias	
y población destinataria	34
Objetivos generales	34
Objetivos específicos	35
Población destinataria	36
2.4. Estructuración de los objetivos y acciones de un plan local de prevención	
de drogodependencias	36
Niveles de actuación	36
Ámbitos de actuación	38
Ejes de trabajo	39
Tipología de acciones	41
2.5. Temporalización	47
En relación al proceso de elaboración del plan	47
En relación a la implementación del plan	47
A largo plazo «plan de acción» (cuatrienal)	47
A corto plazo «plan de trabajo» (anual)	48
2.6. La evaluación del plan local de prevención de drogodependencias	49
Evaluación del diseño y de la planificación	50
Evaluación de la calidad y del proceso	50
Evaluación de los resultados	51
El sistema de información del plan	52
3. Ayudas para la elaboración y la implementación	57
3.1. Banco de buenas prácticas	57
Municipios de menos de 15.000 habitantes	57
Municipios de 15.000 a 50.000 habitantes	57
Municipios de más de 50.000 habitantes	57
Agrupaciones de municipios	58
Anexos	59
1. Marco normativo y marco planificador	59
2. Modelo de aprobación plenaria o de acuerdo de junta de gobierno	
local para la elaboración de un plan local de prevención de	
drogodependencias y constitución de la comisión política	76
3. Ventajas e inconvenientes de incorporar elementos participativos	78
4. Modelo de análisis de datos sociodemográficos. Ayuntamiento	
de Terrassa	80
5. Técnicas cualitativas	84
6. Modelo de entrevistas a informantes clave del territorio	93
7. Resumen guía para la elaboración de planes locales de prevención	
de drogodependencias	97
Referencias bibliográficas	102
Webs de interés	104
Glosario	105

Presentación

El Área de Atención a las Personas de la Diputación de Barcelona ha asesorado a los ayuntamientos en la redacción y elaboración de planes y programas de prevención de drogodependencias, como un ámbito más dentro de sus competencias de apoyo a los municipios.

A lo largo de los años la Diputación de Barcelona ha ido incorporando progresivamente el apoyo y asesoramiento comunitario para la prevención en el ámbito local con el fin de dotar a los municipios de recursos técnicos y económicos para llevar a cabo sus políticas en materia de prevención. Algunos de los ejes fundamentales del trabajo realizado son la transversalidad, la participación, la información y el asesoramiento técnico a los diferentes profesionales implicados.

Este documento es fruto del trabajo realizado por el equipo de profesionales del centro SPOTT, expertos en prevención e intervención en drogodependencias y forma parte de los productos que se ofrecen a los municipios adheridos a la Red Local de Prevención de las Drogodependencias. Esta Red fue creada el año 2006 con el reto de innovar en políticas de prevención y fortalecer el compromiso preventivo de los entes locales y promover el diseño y la implementación de planes de prevención en drogodependencias con la gestión compartida entre todos los agentes locales implicados.

Me complace presentar esta guía que pretende ser un modelo funcional, una referencia común y un instrumento metodológico útil y práctico para el diseño de planes y programas locales de prevención de drogodependencias.

Josep Oliva i Santiveri

Diputado Delegado de Bienestar Social, Salud Pública y Consumo
Área de Atención a las Personas

Justificación

El apoyo de la Diputación de Barcelona al mundo local en el ámbito de la prevención de las drogodependencias ha sido siempre una referencia para los municipios de la provincia de Barcelona.

El consumo de drogas legales e ilegales es una realidad que necesita un abordaje global. La diversidad municipal, las diferentes características y peculiaridades de los municipios justifican la necesidad de definir y consensuar las bases para la realización de un modelo de intervención comunitaria en el ámbito de las drogas común para todos.

Nuestra experiencia en asesoramiento municipal para la redacción, elaboración e implementación de planes y programas de prevención de drogodependencias nos ha permitido colaborar con los ayuntamientos en el diseño metodológico de los planes.

Una de las partes más importantes y donde más énfasis hemos puesto ha sido en conseguir un consenso político y técnico sobre la línea de acción a seguir en los próximos años en el ámbito de las drogodependencias. Nuestra aportación se centra en dar a conocer la necesidad de planificar y programar las acciones a seguir por todos los agentes implicados, yendo más allá del diagnóstico de las necesidades y dificultades de los ayuntamientos en relación a los recursos existentes en prevención de las drogodependencias.

Disponer de un plan municipal de prevención de drogodependencias facilita a los municipios su actuación, permite coordinar los recursos existentes, planificar las actuaciones y los circuitos de actuación y derivación, facilitando el trabajo a los profesionales implicados de todas las áreas, y planteando a la sociedad en su conjunto y particularmente a las administraciones públicas, la necesidad de adaptar los planes y las políticas de drogas a las nuevas realidades.

En los últimos tiempos se han producido cambios muy importantes en relación a:

- **El tipo de sustancia:** hace años se consumía preferentemente heroína (droga muy marginal y con poca aceptación social) y actualmente son el cannabis y el alcohol las más consumidas.
- **El tipo de consumo:** antes se vinculaba a la marginación y la delincuencia, actualmente se relaciona con el ocio, el fin de semana y el uso recreativo.
- **La edad media de inicio:** se ha reducido y se sitúa en la adolescencia.
- **El policonsumo:** el consumo de alcohol se asocia con relativa frecuencia al consumo de otras sustancias, especialmente el cannabis y otras de síntesis.

- **La baja percepción del riesgo** por parte de los jóvenes debido a la gran permisividad social hacia el consumo de algunas drogas como el tabaco, el alcohol y el cannabis. Por otra parte, los consumos ocasionales y realizados durante los fines de semana son consumos considerados de poco riesgo, ya que los adolescentes y los jóvenes consideran que controlan el consumo durante la semana.
- **La mayor accesibilidad** a la sustancia.
- **La baja percepción del riesgo por parte de los adultos y la sociedad en general.**

El porqué de la guía

El año 2005, dentro del proceso de creación de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias, se trabajó en un documento marco titulado *Prevención municipal de las drogodependencias: un compromiso institucional y social*, que establece las bases técnicas y los criterios generales que han de posibilitar el desarrollo adecuado de la prevención comunitarias de las drogodependencias con el fin de consolidar los planes locales de prevención de drogodependencias en los municipios.

Esta guía pretende ser un instrumento metodológico útil y práctico para el diseño de planes y programas locales de prevención de drogodependencias, un documento técnico dentro de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias con el asesoramiento externo del catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, Francisco Alvira.

Desde su inicio y hasta la actualidad, el centro SPOTT ha actuado como un observatorio que ha detectado las necesidades y ha recogido las demandas en una constante transformación para adaptarse a la realidad social de cada momento y así poder dar respuesta a los nuevos patrones de consumo y problemáticas asociadas. A continuación detallamos el tipo de demandas realizadas desde los municipios:

- Demandas de información y asesoramiento general en prevención de drogodependencias por parte de los profesionales de los municipios.
- Demandas de asesoramiento para realizar planes y programas de prevención de drogas.
- Demandas de ayuntamientos con dificultades (de coordinación, pocos recursos, etc.) para implementar proyectos de prevención.
- Demandas de evaluación de planes.
- Demandas de revisión de planes.

Con esta guía se pretende promover la realización de planes locales para la prevención de las drogodependencias y dar instrumentos metodológicos que faciliten el proceso de planificación, redacción, evaluación e implementación de los mismos.

Se pretende también que sea un manual de fácil manejo y consulta para los técnicos y políticos de los entes locales que se propongan realizar su plan local de prevención de drogodependencias.

1. El plan local de prevención de drogodependencias

1.1. Qué es un plan local de prevención de drogodependencias

El plan local de prevención de drogodependencias (PLPD) es un conjunto coordinado y planificado de programas, proyectos y actuaciones en materia de drogodependencias en el cual se manifiesta la voluntad de la administración local de materializar las competencias que le atribuyen las leyes. Asimismo, la Diputación de Barcelona plantea la realización de un PLPD como un proceso transversal y participativo en el que todas las áreas implicadas se sientan propietarias del mismo con el fin de conseguir una eficaz implementación, efectividad y sostenibilidad.

Los cambios en la panorámica de los consumos de drogas, que han afectado a lo largo de los años tanto al tipo de drogas consumidas como en el perfil de los usuarios, generan la necesidad de articular respuestas innovadoras que, teniendo el ámbito local como escenario preferente, permiten impulsar dinámicas preventivas de inspiración comunitaria adecuadas a la situación actual y local de los consumos de drogas.

Los PLPD deben estar impulsados por la voluntad política del consistorio y por los equipos técnicos de prevención de las drogodependencias conjuntamente con los profesionales de todas las áreas implicadas y preferiblemente deben contar con el apoyo de la comunidad

La FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) en su *Manual para la elaboración de planes municipales (2001)*, establece que un PLPD:

- Es un instrumento impulsado desde la corporación local que confiere estabilidad a las acciones y programas desarrollados.
- Ha de servirnos para establecer las necesidades a las que tratamos de dar respuesta, así como los principios generales y específicos de actuación que han de inspirar los programas destinados a afrontar el fenómeno de las drogodependencias.
- Debe favorecer la máxima participación de entidades y administraciones desde las fases iniciales de su elaboración con el fin de partir de un análisis correcto de las situaciones, sobre el cual exista consenso.
- El propósito de los planes será el abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias tanto respecto a las drogas legales como ilegales.

- Ha de ser un instrumento dinámico que se modifique a medida que vaya cambiando la situación social que lo motiva.
- Los PLPD deben ser un instrumento aglutinador capaz de dar coherencia a las respuestas ofrecidas desde los diferentes niveles de la administración.
- Desde su diseño es fundamental pensar en la necesidad de realizar una evaluación continua tanto del proceso como de los resultados.

La idoneidad del marco legal

Un PLPD ha de regirse necesariamente por el **marco normativo**¹ existente en materia de drogas: tratados internacionales, multilaterales bilaterales suscritos por la normativa internacional, estatal, autonómica y local.

Asimismo, han de contemplar como referencia las líneas estratégicas –**marco planificador**– definidas por las diferentes administraciones en materia de drogas.

- Estrategia europea en materia de lucha contra la droga 2005-2012
- Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016 del Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan Nacional de Drogas
- Estrategia nacional de prevención: consumo de drogas y problemas asociados. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya, 2008

Principios rectores de los PLPD

Algunos de los criterios que deben caracterizar una intervención preventiva acertada son los siguientes:

Globalidad: se abordan de manera integral todas las drogas, legales e ilegales.

Normalización: se trabaja con dispositivos y recursos normalizados y servicios de la comunidad. No se crean estructuras paralelas. **Continuidad:** se interviene de manera permanente en el tiempo, promoviendo actividades sistemáticas, continuadas y planificadas. **Operatividad:** realizable. Se plantean objetivos adecuados a las necesidades.

Interdisciplinariedad: intervención y compromiso de diferentes sectores sociales y tipos de profesionales.

Sostenibilidad: Debe ser un plan que no necesite nuevos recursos tanto financieros como humanos y que por tanto se pueda mantener a lo largo del tiempo.

1. Ver anexo 1: Marco normativo y marco planificador.

Requisitos para iniciar un PLPD

- Compromiso político del ayuntamiento con la aprobación del órgano competente.
- Determinación del área municipal responsable y nombramiento de un técnico responsable del plan.
- Nombramiento de las personas que integraran el grupo motor e impulsor del plan.
- Coordinación con los diferentes agentes sociales implicados: sanidad, juventud, educación, servicios sociales, policía, etc. y la participación o previsión de la participación de la comunidad.
- Disponer, o bien realizar, un diagnóstico de la situación.

Fases de elaboración

FASES	
1. Antes de iniciar el plan	
1. Aprobación de la propuesta de elaboración plan de drogas ²	Por junta de gobierno local o por pleno por parte de la comisión política
La propuesta incluye:	Descripción de las personas que las forman y las funciones de cada comisión
1.1. Creación grupo motor, comisión política y comisión técnica	
1.2. Cronograma	Temporalización en relación al proceso de elaboración
1.3. Justificación	Descripción de la necesidad de hacer el plan: ¿por qué se hace?
2. Elaboración de la propuesta de plan	
2. Introducción: marco teórico y principios rectores	Referirse al compromiso y voluntad política del municipio en la elaboración del plan. Describir el marco conceptual/teórico y principios rectores
2.1. Marco legal	Delimitación del marco legal internacional, estatal, autonómico y local
2.2. Diagnóstico y detección de necesidades	<ul style="list-style-type: none"> • Datos sociodemográficos del municipio. • Características de la zona geográfica • Datos estadísticos: estudios realizados, indicadores cuantitativos del uso de drogas • Datos cualitativos: entrevistas del uso de drogas a agentes clave del municipio, grupos focales, etc. • Descripción de los recursos del municipio • Descripción de las actividades de prevención de drogas realizadas hasta el momento

2. Ver anexo 2: Modelo de aprobación plenaria o de acuerdo de junta de gobierno local para la elaboración de un PLPD y constitución de la comisión política.

2.3. Definición de objetivos generales y específicos	Según la estructura que se acuerde que ha de tener el plan
2.4. Estructura del plan: ámbitos/ejes	Educativo, familiar, ocio, laboral, comunitario, salud, medios de comunicación. Reducción de la demanda, detección precoz y orientación, reducción de riesgos, reducción de daños, inserción social y laboral, información y conocimiento
2.5. Organigrama	Describir el organigrama y las funciones de los técnicos que componen las comisiones
2.6. Definición de las acciones a realizar	Según la estructura del plan sea por ámbitos de actuación o por ejes
2.7. Cronograma	Temporalización de la implementación del plan a largo plazo (Plan de acción cuatrienal) y a corto plazo (Plan de trabajo anual)
2.8. Delimitación de los procedimientos de evaluación	Definición de indicadores de evaluación: evaluación inicial, de proceso y de resultado

3. Aprobación del plan

Debe aprobarse por el pleno municipal el documento final del plan de prevención de drogas por cuatro años

4. Presentación del plan

Realización de un acto de presentación y difusión del plan

El proceso de planificación

La planificación es un proceso encaminado a conocer la realidad y las herramientas para transformarla.³

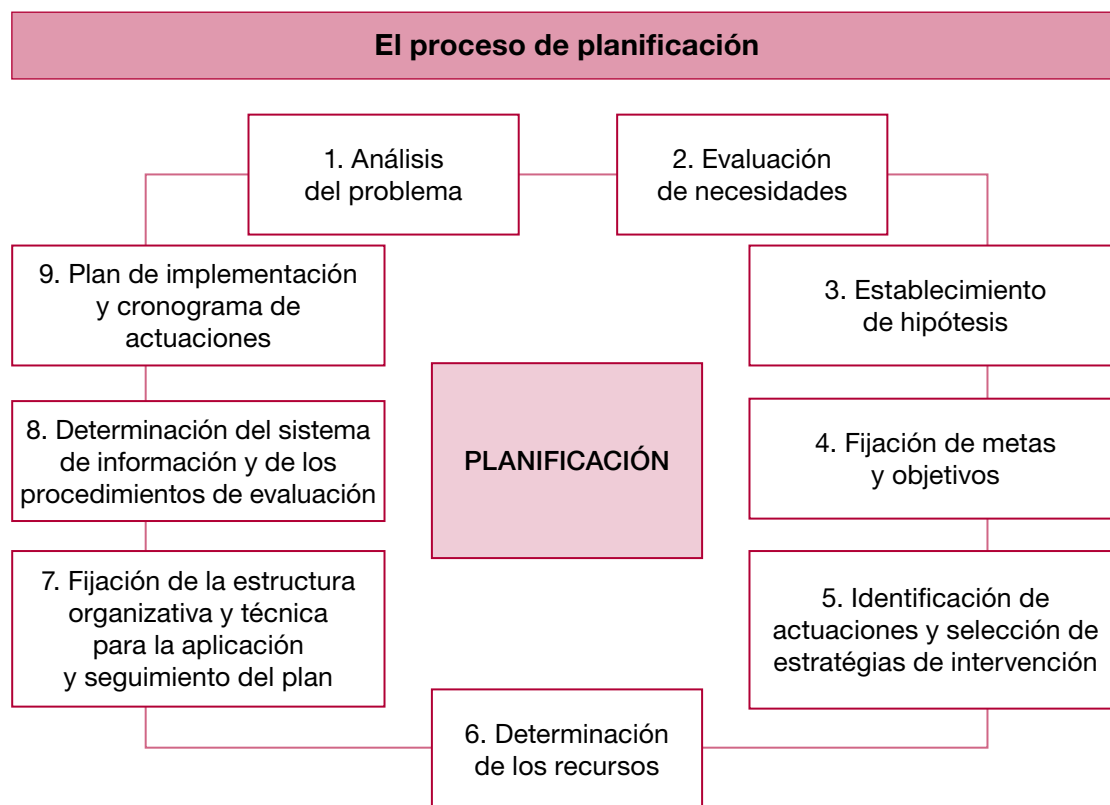
La elaboración de un PLPD implica un proceso de planificación en el que partiendo de un análisis de la situación de la problemática de las drogas en el municipio se realiza:

- un diagnóstico de necesidades respecto a dicho problema
- se fijan objetivos a alcanzar
- en función de la hipótesis de intervención derivadas de las necesidades diagnosticadas y de las características del problema, se elige una estrategia de intervención para lograr los objetivos que se despliega normalmente en programas, proyectos y actividades o actuaciones

3. *Planificant. Propuestas metodológicas de elaboración de planes de igualdad locales*. Colección Guías Metodológicas, 5. Diputación de Barcelona, 2002.

- se determinan los recursos necesarios para llevar a cabo las intervenciones previstas
- se diseñan las estructuras organizativas encargadas de implementar el plan
- el sistema de información para la gestión y evaluación
- y el cronograma de implementación

A continuación se desarrolla cada una de estas fases:



El Plan es un conjunto de acciones encaminadas a incidir en un cambio social. La planificación es una herramienta que sirve para actuar: supone partir de unos objetivos (qué queremos alcanzar), conocer las posibilidades (recursos), establecer una estrategia de actuación para lograrlos.

Un **Plan** se suele articular en:

- **programa:** conjunto de proyectos coordinados entre sí que pretenden la consecución de unos objetivos comunes definidos en el plan. Establece prioridades de intervención, identifica y ordena los diferentes proyectos que se derivan. Programar es: ordenar y racionalizar las tareas previas para llegar a un objetivo.
- **proyecto:** conjunto de actividades planificadas, coordinadas y interrelacionadas para conseguir los objetivos específicos de un programa.
- **acción/actuación/actividad.** Tarea más concreta y específica del proyecto.

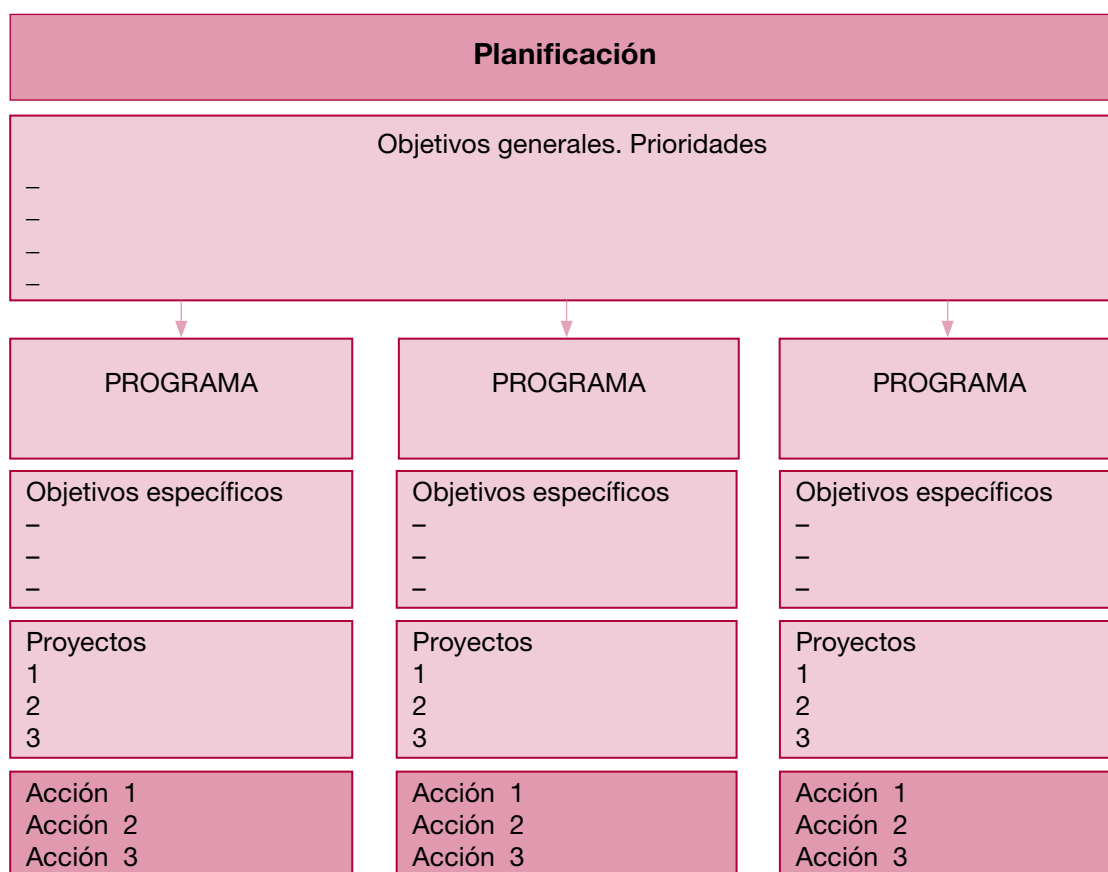
Ésta es la estructura tradicional y lógica de la secuencia Plan/Programa/Proyecto/ Actuación. Como por ejemplo, los programas de familia y convivencia de los servicios sociales comunitarios o de base municipales se despliegan en proyectos específicos:

proyectos para la integración educativa, proyectos de ayuda a la resolución de problemas de familias, etc.

Sin embargo, cada vez es más frecuente como consecuencia del dominio internacional de la lengua inglesa obviar el nivel de proyectos y desplegar el plan en programas y actuaciones.

Conviene insistir en que los **proyectos** tienen un carácter muy específico y adaptado a lo local por lo que son más difíciles de generalizar su aplicación a otros contextos; los **programas** son más generales y también más generalizables. De hecho un proyecto suele incidir en una población específica y centrarse sólo en una actuación concreta; si un **proyecto** se transforma en una estrategia de intervención que pueda aplicarse en otras comunidades por otros actores sociales estaríamos hablando de un **programa**. Resulta más interesante trabajar «programáticamente» porque permite abstraer estrategias generalizables a nuevas situaciones, problemas y poblaciones.

Respetando estas diferencias entre programas y proyectos un plan puede estructurarse siguiendo la lógica Plan/Programa/Proyecto/Actuación o alternativamente saltándose el nivel de proyecto.



1.2. Fundamentación metodológica

Qué entendemos por prevención

Entendemos por prevención aquel conjunto organizado de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas a fin de reducirlos. Casi todas las estrategias diseñadas por países europeos que buscan reducir la demanda de drogas contemplan elementos de prevención tanto universal, como selectiva, indicada y determinada:

- **La prevención universal** es la prevención más general. Tiene como objetivo potenciar los factores de protección fomentando las actitudes y hábitos saludables. Se dirige a toda la población y se desarrolla principalmente en el marco escolar, de las familias y del ocio.
- **La prevención selectiva** es aquella dirigida a grupos de riesgo o subgrupos de la población general que están sometidos a factores de riesgo asociados al consumo de drogas (Ej: hijos de padres consumidores, familias disfuncionales, etc.).
- **La prevención indicada** dirigida a aquellas personas que ya han iniciado el consumo y presentan signos iniciales de problemas graves asociados al consumo de sustancias y problemas de conducta.
- **La prevención determinada** dirigida a los grupos de consumidores con diagnóstico de drogodependencia y otros trastornos de salud relacionados.

Es preciso conceptualizar y planificar la prevención⁴ a partir de criterios pragmáticos intentando lograr objetivos realistas:

- Que cada vez menos personas se interesen por las drogas.
- Retrasar la edad de inicio.
- Que la mayor parte de los consumidores no pasen de un consumo experimental.
- Actuar antes de que surja un problema a fin de evitar su aparición.
- Evitar la progresión desde el inicio hacia el abuso o la dependencia.
- Detectar problemas de consumo en sus primeras fases.
- Reducir riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas
- Actuar tanto sobre la oferta como la demanda de sustancias que producen adicción.⁵

4. Estrictamente hablando, la prevención se refiere a prevenir el consumo y el abuso pero la reducción de daños se incluye normalmente en las estrategias preventivas, por eso la incluimos aquí.

5. Extraído de *Què podem fer els serveis bàsics d'atenció social primària davant les drogodependències?* PDS, 1998.

Marco comunitario

Decir comunidad es hablar de una pluralidad de personas que coprotagonizan la tarea de actuar conjuntamente, cada cual en su ámbito social respectivo (la empresa, el mundo educativo, la familia, etc.), pero con una misma filosofía de base y una misma pretensión: contribuir al desarrollo de comunidades cada vez más competentes para hacer frente a los conflictos que representa el abuso de las drogas.

Prevenir el abuso de drogas de acuerdo a un modelo comunitario supone acotar un marco caracterizado por los elementos siguientes:

- La comunidad como un territorio simbólico, agente y destinatario de la intervención.
- El ámbito local como un escenario articulador de las propuestas que se han de impulsar. El municipio es el espacio natural de la intervención que estamos describiendo.
- La dinamización de la comunidad organizada, impulsando redes entre entidades sociales implicadas.
- La creación de espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas entre los diferentes colectivos implicados.
- El papel clave de los mediadores sociales, personas sobre las cuales se centran los momentos esenciales de la prevención.
- La formación de los diversos agentes sociales en estrategias preventivas adecuadas a los espacios en los cuales desarrollan su tarea.
- La multiplicidad organizada de programas en desarrollo dependiendo de los diferentes espacios en los cuales se ha de intervenir, las poblaciones con las cuales se tiene que trabajar, etc.

Conviene destacar que el recurso más importante de todas las comunidades son las personas: las capacidades de la población que reside en el territorio. Desde un enfoque comunitario se aprovechan dichas capacidades para afrontar sus necesidades y demandas sociales: empoderar y promover la corresponsabilidad de los diferentes actores sociales, organizaciones e instituciones en la respuesta a los problemas relacionados con el consumo de drogas en un territorio concreto.

La participación comunitaria permite:

- Disponer de un conocimiento más fiable de la realidad y de los problemas reales y percibidos.
- Contribuir a la democratización de las respuestas preventivas y a normalizar e integrar la prevención en los diferentes ámbitos de la comunidad aportando una perspectiva integral y transversal que abarque los diferentes puntos de vista.
- Mejorar la eficacia de las actuaciones, en tanto que contribuye a mejorar la planificación y la coordinación y a garantizar la ejecución de las actuaciones preventivas y su continuidad en el tiempo.
- Facilitar la incorporación de planteamientos preactivos, y no sólo reactivos, en la acción preventiva.

Espacios de la prevención

El abuso de drogas forma parte de estilos de vida que se crean en las instancias cotidianas de la socialización, en aquellos escenarios en que los niños, los adolescentes y los jóvenes van construyendo su identidad diferencial: la escuela, la educación en el tiempo libre, la familia, el mundo del trabajo, etc. Debería ser en estos escenarios donde se desarrolle el compromiso social con la prevención.

No hay un lugar específico para la prevención. No es la escuela, ni el hogar, ni la empresa, ni los recursos del ocio y tiempo libre, etc. Todos aquellos lugares que influyen en el desarrollo de estilos de vida son terreno adecuado para la prevención. Se tiene que entender, pues, como un mosaico con múltiples piezas que es preciso encajar en esta perspectiva integradora que representa el marco comunitario.

Cuando en un municipio o barrio conseguimos organizar intervenciones preventivas planificadas con una perspectiva comunitaria estamos fortaleciendo la competencia de la comunidad en el momento de actuar ante sus dificultades, propósito central de cualquier intervención preventiva.

En definitiva, el modelo comunitario establece las indicaciones siguientes:

- No hay profesionales sobre los que pueda recaer la responsabilidad exclusiva de hacerse cargo de la prevención.
- El consumo de drogas es un fenómeno vinculado con los estilos de vida, es preciso hacer frente a todos los actores sociales que influyen en su configuración: padres, madres, educadores, asociaciones, etc.
- El abuso de drogas no es una cuestión que las administraciones puedan resolver solas. Es la misma sociedad civil quien ha de movilizarse para hacer frente a sus dificultades.
- Las administraciones, gestoras de la vida pública, tienen que asumir esta preocupación como propia y revestir su compromiso de un carácter esencialmente pedagógico y de apoyo cumpliendo con el conjunto de responsabilidades que le son propias.

Marco teórico y principios de intervención

La elección de una estrategia de intervención para la prevención, y consecuentemente de programas/proyectos y actuaciones específicas, tiene que venir avalada suficientemente por la teoría y la investigación.

A día de hoy no existe una única teoría o modelo teórico que explique adecuadamente el por qué del consumo/abuso de las drogas; sí que coexisten diferentes modelos o perspectivas teóricas que han servido y sirven de base al desarrollo de programas específicos de prevención. En esta Guía se adopta una perspectiva comunitaria y una serie de principios que deben guiar la prevención. Por tanto, mantenemos que hay que

actuar tanto sobre las características individuales (lo que se llama el modelo de competencias) como sobre las características interpersonales (modelo biopsicosocial) y características socio-culturales (modelo ecológico o modelo social y cultural).

Modelo de competencias

Este modelo relacionado con la prevención de drogas se centra en la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables, que a su vez se logran con la dotación y educación en competencias que los sustenten.

De un modo esquemático se enumeran los criterios y principios básicos de este modelo:

1. **El modelo de competencias** se asienta en la creencia de que los niños y adolescentes son competentes para crecer y desarrollarse e influir en su entorno, en la creencia de la capacidad para el aprendizaje y adquisición de competencias como estrategia para prevenir problemas de consumo de drogas. Se trataría de desarrollar intervenciones que permitan a las personas el aprendizaje de las competencias necesarias.
2. Se basa en un modelo pedagógico y educacional cuyo objetivo de transmisión de conocimientos y aprendizajes se centra en las habilidades, destrezas y competencias que constituyen los recursos de toda índole para hacer frente al problema de las drogas (habilidades para relacionarse con el entorno, afrontar dificultades, resistir la presión social y de grupo, búsqueda de información, toma de decisiones, etc.).
3. El modelo tiene su origen en los principios de la teoría de aprendizaje social, y utiliza dicha teoría para articular los procedimientos de adquisición, incorporación y multiplicación de las destrezas, habilidades y competencias necesarias.
4. En este modelo no se trata de detectar ni explicar los factores que expliquen los déficits ni los problemas. Se trata más bien de aportar el mayor número posible de habilidades a los individuos, los grupos y las comunidades.
5. El desarrollo de competencias es un proceso que se retroalimenta a sí mismo y por tanto constituye un círculo virtuoso. Una mayor dotación de competencias proporciona mayores probabilidades de afrontar con éxito los problemas y decisiones que se le plantean a los jóvenes; esto ayuda a construir una autoestima más sólida, se incrementa la seguridad del joven en sí mismo, etc.
6. Las intervenciones y estrategias de intervención para el desarrollo de competencias requieren normalmente la participación e implicación activa de la población destinataria, normalmente niños y adolescentes. El fin último de la intervención es dejar en manos del joven o niño recursos (en la forma de competencias) para que actúe y decida saludablemente de forma autónoma fuera de la intervención.

El **modelo de competencias** recogería, por tanto, todas las perspectivas teóricas centradas en promover destrezas o competencias individuales para afrontar situaciones relacionadas con el consumo/abuso de drogas; dentro de este modelo se podría hablar también del desarrollo de competencias sociales o comunitarias.

Modelo biopsicosocial

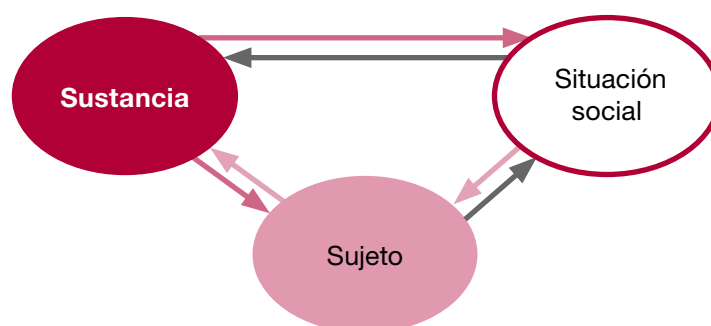
No existe un modelo psicológico puro que intente explicar el consumo y abuso de drogas sino que el modelo más cercano a lo psicológico puro se ha cualificado muy pronto como modelo **biopsicosocial** para integrar tanto características individuales como componentes afectivos o cognitivos y aspectos del entorno y de la situación social. Este modelo se sitúa realmente bajo el paraguas de la psicología social haciendo hincapié en los procesos socializadores de las personas, sobre todo en la socialización primaria.

El **modelo biopsicosocial** aporta la perspectiva de la importancia del nivel interindividual, es decir de la interacción social. En este nivel se señala por ejemplo que el consumo de drogas se explica, comprende o justifica mejor como resultado de las interacciones establecidas con las personas de nuestro propio entorno social.

La personalidad y el conjunto de valoraciones, creencias y actitudes de una persona surgen durante el proceso socialización siendo esta personalidad, valores, creencias y actitudes las que muestran en peculiares estilos de vida. Pero los procesos de socialización son básicamente interacciones sociales con los otros y sobre todo los otros significativos mediando en esta interacción y socialización los factores ambientales del entorno vital de cada persona.

Los aspectos claves de este modelo para el análisis del consumo y abuso de las drogas son tres: la sustancia consumida, el sujeto consumidor y la situación social en que tiene lugar el consumo.

El **modelo biopsicosocial** propone que el consumo y abuso de drogas surge como resultado de la interacción entre diversas variables sin que ninguna de ellas pueda ser considerada la causa primaria. Cada una de las variables i/o factores puede actuar aisladamente en circunstancias específicas o en combinación con los restantes elementos implicados.



- El primer aspecto hace referencia a la **sustancia consumida**. Aquí resultan importantes todos los factores relativos al tipo de sustancia utilizada, las cantidades consumidas, la frecuencia de consumo y las vías de administración. Todos ellos enfocados en los efectos farmacológicos de las drogas que son los que desencadenan efectos específicos en el organismo. Todo esto nos llevaría a clasificaciones dife-

renciales de las distintas sustancias según su naturaleza y sus efectos. Ésta es la vía por la que se toma en consideración aspectos estrictamente bioquímicos y otros metabólicos relativos a sus repercusiones en el funcionamiento biológico, fisiológico y neurológico del organismo.

- El segundo de los aspectos hace referencia a la variable **sujeto consumidor**. Aquí habría que contemplar factores como la personalidad de base del consumidor individual de drogas, los diversos componentes integrados en sus esferas cognitiva y afectivo-motivacional, tales como la identidad personal, el auto concepto o la autoestima, las actitudes, el locus de control y la impulsividad, o también las percepciones, expectativas, intereses, necesidades, emociones, motivaciones, etc., que puedan estar influyendo en su conducta.
- En el tercero de los aspectos se encontraría la variable **situación social del consumo**. Aquí se recogen todos aquellos factores contextuales relativos a la situación social en que se haya inmerso el consumidor de drogas: aspectos del medio sociocultural, comunitario y familiar, y de un modo más específico como variables clave las variables sociodemográficas, el conjunto de las relaciones interpersonales con otros sujetos y dentro de la familia, la escuela o los grupos de referencia; el contenido ideológico de creencias, valores, representaciones, prejuicios, símbolos, que subyacen al comportamiento del individuo o del grupo, etc.

Claramente el modelo **biopsicosocial** afirma la importancia de las medidas de prevención primaria frente a las correspondientes a los niveles secundario y terciario, insistiendo en la importancia de las medidas psicológicas, educativas y sociocomunitarias frente a las específicamente sanitarias y/o legales.

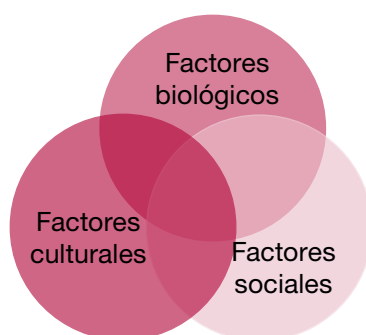
Entre las numerosas medidas adoptadas desde el modelo **biopsicosocial** destacan, prioritariamente, las acciones orientadas al fomento del apoyo y cohesión familiar, a garantizar unas condiciones básicas de vida y desarrollo o la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, el empleo y el aprendizaje profesional. Y otras, más específicas, dirigidas hacia el control de los procesos de influencia social, promoviendo entre los individuos o grupos de mayor riesgo de incidencia el reconocimiento de las influencias sociales a que en un momento de determinado pueden verse expuestos, así como el aprendizaje y entrenamiento de habilidades específicas que capaciten al individuo para hacer frente, resistir y rechazar las incitaciones al consumo, tales como entrenamientos en asertividad, autocontrol o habilidades de afrontamiento, la promoción de la competencia personal y social a través de acciones individuales o grupales dirigidas a fomentar la autoestima, el autoconcepto positivo, el logro y el funcionamiento del individuo o del grupo, o determinadas habilidades cognitivo-comportamentales, dotando a la persona y a la familia de un sentido de pertenencia, de control sobre sus destinos y de acceso a la oportunidad.

Como puede verse este modelo confluye en muchas de sus aplicaciones concretas a la prevención de drogas con las medidas derivadas del modelo de competencias.

Modelo ecológico o modelo sociocultural

Este modelo plantea un marco conceptual más amplio que trata de ofrecer una comprensión sociológica y antropológica de la conducta cultural y las normas sociales en relación con el consumo de drogas

El modelo ecológico o sociocultural considera la conducta humana como el resultado de la interacción entre factores biológicos, sociales y culturales, reconociendo, hasta cierto punto, la existencia de una base biológica en la explicación del comportamiento.



El elemento biológico justifica el reconocimiento de una cierta susceptibilidad individual a la drogodependencia, que remite directamente al concepto de «sensibilización» como opuesto al de «tolerancia». Algunos estudios han mostrado como suele haber antecedentes familiares en caso de drogodependientes y para ciertas sustancias.

Pero la base del modelo es la parte cultural y social, al señalar la influencia del entorno sobre la conducta del individuo. Las normas y reglas establecidas por la sociedad condicionan, y en algunos casos peculiares llegan a determinar, el uso de drogas. Por otra parte, los patrones culturales también son elementos reguladores del uso de determinados tipos de sustancias disponiendo e imponiendo ciertos mecanismos, en unos casos de control y en otros favorecedores del consumo.

Desde el punto de vista de la prevención primaria, desde el **modelo ecológico o sociocultural** las intervenciones deben ir dirigidas prioritariamente al conjunto de la sociedad, globalmente considerada, haciendo hincapié en la redefinición del uso de drogas.

Por todo ello desde este modelo si no se cambian las estructuras sociales y culturales que dan soporte al uso de las drogas difícilmente llevará a cabo cambios reales y prevenir el uso y abuso de las drogas. Por todo ello se propician a nivel operativo actuaciones específicas para cambiar las pautas culturales de consumo utilizando intervenciones educativas, medidas legislativas y de control social para ello y promoviendo en última instancia, el cambio cultural y la modificación de las normas sociales que apoyan o regulan el consumo de determinadas sustancias.

Los tres modelos son complementarios y recogen la mayoría de las bases teóricas que hoy en día sustentan los programas de prevención que se están aplicando.

Ésta es la postura mayoritariamente mantenida por las instituciones, organizaciones y autores más relevantes (ver bibliografía)

Los programas/proyectos y actuaciones específicas se encuadrarán en esta estrategia amplia de intervención en prevención; la evaluación continua de los mismos permitirá adecuar las intervenciones, mejorándolas, reformándolas y puntualmente desechando aquellas que no logren los objetivos señalados en un proceso de aprendizaje continuo.

1.3. Modalidades de planes locales de prevención de drogodependencias

Los municipios en el ejercicio de sus competencias tienen el derecho a asociarse con otros municipios para la gestión de sus políticas públicas. Exponemos a continuación algunas modalidades:

1. **Las mancomunidades** de municipios son asociaciones voluntarias con carácter de entidad local que pueden constituir dos o más ayuntamientos, sean vecinos o no, para establecer o gestionar conjuntamente una o más obras y servicios. Disponen de personalidad jurídica propia y órganos propios de dirección. Se financian a través de aportaciones de los diferentes municipios que la componen y también a través de subvenciones, tributos, sanciones que pueda imponer en virtud del objeto para el que han sido creadas, etc.

Se trata, sin duda, de una útil herramienta legal (artículos 115 y siguiente del Decreto legislativo 2/2003 de la Generalitat de Catalunya) para la prestación de, entre otros, servicios públicos en materia urbanística, aguas, saneamiento, transporte y gestión de residuos. Cabe especificar que si bien pueden mancomunarse municipios sin continuidad territorial, **lo tienen más difícil para hacerlo aquellos que no pertenezcan a la misma comarca** cuando el servicio prestado resulta de una actuación comarcal.

Podría considerarse esta opción para el ejercicio de un plan de prevención de drogas, pero la realidad es que fue diseñada para otro tipo de servicios públicos de mayor coste y envergadura.

2. **Las comunidades** de municipios son asociaciones también de municipios (artículos 123 y siguiente del Decreto legislativo 2/2003 de la Generalitat de Catalunya) que, al contrario de las mancomunidades, carecen de personalidad jurídica propia y su objeto para el que se han constituido tiene que estar perfectamente determinado.

Tienen una virtud: **para su constitución no precisan que los municipios pertenezcan a la misma comarca** (con lo que facilita la gestión de servicios entre

municipios que son vecinos pero no comarcales), ni tampoco que tengan continuidad territorial (es decir, no hace falta que sean vecinos), siempre y cuando ello no suponga ningún impedimento para la prestación del servicio para el que la comunidad se creó.

El problema –al igual que las mancomunidades– es que esta opción fue pensada para otro tipo de servicios públicos y resulta poco ágil (y costoso) para la puesta en marcha de un plan de prevención local de drogas.

- 3. Organizaciones asociativas de entidades locales.** Las entidades locales (entre los que se encuentran los municipios) también pueden asociarse en organizaciones asociativas para promover y defender sus intereses comunes. La regulación para la constitución de dichas organizaciones se establece en los artículos 133 y siguiente del Decreto legislativo 2/2003 de la Generalitat de Catalunya.

Quizás estaríamos ante una buena opción de cara al desarrollo compartido de un plan de prevención de drogas, pero –nuevamente– requiere de una infraestructura y de órganos de dirección que, al igual que las dos anteriores, la hace difícilmente asumible desde un punto de vista económico.

- 4. Los consorcios.** Entidad pública de carácter asociativo en la que pueden constituirse los entes locales con otras administraciones públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro con finalidades de interés público.

Se trata de entidades más estables con una finalidad de permanencia en el tiempo y que, de hecho, con ellas se busca una mayor y mejor implicación de una entidad supramunicipal en la gestión de un servicio público municipal. Normalmente se constituye para la mejora y más eficiente gestión en servicios públicos compartidos o que afectan a ambas administraciones. Un claro ejemplo de ello es el Consorcio de Educación firmado entre el Ayuntamiento de Barcelona y la Generalitat de Catalunya y que se recoge en el Decreto 84/2002.

- 5. Convenios de colaboración.** Los entes locales pueden establecer relaciones de cooperación para la prestación de servicios de interés común.

Quizás es donde mejor se enmarcaría la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias.

Planes municipales

Definimos como planes municipales a aquellos que se llevan a cabo en un solo municipio. Las características de estos planes serán diferentes según si se trata de un municipio pequeño (menos de 10.000 habitantes), de un municipio mediano (entre 10.000 y 50.000 habitantes) o bien de un municipio grande (más de 50.000 habitantes), principalmente en lo referente a la coordinación y a los recursos con los que cuenta, tanto técnicos como económicos.

Planes supramunicipales

Llamamos planes supramunicipales a aquellos en los que se agrupan dos o más municipios para elaborar un plan de drogodependencias.

Estos municipios pueden asociarse tal y como hemos explicado anteriormente:

- Mancomunidades
- Comunidades de municipios
- Organizaciones asociativas de entidades locales
- Consorcios
- Convenios de colaboración

Planes de consejos comarcales

En Cataluña, el gobierno y la administración de la comarca corresponden al consejo comarcal. En algunas comarcas donde hay muchos ayuntamientos territorialmente dispersos y/o con una población reducida es habitual que se haga un plan de drogas directamente desde el consejo comarcal, con el fin de optimizar los recursos tanto técnicos como económicos de que se dispone en la comarca.

2. Los apartados del plan local de prevención de drogodependencias

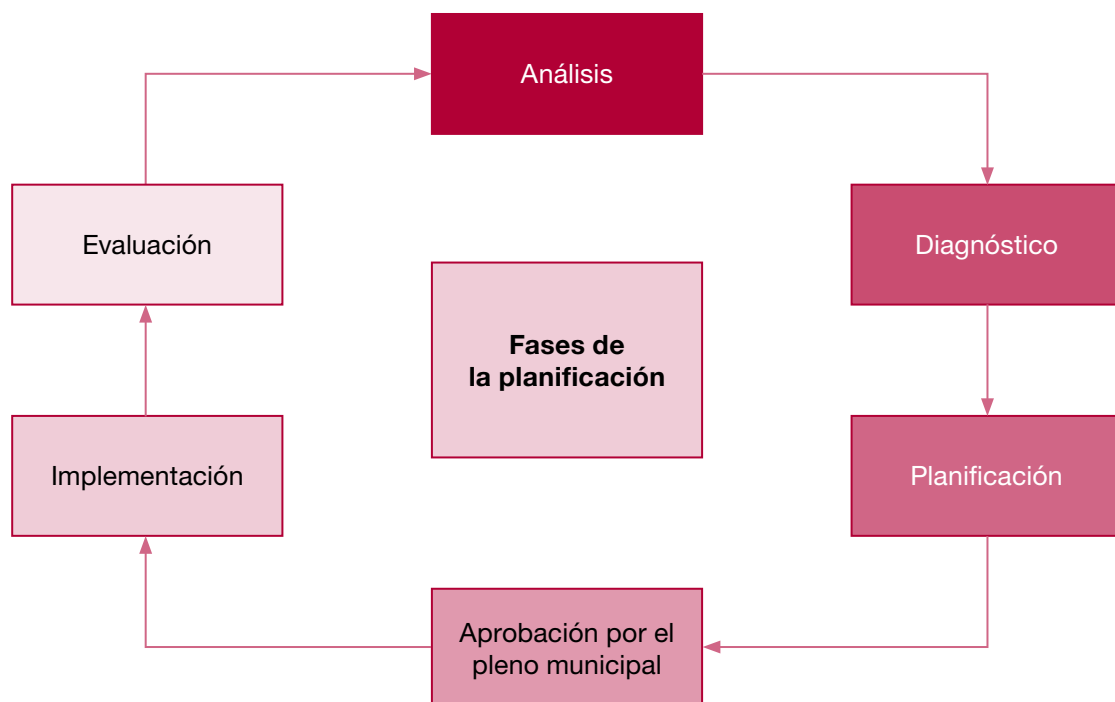
2.1. Estructura organizativa

Áreas implicadas del ayuntamiento

Para iniciar un PLPD necesario como primer paso concretar el encargo político, designar el área o concejalía que liderará el proceso de realización del plan y nombrar el técnico referente que será la persona responsable de la gestión y coordinación del mismo.

La estructura del plan al tratarse de una planificación transversal que implica a la mayor parte de áreas del ayuntamiento, tiene que contemplar objetivos y acciones operativas que incluyan los diferentes ámbitos municipales.

El segundo paso será definir el modelo metodológico y de planificación a seguir. Desde la Diputación de Barcelona se apuesta por el modelo de planificación participativa.



Modelo de planificación participativa

El modelo participativo permite recoger la opinión de todos los sectores de ciudadanos implicados y al mismo tiempo les incorpora en el proyecto desde su inicio, facilitando la continuidad en las posteriores actuaciones: diagnóstico, planificación y evaluación, siendo un observatorio continuado. Este modelo es más costoso a nivel de tiempo y dedicación de los profesionales, pero permite recoger las aportaciones de los agentes sociales, motivarles e implicar a la comunidad lo que a largo plazo hace más eficaz y fácil su implementación y por tanto su eficacia.⁶



El siguiente paso será la creación de las diferentes comisiones que formarán el organigrama y la definición de sus funciones:

La comisión política

Es el máximo órgano de decisión del PLPD y está formada por representantes políticos con voz y voto.

Puede estar formada por el alcalde y distintos regidores: bienestar social, salud, educación, juventud, deportes, gobernación, etc.

Esta comisión se reunirá una o dos veces al año en sesión plenaria.

Sus funciones son:

- Asignar y aprobar el presupuesto anual del PLPD.
- Acordar los criterios y aspectos de cooperación anual.
- Nombrar a los responsables del grupo motor de la comisión técnica.
- Proponer los proyectos que se consideren prioritarios para el PLPD.
- Aprobar el plan de trabajo anual que presente la comisión técnica.

6. Ver anexo 3: Ventajas e inconvenientes de incorporar elementos participativos.

La comisión técnica

Está formada por técnicos y agentes del municipio procedentes de todos los ámbitos implicados en la implementación del PLPD. La formación de esta comisión es muy importante, deberá valorar la implicación de las diferentes áreas municipales y de los agentes clave para participar activamente en las diferentes fases del Plan.

- Técnico de servicios sociales y salud
- Técnico de deportes
- Técnico de juventud
- Referente de la policía local
- Referente de la policía autonómica o nacional
- Técnico de prevención del centro de atención de drogodependencias de la zona
- Representante de los centro/s de enseñanza infantil y primaria del municipio (jefe de estudios o director)
- Representante de los instituto/s de enseñanza secundaria del municipio (jefe de estudios o director)
- Representante del Área básica de salud

La comisión puede ser más o menos amplia dependiendo del número de habitantes del municipio.

Cuando se desea profundizar sobre un tema se pueden realizar grupos o mesas de trabajo más reducidos, sólo con aquellos agentes directamente implicados.

Especialmente en municipios grandes de más de 50.000 habitantes se recomienda hacer sesiones participativas invitando a los profesionales del ámbito o ámbitos en cuestión.

También es interesante optar por grupos concretos de trabajo para tratar temas muy específicos, por ejemplo la elaboración de protocolos de detección e intervención de consumo de drogas en los centros educativos, donde se invitará a participar a todos los agentes con una posible implicación; o para tratar el tema del ocio nocturno que comportaría invitar al grupo a propietarios de establecimientos de ocio nocturno, agentes de seguridad y con los mismos jóvenes. También, para trabajar la prevención en las empresas se puede invitar a PYMES (pequeñas y medianas empresas) y otros directivos empresariales, así como el área de participación ciudadana, etc.

La frecuencia de encuentros de los grupos de trabajo tienen que consensuarse con los miembros que la formen y en función de la necesidad. Es importante planificar la temporalización y el calendario de reuniones.

La creación de esta comisión implica dos cuestiones a resolver:

1. Identificar y decidir quienes son los actores sociales relevantes.
2. Constituir grupos de trabajo que sean verdaderamente representativos de la comunidad.

Los grupos de trabajo han de conjugar representatividad y operatividad. El primer criterio supone amplitud para que todos estén representados, mientras que el segundo criterio requiere limitar la amplitud del grupo. Así, en caso de conflicto habría de prevalecer la voluntad de garantizar la representatividad de los distintos actores sociales.

Actualmente el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) es otra vía para canalizar la participación comunitaria en un PLPD.

El grupo motor de la comisión técnica

Está formado por:

- Un técnico del Área del ayuntamiento referente del PLPD
- Un técnico especializado en drogodependencias, o en su defecto un/a técnico de las áreas referentes, bien de servicios sociales, juventud o salud
- Un técnico de prevención de drogodependencias de la administración referente para la elaboración del plan

Será función del grupo motor presentar a la comisión participativa las propuestas para la elaboración del PLPD el plan de trabajo anual y hacerse cargo de su redacción, el seguimiento de las acciones que se lleven a cabo, su evaluación y las propuestas de mejora.

El Grupo motor se reunirá las veces que sea necesario a lo largo del año. El coordinador/a que lidere el PLPD tiene entre otras funciones convocar a la comisión técnica en plenario una vez al semestre, gestionar los encargos de la comisión política y hacerse cargo de las relaciones institucionales pertinentes.

Organigrama



La siguiente tabla resumen describe brevemente la composición, funciones y forma de trabajar de cada comisión:

	Comisión política	Comisión técnica	Grupo motor de la comisión técnica
Composición	Representants polítics con voz y voto	Técnicos del municipio de todos los ámbitos implicados en el plan	Técnicos especialistas en prevención de las drogodependencias (máximo: 3)
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar y aprobar el presupuesto anual del plan • Acordar los criterios de cooperación anual • Nombrar la comisión técnica • Proponer los proyectos que se consideren prioritarios para el plan • Aprobar el plan de trabajo anual que le presente la comisión técnica 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los encargos de la comisión política • Participar en el proceso de elaboración del plan local de prevención de drogas en las fases de: <ul style="list-style-type: none"> – Elaboración del diagnóstico – Descripción de objetivos – Propuesta de actividades – Plan de trabajo anual 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar a la comisión técnica propuestas para la elaboración del plan • Proponer a la comisión técnica el plan de trabajo anual • Redactar la propuesta del plan • Hacer el seguimiento de las acciones que se lleven a cabo y su evaluación y las propuestas de mejora
Procedimientos de treball	<ul style="list-style-type: none"> • Una o dos reuniones plenarias al año 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones trimestrales • Trabajo en proyectos por ámbitos de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones, tantas como sea necesario –normalmente una al mes

2.2. Diagnóstico de la situación y detección de las necesidades

Para realizar un acercamiento a la realidad del municipio es imprescindible la elaboración de un diagnóstico que permita conocer la situación del consumo, el abuso de drogas y los problemas derivados del mismo con la finalidad de obtener un mapa de la realidad del territorio.

Los datos imprescindibles que se necesitan para acercarnos a la realidad del municipio, es decir, a las necesidades reales del mismo son por una parte los datos generales: datos publicados por las instituciones estatales y autonómicas (ESTUDES,⁷

7. ESTUDES: *Encuesta Estatal sobre de drogas en enseñanzas secundarias (14 - 18 años)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

EDADES,⁸ etc.), encuestas de salud de la comunidad autónoma (ESCA,⁹ etc.) ya que entre toda la información recogida no suelen presentarse diferencias significativas en los resultados. Y por otra parte los datos más concretos de la realidad del municipio que nos permitirán valorar las peculiaridades del mismo: características del municipio, recursos del municipio, acciones preventivas, estudios realizados, datos cuantitativos proporcionados por los agentes sociales del municipio (policía, centros de atención de drogodependencias, espacios de ocio, técnicos de sanidad, escuelas, etc.) y datos cualitativos del municipio (entrevistas a población diana y sesiones participativas a agentes locales y representantes de la ciudadanía).

Características del municipio. Datos sociodemográficos

El análisis de la situación es el primer encargo del grupo motor que deberá implicar a la comisión técnica en esta fase de recogida de datos. La finalidad del diagnóstico es poder realizar un mapa de la realidad municipal. Para empezar es importante situar el municipio, la comarca, el tipo de población, la pirámide de edades teniendo en cuenta la variable sexo.

Todos estos datos se pueden extraer del Instituto de Estadística de la Administración u otras fuentes propias del ayuntamiento.

Información territorial
Situación del municipio
Comarca
Kilómetros cuadrados
Relación con otros municipios colindantes
Características relevantes del territorio
Estructura urbana. Movilidad. Comunicación
Indicadores económicos
Tasas de actividad, ocupación por sexo y edad
Tasa de paro por sexo y edad
Actividad económica
Sectores de actividad
Población activa por sexo, edad y sectores de actividad
Nivel de estudios

8. EDADES: *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

9. ESCA: *Enquesta de salut de Catalunya*.

Indicadores demográficos
Estructura y distribución de la población
La distribución por sexo de estudiantes en los diferentes niveles educativos
Datos básicos y características de los centros educativos
Datos básicos y características de los lugares de ocio utilizados por la población del municipio
Nivel de estudios de la población
Movimientos migratorios
Evolución de la población
Porcentaje de menores de 16 años
Porcentaje de población de 16-29 años

En el anexo 4 se presenta un modelo de datos sociodemográficos del Ayuntamiento de Terrassa (Barcelona).

Recursos del municipio

En este apartado describiremos los equipamientos de que dispone el municipio y a qué colectivo se dirigen, las entidades que trabajan en el municipio (tercer sector) y los recursos humanos y económicos que se pueden destinar al PLPD.

Recursos humanos. Son los profesionales de la administración asignados específicamente al diseño, implementación y evaluación del plan local coordinados por el técnico referente que dirige el equipo.

El papel del técnico de drogas es coordinar el plan, catalizar la comisión técnica, y preparar la información y propuestas concretas.

Recursos económicos. El presupuesto es un instrumento de gestión de los recursos económicos disponibles que destina el municipio y otras administraciones implicadas para el diseño, implementación y seguimiento del plan. Es decir, la dotación económica cifrada que se destina al plan, por tanto, es preciso tener en cuenta la naturaleza económica de los ingresos y los gastos. Se muestra a continuación, un modelo de tabla extraído de la ficha de solicitudes de financiación de los programas de prevención de drogodependencias de la Diputación de Barcelona:

Estructura de ingresos

Concepto	Importe
Fondos propios	
Aportación Diputación	
Aportación Administración autonómica	
Otras fuentes	
Total ingresos	

Estructura de costes

Concepto	Importe
Personal	
Formación	
Material de difusión	
Actividades	
Total gastos	

Resumen de acciones preventivas realizadas

Para poder planificar las actuaciones preventivas a realizar es imprescindible elaborar una breve descripción de las acciones que se han desarrollado en el municipio en los últimos años, así como las acciones preventivas que se están llevando a cabo en el municipio durante este año. La finalidad es programar actuaciones complementarias y/o de continuidad y evitar repetir actuaciones.

Datos cuantitativos

Para valorar la situación local en la recogida de datos se utilizan diversos métodos de recogida de información. Podemos diferenciar los datos cuantitativos que provienen de:

1. Fuentes externas al municipio:

- Encuesta de salud de la comunidad autónoma (ESCA en Catalunya)
- Encuesta ESTUDES
- Encuesta EDADES

2. Fuentes internas al municipio. Indicadores recogidos por los diferentes profesionales del municipio a través de encuestas, memorias y otras fuentes de información.

Policia local y autonómica o nacional

- Número de incautaciones y tipo de sustancias en el último año
- Número de delitos relacionados con el tráfico de drogas en el último año
- Comparativa con el año anterior
- Número de delitos relacionados con el consumo de drogas en el último año
- Número de puntos de venta de sustancias ilegales localizados en el municipio actualmente
- Número y tipo de actuaciones de prevención de drogodependencias realizadas en el ultimo año.
- Número de denuncias realizadas por posesión de drogas
- Número de denuncias realizadas por consumo de drogas
- Número de controles de alcoholemia realizados
- Número de controles de positivos
- Número de accidentes de tráfico por consumo de tóxicos

Centro de atención a las drogodependencias

- Número de casos actuales en tratamiento
- Número de demandas de tratamiento
- Número de consultas informativas
- Número de casos en tratamiento en otros recursos
- Número y tipo de actuaciones preventivas desarrolladas

Centro de atención primaria y hospital

- Número de casos registrados
- Número de casos atendidos en urgencias
- Número de consultas realizadas en materia de drogodependencias
- Número y tipo de actuaciones preventivas realizadas

Centros de educación primaria

- Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Centros de educación secundaria

- Número y tipo de actuaciones preventivas realizadas
- Número de casos detectados por consumo
- Tipos de intervención en casos de consumo

Puntos de información juvenil

- Número de consultas relacionadas con las drogodependencias
- Número de derivaciones a otros recursos específicos
- Número de incidencias relacionadas con el consumo
- Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Servicios sociales

- Número de consultas relacionadas con las drogodependencias
- Número de detecciones relacionadas con la problemática de las drogas
- Número de derivaciones a recursos específicos
- Número de casos en rehabilitación y seguimiento
- Número y tipo de acciones con carácter preventivo

Para todos los datos señalados en los recuadros debería darse información diferenciada por sexo, edad y tipo de sustancia en los dos últimos años para disponer de una perspectiva comparativa.

Datos cualitativos

Podemos diferenciar entre datos cualitativos preexistentes, es decir, información cualitativa recogida en el pasado y que está disponible, y datos cualitativos primarios que se recogen para realizar el diagnóstico de necesidades.

La utilización de técnicas cualitativas para el diagnóstico es absolutamente relevante por al menos dos razones:

- Las técnicas utilizadas son técnicas participativas que aportan otras perspectivas de actores y grupos sociales de la comunidad.
- Además las técnicas más utilizadas sirven también para movilizar a la comunidad sobre los problemas de las drogas y las actuaciones a realizar.

En el anexo 5 se resumen las siguientes técnicas cualitativas más utilizadas:

1. Grupos de discusión o focalizados.
2. Entrevista a informantes clave.
3. El método Delphi.
4. El foro comunitario o asamblea participativa.
5. Sesiones participativas con los agentes locales y representantes de asociaciones y entidades.

Conclusiones y necesidades detectadas en el diagnóstico

Una vez analizados los datos del diagnóstico, se debe elaborar un resumen con conclusiones que recogen las principales necesidades detectadas en el municipio que nos servirán de punto de partida a la hora de plantear los objetivos y las acciones preventivas del PLPD (en su caso programas o proyectos) y la temporalización del mismo. Este resumen debe incluir los datos esenciales extraídos del diagnóstico. Debe recoger brevemente:

- Las diferentes fuentes de información y/o técnicas utilizadas en la elaboración del diagnóstico.
- Los hallazgos más importantes y necesidades detectadas en función de las diferentes franjas de edad de la población y de los diferentes ámbitos de intervención.

2.3. Objetivos del PLPD y población destinataria

Objetivos generales

Los objetivos deben de formularse de un modo claro, que sean posibles y evaluables. Se plantean a largo plazo, se formulan en términos más abstractos y se insertan en el marco general. Han de describir la meta hacia la que se dirige el PLPD que constituye la razón y motivo de intervenir.

Hay diferentes maneras de formular un objetivo general de un Plan de drogas. La mayoría tiene un punto en común: se dirigen a toda la población y tienen como finalidad prevenir y/o reducir el consumo de drogas en el municipio.

Ejemplos de objetivos generales:

- Prevenir y reducir el consumo de drogas en el municipio
- Sensibilizar y educar a la población ante la problemática de las drogodependencias
- Promover estilos de vida saludables
- Educar para la salud
- Aumentar las alternativas al consumo
- Fomentar el no consumo y educar en el consumo responsable
- Coordinar los agentes que intervienen en el ámbito de las drogas

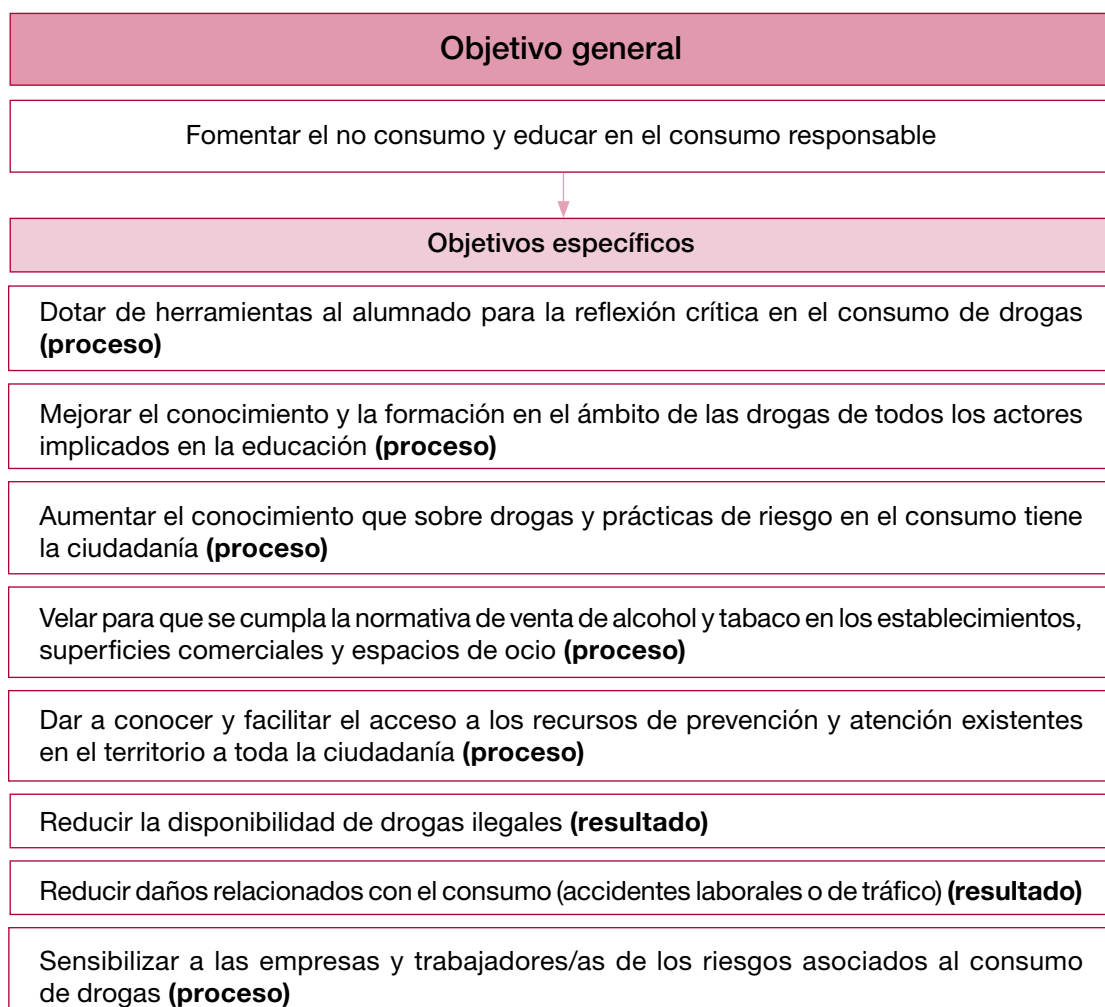
Aunque estos sean objetivos generales no parece razonable fijar o elegir objetivos generales que sean de proceso a no ser que exista una justificación clara y evidente. Tanto en la formulación de los objetivos generales como específicos conviene diferenciar entre **objetivos de proceso y objetivos de resultado**; los primeros tienen que ver con la implantación del plan, las actividades y actuaciones a realizar, cómo se va a lograr el resultado genérico de la prevención, etc. y los segundos con los efectos y resultados perseguidos. En los ejemplos señalados, el último «Coordinar los agentes que intervienen en el ámbito de las drogas» es un objetivo de proceso y es mejor no elegirlo como objetivo general o meta final del plan.

Objetivos específicos

Objetivos específicos. Concretan los objetivos generales. Se refieren a un área o estrategia de actuación. Sus características son: expresiones posibles del objetivo general y se formulan con verbos de acción-actividad.

La definición de los objetivos específicos debe estar en concordancia con las necesidades detectadas en el diagnóstico y con los objetivos generales. La formulación de objetivos generales, de objetivos específicos y actuaciones/actividades/intervenciones, debe de contemplarse como un modelo causal. Mediante una serie de actividades/actuaciones queremos conseguir determinados resultados expresados como objetivos específicos y mediante la consecución de los objetivos específicos logramos nuestro objetivo general. Por tanto, el despliegue de objetivos generales en específicos y luego la determinación de actuaciones, debe ser coherente y concordante.

Por ejemplo:



Un objetivo específico lo es en relación al objetivo general, no en sí mismo. En este ejemplo dos de los objetivos específicos (objetivos de resultados) lo que hacen es especificar más el objetivo general. El resto de los objetivos específicos muestran

cómo se va a lograr el objetivo general. La interrelación entre objetivos específicos y generales pone en evidencia nuestro modelo de intervención; así en este ejemplo estamos afirmando que si se cumpliera la normativa de venta de alcohol y tabaco se reduciría el consumo, *sensu contrario*, estamos diciendo que en la actualidad no se cumple dicha normativa.

Población destinataria

Los objetivos específicos deben estar formulados teniendo en cuenta a qué población se dirigen. Ésta puede ser:

- Toda la población
- Padres y madres
- Niños (de 6 a 12 años)
- Jóvenes adolescentes (de 13 a 18 años)
- Jóvenes (más de 18 años)
- Profesionales del municipio

2.4. Estructuración de los objetivos y acciones de un plan local de prevención de drogodependencias

En el momento de planificar las actuaciones preventivas ha de tenerse en cuenta los diversos espacios de la vida social y todos los ámbitos de posible influencia de los profesionales implicados en el plan. Se puede hacer de varias maneras:

- **Niveles de actuación**
- **Ámbitos de actuación**
- **Ejes de trabajo**

Niveles de actuación¹⁰

Reducción de la demanda

Ofrecer a la población herramientas para mantener actitudes favorables al no consumo de drogas. Proporcionar a los individuos habilidades para fortalecer la capacidad personal para rechazar el ofrecimiento de drogas.

Detección precoz y orientación

Trabajar en sistemas eficientes de detección del consumo de drogas antes que sea problemático. Orientar y/o derivar los casos detectados a los servicios correspondientes, desarrollando vías de actuación específicas.

10. Clasificación extraída del Plan local de drogodependencias de Terrassa.

Reducción de riesgos

Ofrecer herramientas a los individuos y a los colectivos para la gestión de riesgos derivados del consumo de drogas. Asumir la prevención como una práctica educativa y sanitaria sin valoración moral que contemple el consumo responsable y que desarrolle capacidades y habilidades para gestionar ciertos factores de riesgo.

Reducción de daños

Desarrollar estrategias individuales y colectivas en el ámbito social y sanitario dirigidas a mejorar la calidad de vida y la asistencia a las personas con problemas derivados del consumo de drogas. Reducir y minimizar los efectos negativos del consumo de drogas.

Inserción social y laboral

Fortalecer las líneas de inserción social y laboral de las personas con problemas derivados del consumo de drogas. Evitar la marginalidad y la exclusión social.

Información y conocimiento

Conseguir un mayor grado de conocimiento de la realidad de la comunidad en relación al consumo de drogas y de la tarea que se desarrolla en la ciudad por parte de los servicios y entidades implicadas. Mejorar y ampliar los sistemas de registro y evaluación de los indicadores del consumo de drogas en la ciudad. Desarrollar sistemas de retroalimentación de información con los servicios y entidades implicadas.

Cada uno de los niveles de actuación se orientará, de forma prioritaria, a tres ámbitos de trabajo: educación, tiempo libre y comunidad.

Educación

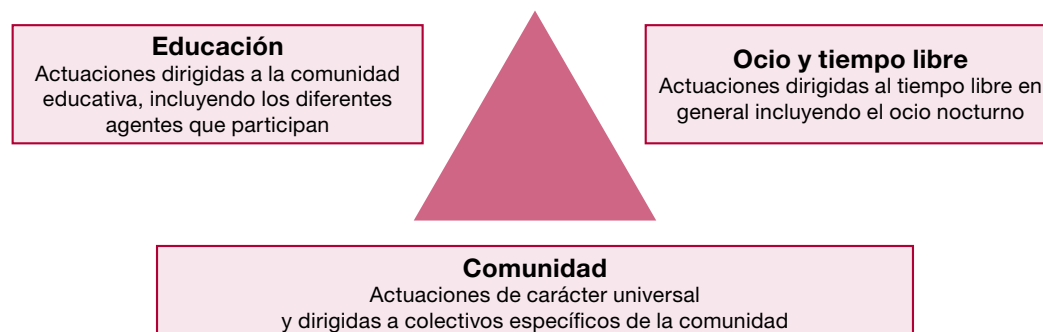
Actuaciones dirigidas a la comunidad educativa incluyendo a los diferentes agentes que participan: alumnado, profesorado, madres y padres. Se contempla tanto la educación reglada primaria, secundaria y universitaria como la educación no reglada.

Ocio y tiempo libre

Actuaciones que se realizan en el tiempo libre en general incluyendo el ocio nocturno.

Comunidad

Actuaciones de carácter universal y las dirigidas a colectivos específicos de la comunidad.



Ámbitos de actuación

Ámbito educativo. Intervenciones dirigidas a:

- Centros educativos (públicos y privados)
- Profesionales del ámbito educativo

Ámbito familiar. Intervenciones dirigidas a:

- Padres y madres y tutores de menores

Ámbito de ocio y tiempo libre. Intervenciones dirigidas a:

- La educación no formal
- Locales de ocio nocturno
- Programación cultural de ocio juvenil

Ámbito laboral. Intervenciones dirigidas a:

- Empresas
- Centros de formación ocupacional

Ámbito comunitario. Intervenciones dirigidas a:

- Entidades deportivas
- Entidades culturales
- Comisiones de fiestas
- Asociaciones de vecinos y vecinas

Ámbito de la salud. Intervenciones dirigidas a:

- Farmacias
- Centros de atención primaria
- Centro de atención a las drogodependencias
- Centro de salud mental infantil y juvenil
- Centro de salud mental de adultos

Ámbito de los medios de comunicación. Intervenciones dirigidas a:

- Radio
- Televisión
- Prensa local y comarcal
- Medios de comunicación digitales

Ámbito de intervención en colectivos en situación de riesgo

Ejes de trabajo

1. Prevención y educación

En este eje se enmarcan todas aquellas actuaciones preventivas dirigidas a la comunidad educativa y a los diferentes agentes que participan.

Ámbitos básicos de intervención:

- Educativo (niños, adolescentes, jóvenes y agentes educativos)
- Familiar

Población diana:

- Alumnos de primaria
- Alumnos de secundaria
- Alumnos de centros de educación no reglada
- Alumnos de módulos formativos
- Madres y padres
- Agentes educativos (maestros, profesores, enfermeras del programa salud y escuela y profesionales en contacto con adolescentes y jóvenes)

2. Prevención y ocio

En este eje se sitúan las actuaciones dirigidas a trabajar las prácticas de consumo producidas en el tiempo libre, tanto de día como de noche. Se hace especial énfasis en los menores de edad consumidores de drogas ilegales y en los usuarios de ocio nocturno.

Ámbitos básicos de intervención:

- Ocio
- Noche

3. Prevención y comunidad

En este eje se enmarcan las actuaciones de carácter más universalista. También se trabaja específicamente en los siguientes ámbitos:

- Seguridad ciudadana
- Ámbito laboral
- Ámbito sanitario
- Medios de comunicación

4. Tratamiento y reinserción

Aunque el desarrollo de la asistencia en materia de drogas no forma parte de las competencias municipales, el plan puede contemplar este eje porque para el desarrollo de algunas acciones hay que contar con los recursos públicos y privados que dispone el municipio como punto de acceso al servicio.

5. Investigación y conocimiento

Eje que se puede incluir si se quiere profundizar en el estudio del consumo de drogas y ampliar el conocimiento de las características diferenciales locales. Pretende también ser un punto de encuentro donde los diferentes profesionales del territorio implicados más directamente en la prevención del consumo de drogas puedan conocer otras experiencias de trabajo, compartir conocimientos y actualizarlos para poder crear nuevas sinergias..

Estructuración de los objetivos. Cuadro resumen

Nivells de actuació

- Reducción de la demanda
- Detección precoz y orientación
- Reducción de riesgos
- Reducción de daños
- Inserción social y laboral
- Información y conocimiento

Àmbits de actuació

- Àmbit educatiu
- Àmbit familiar
- Àmbit salut i comunitat
- Àmbit oci i temps lliure
- Àmbit laboral
- Àmbit mitjans de comunicació

Ejes de trabajo

- Prevención y educación
- Prevención y ocio
- Prevención y comunidad
- Tratamiento y reinserción
- Investigación y conocimiento

Tipología de acciones

Principios básicos de las propuestas de acción:

- tienen que ser rigurosas, basadas en la máxima evidencia posible
- tienen que ser evaluables
- tienen que ser dinámicas y revisables
- requerirán la coordinación entre los diferentes agentes y entidades que intervengan
- tienen que realizarse en un contexto global y de continuidad
- tienen que facilitar la participación del ciudadano como sujeto activo
- tienen que ser asumibles

Las propuestas de acción tienen que ser viables y con una correcta disposición inicial de recursos para llevarlas a término

Se tienen que elaborar a partir del diagnóstico y teniendo en cuenta las principales necesidades detectadas

Los ejemplos de acciones recogidos aquí se han agrupado y simplificado en cinco ámbitos, independientemente de las diferentes formas de estructurar los objetivos propuestos anteriormente (niveles de actuación, ámbitos de actuación y ejes de trabajo).

- **Educativo**
- **Familiar**
- **Salud y comunidad**
- **Ocio y tiempo libre**
- **Laboral**
- **Medios de comunicación social**

Es muy importante hacer constar en cada propuesta los recursos necesarios así como el coste de los mismos con la finalidad de poder plantear llevarlos a término sólo si se dispone de los recursos necesarios.

Ámbito educativo

Necesidades detectadas:

- Falta de pautas de actuación y derivación en caso de sospecha de consumo en los IES (institutos de enseñanza secundaria).
- Dificultad de realizar un trabajo específico, con jóvenes expulsados temporalmente del centro escolar por consumo.
- Las campañas de sensibilización no llegan a los jóvenes.
- Los profesionales de la educación informal (monitores, educadores de tiempo libre) deberían jugar un papel más importante en la consecución de buenos hábitos.

- Necesidad de formación continuada de los profesionales de los IES, salud y escuela, etc.
- Ausencia de programas formativos para 1º y 2º de ESO.
- Necesidad de aplicar programas preventivos entre alumnos de 6 y 12 años.
- Mejorar los conocimientos de la comunidad sobre el consumo del alcohol y el tabaco y sus efectos.
- Vigilancia del consumo y tráfico de drogas cerca de los centros escolares.

Propuestas de actuación

- Disponer de un protocolo de detección y actuación consensuado por todos los agentes implicados en los centros de educación secundaria.
- Poner a disposición de los jóvenes iniciativas innovadoras dirigiéndose a ellos a través de las redes sociales.
- Realización de cursos de formación y asesoramiento a profesionales del ámbito educativo.
- Ofrecer programas de prevención universal para trabajar las habilidades sociales en educación primaria.
- Implementar programas de prevención de drogas dirigidos a alumnos de 12 a 16 años de educación secundaria.
- Ofrecer talleres de prevención de consumo de alcohol y tabaco y otras drogas en educación secundaria.
- Ofrecer talleres de educación emocional en educación secundaria.
- Realizar talleres preventivos en la educación postobligatoria (ciclos formativos, bachillerato, etc.).
- Realizar visitas guiadas a exposiciones de prevención de drogas.
- Elaboración de material específico de alcohol, tabaco y cannabis.
- Realizar controles periódicos y presenciales por parte de los cuerpos de seguridad.
- Realizar sesiones educativas para trabajar la prevención del consumo de drogas.

Ámbito familiar

Necesidades detectadas

- Las asociaciones de madres y padres no se implican lo suficiente, es difícil llegar a las familias.
- Las familias no disponen de un referente a quien consultar sus dudas sobre el tema.
- A menudo los padres no se sienten capacitados para orientar a sus hijos.

- Necesidad de dotar a las familias de pautas de prevención y detección sobre posibles consumos.

Propuestas de actuación

- Llegar a los padres y madres a través de los alumnos. Crear espacios de encuentro para fomentar la formación e información.
- Generar un dispositivo capaz de atender estas dudas de forma personalizada, ofreciendo además los recursos más idóneos.
- Ofrecer de forma regular material y formación a las familias.
- Ofrecer talleres o charlas con pautas concretas de actuación frente a situaciones de consumo.
- Organizar escuelas de padres y madres de adolescentes, para conseguir mejorar la relación de comunicación padres/madres e hijos/hijas.
- Formar a padres y madres como agentes preventivos, facilitar intercambio de experiencias, etc.
- Talleres para padres y madres de adolescentes (autoestima, comunicación, presión de grupo, resolución de conflictos, normas y límites, estilos educativos, etc.).
- Creación y difusión de materiales informativos para padres y madres.
- Aplicación de programas familiares universales de entrenamiento en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias (Moneo, Entre tots, Prevenim.cat y otros programas de prevención familiar incluidos en el NREPP National Registry of Evidence-based Programs and Practiques.¹¹

Ámbito salud y comunidad

Necesidades detectadas

- Se realizan pocas actuaciones dirigidas a la comunidad.
- No existe un recurso estable y especializado que ofrezca información y primera asistencia.
- Dar a conocer las consecuencias y los riesgos del consumo.
- Necesidad de actuaciones en jóvenes con consumo esporádico.
- Promocionar la mejora y mantenimiento de la salud en los ámbitos laborales.
- Mejorar el control del consumo y la oferta de sustancias.
- Realizar campañas sobre alcohol y conducción dirigidas a la población.

11. *Estratègies d'intervenció a l'àmbit familiar. Guia per promoure la implicació i la participació de la família en els programes preventius*. Diputació de Barcelona 2011.

Propuestas de actuación

- Poner en marcha un punto de información y asesoramiento dirigido a la comunidad y darlo a conocer a los ciudadanos.
- Organizar talleres y charlas en las empresas.
- Utilizar los medios de comunicación (radio, prensa, etc.) para acercar a la población temas de salud incidiendo en el consumo de drogas tanto legales como ilegales.
- Control del cumplimiento de la normativa de venta de alcohol a los menores.
- Creación de una página web municipal, que facilite los recursos y la información de acceso.
- Campañas de alcohol y conducción dirigidas a autoescuelas, gasolineras, etc.
- Organización de actividades de sensibilización a la población general: día mundial sin tabaco, día mundial contra el sida, etc.
- Programa de medidas alternativas a la sanción administrativa por consumo de drogas ilegales en la vía pública.
- Difundir los servicios y recursos existentes de atención a las personas drogodependientes que existen en el territorio mediante la realización de un catálogo de servicios.
- Creación de un servicio de información y asesoramiento sobre drogas dirigido a familias y jóvenes.
- Realización de cursos formativos para empresas para prevenir el consumo de alcohol y tabaco.
- Curso de sensibilización en drogodependencias para agentes sociales de la ciudad: cuerpos de seguridad, profesionales de tiempo libre y ocio, profesionales sanitarios, profesionales de intervención social, etc.

Ámbito ocio y tiempo libre

Necesidades detectadas

- Preocupa las consecuencias de conducir vehículos de motor habiendo consumido alcohol u otras sustancias.
- El sector de ocio nocturno debería tener una mayor implicación tanto en el control como en la prevención.
- Necesidad de ofertas de ocio alternativo al consumo los fines de semana.
- Necesidad de modelos saludables.
- No hay alternativas a la fiesta–botellón de fin de semana.
- Concienciar a los jóvenes sobre los riesgos para la salud, derivados del consumo de drogas y de las enfermedades de transmisión sexual.

Propuestas de actuación

- Mantener e incrementar los controles de alcoholemia como herramienta disuasoria.
- Ofrecer alternativas de transporte público seguro y asequible, como autocares del ocio o fomentar programas de conductor alternativo.
- Implantar programas que supongan la implicación de los empresarios para facilitar la formación de los profesionales, como folletos y material informativo sobre el uso y el abuso de sustancias.
- Aumentar la practica de actividades deportivas, para fomentar hábitos saludables.
- Ofrecer alternativas los fines de semana y noches, como abrir las piscinas y polideportivos los sábados por la noche.
- Formación dirigida a monitores de deporte y tiempo libre sobre prevención y detección de conductas de riesgo en jóvenes.
- Ofrecer talleres de cócteles saludables como alternativa al alcohol.
- Ofrecer actividades de ocio alternativo atractivas y estimulantes como: talleres de DJ, de cine, para aprender a ligar sin alcohol, vídeo-forum, etc.
- Formar a los propios jóvenes como agentes de salud.
- Facilitar la organización de actividades a través de los propios jóvenes.
- Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en grandes acontecimientos (conciertos, fiestas mayores, carnaval, etc.) mediante stands/puntos de información.
- Asesoramiento on-line para jóvenes.
- Utilizar las nuevas tecnologías para difundir las acciones del plan de drogas.
- Formación de dispensación responsable de bebidas alcohólicas dirigida a personal del gremio de restauración (pubs, discotecas, etc.).
- Realizar campañas sobre alcohol y conducción dirigidas a jóvenes.
- Desarrollar estrategias de información y prevención sobre alcohol y otras drogas en el ámbito del ocio nocturno.

Ámbito laboral

Necesidades detectadas

- Falta de programas preventivos en las empresas.
- Escasas actuaciones preventivas desarrolladas en el ámbito laboral.
- Desconocimiento los beneficios de las medidas preventivas y los costes laborales que el consumo ocasional.
- Falta de formación de directivos y empresarios.

Propuestas de actuación

- Realización de campañas informativas y de sensibilización en las empresas, en coordinación con la asociación de empresarios, sindicatos y el servicio de prevención de riesgos laborales.
- Charlas informativas sobre los efectos del consumo de drogas en especial el alcohol y el tabaco.
- Realización prevención en los controles médicos.
- Elaboración de programas de prevención específicos, adaptados a la realidad laboral del personal en materia de prevención de drogodependencias y facilitando tratamiento a aquellas personas con problemas de adicción.
- Promover el cumplimiento de la normativa vigente con respecto a la venta y consumo de tabaco y alcohol en el ámbito laboral.
- Establecimiento de protocolos de información y orientación para los delegados de prevención de riesgos laborales y en el caso de pequeñas empresas y autónomos a través de las mutuas.

Ámbito medios de comunicación social

Necesidades detectadas

- Tendencia a abordar con cierta superficialidad el problema de las drogodependencias.
- Tratamiento de la información desde una vertiente jurídico-policial frente a la socio-sanitaria y la de la salud.
- Creación de alarma social.
- Publicación y difusión de noticias con posibles efectos contrapreventivos.
- Presentar una visión parcial y «descontextualizada» del consumo de drogas contribuyendo en ocasiones a agravar el problema.
- Uso de lenguaje e imágenes estereotipadas.
- Exceso de noticias que relacionan el binomio juventud/consumo de drogas.

Propuestas de actuación

- Difusión de recomendaciones y guía de buenas practicas para medios de comunicación y profesionales de la información.
- Facilitar formación a los medios de comunicación con el objeto de que realicen un adecuado tratamiento de la información en materia de drogodependencias.
- Facilitar información a los medios de comunicación sobre las actuaciones que se llevan a cabo a través del PLDP y que pueden tener interés para la opinión pública.

2.5. Temporalización

En relación al proceso de elaboración del PLPD

Es necesario realizar un cuadro de temporalización del proceso en el inicio de elaboración del PLPD que se va a realizar, con el objetivo de que se cumplan los plazos establecidos en cada una de las fases.

Existen diversos programas útiles para la elaboración del mismo. Un ejemplo es el programa Microsoft Project que nos puede ser útil para la realización de todo el proceso de elaboración del plan.

En relación a la implementación del PLPD

A largo plazo: plan de acción (cuatrienal)

El plan de acción recoge todas aquellas acciones que se prevén que se desarrollarán en un período de cuatro años desde el inicio del plan. A este plan de acción le denominamos plan marco.

A continuación se muestra un cuadro descriptivo de un plan marco:

Plan marco 2012-2015			
Objetivos generales			
• • • •			
Programación 2012	Programación 2013	Programación 2014	Programación 2015
<i>Objetivos específicos</i> Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje	<i>Objetivos específicos</i> Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje	<i>Objetivos específicos</i> Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje	<i>Objetivos específicos</i> Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje Nivel/Ámbito/Eje
Programas 1. 2. 3.	Programas 1. 2. 3.	Programas 1. 2. 3.	Programas 1. 2. 3.
Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3	Acción 1 Acción 2 Acción 3

Normalmente un PLPD se aprueba por un periodo de cuatro años prorrogables. Después de la aprobación del plan, cada año el grupo motor elabora una propuesta de plan de trabajo anual que presenta, primero a la comisión técnica para que haga sus aportaciones y observaciones, y posteriormente a la comisión política para su aprobación.

A corto plazo: plan de trabajo (anual)

Una vez redactado el documento marco del PLPD deberá elaborarse el plan de trabajo para el primer año de su implementación y así sucesivamente.

Este plan debe contemplar las acciones priorizadas, previamente por la comisión técnica, que se llevaran a cabo en cada ámbito o eje en función del modelo elegido. La ficha síntesis que se ofrece a continuación es un ejemplo que debe elaborarse para cada acción y en todos los ejes de actuación.

B - Nivel de actuación. Información y conocimiento	
Objetivos específicos	
Aumentar la información y la formación de los «agentes sociales» que pueden incidir de una manera más efectiva en la prevención	
Acción	Curso de sensibilización en drogodependencias para agentes sociales del municipio
Población destinataria	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de intervención social • Monitores de ocio y tiempo libre • Profesionales del campo de la restauración • Profesionales sanitarios
Temporalización	Enero - Febrero
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • Número de personas participantes • Número de material distribuido • Grado de aumento de la información/formación • Grado de satisfacción
Instrumentos de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios antes y después de la acción

2.6. La evaluación del plan local de prevención de drogodependencias

La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre el valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de nuestro plan, programa, proyecto o actuaciones. A través de la evaluación podemos conocer qué ha sucedido y saber si hemos conseguido o no lo que pretendíamos.

Mediante la evaluación podemos organizar la comparación entre la situación prevista a la que queremos llegar y la situación real. Esta comparación nos dará información sobre el alcance de los resultados obtenidos en relación a lo inicialmente previsto.

Evaluar tiene muchas funciones y objetivos de los que conviene destacar los siguientes:

- Revisar y reorientar en su caso, el desarrollo de la implantación del plan incluyendo el funcionamiento cotidiano del mismo.
- Estimar los resultados logrados y obtener conclusiones.
- Proponer mejoras y cambios, justificados por la información recogida en la evaluación, en el plan o en alguna parte del mismo.

La evaluación se desarrolla a lo largo de todo el proceso –elaboración del plan, implantación y funcionamiento cotidiano– y no sólo al final. Parece razonable realizar los tres tipos de evaluación que a continuación se detallan, sin embargo el primer tipo no hace falta preverlo en el propio plan porque precisamente se efectúa antes de que sea aprobado finalmente por la autoridad política. La previsión y el diseño de la realización de los otros dos tipos de evaluación debe formalizarse en el propio plan formando parte de él.

Fases de la evaluación de los resultados de la intervención	Antes de la intervención
	Evaluación del diseño y la planificación de la intervención
	Durante la intervención
	Evaluación de la calidad y proceso de la intervención
	Después de la intervención
	Evaluación de los resultados de la intervención

Evaluación del diseño y de la planificación

Se lleva a cabo una vez se ha proyectado y diseñado la intervención preventiva antes de la implantación de la misma. Puede hacerse en el plan local de prevención antes de su probación final y/o puede hacerse en cada uno de los programas, proyectos o actuaciones puntuales o sistemáticas que se lleven a cabo en el marco de dicho plan.

La evaluación del diseño y planificación es una comprobación de que el plan (o una intervención concreta):

- Se justifica o apoya en una teoría de intervención suficientemente avalada empíricamente
- Es coherente con el diagnóstico de la situación efectuada al inicio de la puesta en marcha de la elaboración del plan
- Es coherente así mismo con los principios que deben guiar la intervención en prevención de drogodependencias
- Todas las partes del plan o intervención guardan coherencia entre si
- Y por último, que el plan es evaluable

Se trata, por tanto, de un análisis sobre el papel y de tipo lógico del plan o de las intervenciones específicas, sean programas, proyectos o actuaciones, que idealmente debería hacer alguien externo al diseño de la intervención. Podría ser algún técnico miembro de la comisión técnica pero en principio nadie del grupo motor.

Evaluación de la calidad y del proceso

Va dirigida a la valoración de la implantación y aplicación de la intervención preventiva y de las reacciones de los participantes, e implica los siguientes pasos:

1. Decidir qué **variables** proporcionarán información útil sobre cómo se ha llevado a cabo la intervención.
2. Seleccionar los **métodos e instrumentos** para recoger dicha información.
3. Establecer **dónde, cuándo y con qué frecuencia** se recogerán los datos.
4. Decidir **quién** suministrará la información.
5. Previsión del **tipo de análisis de los datos** y la utilización de los informes y análisis.
6. Análisis de las **estrategias, componentes y métodos** que se han aplicado a la práctica comparado con el plan original.
7. Estudio de las **fuentes de datos e instrumentos** que se han utilizado para medir la aplicación de la intervención comparado con el plan original.
8. Revisión de los **recursos utilizados** en la práctica en comparación al plan original.
9. Comprobar si **la intervención ha llegado al grupo objetivo, en qué medida** (grado de exposición), **cuánto ha durado** en realidad la intervención y **cuántas actividades** se han llevado a cabo en comparación al plan original.

10. Descripción de la **muestra o población** diana (tipo de selección, variables demográficas, tamaño, posibles diferencias entre las características de la muestra y las del grupo objetivo global, abandonos y sus motivos).
11. Análisis de la **calidad «subjetiva» de la intervención** (reacciones del grupo objetivo como aceptación, grado de identificación, participación, etc.). Además, conviene desarrollar indicadores de calidad objetiva (grado de protocolización de las intervenciones, abandono o retención de participantes en actividades, etc.).
12. Casi todos los aspectos señalados llevan a la explicitación de como va a ser el sistema de información para la gestión y evaluación del plan. Este sistema debe proporcionar los datos para este tipo de evaluación y también para la evaluación de resultados. Por tanto, habrá que especificar claramente como será dicho sistema.

Evaluación de los resultados

Tiene por objetivo el análisis de los efectos de la intervención e incluye los siguientes puntos:

1	<p>Planificación de la valoración de los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • tipo de indicadores • planteamiento cuantitativo o cualitativo • instrumentos, fuentes, frecuencia de recogida y previsión del tipo de análisis de la información
2	<p>Tipo de diseño evaluación de resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • tipo de diseño, instrumentos recogida y análisis de datos a utilizar
3	<p>Plan de análisis de los resultados, cómo la intervención ha afectado</p> <ul style="list-style-type: none"> • el consumo de drogas en la población diana • los objetivos fijados respecto al grupo objetivo intermedio y los diversos subgrupos como hombres/mujeres y grupos de edad
4	<p>Elaboración de las conclusiones en relación a los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • si se han obtenido los resultados previstos • cuáles son los resultados más importantes • hasta qué punto está la seguridad de que la intervención ha generado los resultados esperados • qué explicación se puede dar de los resultados negativos y propuestas de futuro • qué similitudes y diferencias encontramos respecto a otros estudios con objetivos y poblaciones diana parecidas, etc.)

La Diputación de Barcelona publicó en 2010 la *Guía de evaluación. Programas preventivos de las drogodependencias*, que contó con el asesoramiento del Grupo de investigación en psicología de la salud de la Universitat de Girona y la participación de técnicos municipales especializados en materia de prevención. Se trata de un documento práctico para aquellas personas que, habiendo llevado a cabo una intervención preventiva en drogodependencias, se encuentran con la necesidad de conocer la eficacia y la eficiencia de las acciones realizadas.

En dicha guía podremos encontrar ejemplos prácticos y detallados de cómo realizar la evaluación de distintas intervenciones preventivas en materia de drogas.

El sistema de información del plan

La implementación, gestión y evaluación del PLPD deben hacerse con información válida y relevante recogida y analizada continuamente; para ello es esencial elaborar o diseñar un **sistema de información del plan** que sirva para llevar a cabo estos procesos.

A continuación se explican los pasos y tareas a seguir para el desarrollo de un sistema de información. Con el objetivo de facilitar la comprensión y el uso de dicho esquema, tomamos como muestra el sistema de información del PLPD de Vilafranca del Penedès.

En dicho plan se especifican diferentes ejes de trabajo: prevención y educación, prevención y ocio, prevención y comunidad, tratamiento y reinserción e investigación y conocimiento. En este ejemplo nos centraremos sólo en el primer eje: prevención y educación.

Para el desarrollo del sistema de información debe partirse de la delimitación de la información que se necesita tanto para la gestión del plan como para su evaluación. La identificación de la información necesaria puede hacerse analizando las preguntas que se quieren ver contestadas, los objetivos generales y específicos del plan, los tipos de evaluación que se van a realizar y las acciones /actuaciones específicas.

En el caso del eje de prevención y educación del PLPD de Vilafranca del Penedès se formulan una serie de objetivos y de resultados a alcanzar.

Objetivos

- Dotar de herramientas al máximo número de alumnos para la reflexión crítica en el consumo de drogas.
- Proporcionar propuestas, recursos y asesoramiento sobre drogas a padres y madres de hijos adolescentes con la finalidad de orientarlos y capacitarlos para una mayor eficacia en sus tareas preventivas.
- Proporcionar una oferta de acciones formativas a los agentes educativos y optimizar las intervenciones educativas y preventivas con los jóvenes tanto en el aula como individualmente.

- Definir un protocolo de actuación (circuito, agentes implicados, roles, etc.) en los institutos frente a situaciones de consumo.

Así mismo se listan claramente los «resultados» o «productos» que se obtendrán en este eje al finalizar el plan:

1. Que exista un servicio de asesoramiento y formación estable para todos los profesionales relacionados con la educación.
2. Ampliar y mejorar la oferta de intervenciones en prevención de drogas en el ámbito educativo.
3. Aumentar la implicación de las familias en la prevención del consumo de drogas.
4. Ofrecer una propuesta de prevención selectiva dirigida a los jóvenes de colectivos en riesgo.
5. Establecer un protocolo de detección e intervención ante el consumo de drogas en los IES (centros de enseñanza secundaria).

También se define claramente la población diana de este eje:

- alumnos de primaria
- alumnos de secundaria
- alumnos de educación no reglada y ciclos formativos
- padres y madres de los mismos
- agentes educativos: profesores, maestros, enfermeras del programa salud y escuela y profesionales en contacto con adolescentes y jóvenes.

La información descrita (descripción de los objetivos a trabajar en el eje de prevención y educación y descripción de los resultados que se esperan al finalizar el plan para este eje), servirá para identificar la información necesaria a recoger y registrar en el sistema de información.

El sistema de información deberá contemplar también la definición de los indicadores de evaluación para cada una de las diferentes acciones o actuaciones.

En el eje de prevención y educación del **plan de drogas de Vilafranca del Penedès** se describen nueve acciones diferentes:

1. Diseñar un protocolo de detección e intervención frente al consumo de drogas en los centros de educación secundaria.
2. Diseñar un plan de formación para el ámbito educativo.
3. Cursos de formación y asesoramiento a los profesionales del ámbito educativo.
4. Talleres y otras acciones de prevención de drogas en los centros de educación secundaria.
5. Talleres y otras acciones de prevención de drogas en los ciclos formativos y otras modalidades educativas.
6. Talleres de educación emocional en los centros de educación secundaria.
7. Talleres para padres y madres.
8. Talleres de prevención de drogas en los centros de educación primaria.
9. Difusión de materiales informativos para padres y madres.

En este ejemplo nos centraremos en la primera acción a la que se le ha otorgado la máxima prioridad: **diseñar un protocolo de detección e intervención frente al consumo de drogas en los centros de educación secundaria.**

Aunque el objetivo es «definir un protocolo de actuación (circuito, agentes implicados, roles, etc) en los institutos frente a situaciones de consumo» de forma participativa con todos los profesionales implicados (profesores, profesionales del centro de tratamiento de drogas referente y de salud mental, policía local y autonómica, profesionales de salud y servicios sociales), en la ficha correspondiente a la acción se recoge también la aplicación del mismo:

Eje prevención y educación

Acción	Población diana	Objetivos	Indicadores	Espacio	Agentes implicados
Protocolo de detección y intervención frente al consumo de drogas en los centros de educación secundaria	Personal docente Equipos directivos	Mejorar la detección y la intervención de comportamientos de riesgo	Número de centros adheridos Número de casos Número de derivaciones	Centros de educación secundaria	Técnico del centro de tratamiento de drogas Técnico del centro de salud mental infantil Técnico de servicios sociales Psicopedagogo o director del centro de educación secundaria Personal enfermera del programa Salud y Escuela Policía local autonómica
<p>Descripción: creación de un grupo de trabajo para crear y adaptar en los centros de educación secundaria un protocolo de intervención frente al consumo de drogas en los espacios educativos. Este protocolo de elaboración participativa por parte de los agentes implicados, incluye formación y seguimiento para poder aplicar el programa con las herramientas necesarias.</p> <p>Coste aproximado: 0 €</p>					

La información a recoger se centraría por una parte en el diseño del protocolo y, por otra, en la aplicación del mismo.

Diseño del protocolo

- Quiénes han participado (agentes implicados)
- Fechas de inicio y finalización del protocolo
- Número de reuniones realizadas

Aplicación del protocolo

- Número y características de los centros adheridos al mismo
- Fecha de adhesión de los centros
- Número de casos detectados en los centros y características de los mismos (características de los consumos, características de los consumidores, etc.)
- Derivaciones efectuadas
- Seguimientos de los casos derivados o no

Ésta podría ser una aproximación a la información necesaria para esta acción.

Habría que hacer lo mismo para cada una de las acciones del plan añadiendo los objetivos específicos que se quieren conseguir, tal como queda reflejado en el cuadro anterior.

Para asegurarse de que no se recoge información superflua y también que se recoge toda la información necesaria habría que preparar un plan de cómo se va a utilizar la información: quién la va a utilizar, para qué y cuándo, y qué tipo de información.

Es necesario plantear el formato de registro de la información y la transformación de la misma en variables, que corresponde a los puntos 2 y 3 del esquema adjunto sobre el desarrollo de un sistema de información.

En el punto 4 del cuadro se destaca el tema de los soportes o instrumentos de recogida de la información: los protocolos, formularios o impresos deben diseñarse de forma que sea fácil recoger la información, que minimice la probabilidad de cometer errores y que luego sea fácil de transformar la información.

Por último es necesario prever cómo y quiénes se van a encargar de recoger la formación y registrarla en los soportes o protocolos diseñados para ello.

Estos pasos y fases están ligados en la actualidad a programas informáticos de creación y tratamiento de base de datos, lo que facilita tanto la introducción de la información como el archivo de la misma y su consulta, tratamiento, análisis y utilización.

Pero la clave de un buen sistema de información reside no en la parte informática, que es simplemente instrumental, sino en el desarrollo conceptual, teórico y técnico del esquema que se adjunta.

Desarrollo de un sistema de información

1. Identificación de los datos relevantes (variables/información) y las preguntas a las que se quiere dar respuesta.
 - Se puede hacer utilizando, ante todo, las hipótesis del programa y la lista de objetivos (de proceso y de resultado) y las actividades.
 - Las dimensiones a considerar entre otras son:
 - Características de los clientes/usuarios
 - Datos sobre la historia social del cliente y su problemática
 - Características del personal
 - Recursos materiales
 - Inmuebles
 - Equipo
 - Tareas del programa/servicio
 - Método de intervención
 - Terminación del producto/servicio
 - Resultados intermedios
 - Resultados últimos
2. Estrategia inicial del análisis
 - Transformar la información en variables
 - Establecer los códigos y categorías
 - Elaborar el plan de análisis a realizar con la información relativa a programación y evaluación
3. Diseño de las tablas y salidas del análisis
 - En función, ante todo, del uso, de los informes y de quién los va a usar
4. Diseño de los instrumentos de recogida de información
 - Es útil ver el diagrama de flujos
 - Es muy útil ver quién va a aplicar cada instrumento y cuándo y más en concreto:
 - Objetivo del formulario o impreso
 - Elementos y datos a incluir en ese impreso
 - Quién aplicará el instrumento y lo recogerá
 - Con qué frecuencia y en qué períodos se aplicará
5. Desarrollo de procedimientos de entrada de los datos
 - Establecer un código (etiquetas y códigos)
 - Establecer un diccionario de definiciones
 - Establecer documentos de procedimiento

3. Ayudas para la elaboración y la implementación

3.1. Banco de buenas prácticas

Entendemos por buena práctica aquellos planes locales de prevención de drogodependencias impulsados por la Administración local que suponen experiencias ejemplares y significativas que pueden ser transferidas a otros ayuntamientos y entes locales.

Municipios de menos de 15.000 habitantes

Begues (Barcelona): Plan local de prevención de drogas

Sant Joan de Vilatorrada (Barcelona): Plan local de prevención de drogas

Sant Sadurní d'Anoia (Barcelona): Plan de drogas

Municipios de 15.000 a 50.000 habitantes

Ibiza (Illes Balears): Plan municipal sobre drogas de la ciutat de Eivissa.

Calatayud (Zaragoza): Plan municipal sobre drogas

El Masnou (Barcelona): Plan municipal de prevención de les drogodependencias

Manlleu (Barcelona): Plan comunitario para la prevención de drogodependencias en Manlleu

Palau-solità i Plegamans (Barcelona): Programa de prevención de drogas y riesgos asociados

Vilafranca del Penedès (Barcelona): Plan de drogas de Vilafranca del Penedès

Yecla (Murcia): Plan local sobre drogas

Municipios de más de 50.000 habitantes

Donostia - San Sebastián (Guipúzcoa): Plan local de prevención de drogodependencias de Donostia - San Sebastián

Huesca: Plan municipal de prevención de drogodependencias y otras adicciones 2011-2017

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Plan local de drogodependencias

Sabadell (Barcelona): Plan municipal sobre drogas de Sabadell

Terrassa (Barcelona): Plan local de drogas

Vilanova i la Geltrú (Barcelona): Plan local de prevención en drogas

Agrupaciones de municipios: demarcación de Barcelona

Alt Vallès Oriental: Plan supramunicipal de prevención de drogodependencias y hábitos saludables C-17. (5 municipios)

Cabalbaix: Plan supramunicipal sobre drogas y comportamientos de riesgo. (4 municipios)

Consejo Comarcal del Moianès: Plan de prevención del consumo de drogas de l’Anoia (34 municipios)

Consejo Comarcal del Anoia y Ayuntamiento de Igualada: Plan de prevención del consumo de drogas de l’Anoia (33 municipios)

Mancomunidad Penedès-Garraf: Plan supramunicipal de drogas del Alt Penedès (21 municipios)

Vilanova del Vallès y Vallromanes: Plan mancomunado de prevención de drogodependencias y conductas de riesgo. 2013-2016 (2 municipios)

El Tritó del Baix Montseny: Plan integral sobre consumos problemáticos de drogas y otros comportamientos (13 municipios)

Anexos

Anexo 1

Marco normativo y marco planificador

Marc normatiu

Marco internacional

La integración de España en la Unión Europea ha tenido una clara influencia en el fenómeno de las drogas. Entre los objetivos que se recogen en el Tratado de Maastricht de 1992, está el desarrollo de una estrecha colaboración entre los estados miembros en el ámbito de la justicia y en asuntos de interior en temas de interés común, tales como la lucha contra la toxicomanía en todas sus dimensiones. En el artículo 129 del Tratado se reconoce la toxicomanía como un problema prioritario de salud pública, prioridad que es de nuevo ratificada en el Tratado de Amsterdam de 1997 y que recoge algunas modificaciones. El artículo 152 de este nuevo Tratado elimina el obsoleto término de toxicomanía utilizado en el Tratado de 1992.

El Artículo G del Tratado de Maastricht modifica el artículo 129 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea.

En relación a la salud mental, en el año 2005 se firmó la **Declaración Europea de Salud Mental –Declaración de Helsinki–** que reconoce que la promoción de la salud mental y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas mentales son prioridad para la OMS y la Unión Europea. Entre los compromisos a los que se llegó en Helsinki se encuentra el de abordar la prevención del alcoholismo y trastornos debidos al consumo de otras sustancias. Igualmente se decidió apoyar la creación de organizaciones no gubernamentales y organizaciones de usuarios que trabajen en el campo de la salud mental, especialmente aquellas que traten trastornos derivados del consumo de drogas.

El **Tratado de Lisboa** de 2009 modifica los Tratados de Maastricht y Niza, así como el Constitutivo de la Comunidad Europea, introduciendo la competencia compartida con los Estados miembros (artículo 2.C.2.) en los asuntos comunes de seguridad en materia de salud pública. A tal efecto, modifica el artículo 152 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea añadiendo un apartado 5º, en el que se establece que el Parlamento Europeo y el Consejo pueden acordar medidas de protección de salud pública en lo que se refiere a tabaco y consumo excesivo de alcohol.

En cuanto a acuerdos internacionales específicos sobre sustancias concretas, cabe hacer referencia a la **Carta europea sobre alcohol** adoptada en la Conferencia europea sobre salud, sociedad y alcohol, convocada por la Oficina regional para Europa de la OMS celebrada en París en 1995. De entre las 10 estrategias para la Acción sobre el alcohol acordadas, cabe destacar la décima que plantea la necesidad de formular programas amplios sobre el alcohol en los estados miembros, especificando en dichos programas objetivos claros e indicadores de resultados.

El convenio marco de la OMS para el control del tabaco ha supuesto el primer tratado internacional de salud pública elaborado bajo el auspicio de la OMS y el primer instrumento jurídico destinado a reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas al tabaco en todo el mundo. Fue adoptado en 2003 por la 56ª Asamblea mundial de la salud con la unanimidad de 192 países miembros de la OMS y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. El convenio establece normas y directrices internacionales para el control del tabaco a través, fundamentalmente, de la intervención sobre el precio del tabaco y los impuestos correspondientes, la venta a menores, la publicidad y patrocinio del tabaco, el tabaquismo pasivo, la sensibilización sobre los riesgos del tabaco, etc. En una segunda Conferencia celebrada en 2007 en Bangkok (Tailandia) se decidió tomar directrices para el establecimiento de sitios públicos y lugares de trabajo exentos de humo de tabaco. Aunque se permite que las legislaciones nacionales definan que entienden por lugar público se recomienda que «abarque todos los lugares accesibles al público en general o lugares de uso colectivo». Asimismo, los 146 estados, aprobaron una regulación más estricta en cuanto a etiquetado, publicidad y a facilitar la accesibilidad a las terapias farmacológicas para dejar de fumar.

Por último, en cuanto a organismos internacionales de recogida y análisis de datos cabe destacar al **Observatorio europeo de las drogas y las toxicomanías** (OEDT), que tiene como finalidad recoger toda la información de carácter estadístico, documental y técnico relacionado con el fenómeno de las drogodependencias y proporcionar a los estados miembros de la Unión Europea una visión general que les permita adoptar medidas y acciones en sus respectivos ámbitos de competencias. Fue establecido por Reglamento número 302-93 del Consejo Europeo de 8 de febrero de 1993 con sede en Lisboa.

Marco nacional

El marco normativo que regula la intervención de los municipios en materia de prevención en drogodependencias viene delimitado por algunos preceptos legales que aparecen en primer lugar en la Constitución española, continúan en la Ley de Bases de Régimen Local y en la legislación autonómica.

- La Constitución española de 1978, el artículo 43 reconoce a todos los ciudadanos «el derecho a la protección de la salud» y responsabiliza a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública. El artículo 148 establece que las comunidades autónomas podrán asumir competencias en la promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio, la asistencia social, sanidad e higiene.

- La Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, supone la respuesta normativa al mandato constitucional sobre el derecho a la proyección de la salud y en el artículo 70 dispone que «el Estado y las comunidades autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias».

Desarrollando la Ley General de Sanidad, el Real decreto por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud de 21 de 1989, establece el esquema de los planes de salud. Estos deberán incluir al menos los siguientes capítulos: análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios, objetivos, programas a desarrollar, financiación, ejecución y evaluación. También incluirán acciones concertadas con otras administraciones sanitarias o no sanitarias.

- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo de 2003, el artículo 64 regula la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga socio-familiar, garantizando una atención sanitaria integral que comprenda la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Es preciso mencionar de entre toda la normativa de ámbito nacional con las drogodependencias mencionar la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco, de 26 de diciembre de 2005, por el cambio cualitativo que ha supuesto en el abordaje de uno de los problemas de salud pública más importantes en la sociedad española actual.

Marco autonómico

El Parlamento de Catalunya aprobó **el 25 de julio la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia.**

Una ley pionera en el estado español que tiene por objeto establecer y regular las medidas y las acciones de prevención y de asistencia en las situaciones producidas por el consumo de sustancias que pueden generar dependencia y es el eje normativo vertebrador del conjunto de medidas del *Plan catalán de drogodependencias*

Las regulaciones relevantes en prevención en Catalunya son las siguientes:

- Decreto 16/1986 de 26 de mayo DOGC publicado el 20 de junio de 1986, por el cual se crea el **Òrgan tècnic de drogodependències.**
- Decreto 69/1987 de 20 de febrero, por el cual se detallan colas y otros productos industriales inhalantes con efectos euforizantes o depresivos.
- La Ley 19/991 de 10 de mayo, que modificó el régimen sancionador introduciendo nuevas medidas que limitaban el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas en atención a las circunstancias sociales del momento.
- Decreto 235/1991 de 28 de octubre, por el cual se regulan la señalización sobre el tabaco y las bebidas alcohólicas.

- Decreto 266/1991 de 11 de diciembre, por el cual se regula la capacidad sancionadora que prevé la Ley 20/1985 de 25 de julio, parcialmente modificada por la Ley 10/1991 de 10 de mayo.
- Ley 8/1998 de 10 de julio, segunda modificación de la Ley 20/1985 de 25 de julio, que amplía la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas en determinados establecimientos y restringiendo esta actividad y la de suministro durante las horas nocturnas en algunos establecimientos abiertos al público. **También establece la intervención de los municipios en la regulación de las limitaciones nombradas.**
- Ley 1/2002 de 11 de marzo, tercera modificación de la Ley 20/1985 de 25 de julio, que establece medidas limitadoras nuevas con vista a la protección de los jóvenes como un grupo social mas vulnerable ante los productos que generan dependencia. (Prohibición de venta y suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años).
- Decreto 32/2005 de 8 de marzo, por el cual se regula la señalización de las limitaciones en la venta de bebidas alcohólicas en establecimientos y maquinas expendedoras.
- Ley 14/2010 de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia: limitación a niños y adolescentes en la venta y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.

Marco local

Las competencias legales que tiene la administración local catalana en materia de drogodependencias están marcadas por las siguientes normativas:

- Ley 20/1985 de 25 de julio, de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden general dependencia. En el artículo 4 se establece: «Corresponderá a las Administraciones públicas, en el marco de las competencias que les reconoce la presente Ley, la realización de las actuaciones de prevención tendentes a limitar la oferta y la promoción de sustancias que puedan generar dependencia y el desarrollo de programas de educación para la salud dirigidos a los distintos sectores de la población.»
- Decreto legislativo 2/2003 de 28 de abril, por el cual se aprueba el Texto refundido de la Ley municipal y el régimen local de Cataluña, las competencias municipales y locales (artículos 66 y 67).

Artículo 66. Competencias municipales y locales

66.1 El municipio, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, puede promover todo tipo de actividades y prestar todos los servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y las aspiraciones de la comunidad de vecinos.

66.2 Los entes locales tienen competencias en los ámbitos de la participación ciudadana, de la autoorganización, de la identidad y la representación locales, de la sostenibilidad ambiental y la gestión territorial, de la cohesión social, de las

infraestructuras de movilidad, de la conectividad, de la tecnología de la información y de la comunicación, de los abastecimientos energéticos y de la gestión de recursos económicos, con el alcance que fijan esta Ley y la legislación sectorial respectiva.

66.3 El municipio tiene competencias propias en las materias siguientes:

- a) La seguridad en lugares públicos.
- b) La ordenación del tráfico de vehículos y de personas en las vías urbanas.
- c) La protección civil, la prevención y la extinción de incendios.
- d) La ordenación, la gestión, la ejecución y la disciplina urbanísticas; la promoción y la gestión de viviendas; los parques y los jardines, la pavimentación de vías públicas urbanas y la conservación de caminos y vías rurales.
- e) El patrimonio histórico-artístico.
- f) La protección del medio.
- g) Los abastecimientos, los mataderos, las ferias, los mercados y la defensa de usuarios y de consumidores.
- h) La protección de la salubridad pública.
- i) La participación en la gestión de la atención primaria de la salud.
- j) Los cementerios y los servicios funerarios.
- k) La prestación de los servicios sociales y la promoción y la reinserción sociales.
- l) El suministro de agua y el alumbrado público, los servicios de limpieza vial, de recogida y tratamiento de residuos, el alcantarillado y el tratamiento de aguas residuales.
- m) El transporte público de viajeros.
- n) Las actividades y las instalaciones culturales y deportivas, la ocupación del ocio, el turismo.
- o) La participación en la programación de la enseñanza y la cooperación con la administración educativa en la creación, la construcción y el mantenimiento de los centros docentes públicos; la intervención en los órganos de gestión de los centros docentes y la participación en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria.

66.4 En los ámbitos materiales a que se refiere el apartado 2, las leyes tienen que determinar las competencias de los municipios, en función de:

- a) Los principios de descentralización, autonomía, subsidiariedad y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos.
- b) La capacidad de gestión de los municipios, con una consideración especial a su demografía y a los sometidos a régimen municipal especial.
- c) Las características propias de cada actividad pública.
- d) El principio de igualdad del ciudadanos en el acceso a los servicios públicos.

Artículo 67. Servicios mínimos

Los municipios, independientemente o asociados, tienen que prestar, como mínimo, los servicios siguientes:

- a) En todos los municipios: alumbrado público, cementerio, recogida de residuos, limpieza vial, abastecimiento domiciliario de agua potable, alcantarillado, acceso a los núcleos de población, pavimentación y conservación de las vías públicas y control de alimentos y bebidas.
- b) En los municipios con una población superior a los cinco mil habitantes, además: parque público, biblioteca pública, mercado y tratamiento de residuos.
- c) En los municipios con una población superior a los veinte mil habitantes, además: protección civil, prestación de servicios sociales, prevención y extinción de incendios e instalaciones deportivas de uso público. En materia de protección civil, tienen que elaborar los planes básicos de emergencia municipal y los planes de actuación y planes específicos, en el caso de que estén afectados por riesgos especiales o específicos. En materia de servicios sociales, la financiación tiene que incluir los servicios sociales de la población establecidos legalmente como obligatorios.
- d) En los municipios con una población superior a los treinta mil habitantes, además: el servicio de lectura pública de forma descentralizada, de acuerdo con el mapa de lectura pública.
- e) En los municipios con una población superior a los cincuenta mil habitantes, además: transporte colectivo urbano de viajeros y protección del medio, servicio de transporte adaptado que cubra las necesidades de desplazamiento de personas con movilidad reducida. También tienen que prestar este servicio todos los municipios que sean capital de comarca.

Marco planificador

Marco internacional

Estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas 2005-2012

Adoptada por el Consejo Europeo de 17 de diciembre de 2004, establece el marco, los objetivos y las prioridades del plan de acción con un planteamiento integrado multidisciplinado que combina dos dimensiones de la política de drogas: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta.

El Consejo distingue dos objetivos generales en materia de drogas:

1. La Unión Europea quiere contribuir en la tarea de alcanzar un alto grado de protección de la salud, bienestar y la cohesión social completando para ello el esfuerzo desplegado por los estados miembros con miras a prevenir y reducir el consumo de drogas y los efectos nocivos de las drogas en la salud y en la sociedad.

2. La Unión Europea y sus estados miembros quieren proporcionar a sus ciudadanos un alto grado de seguridad mediante la lucha contra la producción de drogas, el tráfico de droga fronterizo y el uso ilícito de los precursores químicos utilizados en la producción de drogas, así como intensificando las medidas.

La Estrategia se centra en dos ámbitos de acción, a saber, la reducción de la demanda y la reducción de la oferta, y en los dos temas transversales que son la cooperación y la investigación internacional, por una parte, y la información y la evaluación, por otra.

Ámbito de acción: reducción de la demanda

Para reducir la demanda, se han fijado las siguientes prioridades:

- mejora del acceso y de la eficacia de los programas de prevención y de sus correspondientes campañas de sensibilización
- mejora del acceso a los programas (medidas) de intervención precoz
- mejora del acceso a programas orientados y diversificados de tratamiento
- mejora del acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH/sida.

Ámbito de acción: reducción de la oferta

Para reducir la oferta, se han fijado las siguientes prioridades:

- reforzar la cooperación policial y judicial en la UE tanto desde el punto de vista estratégico como del de la prevención de la delincuencia;
- intensificar la cooperación policial y judicial concreta entre los Estados miembros utilizando los instrumentos y marcos existentes;
- prevención de la importación y exportación ilícitas de narcóticos y sustancias psicotrópicas, incluso con destino al territorio de otros Estados miembros;
- mejora de la cooperación en el ámbito de la represión, las investigaciones penales y la policía científica entre los Estados miembros que tengan intereses comunes o se enfrenten a los mismos problemas relacionados con la droga;
- intensificar el esfuerzo policial y judicial orientado a terceros países, en particular los países productores y las regiones situadas a lo largo de los itinerarios utilizados para el tráfico de drogas.

Para reducir la oferta se han creado numerosos instrumentos y marcos, como la decisión marco sobre el establecimiento de disposiciones mínimas relativas a los elementos constitutivos de infracción penal y las sanciones aplicables en el ámbito del tráfico de drogas, los equipos comunes de investigación, la orden de detención europea, Europol y Eurojust, la unidad de información financiera, medidas de confiscación de bienes y la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus protocolos.

Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga (2009-2012) de 20 de diciembre de 2008

El Plan de acción de la UE en materia de lucha contra la droga para 2009-2012 es una continuación del plan de 2005-2008. Se basa en las medidas establecidas para aplicar la Estrategia de la UE en materia de drogas para el período 2005-2012, con la que se pretende reducir la oferta y la demanda de drogas. Para ello, el plan de acción establece cinco ámbitos prioritarios con acciones específicas que coordinan una política en materia de drogas a escala nacional y europea.

Mejorar la coordinación

Con el fin de desarrollar y aplicar de manera más eficaz la política antidroga, es preciso reforzar la coordinación y la cooperación a escala nacional y europea. El Grupo Horizontal Drogas (HDG) del Consejo Europeo debe coordinar de manera proactiva la política antidroga de la UE. Al mismo tiempo el Consejo, en colaboración con la Comisión, debe asegurar la coherencia entre las políticas antidroga internas y externas.

Reducir la demanda

Las medidas para reducir el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud y la sociedad deben aplicarse de manera más eficaz. En particular, es necesario mejorar el acceso, la disponibilidad y la calidad de servicios que eviten, traten y mitiguen los daños causados. Deben ponerse a disposición de los distintos grupos objetivo programas e intervenciones de prevención con buenos resultados contrastados. Deben tenerse debidamente en cuenta las necesidades específicas de los consumidores de drogas, en especial en función de la edad, sexo, nivel cultural, etc. También es preciso adoptar medidas específicas para prevenir comportamientos de alto riesgo entre los consumidores de drogas.

Debe mejorarse la oferta de tratamientos contra la droga consistentes tanto en medidas psicológicas como farmacológicas, y deben desarrollarse nuevos programas de rehabilitación y reinserción. Los Estados miembros deben analizar la disponibilidad y eficacia de las intervenciones para reducir la demanda. Asimismo, deben llegar a un consenso sobre unas normas mínimas de calidad y unos criterios de referencia para estos servicios.

Los Estados miembros deben hacer un mayor uso de sanciones alternativas al ingreso en prisión para castigar a los delincuentes toxicómanos. Al mismo tiempo, deben desarrollarse servicios para los consumidores de drogas, con especial hincapié en la atención sanitaria así como el seguimiento posterior a la salida del centro penitenciario. Los Estados miembros también deben tomar medidas para garantizar el acceso a servicios adecuados que eviten la propagación del VIH/sida, la hepatitis C y otras enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre y que reduzcan el número de muertes relacionadas con la droga.

Reducir la oferta

Debe intensificarse la cooperación entre los servicios policiales europeos para luchar de manera más eficaz contra la producción y el tráfico de drogas. Para ello deben llevarse a cabo más operaciones pluridisciplinarias en las que participen Europol, Eurojust, así como los servicios policiales y de control fronterizo y aduanero, a través de iniciativas de cooperación bilaterales y multilaterales, fundamentalmente equipos conjuntos de investigación (ECI) y operaciones aduaneras conjuntas (OAC). Debe intensificarse además la cooperación judicial entre los Estados miembros, en especial fomentando la plena aplicación de los instrumentos de la UE de reconocimiento mutuo y asistencia.

Mejorar la cooperación internacional

La cooperación con terceros países y organizaciones internacionales debe ser más eficaz. Es preciso incorporar la política antidroga de la UE en la agenda general de desarrollo y seguridad. Debe incrementarse la ayuda financiera a proyectos y programas de desarrollo alternativos. Deben fomentarse los proyectos dirigidos a los países productores y situados en las rutas del tráfico para reducir la oferta y la demanda de drogas. Del mismo modo, debe intensificarse la cooperación regional e intrarregional con terceros países, financiada por los Estados miembros y programas de la CE. También deben desarrollarse instrumentos de seguimiento y evaluación para evaluar la ayuda de la UE.

Comprender mejor el fenómeno de las drogas

Es preciso conocer mejor el problema de las drogas en la UE, no sólo mediante una sensibilización ciudadana sino también mediante la ampliación los conocimientos básicos para las políticas. Para conseguirlo, debe promoverse la investigación y el intercambio de datos relacionados con las drogas.

Es esencial seguir desarrollando los instrumentos de seguimiento, como los cinco indicadores epidemiológicos clave del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), para evaluar la situación de las drogas en Europa. Los Estados miembros deben evaluar con regularidad sus políticas contra la droga y modificarlas si es necesario.

Marco estatal

En 1985 el Ministerio de Sanidad y Consumo creó el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) con el objetivo de coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde la distintas Administraciones públicas y entidades sociales en España.

A partir de la evaluación y análisis de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 se elabora la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 y el plan de acción.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Ministerio de Sanidad y Política Social

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 se configura como un marco de referencia para todas las Administraciones públicas y las organizaciones sociales.

Objetivos generales

1. Reducción de la demanda

Comprende desde la promoción de la salud hasta las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados pasando por la disminución de riesgos y reducción de los daños y la asistencia e inserción social.

2. Prevención

La prevención del consumo se propone:

- promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en conjunto, sea parte activa de la solución.
- Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten actitudes y las conducta de rechazo.
- Conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, ya que cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción.

Poblaciones diana

- **La sociedad en su conjunto.** Si bien la sociedad española no puede considerarse un «sector» sobre el que actuar, la implicación de la ciudadanía en general puede promoverse de distintas formas: reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo, fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía personal y familiar así como los factores de protección en general o manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo.
- **La familia.** La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, es además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida. Por ello deben facilitarse actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que incrementen la cohesión familiar.
- **Población infantil, adolescentes y jóvenes.** Se trata de sectores de la población que por diversas razones (mayor vulnerabilidad, curiosidad) pueden verse afectados

en mayor medida en relación con el uso de drogas. Cabe señalar que los adolescentes y jóvenes son quines más participan en los denominados «consumos recreativos» de drogas. Es imprescindible contar con ellos, tanto a la hora de aplicar las actuaciones preventivas como en el diseño y elaboración de las mismas.

- **La comunidad educativa.** Para optimizar los resultados de la educación sobre drogas es imprescindible tanto la implicación de alumnos, familia y profesorado como la adecuada coordinación entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.
- **La población laboral.** La población laboral incluye a una capa muy amplia de la sociedad –población activa– y posee unas características comunes: estructuración social, espacial, temporal, recursos humanos, técnicos y económicos. El abordaje de la prevención del consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación de los trabajadores, sindicatos y servicios de prevención de riesgos laborales.
- **Colectivos en situación de especial vulnerabilidad.** Esta estrategia considera imprescindible tener en cuenta a determinados colectivos que, por diversas razones, se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. Entre ellos se encuentran: población inmigrante, minorías étnicas o culturales, así como población con problemas de salud mental, jurídico-penales y en general, aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales.

Contextos de actuación. Para obtener una adecuada eficacia en la prevención del consumo, es imprescindible contar con la implicación de sectores sociales que cumplen funciones clave de mediación, así como la cooperación de los profesionales que trabajan en ellos.

- **Medios de comunicación.** Estos tienen un papel clave a la hora de contribuir a la creación de estados de opinión, así como a la formación de la ciudadanía para adquirir una visión informada de los principales temas que afectan a la sociedad.
- **Sistema educativo sanitario y social.** Para lograr los objetivos de la prevención hay que contar con la implicación del sistema educativos, de dos servicios sociales y sanitarios, y especialmente del conjunto de profesionales que participan en la prestación de dichos servicios
- **Industria del ocio y del entretenimiento.** Para muchos grupos especialmente entre los jóvenes, el ocio en general y especialmente el ocio nocturno, esta asociado al consumo abusivo de alcohol y otras drogas. A fin de incrementar la percepción de riesgo y promover la adopción de opciones personales y grupales encaminadas a disminuir los riesgos derivados de los consumo en contextos recreativos, es fundamental que las administraciones públicas promuevan la implicación de los empresarios y agentes económicos, relacionados tonel sector recreativo, así como la formación necesaria del personal laboral que trabaja en dicho sector.

- **Seguridad vial y ciudadanía.** Las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, así como aquellos que trabajan en los ámbitos territoriales autonómico y local, también tienen una función preventiva importante, tanto en el trabajo de velar por el cumplimiento del marco legal como en el de contribuir a difundir las regulaciones existentes.

3. Disminución de riesgos y reducción de daños

Los objetivos a los que deben dirigirse las intervenciones en este ámbito son: evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado, y sobre todo, rehuir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y en general, los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Población diana

Los grupos de población beneficiarios de estos programas y actividades son:

- sectores de población consumidores de drogas no susceptibles de inclusión en programas dirigidos a la abstinencia del consumo.
- Consumidores de heroína de larga duración.
- Entornos de marginalidad o de exclusión social.
- Colectivos que por determinadas circunstancias pueden verse especialmente afectados por el consumo de sustancias psicoactivas.

Este tipo de programas comprende una serie de actuaciones como: programas de mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas y kits sanitarios, talleres de sexo seguro, etc. Si bien en un principio estuvieron muy relacionados con la prevención de la infección del VIH y el sida, y en estrecha relación con el consumo de heroína, estos programas han ido evolucionando y en la actualidad incluyen actividades de prevención de accidentes de tráfico por consumo de drogas, así como actuaciones de disminución de riesgos, especialmente en contextos de ocio nocturno.

Contextos de actuación

Para obtener un resultado eficaz en la disminución del riesgo y en la reducción del daño, las actuaciones deben llevarse a cabo, básicamente a nivel comunitario, en dos grandes ámbitos: el de la atención social y el sanitario.

4. Asistencia e integración social

El análisis y la revisión de las políticas de drogas en los últimos años en España permiten observar el cambio producido en la percepción social del fenómeno del consumo de drogas. Quizás el más significativo reside en la concepción de las adicciones como una enfermedad más, y por tanto, en el reconocimiento. La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades.

Población diana

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los recursos de la red pública o específica de atención.
- Personas que consuman drogas y acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y se hallan en vías de inserción social.
- Personas que se hallan internas en centros penitenciarios.
- Menores consumidores de drogas internos en centros de protección o reforma.
- La familia o entorno con problemas de adicción.
- Las personas afectadas por patología dual.

Contextos de actuación

Los entornos desde donde se desarrolla este ámbito de intervención:

- El sistema sanitario. Mediante la implicación de los servicios de atención primaria y dispositivos específicos pero siempre tendiendo a la «no duplicación» de redes asistenciales.
- Los servicios sociales. Mediante la coordinación de trabajadores sociales y sistema social y sanitario
- El ámbito laboral. Asegurando la coordinación de los servicios de prevención de riesgos laborales comités de empresa y los sindicatos con los servicios sociales y sanitarios.
- El sistema judicial. Promoviendo la coordinación con el sector socio-sanitario.

5. Reducción de la oferta

Las actuaciones en este campo serán distintas según se trate de drogas de acceso legal (tabaco y alcohol) y medicamentos o de drogas ilegales.

En el primer caso se debe poner énfasis en la normativa sobre publicidad, venta y consumo, haciendo especial referencia a las edades y lugares donde se pueden vender dichos productos y donde sea legal su consumo, junto con las circunstancias aplicadas en cada caso.

En lo que se refiere a las drogas ilegales, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, vigilancia aduanera, los organismos judiciales y especialmente la Fiscalía Anti-droga, actúan en esta proceso genérico oferta-demanda.

6. Mejora del conocimiento científico básico y aplicado

Esta nueva Estrategia tiene como objetivo en este ámbito «incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo y su pre-

vención y tratamiento» y «potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones».

7. Formación

Mejorar las competencias profesionales e quienes desarrollan su trabajo en los servicios sociales, educativos y sanitarios. Especialmente, en los contextos concretos donde se realicen actuaciones destinadas a la promoción de estilos de vida saludables.

Marco autonómico

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya elaboró en 2008 la Estrategia nacional de prevención: consumo de drogas y problemas asociados recogida en el *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya* que establece las bases sobre prevención de drogodependencias en Cataluña.

El Plan de actuación en prevención (PAPD) 2012-2016 operativiza en medidas concretas y evaluables las líneas propuestas en la Estrategia nacional de prevención.

Objetivos generales

- Reducir la prevalencia del consumo de drogas tanto las socialmente integradas como las que no.
- Incrementar la edad de inicio del consumo.
- Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad derivadas del uso de drogas tanto en personas consumidoras como no consumidoras de alcohol, tabaco y/u otras drogas.
- Disminuir las situaciones personales, familiares y sociales no deseadas (conflictividad, violencia, exclusión, etc.).
- Reducir los riesgos y los efectos adversos –por las personas y la comunidad– relacionados con el consumo de drogas, ya sea experimental, ocasional o habitual.

Objetivos específicos

1. En relación a la reducción consumo de alcohol:

- Disminuir la incidencia del consumo de alcohol y episodios de embriaguez entre adolescentes.
- Reducir la prevalencia de consumidores excesivos de alcohol entre la población mayor de 15 años y especialmente en la población de 15 a 29 años.

2. En relación a la reducción del consumo de tabaco:

- Disminuir la incidencia del consumo diario de tabaco entre adolescentes (14-18 años).

- Reducir la prevalencia del tabaquismo especialmente entre los jóvenes de 15 a 24 años.
- Reducir la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres de 15 años y mayores.

3. En relación a la reducción del consumo de drogas no institucionalizadas:

- Disminuir la prevalencia del consumo alguna vez en la vida y en los últimos 30 días de cannabis entre adolescentes de 12-18 años.
- Reducir la prevalencia de consumidores alguna vez en la vida y en los últimos 30 días de otras drogas no institucionalizadas en la población de 15 a 64 años.

4. En relación al incremento de la edad de inicio al consumo

- Incrementar la edad de inicio al consumo de bebidas alcohólicas.
- Incrementar la edad de inicio al consumo de tabaco.
- Incrementar la edad de inicio al consumo de cannabis.
- Incrementar la edad de inicio al consumo de otras sustancias psicoactivas.

5. En relación a la disminución de riesgos, daños y situaciones no deseadas:

- Reducir la mortalidad por accidentes de tráfico con analíticas positivas por alcohol y otras drogas en población de entre 14 y 29 años.
- Reducir la discapacidad derivada de accidentes de tráfico en los que interviene el uso de alcohol y otras drogas en población de entre 14 y 29 años.
- Reducir la proporción de pruebas de alcoholemia con resultado positivo en los controles preventivos de alcoholemia.
- Disminuir la incidencia de exposición al humo ambiental de tabaco en el hogar, lugar de trabajo y espacio de ocio, especialmente en población de 12 a 18 años.
- Reducir la morbilidad en centros hospitalarios por enfermedades hepáticas producidas por el alcohol.
- Reducir la prevalencia de infección por el VIH entre consumidores activos de opiáceos y de cocaína.
- Reducir la prevalencia de infección por hepatitis C y hepatitis B
- Reducir el consumo inyectado de drogas.
- Reducir la proporción de personas que se inyectan drogas utilizando jeringuillas previamente usadas.

Objetivos operacionales

- Incrementar la coordinación interinstitucional e intersectorial.
- Ordenar y ofrecer formación de calidad en prevención que incluya tanto la formación especializada como la formación de personas mediadoras.
- Proporcionar instrumentos de trabajo para promover la implementación y evaluación de actuaciones y programas, basados en la evidencia y la excelencia.
- Cualificar programas y actuaciones que respondan a los criterios de calidad y evidencia establecidos en el marco del PAPD.

- Asegurar el despliegue de la cartera de servicios de prevención en drogodependencias de Cataluña.
- Mejorar el conocimiento en prevención y difundir los avances derivados de la investigación y la evaluación.

Niveles operativos

El PAPD despliega seis niveles operativos que, con carácter transversal, responden a los seis objetivos operacionales planteados:

- Coordinación
- Formación
- Desarrollo de instrumentos de soporte de trabajo preventivo
- Definición de estándar de calidad
- Desarrollo de la cartera de servicios preventivos.
- Mejora del conocimiento

Ámbitos de actuación

- Comunitario
- Educativo
- Familiar
- Laboral
- Ocio
- Medios de comunicación (MMCC)
- Servicios de salud

Marco local

La Red Local de Prevención de las Drogodependencias de la Diputación de Barcelona

Esta Red nace con la voluntad política y técnica de desarrollar un modelo de gestión compartida de referencia territorial con la finalidad de impulsar los servicios y programas de prevención comunitaria por medio de sistemas de información consensuados, posibilitando y fortaleciendo el compromiso de los entes locales.

El documento marco de la Red, **Prevención municipal de las drogodependencias un compromiso institucional y social** establece las bases técnicas y criterios generales que han de hacer posible el desarrollo adecuado de la prevención comunitaria de las drogodependencias.

Objetivos de la Red Local de Prevención de las Drogodependencias

Para consolidar un trabajo en red es indispensable un marco básico de coincidencias, de integración de voluntades, de corresponsabilidad y de consenso. En este sentido los objetivos de la Red son:

- Impulsar hacia la prevención de las drogodependencias en el ámbito local y facilitar la implementación y el desarrollo de servicios y programas de prevención en drogodependencias en el mundo local.
- Garantizar la equidad en servicios y programas de prevención comunitaria en el conjunto del territorio, de tal forma que en todos los ámbitos de intervención preventiva que sean competencia municipal tengan ocasión de participar en propuestas preventivas específicas, de manera equilibrada y ajustada a las necesidades locales
- Incorporar a la sociedad civil en el desarrollo de las actuaciones que contribuyan a reforzar la participación activa de la sociedad civil en la definición de prioridades y en la implementación y evaluación de las iniciativas preventivas.
- Avanzar en la homogeneización de los sistemas de gestión en el conjunto del territorio teniendo en cuenta la realidad de cada municipio.
- Facilitar la gestión compartida entre todos los agentes locales del conocimiento con formación. Innovación. Protocolos y evaluación.

Anexo 2

Modelo de aprobación plenaria o de acuerdo de Junta de gobierno local para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias y constitución de la comisión política

Aprobación, creación y composición de la comisión política de seguimiento del plan local de prevención de drogodependencias (PLDP).

Se presenta ante la comisión informativa, para que sea elevada al Pleno de la corporación, el siguiente dictamen:

De acuerdo con la Ley de Bases del Régimen Local que regula las competencias de las corporaciones locales, así como la *Llei de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència*,¹³ establece que las entidades municipales disponen de un marco competencial en el desarrollo de estrategias preventivas en el ámbito de las drogodependencias.

VISTO que el consumo de drogas representa uno de los problemas mas destacados des del punto de vista social y de la salud, constituyéndose como un fenómeno multicausal y multidimensional, porque sus consecuencias se manifiestan tanto en la vertiente física como en la psicológica y en la social

VISTAS las recomendaciones de la OMS sobre educación y promoción de la salud y la importancia que otorgan las iniciativas locales en este campo.

VISTO que el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo, aconseja promover, por parte de los ayuntamientos, planes locales de prevención de drogodependencias.

VISTO que para favorecer el desarrollo de dinámicas preventivas, la administración local puede en consecuencia, desarrollar planes locales de prevención de drogodependencias, con la implicación de las diferentes áreas municipales que tienen como objetivo fundamental promover la calidad de vida de la población.

VISTO que el marco simbólico, formal y estructural en que se articulan los programas específicos es el que conocemos como Plan local de prevención de drogodependencias, el cual ha de ser un instrumento impulsado por el ayuntamiento, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de un marco orientador y regulador de las actividades y de un trabajo.

El abordaje del fenómeno de las drogodependencias ha de contemplar medidas en los ámbitos de la salud, los servicios sociales, la educación, el ocio, la seguridad ciudadana, etc. formulando acciones de prevención, tratamiento y reinserción social, y facilitando de esta manera una integración de los recursos existentes que evite la duplicidad de servicios e intervenciones.

El contenido del Plan local de prevención de drogodependencias quedara constancia en un documento escrito que los órganos de gobierno local subscriban como un re-

13. Ley 20/1985 aprobada el 25 de julio por el Parlamento de Cataluña.

flejo de su voluntad política en el marco de las competencias que las leyes atribuyan a las administraciones locales.

VISTO que para iniciar el Plan local de prevención de drogodependencias de es prioritario que se constituya primero la comisión política y que se apruebe por el Pleno del ayuntamiento el compromiso de dar apoyo político, técnico y económico al Plan Local de Prevención de Drogodependencias por un período de cuatro años (20..... -20.....) y, una vez aprobado por el Pleno municipal se podrá comenzar a trabajar a nivel técnico con la constitución de la comisiones técnicas correspondientes.

Por todo lo anterior, se propone al Pleno de la corporación la adopción de los siguientes ACUERDOS:

1. Aprobar la elaboración del Plan local de prevención de drogodependencias en el municipio de
2. Aprobar la creación y composición de la Comisión política de seguimiento del Plan local de prevención de drogodependencias, con la siguiente composición:
 - , que actuará como presidente/a
 - , que actuará como vicepresidente/a
 -
 -
 -
 -

El régimen jurídico de funcionamiento será el establecido en la Ley 30/92 por los órganos colegiados con las especificaciones siguientes:

1. La convocatoria de las sesiones las efectuará el presidente o el vicepresidente, por delegación de este.
2. Las reuniones ordinarias en sesión plenaria se efectuaran como mínimo una vez al año.
3. Establecer que las funciones de esta comisión son las siguientes:
 - Acordar criterios y aspectos de cooperación anual.
 - Hacer el seguimiento y evaluación de las actuaciones que se lleven a cabo.
 - Nombrar la Comisión técnica.
 - Proponer los proyectos que se consideren necesarios para Plan local de prevención de drogodependencias.
 - Aprobar, si es preciso la propuesta de funcionamiento que presente la Comisión técnica para el año siguiente.
4. Aprobar el compromiso del Ayuntamiento de de dar apoyo político, técnico y económico al Plan local de prevención de drogodependencias por un período de cuatro años (20.....-2.....).
5. Comunicar estos acuerdos a todas las personas interesadas.

Lugar y fecha

Firmado,

El secretario

Anexo 3

Ventajas e inconvenientes de incorporar elementos participativos

Ventajas

Las principales ventajas que aporta el hecho de incorporar componentes participativos en un plan local de prevención de drogodependencias se pueden resumir en los siguientes puntos.

- Facilita la innovación y la aportación de ideas nuevas y soluciones.
- Proporciona sentido y contribuye a hacer que la comunidad sienta como propio el plan local de prevención de las drogodependencias.
- Favorece que los diferentes agentes que intervienen se sientan conectados con la misión, los objetivos y las actividades del plan local de prevención de las drogodependencias.
- El plan local de prevención de drogodependencias responde mejor a las necesidades sentidas por la población destinataria.
- Facilita una mejor adecuación y adaptación a la realidad local de posibles experiencias, actuaciones y programas de prevención de drogodependencias provenientes de otros lugares.
- Asegura el apoyo de la comunidad –al menos de una parte amplia– y contribuye a aumentar su implicación.
- Hace más probable la implantación efectiva de las acciones del plan local de prevención de drogodependencias, y por tanto, aumenta las posibilidades de conseguir resultados positivos.
- Mejora la prestación de los servicios y la realización de las actividades de plan.
- Incrementa y mejora la comunicación entre políticos, profesionales y otros servicios públicos y la comunidad.

Inconvenientes

Sin embargo, la incorporación de componentes participativos en un plan local de prevención de drogodependencias comporta paralelamente a las ventajas señaladas una serie de exigencias, requerimientos y condicionantes que se pueden resumir en los puntos siguientes:

- Puede endentecer procesos y decisiones.
- La identificación de los actores y grupos interesados y la constitución de grupos de trabajo puede llegar a ser una tarea difícil.
- Exige más dedicación u esfuerzo por parte de los técnicos locales del plan.
- Implica una formación específica en metodología participativa.
- Puede suponer un coste más elevado de todo el proceso.
- Es necesario que las autoridades locales y el equipo de profesionales estén dis-

puestos a ceder poder a la comunidad y acuerden el grado de apoderamiento cual están dispuestos a llegar.

- En ceder poder a la comunidad, el papel de los profesionales y de las autoridades políticas cambia y este paso se ha de asumir y mantener durante todo el proceso de participación.
- Requiere grados elevados de madurez democrática por parte de todos: a escala política, técnica y social

Anexo 4

Modelo de análisis de datos sociodemográficos. Ayuntamiento de Terrassa

Datos sociodemográficos. Terrassa tiene una superficie municipal de 70,10 km² y una población de 213.129 personas empadronadas en el año 2010, es la cuarta ciudad más poblada de Cataluña. El municipio está situado a 29 Km. de Barcelona y está dividido en seis distritos. Presenta una serie de características sociodemográficas y estructurales que condicionan la realidad actual del municipio. Seguidamente se exponen los elementos clave, seleccionando los datos más recientes disponibles del Anuario Estadístico de Terrassa 2010.

La configuración del municipio muestra una trama urbana continua acompañada de zonas con combinaciones de usos residencial e industrial. Hay barrios únicamente residenciales y comerciales, otros que son polígonos industriales y zonas mixtas donde se combinan diferentes usos del suelo. La densidad urbanística y poblacional es muy diferente según el barrio. Encontrando una configuración desigual del territorio con diferenciación entre barrios: hay una homogeneidad interna en cada zona pero las zonas son heterogéneas entre sí. Esta diferencia establece unas condiciones sociales diferentes según el barrio de residencia y unos espacios de relaciones sociales relativamente aislados.



Mapa de Terrassa. Distritos y barrios 2010. Fuente: Ayuntamiento de Terrassa

Terrassa ha multiplicado la población por 2,29 en los últimos 50 años, consecuencia del gran número de personas que han llegado a la ciudad. En la primera ola migratoria de los años 60 y 70 la población recién llegada procedía del resto de España, mientras que en la última década la población recién llegada procede del área metropolitana de Barcelona y del extranjero. El crecimiento poblacional de esta última década se explica por dos factores: por un lado las oportunidades laborales que ofrece la ciudad y por otro lado el precio de la vivienda más económico que el de las ciudades de la primera corona del área metropolitana de Barcelona. En los dos últimos años el crecimiento de la población ha mostrado una moderación significativa. La densidad de población actualmente es de 3.040,30 habitantes por km². El crecimiento poblacional se ha concentrado en los distritos 1, 2 y 5.

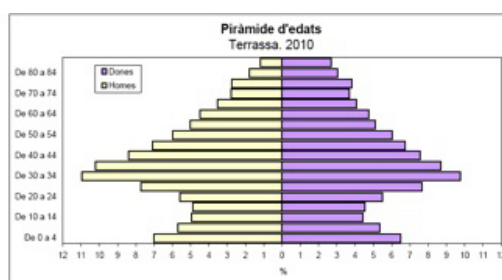
Evolución de la población de Terrassa. Distritos y barrios. 2010

La edad media de la población es de 38,58 años y la población de 15 a 34 años es de 60.302 habitantes (38,30% del total), 30.888 hombres y 29.414 mujeres. El incremento de la población los últimos años se ha producido mayoritariamente en los grupos de edad de 30 a 39 años. Actualmente la población de Terrassa, con una tasa de envejecimiento del 14,6 %, es la menos envejecida que la del resto de Cataluña.



Fuente: Ayuntamiento de Terrassa. Servicios de Tecnología, Logística y Calidad

Pirámide de edad. A medida que avanzamos en los grupos de edad la población nacida en Terrassa se va reduciendo y la población nacida fuera del municipio va en aumento de forma paralela. La población nacida en el extranjero tiene una presencia notable en los grupos de edad entre los 16 y los 50 años. La población nacida en el resto de España representa más de la mitad de la población mayor de 50 años.



Fuente: Ayuntamiento de Terrassa

El **porcentaje de inmigración** es del 15,6% de la población en el año 2010. De estos, un 47,8 % son africanos (mayoritariamente magrebíes), un 32,9 % latinoamericanos y un 12% europeos. Las principales nacionalidades presentes en Terrassa son la marroquina y la ecuatoriana, las dos con un saldo migratorio positivo que ha mostrado un descenso en los dos últimos años. La evolución de la población ha tenido efectos en la distribución por sexos, ya que el incremento ha estado marcado por un mayor volumen de hombres. Actualmente el porcentaje de hombres y mujeres está igualado. El origen de la población permite establecer diferencias en la formación, la situación laboral, el consumo, el ocio, la zona de residencia y las redes relacionales. En relación a su ubicación en el territorio, en 24 barrios la población mayoritaria es nacida en Terrassa y otros 17 barrios tienen más presencia de gente nacida fuera del municipio.

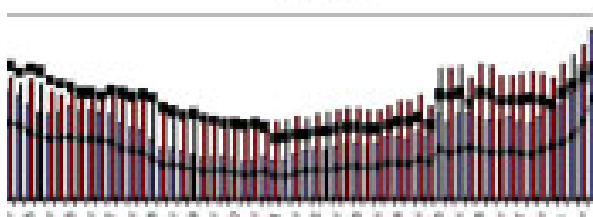
En cuanto al nivel de instrucción, un 2,8% de la población es analfabeta, un 10,6% no tiene estudios, un 23,8% tiene estudios primarios, un 45,4% estudios secundarios y un 17,4% universitarios. Entre la población nacida en el extranjero el porcentaje de analfabetismo es del 18,1%.

En cuanto a la formación, la población nacida en Terrassa y en el resto de Cataluña presenta un mayor porcentaje de estudios superiores mientras que la población nacida en el resto de España y el extranjero tiene mayor porcentaje de estudios obligatorios o inferiores.

El paro registrado en el año 2009 era de 21.141 personas y la tasa de paro de 24,16%, mientras que la tasa de paro juvenil era de 7,05%. El paro registrado muestra un incremento progresivo desde el año 2007.

La evolución del número de trabajadores asalariados en los últimos 4 años ha mostrado la rotura de una tendencia al alza que se observaba desde el año 1993 y la consolidación de una tendencia a la baja. El tercer trimestre del año 2010 Terrassa tenía 50.172 personas asalariadas.

Evolució de l'atur registrat a Terrassa segons sexe
1994-2009



Fuente: Ajuntament de Terrassa

Terrassa presenta un modelo económico en transformación, ya que el tejido productivo local ha experimentado grandes cambios durante el siglo XX. Se ha pasado de un modelo basado en la industria especialmente textil a un modelo diversificado. La diversificación ha representado un aumento del peso de los servicios y de la construcción. El desarrollo ha estado marcado por la ocupación en profesiones de poca cualificación: la mayor parte de la población recién llegada, atraída por las oportunidades laborales del municipio, presenta niveles formativos bajos y en los últimos cinco años casi una tercera parte de los contratos laborales son por ocupaciones no cualificadas. Una de las características del tejido productivo actual es la fragmentación: hay un elevado número de empresas pequeñas (el año 2009 un 86,7% de las empresas eran de menos de 10 trabajadores).

En los últimos años se ha producido una reorientación de este tejido en base a la innovación y a la especialización. Destaca el desarrollo de clústers de empresas en los ámbitos de la óptica y la fotónica, el audiovisual, la salud, la aeronáutica y la ecotecnología. Este desarrollo representa cambios en la economía local y tiene un efecto en actividades secundarias.

En relación a las redes de relaciones sociales, se establece un modelo marcado por la dualidad: existen dos grandes redes con poca interrelación entre ellas. La red de relaciones centrada en la población autóctona tiene una mayor tradición y fortaleza, y este hecho condiciona la integración comunitaria de la red de relaciones centrada en la población recién llegada.

Las características sociodemográficas y estructurales descritas comportan que en Terrassa existan una serie de consecuencias sociales propias. Las problemáticas de los ciudadanos son principalmente de ámbito económico, de salud y relacional, laboral, formativo y residencial. La edad, el género y el origen actúan como factores de mayor vulnerabilidad.

Anexo 5

Técnicas cualitativas

1. Grupo de discusión o focalizado

Un grupo de discusión es un procedimiento de producción de información («discursos», para ser más precisos) que consiste en un número reducido de personas con las características que la investigación dicte, que mantiene una discusión sobre un tema sugerido por un moderador/preceptor, produciendo un «discurso» grupal como resultado de dicha discusión.

¿Cómo se hace un grupo de discusión?

De acuerdo con la temática que se va a investigar, se contactan alrededor de 10/12 personas para que participen en el grupo; estas personas son recibidas en un espacio adecuado y durante una hora y media o dos, discuten un tema que el moderador, que orienta y regula la discusión, les propone. La discusión es registrada en magnetófono, y a veces en vídeo, y constituye el producto final: la información/los datos.

- **Selección de los participantes**

Tres son los aspectos clave: número, características y procedimiento de captación de los participantes.

En cuanto al **número**, al perseguirse un grupo que funcione como tal y no se divida en subgrupos, y al querer un grupo «productivo» en el que los participantes se estimulen unos a otros y produzcan un discurso relevante, se maneja un número ideal de entre 8 y 10 miembros. Más de 10 implicaría un gran riesgo de división del grupo; menos de 8 haría que el grupo fuera poco productivo.

Estas ideas básicas de productividad y funcionamiento adecuado del grupo como tal son también claves en la selección de las **características** que deben reunir los participantes. Estas características se derivan, en primer lugar, del tema que se ha de investigar, de modo que, si se quiere analizar el consumo de bebidas alcohólicas, habrá que buscar consumidores y no consumidores. Habitualmente, se fijan dos o tres características que funcionan como cuotas para la selección.

Para evitar problemas, conviene no hacer grupos muy heterogéneos y, en algunos casos, es preferible hacer dos grupos que tengan homogeneidad en una determinada característica. Por ejemplo, estudiar la conducta sexual puede requerir formar grupos de hombres y de mujeres por separado, para evitar un bloqueo o inhibición del discurso; en todo caso, no puede haber un solo participante que tenga una característica importante para la investigación. En esos casos, es mejor captar al menos dos.

Una vez fijadas las características (cuotas) que deben reunir los participantes, se les **contacta** normalmente a través del procedimiento de «bola de nieve», de modo que no se conozcan entre ellos. Se les atrae por el tema genérico que se va a discutir.

- **Preparación y recepción de los participantes**

La sala para la reunión debe reunir las condiciones adecuadas (aislada de ruidos, agradable, cómoda, etc.) y, además, disponer de una mesa (redonda u ovalada) y posibilidades para la grabación de la discusión.

- **Comportamiento y funciones del moderador**

No hay una única forma en que pueda actuar el moderador; su actuación va dirigida a lograr la máxima productividad del grupo en forma de discurso y mantener el funcionamiento del grupo.

Pero su actuación puede ir desde el extremo de no intervención total (plantea el tema y se inhibe) a intervención máxima, en la que va planteando preguntas y dirigiendo la discusión.

Al comienzo, explica lo que se espera del grupo (qué es un grupo de discusión) y plantea el tema; a partir de ese momento, el moderador tiene que estar atento a:

- Mantener el grupo como tal y dar pie a que participen todos los miembros del mismo, lo que implica muchas veces reconducir a unos y estimular a otros, o recuperar los silencios o utilizarlos.
- Atender al desarrollo de la discusión para asegurarse de que la información producida es la que se busca.
- Respecto a este último punto, es normal disponer, previo a la reunión, de un guión temático que el moderador tiene en la cabeza o, al menos, verbalmente, darle al moderador los puntos clave.

Asimismo, el moderador debe reconducir las discusiones que se escapen del tema, lograr que se profundice en los aspectos clave (utilizando refuerzos no verbales o expresiones verbales) y que se discutan todos los aspectos, recapitulando lo que queda por decir.

El grupo puede discurrir de un modo natural, de tal forma que la intervención del moderador sea innecesaria y, en ese caso, éste se mantendrá fuera del discurso; en el otro extremo, puede que la intervención del moderador sea muy necesaria si el grupo no funciona, se desvía del tema, etc.

- **El producto**

El producto del grupo es el discurso y éste se graba. El material para el análisis es la transcripción de la grabación y un informe del moderador.

En la transcripción, que se hace literalmente sin retoques ni adornos, se distinguen las intervenciones del moderador y las del grupo y, dentro de éste, normalmente según sea hombre o mujer, dejando un amplio margen para comentarios y análisis.

- **El análisis**

El análisis comienza con la lectura, relectura y vuelta a leer de la transcripción y escucha de la cinta. Conforme van apareciendo temas, pautas, tipos, etc., se van apuntando al margen de la transcripción. Es una buena práctica tener dos copias de ésta, de modo que una sea la base del análisis y la otra quede intacta.

La interpretación que surge del texto va conformándose tras sucesivas lecturas del discurso y, también, desde los propios comentarios del investigador (revisión de la literatura sobre el tema).

La redacción del informe de resultados implica unir la interpretación a los textos del discurso que resultan más sobresalientes y que aparecen citados como tales.

2. Entrevistas a informantes clave

La entrevista no directiva o entrevista en profundidad está orientada a investigar una determinada temática partiendo de la información facilitada por el entrevistado, pero sin señalar límites, permitiendo que el relato surja libremente con una mínima intervención del entrevistador, que sólo debe procurar que las manifestaciones del entrevistado giren alrededor de la cuestión que se investiga.

La entrevista focalizada centra la atención del entrevistado sobre algún aspecto concreto que se quiere abordar; para ello, hay una labor previa que consiste en delimitar los puntos o aspectos que deben ser cubiertos. Esta delimitación se hace en función de los objetivos de la investigación, de las hipótesis de partida, de las características del entrevistado y de su relación con el suceso o situación que quiere ser investigado.

Es necesario, pues, para la aplicación de esta técnica, elaborar una lista de preguntas (Guión de la entrevista. Ver anexo 6. Modelo de entrevista a informantes clave en el territorio) que contenga los aspectos sobre los que se quiere tratar. La lista señala los puntos sobre los que debe versar la entrevista, pero no señala ni el orden ni el volumen de las respuestas, que quedan a libertad del entrevistado.

Este listado debe utilizarse con flexibilidad, de forma que sólo se introduzcan las preguntas si los aspectos considerados básicos no surgen de forma espontánea en el entrevistado. Tienen que respetarse las prioridades tanto del momento en abordar cada tema como su extensión y profundidad de tratamiento por la persona que se entrevista.

Este tipo de entrevista resulta más operativa, dentro de la complejidad analítica general de todas las entrevistas abiertas no estructuradas. Claramente, mejora las posibilidades de comparabilidad y, por tanto, de integración con otras realizadas en la misma o diferente investigación, a la vez que se conserva la riqueza de información que produce el discurso espontáneo (aunque sea dirigido).

Cómo se hace una entrevista focalizada

- Preparación del guión de preguntas
- Selección del lugar para celebrarla
- Concertación de la cita
- Realización. Grabación
- Transcripción
- Análisis
- Informe

- **Preparación del guión**

Los pasos que se han de seguir en la preparación del guión están reflejados en el esquema que sigue. A partir de los objetivos que quieren cubrirse con la entrevista, se listan los temas generales para, a continuación, delimitarlos en aspectos específicos sobre los que formular preguntas. Una vez que estos temas específicos están explicitados, hay que ordenarlos y estructurarlos de forma lógico-secuencial (es decir, que la exposición del primero lleve a continuar con los siguientes) y convertirlos en preguntas concretas, comprensibles y claras que faciliten las respuestas, sin condicionar o sesgar la información que se quiere obtener. En paralelo a ese listado de preguntas, debe realizarse, para aquellos temas que parezcan más conflictivos, una serie de preguntas alternativas, formulaciones diferentes que permitan no perder o romper el discurso ante un tema que sea difícil para el entrevistado. En ocasiones, estas preguntas serán «trampas», formas indirectas de provocar información que no desea darse de forma explícita.

Esquema teórico



- **Selección del lugar para celebrarla**

El lugar donde celebrar la entrevista tiene que reunir una serie de requisitos. Requisitos en parte físicos o de infraestructura y en parte ambientales o de implicaciones psicológicas.

Respecto de los primeros, hay que cuidar que el lugar elegido sea adecuado, que contenga el mobiliario mínimo para mantener una conversación (sillas o butacas cómodas, mesa o repisa donde poner el grabador, etc.), que esté resguardado (sin ruidos que dificulten la conversación y con un cierto nivel de intimidad) y que evite las distracciones.

Por lo que respecta a los requisitos ambientales, éstos se orientan a la elección de lugares neutros o no aversivos al tema que se va a tratar; entornos que no impliquen alteraciones ni para el entrevistador ni para el entrevistado (por ejemplo, un hotel de lujo para hablar con un obrero no cualificado sobre despidos, o un despacho del centro escolar para entrevistar a un alumno crítico hacia el centro).

Por las mismas razones, hay que prestar atención a la decoración del lugar: excluir símbolos de militancias concretas o de situaciones polémicas que puedan provocar rechazos o simpatías, de forma que se distorsione el discurso del entrevistado (por ejemplo, carteles de partidos políticos, símbolos religiosos, ilustraciones eróticas, etcétera).

En resumen, el lugar para celebrar una entrevista debe ser seleccionado con el objetivo de que la conversación que se cree en él sea fluida y sin distorsiones ajenas al tema sobre el que se quiere información.

- **Concertación de la cita**

El único aspecto para resaltar de la concertación de la cita para la realización de una entrevista focalizada es la conveniencia de explicar:

Que todos los aspectos que nos interesan son conocidos por el entrevistado y, por lo tanto, no necesita preparación ni consulta de documentos ni reflexiones previas sobre el tema.

Y la inconveniencia de adelantar preguntas o aspectos concretos que van a tratarse. La razón de estos dos consejos radica en conseguir que no se distorsione el discurso natural del entrevistado con preparaciones previas. La información que recogen estas entrevistas es la derivada del relato de una experiencia o situación vivida; los datos que se buscan son los que ya tiene el entrevistado.

Consultas, lecturas y otras preparaciones pueden hacer que modifique sus impresiones, que cambie su percepción. Por otro lado, la información derivada de las fuentes que consulte se podría obtener sin necesidad de la entrevista a través del estudio.

- **La realización de la entrevista**

Llegado el momento de realizar la entrevista, la única metodología que se debe seguir es la derivada de cualquier manual de educación y del sentido común.

Ya ha quedado claro que es una conversación, una charla, y así debe transcurrir en su aspecto formal. Para ello, el entrevistador debe generar empatía y mostrarse interesado. El guión, tan meditadamente realizado, está en la cabeza (en una entrevista de estas características, no se debe consultar notas) y, mentalmente también, se van tachando las cuestiones a medida que el entrevistado responde.

Sólo un elemento distorsiona la apariencia de conversación o charla informal: **la grabadora**.

Todas las entrevistas abiertas se basan en el discurso. Los discursos son los datos que se van a extraer, y la forma más precisa y completa de retenerlos es a través de su grabación exhaustiva. Una pequeña grabadora entre los conversadores es mucho menos visible y distorsionadora que el hecho de que el entrevistador este tomando continuamente notas. Confiar todo a la memoria es muy arriesgado; por

eso, y más en la actualidad, en que su uso está muy extendido, grabar la entrevista es la forma más común y adecuada de proceder.

Normas para la realización de la entrevista focalizada

1. Elegir el lugar adecuado para la realización.
2. Crear la situación adecuada (aislamiento, contacto visual, etc.)
3. Hacer preguntas comprensibles.
4. Introducir los temas gradualmente.
5. Dar seguridad y favorecer la locuacidad.
6. Dejar hablar y saber escuchar
7. Dar tiempo, pero no perderlo.
8. Prestar atención total.
9. Ser, o parecer, espontáneo y franco.
10. Tener paciencia y comprensión.
11. Tratar en términos de igualdad y respeto.
12. No dar consejos, ni emitir juicios.
13. No contradecir, ni discutir.
14. Hacer registro inmediato, discreto, fiel, completo y veraz.

• **Transcripción y análisis**

Una vez concluida la entrevista, se transcribe íntegramente en papel. En ocasiones, este paso puede no ser necesario y es posible realizar el análisis a partir de la audición repetida de la grabación pero, sin duda, el trabajo de análisis se favorece, simplifica y facilita mucho si se dispone de los datos transcritos.

La transcripción es fundamental hacerla cuando el analista no es el mismo profesional que ha hecho la entrevista. Es importante que esa reproducción en papel sea lo más exacta posible, que contenga exactamente todas las expresiones tal y como se han producido, incluso cuando han sido incorrectas o cuando son interjecciones.

Para realizar el análisis de las entrevistas, es conveniente utilizar el guión con el que se realizaron. Tras una serie de lecturas globales que permiten conocer el desarrollo general de cada entrevista, se van analizando los diferentes temas planteados, primero de cada una de ellas y, posteriormente, de forma integrada para todas las que se hayan hecho con similares objetivos.

La integración temática permite un análisis comparado de las líneas argumentales de cada entrevistado, y señala convergencias y divergencias para cada tema. Es conveniente, para realizar este análisis, agrupar todos los textos por temas, siguiendo el guión preparado para su realización, señalando también las ausencias u omisiones significativas que se hayan producido en los diferentes discursos.

Analizar los discursos emitidos en las entrevistas en profundidad es una tarea compleja, similar en muchos sentidos al análisis de los discursos grupales, e implica una labor de clasificación, interpretación e integración de toda la información emitida por los entrevistados.

3. El método Delphi

En el año 1948 la Rand Corporation ideó el método Delphi; lo denominó de esta forma aludiendo al monte Delphos al que acudían los griegos a consultar los oráculos. Esta primera utilización del método nace para temas relacionados con la defensa; después de este primer ensayo, en 1964, se publican por la Rand los resultados de un estudio prospectivo de gran alcance aplicando el mismo método. Se trataba de realizar una previsión a largo plazo de cuáles serían los adelantos científicos que se producirían en el futuro y las fechas en que se conseguirían los mismos.

De forma paulatina, este método se va extendiendo y se van ampliando sus campos de aplicación. En la actualidad, el método Delphi se utiliza para situaciones en las que es necesario contrastar y combinar opiniones individuales y no es aconsejable (o posible) la reunión en debate de los opinantes/ informantes.

El método Delphi permite que un conjunto de personas trabaje aisladamente y de forma anónima, a la vez que permite agrupar de manera sistemática las opiniones de ese grupo.

Las características del **método Delphi** lo hace particularmente útil cuando se trata de integrar las opiniones de expertos alejados espacialmente y, por lo tanto, difíciles de reunir, o bien personas que, por las características de sus ocupaciones, tienen grandes dificultades en coincidir en una fecha determinada.

Otra ventaja que presenta es que permite agrupar de forma sistemática las opiniones de un grupo, evitando el dominio o excesivo protagonismo que pueden ejercer algunos miembros de ese grupo sobre otros.

Como técnica, el método Delphi tiene una serie de características que contribuyen a mejorar y facilitar la recogida de la información:

- a. La generación individual de ideas por cada miembro del grupo que produce una mayor cantidad de éstas.
- b. El proceso de realizar por escrito las respuestas que lleva a una mayor reflexión y mejora de la calidad de la respuesta.
- c. Al ser un proceso individual y anónimo, no interfieren las opiniones, liderazgos o sugerencias de los otros miembros del grupo.
- d. Este mismo anonimato y aislamiento entre los miembros del grupo les da una mayor libertad para responder sin la presión de las convenciones sociales.
- e. Al no ser precisa la reunión física de los integrantes (temporal y espacial), se pueden seleccionar mucho más libremente los participantes, atendiendo exclusivamente a su idoneidad como informadores.
- f. Se ha comprobado que el error en la predicción de un conjunto de personas expertas en un tema es siempre menor que la media de las opiniones individuales de los miembros de ese grupo.

En general, el proceso de un estudio tiene tres rasgos básicos: **el anonimato, la realimentación y una respuesta de grupo medida estadísticamente.**

El anonimato es un medio para reducir los efectos de personalidad dominantes. La realimentación un recurso para ir modificando las opiniones preliminares de los expertos y el uso de medidas estadísticas asegura que la opinión de cada miembro del grupo sea representada en la respuesta final.

Su forma de aplicación es la siguiente:

1. Delimitación de los objetivos a conseguir. Esta tarea debe realizarla el equipo gestor y es la base de las siguientes tareas.
2. Selección de los entrevistados. En función de la información que se pretende recoger se seleccionan los integrantes y se les informa del proceso que se inicia y en el que van a participar.
3. Formulación de las preguntas iniciales o elaboración del cuestionario que se les va a pasar y envío a los expertos. En esta fase es fundamental tener en cuenta que se busca una respuesta cuantificable, es decir, prever el análisis posterior y acompañar las preguntas de una carta motivadora de respuesta e implicadora en todo el proceso que va a seguir.
4. Recepción y análisis de las respuestas.
5. Organización de la información y creación de un nuevo cuestionario. Normalmente este segundo envío de preguntas es el mismo o muy similar que el enviado en origen y en el que se incluyen las respuestas integradas obtenidas con el primero para que los expertos reflexionen sobre el resultado y en función de él modifiquen o reiteren su opinión.
6. Envío de este nuevo cuestionario/informe con, nuevamente, una carta motivadora/implicadora en la dinámica.
7. Repetición del proceso las veces que se estime necesario. Este proceso descrito se reitera tantas veces como se estime necesario hasta llegar a una convergencia y/o clarificación del tema propuesto. Habitualmente el número de envíos no supera el de tres.
8. Análisis global y conclusiones finales. Tal y como ya se ha expresado, los resultados que debe producir esta técnica son magnitudes cuantificables, es decir, la información generada es de tipo cuantitativo, aunque ésta puede presentarse de diversas maneras (en porcentajes, en cifras absolutas, en ordenación, etc.).

El informe final debe remitirse a todos los participantes en el grupo. Si los expertos que lo han integrado van a tomar parte de decisiones o medidas que los resultados de la dinámica hayan generado, no sólo deben conocer los resultados, sino que interesa hacerles participar en la elaboración de las conclusiones. La transparencia en el proceso ayuda a la implicación en las actuaciones o decisiones que de él se deriven.

4. El foro comunitario o asamblea participativa

Se trata de un convocatoria abierta a todos los ciudadanos para discutir los problemas de las drogas y sus soluciones. Este método permite incorporar perspectivas y enfo-

ques que se perderían si solo se recurre a asociaciones y actores sociales conocidos; el problema del método es la posible politización del foro y la posibilidad de no llegar a conclusiones consensuadas. Solo debe utilizarse si existe un cierto consenso sobre los temas de drogas en la comunidad; en caso contrario, es mejor utilizar la siguiente técnica.

5. Sesiones participativas con los agentes locales y representantes de asociaciones y entidades

Es aquí donde debe darse un papel relevante a la comisión asesora y comisión técnica participativa. Para ello se organizan sesiones o talleres participativos, a los que se invita a representantes de profesionales y asociaciones. Estas sesiones cumplen dos objetivos importantes:

- Primero completar el diagnóstico con las aportaciones de los participantes, favoreciendo la relación entre ellos y el conocimiento de la realidad actual y de las expectativas de los mismos.
- Segundo, conseguir motivar y predisponer a la comunidad, hacer que ésta se sienta partícipe y haga suyo el PLPD aumentando su implicación, se consigue facilitar la consecución de los objetivos propuestos.

Anexo 6

Modelo de entrevistas a informantes clave del territorio

Entrevistas semiestructuradas a informantes clave como instrumento de recogida de información y de implicación comunitaria en un plan local de prevención de drogodependencias

La realización de entrevistas a informantes clave es una estrategia bastante utilizada en las etapas iniciales del desarrollo de un Plan local de prevención de las drogodependencias, dado que permite recoger información sobre el consumo de drogas en el territorio y los problemas que ocasiona, completando la que se puede obtener a través de otras fuentes, como por ejemplo las encuestas escolares, la extrapolación de datos de estudios epidemiológicos de mayor alcance, los registros de inicios de tratamiento, etc. Esto ya justifica su utilización, pero, además, este tipo de entrevistas aportan un componente participativo al proceso de recogida de información y pueden favorecer la implicación de la comunidad en el Plan local de prevención de las drogodependencias, en la medida que entre los informantes seleccionados se incluyan personas con ascendencia, representatividad o liderazgo para diferentes sectores de la población.

El primer elemento que hay que tener en cuenta, pues, es la selección de los informantes. La lista adjunta presenta una relación (no exhaustiva) de posibles informantes:

Posibles informantes clave de un Plan Local de Prevención de las Drogodependencias

- Representantes políticos, principalmente del área de atención a las personas (servicios sociales, salud, juventud, deportes, etc.).
- Personas conocedoras de la realidad local (propietarios de bares, personas conocidas, personajes singulares, etc.).
- Profesionales de la salud (médicos, enfermeros, farmacéuticos).
- Técnicos de servicios sociales (trabajadores sociales, educadores).
- Técnicos de juventud (educadores y monitores de equipamientos juveniles).
- Representantes del ámbito educativo (profesores, técnicos de educación).
- Representantes de las fuerzas y cuerpos de seguridad del territorio (mossos d'esquadra, policía local, etc.).
- Representantes de las asociaciones de madres y padres de alumnos.
- Representantes de entidades cívicas, culturales y recreativas.
- Técnicos y monitores deportivos.
- Representantes de entidades juveniles.
- Representantes de entidades de afectados y de ayuda a los afectados.
- Representantes de colectivos reivindicativos en relación a las drogas.
- Representantes de los alumnos, de grupos de jóvenes, grupos musicales, capitanes de equipos deportivos, etc.

- Representantes de los medios de comunicación locales.
- Representantes de asociaciones de vecinos.
- Representantes de gremios y asociaciones de comerciantes.
- Representantes de las comisiones de fiestas locales.

El segundo elemento que hay que considerar, hace referencia a las características de las entrevistas. Estas, es preferible que sean semiestructuradas, con preguntas abiertas para permitir una expresión más libre por parte de las personas entrevistadas. También es importante que las preguntas no se limiten a los aspectos relativos al consumo de drogas y los problemas que se derivan, sino que incluyan también cuestiones sobre las respuestas o cambios que habría que introducir, sobre quienes tendría que responsabilizarse de llevar a cabo estas respuestas o cambios, y sobre qué aportaciones en favor de estas respuestas o cambios podría hacer la persona entrevistada o el colectivo que representa o al cual pertenece. A manera de ejemplo, a continuación se propone un modelo de entrevista para el diagnóstico comunitario del consumo de drogas:

Entrevista para diagnóstico comunitario sobre drogas

Plan local de prevención de drogodependencias de

1. Percepción de consumo

- a) ¿Cual es su percepción sobre el consumo de drogas en
- b) ¿A lo largo del año, hay momentos (ej.: festivos) o épocas (ej.: períodos turísticos) que modifican los patrones de consumo habituales?
- c) ¿Diría que en se toman más drogas que a otros lugares?
- d) ¿Qué colectivos consumen más drogas en
- e) ¿Cuáles son las más consumidas en (alcohol, porros, cocaína, etc.)?

2. Percepción de problemas

- a) En ¿le parece que el consumo de drogas ocasione problemas?
- b) En caso afirmativo: ¿piensa que ocasiona pocos, bastantes o muchos problemas?
- c) ¿Diría que ocasiona igual, más o menos que en otros lugares parecidos?
- d) ¿Cuáles son los problemas más frecuentes que ocasiona el consumo de drogas en
- e) ¿Qué sectores de la población de se ven más afectados por estos problemas?

- f) ¿Hay locales (bares, discotecas, etc.) que generen problemas en este sentido?
- g) ¿En las fiestas populares suelen haber problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas?
- h) ¿Quiere añadir algo más relacionado con los problemas causados por las drogas en

3. Percepción del cumplimiento de la normativa legal sobre drogas

- a) ¿Le parece que, en general, en se respeta la normativa legal referente a la venta de alcohol y de tabaco a los menores de edad?
- b) ¿Le parece que en se respeta la prohibición de no fumar en los lugares señalados por la ley?
- c) ¿Qué nos puede decir de la conducción bajo los efectos del alcohol (y/u otras drogas) en
- d) ¿Qué nos puede decir del consumo de alcohol u otras drogas en la vía pública en? (¿Hay botellón? ¿Hay lugares donde se suelen reunir jóvenes para consumir porros u otras drogas?)
- e) ¿Quiere añadir algo más sobre las drogas y las leyes en

4. Datos objetivables de los que puedan disponer

- a) En función de la persona entrevistada, pedir si puede facilitar datos objetivables que apoyen sus impresiones.

5. Opinión sobre las respuestas que habría que dar (¿qué se tendría que hacer?)

- a) ¿Conoce la iniciativa de desarrollar un Plan local de prevención de las drogodependencias? (Independientemente de cuál sea la respuesta, pedir qué le parece que se haya tomado esta iniciativa).
- b) ¿Qué piensa que haría falta hacer en para hacer frente a los problemas existentes relacionados con el consumo de drogas y para evitar que se extiendan o que aparezcan de nuevos?
- c) ¿Quién piensa que tendría que hacer todo esto? De quién es responsabilidad?

6. Percepción de las posibilidades y disposición de colaboración con el plan por parte del colectivo al que pertenece o representa la persona entrevistada.

- a) ¿Diría que el sector profesional (o el servicio o la entidad) al que pertenece o representa, podría colaborar de alguna manera en la prevención de los problemas relacionados con el consumo de drogas en
- b) Si la respuesta anterior es afirmativa: ¿qué cosas podrían hacer o en qué podrían ayudar o colaborar? Si es negativa: ¿por qué lo dice? ¿qué le hace pensar esto?

- c) ¿Cómo valora la disposición del colectivo al que pertenece o representa, para implicarse y colaborar en la prevención de las drogodependencias?
- d) En función de la respuesta a la pregunta anterior, preguntar, si se ticia:
¿cómo se podría aumentar la disposición del colectivo al que pertenece o representa para colaborar en la prevención de las drogodependencias?

Anexo 7

Resumen guía para la elaboración de planes locales de prevención de drogodependencias

Esta Guía proporciona los elementos necesarios para:

1. Decidir si es necesario y/o posible poner en marcha un PLPD
2. Preparar una propuesta para la elaboración de un PLPD
3. Diseñar/elaborar un PLPD
4. Implementar, gestionar y evaluar un PLPD

Todo ello con referencias normativas y bibliografía actualizadas, proporcionando además ejemplos de buenas prácticas y borradores de los documentos a utilizar en los diferentes pasos y procesos (véase anexos).

1. Decidir si es necesario o posible poner en marcha un PLPD

El Plan local de prevención de drogodependencias (PLPD) es un conjunto coordinado y planificado de programas, proyectos y actuaciones en materia de drogodependencias en el cual se manifiesta la voluntad de la administración local de materializar las competencias que le atribuyen las leyes. La Diputación de Barcelona plantea, en esta guía, la realización de un PLPD como un proceso transversal y participativo, en el que todas las áreas implicadas se sientan propietarias del mismo con el fin de conseguir una eficaz implementación, efectividad y sostenibilidad.

Los PLPD deben estar impulsados por la voluntad política del consistorio y por los equipos técnicos de prevención de las drogodependencias conjuntamente con los profesionales de todas las áreas implicadas, y preferiblemente deben contar con el apoyo de la comunidad. Los criterios que deben guiarles son:

Globalidad: Se abordan de manera integral todas las drogas, legales e ilegales.

Normalización: se trabaja con dispositivos y recursos normalizados y servicios de la comunidad. No se crean estructuras paralelas.

Continuidad: Se interviene de manera permanente en el tiempo. Promoviendo actividades sistemáticas, continuadas y planificadas.

Operatividad: Realizable. Se plantean objetivos adecuados a las necesidades.

Interdisciplinariedad: Intervención y compromiso de diferentes sectores sociales y de diferentes tipos de profesionales.

Sostenibilidad: Debe ser un plan que no necesite nuevos recursos tanto financieros como humanos y que por tanto se puede mantener en el tiempo.

Qué es un PLPD y cómo decidir si plantearlo o no se trata con más profundidad en el apartado 1 de esta Guía.

2. Preparar una propuesta para la elaboración de un PLPD

Una vez tomada la decisión de elaborar un PLPD debe presentarse una propuesta para su elaboración a la Junta de gobierno local o al Pleno. En dicha propuesta debe incluirse como mínimo:

- La propuesta de creación del grupo motor, de la comisión política y de la comisión técnica (incluyendo los miembros de cada grupo/comisión y sus funciones)
- Un cronograma mostrando la planificación temporal del proceso de elaboración
- Y una justificación clara de la necesidad del PLPD

(Apartado 1.1 de la Guía: principios rectores de los planes locales de prevención de drogodependencias y requisitos para iniciar un Plan local de prevención de drogodependencias).

3. Diseñar/elaborar un PLPD

Las fases, procedimientos, apartados y ejemplos de PLPD y de cómo elaborarlos constituyen la parte central de la Guía.

3.1 Marco teórico y principios de intervención

Entendemos por prevención aquel conjunto organizado de estrategias impulsadas por una comunidad para anticiparse a la aparición de consumos problemáticos de drogas a fin de reducirlos.

Decir comunidad es hablar de una pluralidad de personas que coprotagonizan la tarea de actuar conjuntamente, cada cual en su ámbito social respectivo (la familia, el mundo educativo, la empresa, etc.), pero con una misma filosofía de base y una misma pretensión: contribuir al desarrollo de comunidades cada vez más competentes para hacer frente a los conflictos que representa el abuso de las drogas.

Prevenir el abuso de drogas de acuerdo a un modelo comunitario supone acotar un marco caracterizado por los elementos siguientes:

- La comunidad como un territorio simbólico, agente y destinatario de la intervención.
- El ámbito local como un escenario articulador de las propuestas que se han de impulsar. El municipio es el espacio natural de la intervención que estamos describiendo.
- La dinamización de la comunidad organizada, impulsando redes entre entidades sociales implicadas.
- La creación de espacios de encuentro que favorezcan actuaciones coordinadas entre los diferentes colectivos implicados.
- El papel clave de los mediadores sociales, personas sobre las cuales se centran los momentos esenciales de la prevención.
- La formación de los diversos agentes sociales en estrategias preventivas adecuadas a los espacios en los cuales desarrollan su tarea.

(Apartados 1.1 y 1.2)

Los apartados del PLPD

• Diagnóstico y detección de necesidades

Para realizar un acercamiento a la realidad del municipio es imprescindible la elaboración de un diagnóstico que permita conocer la situación del consumo, el abuso de drogas y los problemas derivados del mismo con la finalidad de obtener un mapa de la realidad del territorio.

Los datos imprescindibles que se necesitan para acercarnos a la realidad del municipio, es decir, a las necesidades reales del mismo son por una parte los datos generales: datos publicados por las instituciones estatales y autonómicas (ESTUDES, EDADES, encuestas de salud de la comunidad autónoma, etc.) ya que en general no suelen ser muy diferentes de un lugar a otro. Y por otra parte los datos más concretos de la realidad del municipio que nos permitirán valorar las peculiaridades del mismo:

- Características del municipio
- Recursos del municipio
- Acciones preventivas
- Estudios realizados
- Datos cuantitativos proporcionados por los agentes sociales del municipio (policía, centros de atención de drogodependencias, espacios de ocio, técnicos de sanidad, escuelas, etc.)
- Datos cualitativos del municipio entrevistas a población diana y sesiones participativas a agentes locales i representantes de la ciudadanía.

(Apartado 2.2)

• Definición de objetivos generales y específicos

Los objetivos deben de formularse de un modo claro, que sean posibles y evaluables.

Objetivos generales. Se plantean a largo plazo, se formulan en términos más abstractos y se insertan en el marco general. Han de describir la meta hacia la que se dirige el PLPD que constituye la razón y motivo de intervenir.

Objetivos específicos. Concretan los objetivos generales. Se refieren a un área o estrategia de actuación. Sus características son: expresiones posibles del objetivo general, se formulan con verbos de acción o actividad.

La definición de los objetivos específicos debe estar en concordancia con las necesidades detectadas en el diagnóstico y con los objetivos generales. La formulación de *objetivos generales* y *objetivos específicos* (actuaciones/ actividades/ intervenciones), debe de contemplarse como un modelo causal; mediante una serie de actividades/ actuaciones queremos conseguir determinados resultados expresados como objetivos específicos y mediante la consecución de los objetivos específicos logramos nuestro objetivo general. Por tanto, el despliegue de objetivos generales en específicos, y luego, la determinación de actuaciones debe ser coherente y concordante.

(Apartado 2.3)

• Estructura del plan

En el momento de planificar las actuaciones preventivas ha de tenerse en cuenta los diversos espacios de la vida social y todos los ámbitos de posible influencia de los profesionales implicados en el plan. Se puede hacer de varias maneras: según niveles de actuación, ámbitos de actuación y ejes de trabajo:

- Niveles de actuación: reducción de la demanda, detección precoz y orientación, reducción de riesgos, reducción de daños, inserción social y laboral e información y conocimiento
- Ámbitos de actuación: educativo, familiar, salud y comunidad, ocio y tiempo libre, laboral y medios de comunicación social
- Ejes de trabajo: prevención y educación, prevención y ocio, prevención y comunidad, tratamiento y reinserción, investigación y conocimiento.

(Apartado 2.4)

• Organigrama

La comisión política, el grupo motor y la comisión técnica constituyen los tres órganos clave para la elaboración y aprobación del plan, para su ejecución, su evaluación y su mejora continua.

(Apartado 2.1)

• Definición de las acciones a realizar

Principios básicos de las propuestas de acción:

- Han de ser rigurosas, basadas en la máxima evidencia posible.
- Han de ser evaluables.
- Han de ser dinámicas y revisables.
- Requerirán la coordinación entre los diferentes agentes y entidades que intervengan.
- Han de realizarse en un contexto global y de continuidad.
- Han de facilitar la participación del ciudadano como sujeto activo.
- Han de ser asumibles.

(Apartado 2.4)

• Temporalització

El plan debe programarse a largo plazo, normalmente cuatro años, pero también anualmente mostrando para cada año de duración del plan los programas y proyectos a poner en marcha para lograr los objetivos específicos del PLPD.

(Apartado 2.5)

- **Delimitación de los procedimientos de evaluación**

La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva sobre el valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de nuestro plan, programa, proyecto o actuaciones. En esta Guía se recomienda llevar a cabo tres tipos diferentes de evaluación: una evaluación del diseño del PLDP antes de su ejecución, una evaluación continua de proceso y calidad una vez puesto en marcha el PLDP y una evaluación de resultados

(Apartado 2.6)

4. Implementar, gestionar y evaluar un PLPD

La implementación, gestión y evaluación del PLPD deben de hacerse con información válida y relevante recogida y analizada continuamente; para ello es esencial elaborar/ diseñar un sistema de información del PLDP que sirva para llevar a cabo las dos funciones.

(Apartado 2.6)

Referencias bibliográficas

ALONSO, C., SALVADOR, T., SUELVES, J. M., JIMÉNEZ, R., MARTINEZ, I. *Prevención de la A a la Z. Glosario de prevención del abuso de droga*. CEPS (Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud) y PND (Plan Nacional de Drogas), 2004.

BECOÑA, E. *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1999.

BECOÑA, E. *Bases científicas de las prevención en drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2002.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior, 1999.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Planificant. Propostes metodològiques d'elaboració de plans d'igualtat locals*. Col·lecció: Guies metodològiques núm. 5. Oficina Tècnica del Pla d'igualtat. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2002.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Xarxa Local de prevenció de les drogodependències: un compromís institucional i social*. Barcelona: Diputació de Barcelona. Àrea de Bienestar Social, 2006.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación*. Colección: Documentos de Trabajo. Serie Bienestar Social 4. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2008.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Plans locals de prevenció de les drogodependències. Guia pel foment de la participació*. Colección: Documents de Treball. Serie Bienestar Social 5. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2008.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Área de Atención a las Personas. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2011.

GENERALITAT DE CATALUNYA. *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats*. Barcelona: Departament de Salut, 2008.

GENERALITAT DE CATALUNYA. *Pla d'Actuació en Prevenció 2012-2016: consum de drogues i problemes associats (PAPD)*. Barcelona: Subdirecció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut.

JUNTA DE ANDALUCÍA. *Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía*. Sevilla: Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2006.

MARTÍNEZ-ALONSO, J.L., YSA, TAMYKO. *Las personificaciones instrumentales locales en Cataluña*. Barcelona: Escola d'Administració Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya, 2003.

NIDA (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE). *Meta análisis de la evaluación de programas de prevención de drogodependencias en adolescentes*. 1997.

PALACIOS, DOLORES (Coord.). *Manual para la elaboración de planes municipales sobre drogas*. Madrid: FEMP (Federación Española de Municipios y Provincias) y Ministerio del Interior, 2001.

PIDCA. *Plan integral de drogodependencias y otras conductas adictivas de Extremadura 2008-2012*. Mérida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud, 2009.

ALONSO, JOSÉ MANUEL; DURÁN, ANTONI M.; LARRIBA, JAUME. *Què podem fer els serveis bàsics d'atenció social primària davant les drogodependències?* Barcelona: Promoció i Desenvolupament Social, 1998.

Webs de interés

Red local de prevención de las drogodependencias. Diputación de Barcelona:
www.diba.cat/benestar/spott/xarxa_drogues

Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: www20.gencat.cat/canalsalut

Plan Nacional sobre Drogas: www.pnsd.msc.es

NIDA (International Program on Drug Abuse): <http://international.drugabuse.gov>

EDEX, organización que trabaja en educación para la salud y prevención de las drogodependencias: www.edex.es

PDS (Promoción y Desarrollo Social): www.pdsweb.org

Instituto para el Estudio de las Adicciones: www.lasdrogas.info

Glosario

El glosario de términos que se presenta a continuación ha sido tomado y adaptado del manual *Prevención de la A a la Z. Glosario de prevención del abuso de droga* editado por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS) con la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas* de Francisco Alvira, editado por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y la *Guía de evaluación de programas preventivos de las drogodependencias* de la Diputación de Barcelona.

D

Disseño de evaluación. Es el plan esencial de una evaluación en lo que respecta a qué información recoger, cómo y cuando recogerla y como analizarla para cubrir los objetivos previstos.

E

Eficacia y efectividad de una intervención. Una intervención es eficaz en la medida que consigue los objetivos previstos. Una intervención es efectiva en la medida que tiene algún efecto positivo, tenga o no relación con los objetivos previstos. Supongamos que el objetivo de una intervención es disminuir el consumo de cannabis de un grupo de adolescentes. Si se logra este objetivo, se dirá que la intervención ha sido eficaz –se ha conseguido el objetivo previsto– y efectiva –se ha producido un efecto positivo.

Eficiencia de una intervención. La eficiencia de una intervención está relacionada con el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles. Será más eficiente aquella intervención que utilizando los mismos recursos logre más efectos positivos o que logre los mismos efectos utilizando menos recursos.

Estrategia de prevención. Con este término se designa todo aquello que caracteriza una intervención preventiva en lo que es el conjunto de actividades, actuaciones y/o servicios que constituyen la intervención; estrategia y modelo de intervención coinciden en gran medida.

Evaluación. Proceso de investigación que informa si la intervención preventiva ha sido eficaz, es decir, si ha conseguido los objetivos que pretendía. En general se habla de evaluación de proceso cuando se pretende analizar los pasos dados para poner en marcha la intervención: los recursos utilizados, materiales, población alcanzada, costes, etc. Cuando se pretende comprobar si se han producido efectos atribuibles a la aplicación de la actuación previstos –cambios de conocimiento, actitudes, etc.–

se habla de evaluación de resultados. Se puede plantear a corto plazo (después de la actuación) a medio plazo (a los 12-18 meses de finalizar la intervención) o a largo plazo (24 meses o más después de finalizar la intervención). Por último, si se pretende conocer todos los efectos la intervención en base a indicadores sociales hablamos de evaluación del impacto.

F

Factores de protección. Aquellas características individuales, ambientales o sociales, que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas.

Factores de riesgo. Son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas.

G

Grupo diana. Grupo de personas a las cuales se dirige una actuación o un programa (por ejemplo: población general, inmigrantes, jóvenes entre 14 y 19 años, etc.).

I

Implementación. Es el proceso de aplicación o ejecución de un programa.

Indicador. Magnitud asociada a una actividad que permite hacer el seguimiento y evaluación periódica de resultados.

Informantes clave. Se trata de personas que por su situación dentro de la comunidad son capaces de aportar información relevante. Responsables de entidades y servicios comunitarios (farmacias, policía local, asociaciones, etc.).

M

Metodología. Exposición de los pasos a seguir en la consecución de los objetivos previstos en el programa, así como de las medidas a tomar y los recursos necesarios para alcanzarlos.

O

Objetivo general. Es una afirmación sobre los resultados esperados de nuestra intervención en términos del problema sobre el que se está actuando. No tienen necesariamente que ser formulados en términos medibles, pero tienen que ser congruentes con la misión y los objetivos específicos y proporcionar la dirección hacia la que se encamina el estudio o programa.

Objetivo específico. Es una concreción del objetivo general y tiene que estar formulado sin ambigüedades y en términos operativos. Objetivo caracterizado como medible, factible, concreto, con referencia temporal y referido a la población destinataria y los resultados valorados en el estudio.

P

Pirámide de población. Representación gráfica de la composición de la población por edades y sexos. El porcentaje del total que compone cada grupo de edad se coloca a la derecha para las mujeres y a la izquierda para los hombres. Su utilidad es que facilita una rápida percepción sobre la estructura por edades y sexos de la población. Así, una pirámide de base ancha y vértice estrecho, significa una fertilidad alta.

Población diana. Grupo de personas al que se dirige una estrategia política, una intervención, o un programa (por ejemplo: población general, inmigrantes, jóvenes entre 14 y 19 años, etc.).

Programa. Conjunto organizado, sistemático y coherente de actividades y actuaciones realizadas con los recursos necesarios dirigidas a alcanzar unos objetivos determinados en una población definida y en un plazo establecido y en función de unos recursos materiales y humanos previamente determinados. Tiene la peculiaridad de ser transferible y generalizable.

Proyecto versus programa. Un proyecto es un conjunto de actuaciones y actividades dirigidas al logro de unos objetivos determinados, realizado dentro del marco de un programa y con un menor alcance que éste.

R

Reducción de daños. Intervenciones coordinadas dirigidas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin requerir necesariamente la abstinencia. El término reducción de daños empieza a ser utilizado más ampliamente a partir de los intentos de detener la extensión del HIV, proporcionando material de inyección estéril a los usuarios de drogas por vía parenteral en los primeros años de la década de los ochenta.

Reducción de la demanda. Las convenciones internacionales para el control de drogas usan este término en relación con el intento de disminuir la demanda de sustancias controladas por parte de los consumidores. Las estrategias de reducción de la demanda contrastan con las estrategias que intentan reducir la oferta, aunque en la práctica la reducción de la oferta y la demanda pueden ser complementarias. Generalmente el éxito de la reducción de la demanda se mide por la reducción de la prevalencia de uso, por ejemplo por una mayor abstinencia, y por lo tanto su impacto es distinto al de la reducción de daños.

Reducción de la oferta. La reducción de la oferta es un término amplio usado para un conjunto de actividades diseñadas para detener la producción, manufactura y distribución de drogas ilegales. El control de la oferta es un término usado a menudo para referirse a las actividades policiales y aduaneras. En la práctica preventiva, este término se amplía también a la oferta de drogas legales, incluyendo medidas que suelen ser de carácter legal y que regulan aspectos como la venta de alcohol o tabaco a menores, la publicidad de estas drogas, los horarios de venta, los establecimientos autorizados para la misma, etc.

Reducción de riesgos.¹² Enfoque que hace referencia a la actuación pragmática para promover la salud respetando las diferencias de estilos de vida. Reducir los riesgos

12. *Disminución del riesgo y reducción del daño.* Se trata de dos conceptos próximos, pero no idénticos. La disminución del riesgo se encuentra más próxima a la prevención (como en el caso de los programas orientados a evitar la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol u otras drogas, a fin de prevenir los accidentes de tráfico), mientras que la reducción del daño atañe más a la faceta asistencial (es el caso de los programas de mantenimiento con derivados opiáceos o las salas de venopunción asistida). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Plan Nacional de Drogas. P.69*

asociados a ciertos comportamientos y responsabilizar a los individuos de sus decisiones. El objetivo es permitir que las personas aprendan a gestionar los riesgos a partir de una información correcta y objetiva. De esta forma, las personas que han decidido no consumir, la información pretende reforzar su posición y ofrecer, en caso de consumo, pautas validas para que este consumo sea el menos problemático posible.

S

Sistema de información. Un sistema de información es una serie de procedimientos de recogida de información del programa de prevención de una forma sistemática y continuada.



**Diputació
Barcelona** | Àrea d'Atenció
a les Persones

Gerència de Serveis de Benestar Social

Pg. de la Vall d'Hebron, 171

Recinte Mundet - Edifici Serradell Trabal - 4a planta

08035 Barcelona

Tel. 934 022 160

Fax 934 022 496

www.diba.cat/benestar

gs.benestars@diba.cat