

**PLAN MUNICIPAL DE
PREVENCIÓN
DE DROGODEPENDENCIAS
DE AZUQUECA DE HENARES
2006-2011**



AYUNTAMIENTO DE AZUQUECA DE HENARES

INDICE

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

- 1.1. Introducción: Drogas en Castilla la Mancha y su evolución.
- 1.2. Análisis del entorno local: Azuqueca.
- 1.3. Principios de actuación.
- 1.4. Normativa sobre drogas.

2. AREAS DE ACTUACIÓN

- 2.1. Prevención.
- 2.2. Asistencia e integración social.
- 2.3. Formación.
- 2.4. Investigación.
- 2.5. Sistemas de información.
- 2.6. Evaluación.
- 2.7. Coordinación y participación ciudadana.
- 2.8. Normativa.

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN:

- Análisis situación drogodependencias en España.
- Introducción: Drogas en Castilla la Mancha y su evolución.
- Análisis del entorno local: Azuqueca.
- Principios de actuación.
- Normativa sobre drogas.

1.1. SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA

El consumo de drogas es uno de los principales problemas a que se enfrenta la sociedad actual, afectando gravemente – por la importancia de la problemática individual y social que genera- no solo a la salud pública, sino también al bienestar y al adecuado desarrollo de las colectividades.

Entre las sustancias consumidas, el abuso de drogas ilegales ha producido graves problemas de toda índole y una intensa alarma social favorecida, especialmente por el aumento de las actividades delictivas asociadas a tales consumos.

Si durante toda la década anterior y primeros años 90, la “droga” se asociaba en nuestro país fundamentalmente con la heroína y ésta era la sustancia que más preocupación causaba a la sociedad española, hoy tenemos claras evidencias sobre el descenso de su consumo en todas sus modalidades, tanto en el experimental, como en el ocasional y en el habitual. Esto no significa que no suframos aún durante años las graves consecuencias derivadas del consumo de muchos drogodependientes y la presencia del SIDA y otras enfermedades asociadas generan un gran número de problemas individuales y familiares tanto en la esfera sanitaria como social.

Desde principios de los años 90 aparece un nuevo fenómeno emergente caracterizado por el uso de nuevas drogas y la adopción de nuevos patrones de consumo. Entre las primeras han adquirido relevancia social las llamadas “**drogas de síntesis**”, con una gran expansión en un corto período de tiempo.

Lo más peculiar de estas sustancias –junto con otras más conocidas, como la cocaína y el alcohol- es la forma en que son consumidas por determinados sectores juveniles. Son consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la casi única motivación de la diversión. En el del alcohol existe con frecuencia una búsqueda intencionada de la embriaguez, con cambios en los horarios de salida de los jóvenes, y consumos en la vía pública, características que amplifican el fenómeno.

Un aspecto que conviene resaltar es que estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucedía con frecuencia en el caso de consumo de la heroína. Nos encontramos con nuevas modas, nuevas formas de estar en sociedad, que afectan a grupos importantes de jóvenes relativamente normalizados en otras esferas de la su vida.

Hoy sabemos que el consumo de drogas, tanto de tipo legal (alcohol y tabaco) como las de tipo ilegal, sea marihuana o hachís, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos, heroína, etc. tienen una alta prevalencia, una alta incidencia en problemas para la salud de muchas personas y una importante mortalidad, en muchos de los consumidores. Aunque son el tabaco el alcohol los que producen mayor

mortalidad, aparte de las enfermedades y discapacidades, cuando se habla de drogas se le ha prestado más atención a las drogas ilegales.

Las principales tendencias en lo que se refiere al consumo, podrían sintetizarse del siguiente modo:

Heroína:

Todos los datos disponibles apuntan a una estabilización, o incluso, descenso de su consumo. Así entre 1998 y 2000, los que habían consumido heroína alguna vez en la vida han pasado del 1% al 0,1% y los que la habían tomado en el mes anterior a ser encuestados del 0,4% al 0,1%.

A esto hay que añadir un dato de sumo interés desde el punto de vista de la salud pública: entre los consumidores de heroína continúa disminuyendo la vía de la inyección y aumentando la práctica de fumar o inhalar esta droga.

Drogas de síntesis: (éxtasis y similares)

Se trata de psicofármacos sintéticos, en general variantes de la anfetamina. La más conocida es el éxtasis o MDMA está incluida desde 1985 en la lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de las Naciones Unidas, que es donde se agrupan las sustancias consideradas más peligrosas y, por ello, más sujetas a control internacional.

Estas sustancias aparecieron en España en lugares de fuerte predominio turístico (Ibiza y Levante) y, en un primer momento, entre extranjeros. Su consumo se extendió con gran rapidez a partir de comienzos de los años 90 y en un breve periodo de tiempo.

Las drogas de síntesis forman y lideran una asociación de consumo con otras drogas, en especial los alucinógenos y las anfetaminas, lo que les confiere un riesgo notable.

En cuanto a los datos de su consumo, la última encuesta domiciliaria efectuada a la población general española de 15 a 65 años, señala que un 2,5% de los españoles habían consumido estas drogas alguna vez en la vida y un 0,8% en el último año. Sin embargo, hay que destacar el hecho de que una elevada proporción de quienes han consumido estas sustancias en alguna ocasión ya no lo hacen actualmente.

Pero el dato más relevante lo constituye, sin duda, la estabilización encontrada, por primera vez desde su aparición, en este tipo de sustancias. Incluso, y aunque es todavía pronto para poder afirmar que estamos ante una tendencia de consumo descendente y habrá que esperar a que otras encuestas confirmen estos resultados, existen datos que apuntan en este sentido.

Cocaína:

No parecen apreciarse grandes cambios en el consumo por parte de la población general que, según nuestros últimos datos se sitúa en un 3,2% para el consumo “alguna vez en la vida” y un 1,5% en el período de doce meses anterior a ser encuestados. Si se

detectó un ligero incremento durante los últimos años entre la población juvenil. En este sentido, la comparación entre las Encuestas Escolares, muestra que en este sector de la población, se pasó de un 1,7% al 2,2% entre los que afirmaban haberla consumido en los doce meses anteriores a ser encuestados.

El hecho más relevante en relación con el consumo de esta sustancia es el significativo aumento del número de personas que piden ser atendidas en servicios sanitarios y sociales en los últimos dos años. Todo ello aconseja un mayor nivel de vigilancia epidemiológica, prevención y tratamiento especializado de los problemas asociados a este consumo.

Respecto al crack, su consumo está, afortunadamente, muy poco extendido entre la población. No obstante, parece que existe un cierto consumo entre los usuarios de heroína, especialmente en algunas Comunidades Autónomas del sur de España, donde la heroína se consume principalmente por vía pulmonar (fumada o inhalada).

Cannabis:

Sus derivados, fundamentalmente el hachís, sigue siendo la droga ilegal de consumo más extendido en España. Aproximadamente uno de cada cinco españoles ha probado alguna vez esta sustancia.

Aunque hay que ser cautelosos a la hora de concluir que el consumo de Cannabis está aumentando en la población en general, sí puede confirmarse una expansión de este consumo en la población juvenil y adolescente en los últimos años.

Teniendo en cuenta al conjunto de la población, un 1,1% puede considerarse que son consumidores habituales: de hecho, ésta es la proporción de personas que lo consumen con una frecuencia semanal.

Alcohol:

Sin duda es ésta la sustancia tóxica más consumida por los españoles: 60,7% del conjunto de la población declara haber consumido alcohol durante los 30 días previos a ser encuestados, el 13,7% lo hace diariamente y un 9,3% se había emborrachado alguna vez durante el último año.

Los análisis realizados por el Observatorio Español sobre Drogas constatan una serie de aspectos que conviene resaltar:

- La mayor proporción de personas que declaran consumir alcohol en el mes anterior a ser encuestados se da en el periodo de edad entre los 15 y los 29 años.

En ese intervalo se llega al 73% de bebedores de fin de semana, siendo éste un patrón de consumo de clara exposición.

Otra de las características del patrón juvenil es la búsqueda intencionada de la embriaguez, de tal modo que el 39,5% de los jóvenes declara haberse emborrachado durante el último año previo a la encuesta y hasta el 4% en la semana anterior.

Una realidad preocupante la constituye la evidente precocidad en los consumos de tal modo que el 36,3% de los adolescentes (una población 3.400.000 menores) ha probado el alcohol antes de cumplir los 16 años.

A pesar de estos datos, persiste una gran tolerancia social ante el consumo de alcohol, y una escasa percepción del riesgo del mismo, lo que dificulta la aplicación de estrategias dirigidas a su prevención.

Evolución del consumo de bebidas alcohólicas en la población joven (15-29 años) por sexo y grupos de edades 1998-2004

Para cada año, porcentajes sobre el total de cada grupo de edad y sexo

| Sexo y grupos de edades | Beben actualmente | | Nunca han bebido | | BASE (N:) | |
|-------------------------|-------------------|-------|------------------|-------|------------|--------|
| | 1998 | 2004 | 1998 | 2004 | 1998 | 2004 |
| AMBOS SEXOS | | | | | | |
| Total 15-29 años | 62,5% | 57,3% | 30,8% | 21,6% | (2461) | (1466) |
| De 15 a 19 años | 50,2% | 49,3% | 43,1% | 32,1% | (847) | (458) |
| De 20 a 24 años | 69,3% | 65,2% | 23,6% | 15,3% | (824) | (509) |
| De 25 a 29 años | 68,4% | 56,5% | 25,2% | 18,2% | (791) | (499) |
| VARONES | | | | | | |
| Total 15-29 años | 70,7% | 66,2% | 23,3% | 16,2% | (1249) | (734) |
| De 15 a 19 años | 55,2% | 52,2% | 38,2% | 30,4% | (437) | (230) |
| De 20 a 24 años | 76,5% | 75,1% | 17,3% | 9,1% | (422) | (253) |
| De 25 a 29 años | 81,9% | 70,1% | 12,9% | 10,4% | (390) | (251) |
| MUJERES | | | | | | |
| Total 15-29 años | 54,0% | 48,4% | 38,6% | 26,9% | (1212) | (732) |
| De 15 a 19 años | 45,0% | 46,5% | 48,2% | 33,8% | (410) | (228) |
| De 20 a 24 años | 61,8% | 55,5% | 30,2% | 21,5% | (402) | (256) |
| De 25 a 29 años | 55,3% | 42,7% | 37,2% | 26,2% | (401) | (248) |

Fuente: INJUVE, Calidad de vida de los jóvenes, 1998
INJUVE, Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven 2004

Tabaco:

El tabaco es, junto con el alcohol, la sustancia tóxica más consumida por los españoles. Según los últimos datos disponibles, una gran mayoría de españoles la ha probado en alguna ocasión. Los mayores consumidores diarios de tabaco se registran entre los hombres, las personas de 25 a 29 años.

Las actuales generaciones de jóvenes se inician antes en el hábito de fumar, con un porcentaje apreciable que ha probado esta sustancia antes de los 14 años. Igualmente, hay que señalar que las mujeres de 15 a 19 años de edad empiezan a fumar antes que los varones de la misma edad, al contrario de lo que sucedía en generaciones anteriores. Por otro lado, en el sector de jóvenes de 15 a 19 años que fuma todos los días, es superior el porcentaje de mujeres que tienen ese hábito que el de hombres.

Evolución del consumo de tabaco en la población joven (15-29 años), por sexo y grupos de edades. 1995-2001

Para cada años, porcentajes sobre el total de cada grupo de edad y sexo

| Sexo y grupos de edades | Fuman actualmente | | | Nunca han fumado | | | BASE (N:) | | |
|-------------------------|-------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|-----------|--------|--------|
| | 1995 | 1998 | 2001 | 1995 | 1998 | 2001 | 1995 | 1998 | 2001 |
| AMBOS SEXOS | | | | | | | | | |
| Total 15-29 años | 50,6% | 44,0% | 36,1% | 41,2% | 47,8% | 51,9% | (1200) | (2462) | (1504) |
| De 15 a 19 años | 40,0% | 32,6% | 24,1% | 54,1% | 62,7% | 64,8% | (410) | (847) | (461) |
| De 20 a 24 años | 54,4% | 49,5% | 41,6% | 39,4% | 40,6% | 45,9% | (400) | (824) | (530) |
| De 25 a 29 años | 57,7% | 50,4% | 41,2% | 29,5% | 39,4% | 46,4% | (390) | (792) | (513) |
| VARONES | | | | | | | | | |
| Total 15-29 años | 53,7% | 45,7% | 33,0% | 40,0% | 46,8% | 54,6% | (612) | (1248) | (766) |
| De 15 a 19 años | 41,2% | 32,7% | 16,2% | 54,4% | 62,3% | 72,4% | (209) | (435) | (236) |
| De 20 a 24 años | 58,0% | 52,1% | 39,3% | 38,6% | 39,1% | 44,6% | (204) | (423) | (269) |
| De 25 a 29 años | 62,6% | 53,1% | 41,7% | 26,2% | 37,7% | 48,9% | (199) | (390) | (260) |
| MUJERES | | | | | | | | | |
| Total 15-29 años | 47,2% | 42,2% | 39,3% | 42,6% | 48,9% | 49,0% | (588) | (1215) | (738) |
| De 15 a 19 años | 38,8% | 32,5% | 32,4% | 53,9% | 63,0% | 56,9% | (201) | (412) | (224) |
| De 20 a 24 años | 50,7% | 46,7% | 43,9% | 40,3% | 42,2% | 47,1% | (196) | (401) | (261) |
| De 25 a 29 años | 52,5% | 47,7% | 40,7% | 33,0% | 41,0% | 43,8% | (191) | (402) | (253) |

Fuente: INJUVE, Calidad de vida de los jóvenes 1995, 1998
INJUVE, Sondeo periódico de opinión y situación de los jóvenes 4º trimestre 2001

Tabla 2.1. Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas (porcentaje). España, 1995-99.

| | Alguna vez | | | Últimos 12 meses | | | Últimos 30 días | | | Diario | | |
|-------------------|------------|------|------|------------------|------|------|-----------------|------|------|--------|------|------|
| | 1995 | 1997 | 1999 | 1995 | 1997 | 1999 | 1995 | 1997 | 1999 | 1995 | 1997 | 1999 |
| Tabaco | * | 68,3 | 65,1 | * | 44,9 | 43,7 | | 40,6 | 39,8 | 34,8 | 32,9 | 32,6 |
| Alcohol | * | 89,9 | 87,1 | 68,2 | 77,8 | 74,6 | 53,0 | 60,7 | 61,7 | 14,6 | 12,9 | 13,7 |
| Cánnabis | 13,5 | 21,7 | 19,5 | 6,8 | 7,5 | 6,8 | 3,1 | 4,0 | 4,2 | 0,7 | 0,9 | 1,1 |
| Éxtasis | 1,9 | 2,5 | 2,4 | 1,2 | 1,0 | 0,8 | 0,3 | 0,2 | 0,2 | | | |
| Cocaína | 3,2 | 3,2 | 3,1 | 1,8 | 1,5 | 1,5 | 0,4 | 0,5 | 0,6 | | | |
| Alucinógenos | * | 2,6 | 1,9 | * | 0,9 | 0,6 | * | 0,2 | 0,2 | | | |
| Anfetamina/Speed | * | 2,5 | 2,2 | * | 0,9 | 0,7 | * | 0,3 | 0,2 | | | |
| Inhalables | * | 0,7 | 0,6 | * | 0,2 | 0,1 | * | 0,1 | 0,1 | | | |
| Heroína | 1,0 | 0,5 | 0,4 | 0,5 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,2 | 0,1 | | | |
| Base/basuco/crack | | 0,4 | 0,3 | * | 0,1 | 0,2 | * | <0,1 | 0,1 | | | |

* Datos no disponibles para la Encuesta Domiciliaria de 1995 .
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED).

1.2. DROGAS EN CASTILLA LA MANCHA: SU EVOLUCIÓN.

En Castilla la Mancha la situación no es muy diferente al resto del país. Tal como señala el análisis del Plan Nacional sobre Drogas, el 19% de los sujetos mayores de 16 años ha probado el Cannabis en alguna ocasión. Igualmente el 4,9% ha probado la cocaína, el 0,2% ha probado la heroína y el 0,8%, ha probado el crack.

Estos resultados aunque similares a los que se producen en el conjunto de España sugieren que en Castilla-La Mancha hay unos porcentajes de consumidores ligeramente inferiores al del resto del Estado, con la única excepción del crack que se encuentra en niveles superiores al porcentaje nacional. Ello se ve confirmado por los datos obtenidos en el sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (2002) que sitúan a Castilla-La Mancha entre las regiones con menor tasa de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (superior al 25% inferior al 30%) junto a Baleares y Canarias.

En relación a las llamadas drogas de diseño, el 3% de la población de 16 a 40 años ha consumido alguna vez en su vida estas sustancias. El consumo en Castilla-La Mancha con un 47% siendo una de las comunidades autónomas más altas.

Por lo que se refiere a la población escolarizada de Castilla-La Mancha, el análisis nos indica el consumo de drogas ilegales entre los escolares de esta región es similar al del conjunto del país. Únicamente se observa un consumo significativamente menor del Cannabis y de las drogas de diseño.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 1993, la prevalencia del tabaquismo en Castilla-La Mancha, se encuentra por debajo de la media nacional, con un 32% de población de 16 y más años fumadora, frente a un 36% en España. Respecto a la encuesta realizada en 1987, se ha producido un descenso en el porcentaje de fumadores (del 34% al 32%) y un incremento de los no fumadores (50% frente a un 55%).

Referido a sexos, el porcentaje de hombres fumadores es más alto que el de mujeres (47% y 18,2%) aunque esta diferencia disminuye con la edad (23,4% y 0,9% en el grupo de 65 y más años; 41,7% y 4,4% en el grupo de 45-64 años; 67% y 32,7% en el grupo de 25-44 años; 42,1 y 41,2% en el grupo de 15-24 años) siendo mínima en el grupo de 15-24 años (1,1%).

Al analizar la tipología del consumo de tabaco en Castilla-La Mancha, la encuesta arrojó los siguientes resultados: un 67% de no fumadores, un 4% de fumadores no diario, un 9% de fumadores moderados (de 1 a 10 cigarrillos diarios), un 15% de fumadores habituales (de 11 a 20 cigarrillos diarios), un 4% de fumadores altos de (de 21 a 40 cigarrillos diarios) y un 0% de fumadores pesados (de más de 40 cigarrillos).

**TIPOLOGÍA DEL CONSUMO DE TABACO, CASTILLA LA MANCHA/ ESPAÑA 1993.
POBLACIÓN DE MÁS DE 16 AÑOS.**

| | ESPAÑA | CASTILLA-LA MANCHA |
|-------------------|--------|--------------------|
| No fumadores | 63% | 67% |
| Fumador no diario | 4% | 4% |
| Fumador moderado | 11% | 9% |
| Fumador habitual | 15% | 15% |
| Fumador alto | 5% | 4% |
| Fumador pesado | 0% | 0% |
| No contesta | 1% | 1% |

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de 1993

En el estudio de los datos de la ENCUESTA SOBRE DROGAS EN LA EDAD ESCOLAR realizada en Castilla la Mancha, en el año 2000 se ponen de manifiesto las cuestiones que se indican a continuación. Se ha reducido el porcentaje de jóvenes que fuman en la actualidad, pasando de 31 de cada 100 en 1998 a 27 de cada 100 en el 2000. se ha registrado una reducción del 12% en los escolares de 14 a 18 años que manifiestan haber fumado alguna vez, pasando de un 66% a un 59% entre el año 1998 y el 2000.

El contacto de los escolares con las diferentes drogas se produce en edades tempranas, siendo el consumo de tabaco el que más tempranamente se da entre los jóvenes (a los 13 años), seguido de las bebidas alcohólicas (13,4 años), los tranquilizantes (14,3%) y el Cannabis (14,8). La cocaína es la droga cuyo consumo comienza en edades más avanzadas (15,7 años). Las edades medias de inicio al consumo de las tres sustancias con mayores prevalencias (alcohol, tabaco y Cannabis) han descendido en el periodo 1998-2000.

Las restantes sustancias, (alucinógenos, tranquilizantes, cocaína y éxtasis) presentan incrementos en dichas edades de inicio del consumo, observándose el más elevado en los consumidores de éxtasis que de 15 años pasa a 15,5.

Tanto en el patrón de consumo experimental como en el habitual, los varones presentan mayores prevalencias de consumo en las mujeres en todas las sustancias excepto en el tabaco y los tranquilizantes sin receta médica.

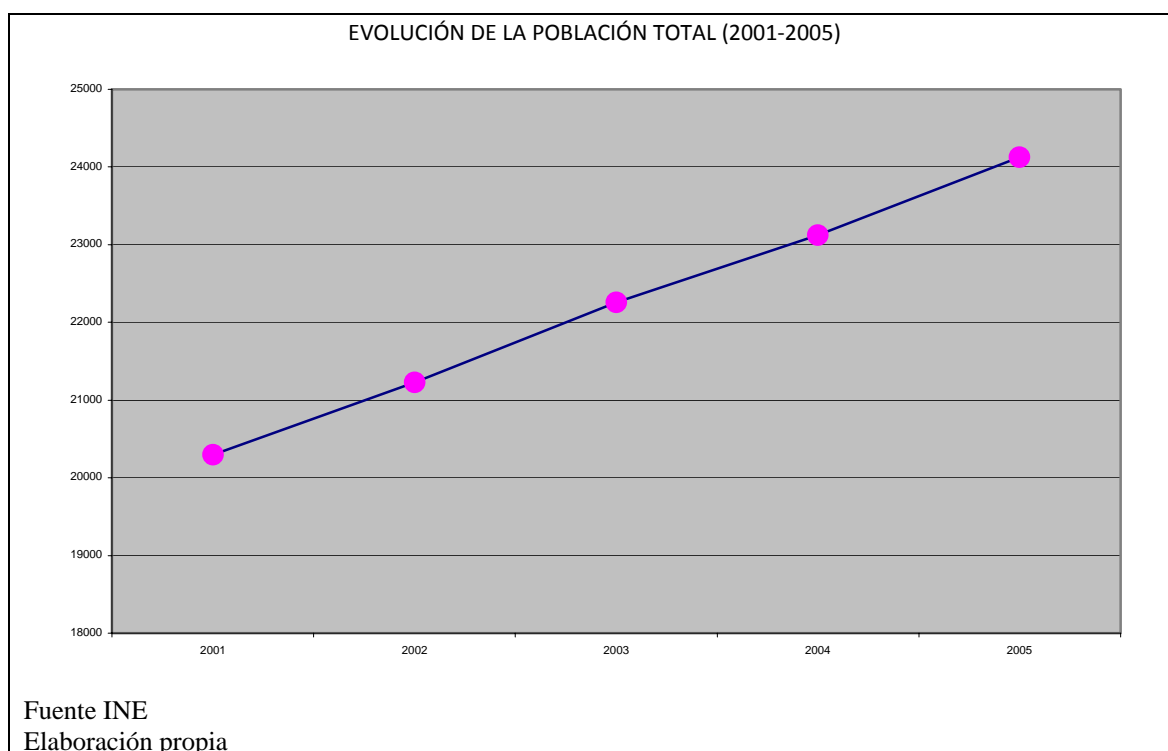
Por otra parte se ha visto que, independientemente de la droga analizada, la proporción de consumidores aumenta progresivamente conforme aumenta la edad, es decir, a mayor edad del escolar mayores porcentajes de consumidores. Los mayores

incrementos en los consumos de tabaco, alcohol y Cannabis se observan entre los 14 y 15 años, lo que hace de esta una edad crítica en la expansión de los mismos. Por el contrario, para los psicoestimulantes los mayores incrementos se registran a partir de los 16 años.

1.3. ANÁLISIS DEL ENTORNO LOCAL: AZUQUECA DE HENARES

La población de Azuqueca de Henares es un ejemplo de crecimiento demográfico bajo el concepto que se denomina “ciudad dormitorio”; la proximidad a Madrid ha hecho que Azuqueca de Henares, perteneciente al Corredor del Henares haya sufrido un considerable incremento, si consideramos el período de tiempo desde el 2001 al 2005. Según el instituto Nacional de Estadística, en el 2005 la población de Azuqueca de Henares se cifró en 24097 personas, de las cuales 12304 son hombres y 11793 son mujeres.

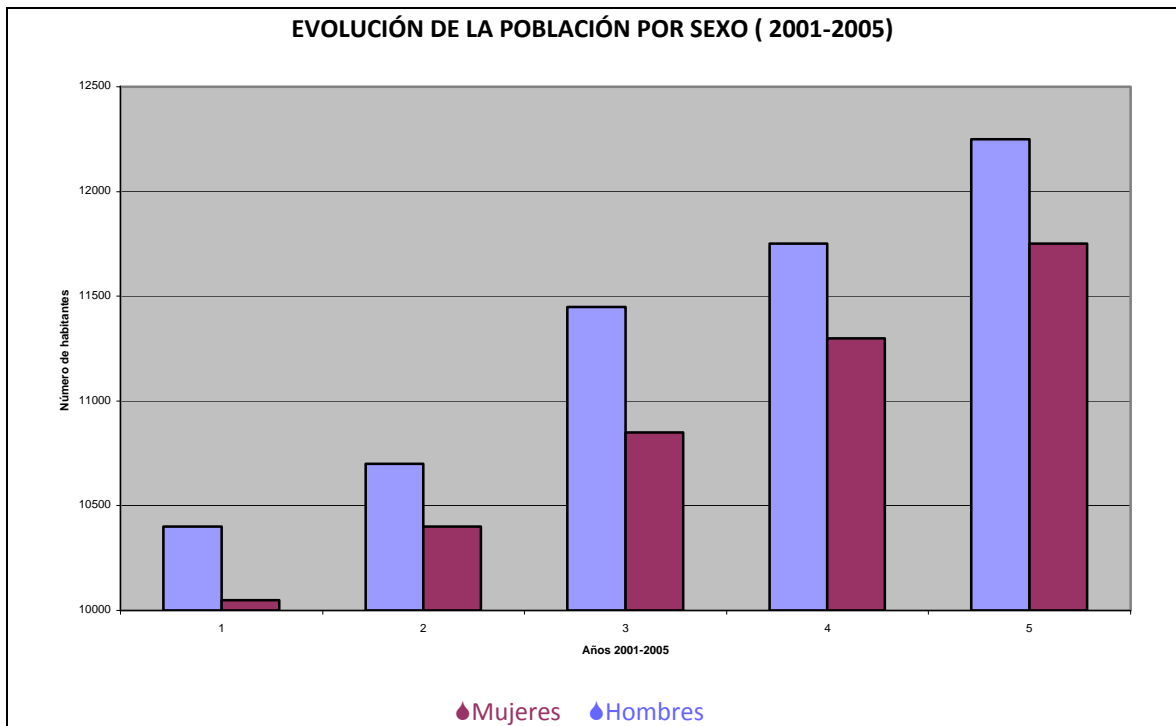
Como se observa en el gráfico, el incremento poblacional del municipio ha sido constante a lo largo de este período, incrementándose la población total en un 18,22%.



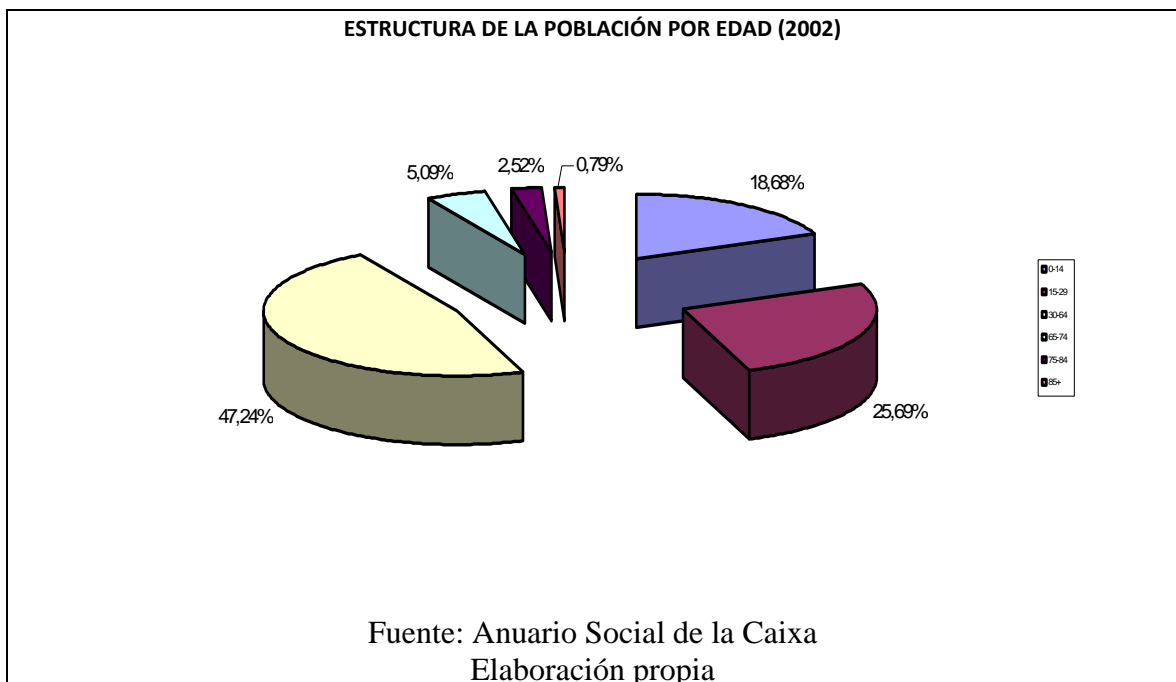
Si analizamos esta estructura poblacional desde el punto de vista de género, se puede observar que en la población de Azuqueca de Henares existe un porcentaje de hombres sensiblemente superior que de mujeres. Concretamente, en el 2005 el porcentaje total de hombres en Azuqueca de Henares era de 51,06% frente al 48,94% de mujeres. Esta situación se ha agudizado con el paso de los años, ya que en el 2001 esta diferencia era menor, el 50,8% de la población era masculina, frente al 49,2% que era femenina.

Si atendemos al incremento que ha sufrido la población de Azuqueca de Henares por género, se advierte que el incremento poblacional es mayoritariamente

masculino, con un incremento desde el 2001 hasta el 2005 del 18,22%, frente al 17,61% femenino.



La estructura de la población es considerablemente joven; si bien el grueso de la población se concentra en el período de edad que comprende desde los 30 a los 64 años con un 25,69%, la población joven, hasta los 14 años, supone un 18,68% de la población. Los mayores de 65 años suponen únicamente el 8,4% de la población.



Un dato esclarecedor que demuestra lo que se ha defendido es la edad media poblacional de Azuqueca de Henares; para el total de la población, se sitúa en 33,5 años, y si atendemos a diferencias en materia de género, la edad media de los hombres está en 33,1 años y el de las mujeres en 33,9. La diferencia por género se explica desde la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Se puede decir además, que Azuqueca de Henares goza de vitalidad demográfica, gracias a un crecimiento demográfico positivo derivado de una buena tasa de natalidad y de tasas bajas de mortalidad.

La inmigración supone así mismo un importante dato a tener en cuenta. En los últimos años, la población de Azuqueca de Henares se ha incrementado por la llegada de la población inmigrante extranjera, ascendiendo al 9,55% de la población total del municipio (2003).

Como se ha comentado anteriormente, Azuqueca de Henares se encuentra en las proximidades de un importante núcleo poblacional como es Madrid, por lo que se prevé que este crecimiento poblacional continuará durante las próximas décadas.

1.4. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

La planificación permite concebir un futuro deseado para el conjunto de la comunidad, así como plantear los medios reales para alcanzarlo. Ha de contemplarse como el proceso mediante el cual se realiza un diagnóstico sobre la realidad social, estableciendo posteriormente prioridades y estrategias de acción. Esto implica el conocimiento de los recursos existentes y la determinación de los necesarios, así como un compromiso de finalidad, que no termina con la formulación del plan, sino que es un proceso vivo de permanente adecuación y readaptación a la realidad cambiante.

Desde la lógica de lo social el Plan Municipal sobre Drogas de Azuqueca de Henares estará orientado a incrementar el bienestar social de los ciudadanos en los distintos espacios de su vida personal y social, en lo que constituye materia de responsabilidad pública. Se tratará de optimizar los presupuestos destinados a estos fines, mediante la toma de decisiones racionales, con criterios de eficiencia tendentes a mejorar los procesos de la propia planificación y gestión. También requerirá de la implicación y de la corresponsabilidad entre todos los agentes implicados en la atención al problema. Universalizar las responsabilidades en el abordaje del fenómeno, se hace necesario si se desea ser eficaz y eficiente en las políticas sobre drogas, y más concretamente en las del área de prevención.

Todo proceso de planeamiento requiere de una reflexión sobre los principios y finalidades de la misma. Así, en los distintos niveles de planificación de los Servicios Sociales y Sanitarios están implícitos un gran número de principios, que se fundamentan, entre otros, en los valores de justicia, solidaridad, participación, dignidad y en los derechos humanos y sociales.

La planificación en materia de drogas deberá partir de los principios de *racionalidad, participación, transformación social, calidad y eficiencia, servicios prestados, flexibilidad, innovación, normalización y atención a la norma*. Y en estos principios serán los ejes transversales en los que se fundamente el plan.

PRINCIPIO DE RACIONALIDAD

Se entiende la racionalidad como el método o la selección óptima de los medios para alcanzar unos fines, partiendo de un sistema de valores que resulte aceptable para los actores que se impliquen en el diseño y proceso de la planificación. Lo que le da mayor complejidad a la racionalidad es la multiplicidad de decisiones que ha de discurrir de forma interrelacionada con una red de objetivos, el reconocimiento de los medios y la influencia de las fuerzas del entorno.

La racionalidad en la planificación está relacionada con criterios de: factibilidad, utilidad e importancia, es decir, en los procesos de toma de decisiones tiene que analizarse si la opción elegida es posible llevarla a cabo (factibilidad); si dicha opción puede producir

algún provecho (utilidad) y al mismo tiempo si es relevante para generar bienestar social y calidad de vida a los ciudadanos y usuarios de los servicios sociales (importancia).

PRINCIPIO NORMATIVO

Las normas son el fruto del contexto organizacional y político, que contribuye al establecimiento de las grandes orientaciones que deben presidir todo proceso planificador, siendo el ordenamiento jurídico la materialización de esta afirmación.

PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN

Se opta en la elaboración del Plan por la Participación, dado que la contribución de todos (sistemas públicos y sociedad civil organizada), implicará que los objetivos y las estrategias utilizadas respondan a las aspiraciones de la mayoría, y los recursos y administraciones se sientan comprometidos. La ausencia de participación puede crear indiferencia, no cooperación y desconfianza ante el propio plan y sus estrategias de acción. Por otra parte, puede conducir a que se planteen o enuncien objetivos equívocos o irreales, que poco o nada tengan que ver con las necesidades verdaderas y/o sentidas por la comunidad. Sólo la participación de “todos” puede garantizar el éxito en la formulación del Plan.

PRINCIPIO DE TRANSFORMACIÓN.

Este principio contempla los cambios que se han de generar sobre la realidad social y las situaciones y problemas de las personas, con miras a conseguir una mayor calidad de vida. Como consecuencia, la planificación puede ser considerada como un instrumento estratégico para configurar una nueva situación en una realidad cambiante. Frente a las dinámicas de cambio de la sociedad y del fenómeno de las drogas se hacen necesarias nuevas respuestas públicas que atiendan el problema desde las situaciones actuales. Al hablar de planificación es casi inaudible hacerlo en relación con el concepto de transformación y cambio.

Como propone en el Plan, se deberá de priorizar la prevención como estrategia más importante para enfrentarse a este problema. Prevención que se basará en la educación y estará dirigida de forma destacada a los niños y los jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como persona y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. La prevención se interesará preferentemente por evitar tanto el uso y el abuso de drogas, como por otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo y tendrá siempre presente la necesidad de implicación de los sistemas públicos y de la sociedad civil organizada.

La planificación es un proceso dinámico “de y para el cambio” de las demandas y de las necesidades sociales; lo es también para las “formas” de intervenir socialmente. Transforma la realidad y la acerca lo más posible a los objetivos propuestos. Este

principio no propone el cambio por el cambio, lo que pretende conseguir es una serie de metas previamente indicadas.

Este principio de transformación se orienta en la práctica a introducir en la planificación esa visión de respuestas, tanto a las necesidades actuales como las del futuro. En este sentido, es preciso mirar el futuro como un mapa de necesidades que se nos presenta con rasgos nuevos. Siendo necesario revisar los sistemas de políticas activas y los sistemas de protección social.

NORMALIZACIÓN

Referirse a la normalización como principio del Plan, es entender el fenómeno de las drogodependencias como un problema complejo, multifactorial y mutante, que requiere de una intervención global, integral y coordinada. Por otra parte, en los últimos años se ha extendido o expandido el consumo o el uso de drogas, variando de forma importante los patrones y las formas de consumo. El perfil actual de las personas consumidoras de drogas, así como el de las que presentan adicción a las mismas, no se ajusta a patrones más o menos establecidos y relacionados con situaciones multiproblemáticas. Cada día es un perfil más variado y que tiene relación directa con las sustancias consumidas. Por otra parte siguen siendo el alcohol y el tabaco las drogas de mayor uso y abuso, sustancias que están plenamente integradas en las formas de vida y relación social de las personas.

FLEXIBILIDAD

Todo proceso de planificación requiere de flexibilidad en la ejecución, dado que ha de ser necesario el adaptarse a las posibles modificaciones, que se vayan produciendo en una realidad cambiante. La rigidez en los procesos de planeamiento significará necesariamente, que se produzcan desfases, producto de la falta de readecuación de los programas o proyectos a las necesidades siempre en evolución y cambio.

El fenómeno de las drogodependencias no es estático, no permanece inamovible en el tiempo, todo lo contrario. Se podría afirmar, que en los últimos tiempos se está asistiendo con frecuencia a modificaciones sustanciales respecto a los productos consumidos, las formas de consumo, los escenarios etc. Por lo tanto las decisiones adoptadas sobre los objetivos, políticas y estrategias deberán mostrarse flexibles y con capacidad de adaptación y reacción ante los cambios que acontezcan.

CALIDAD

Se propone la calidad como principio inspirador del Plan Municipal sobre Drogas de Azuqueca de Henares que se entiende que es necesario seguir avanzando de forma ordenada y coherente, donde la calidad de los servicios ofertados y prestados esté

presente. Con el fin de valorar la calidad de los mismos será preciso hacer un esfuerzo en la evaluación.

La evaluación deberá estar presente en todo el proceso de planificación, configurando la retroalimentación, estimación de necesidades, la conceptualización de la lógica del programa, de la intervención, de la cobertura, del proceso, de los resultados etc. Es una función que complementa a la planificación y forma un todo con ella, que se constituye, como una serie de pasos sistemáticos y organizados, que se inician ya desde el comienzo de la fase de diagnóstico y concluyen en el momento que se termina la ejecución, realizándose la medición final de los logros a fin de extraer conclusiones.

Por lo tanto el proceso planificación-evaluación, es una cadena continua de planificación y reprogramación, perfectamente alimentada desde la evaluación, con modificaciones y rectificaciones que permiten un justo equilibrio entre las necesidades y recursos. El sistema de evaluación está fuertemente vinculado a la valoración de la calidad del propio proceso de planificación, de la ejecución, de los servicios ofertados y de los resultados obtenidos.

La evaluación está directamente relacionada con la calidad, en el sentido de que conocer la calidad de los servicios prestados sólo será posible si existe un riguroso sistema evaluativo.

INNOVACIÓN

Es la capacidad de encontrar nuevas aportaciones, nuevos modos de expresión, sacar nuevas ideas, dar existencia a lo nuevo, aportando creatividad, espontaneidad, pensamiento abstracto, valentía, enriquecimiento, amplitud..., favoreciendo la capacidad de ver con antelación los resultados, incorporar a la cultura de trabajo las nuevas tecnologías de la información y la comunicación...

En el campo de las drogodependencias se ha hecho uso de la innovación en la programación de actuaciones y se deberá seguir esforzando en encontrar nuevas ideas frente a las diferentes situaciones. Esto no implica olvidarse de las medidas y estrategias que han demostrado su utilidad, todo lo contrario pretende profundizar en las mismas o acompañarlas.

Es de sobra conocido que el comportamiento del fenómeno de las drogas está cambiando en los últimos años, apareciendo nuevos patrones de consumo, nueva población que consume, reaparición de drogas y estabilización en el consumo de otras. Ha de ser preciso adaptarse a estos cambios y enfrentarse a ellos con creatividad y acciones innovadoras.

1.5. NORMATIVA SOBRE DROGAS

En este apartado se señalarán el conjunto de leyes, acuerdos, declaraciones y normas internacionales, nacionales, autonómicas y municipales relacionadas con las drogodependencias.

Marco Internacional

AÑO 1912

CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE RESTRICCIÓN EN EL EMPLEO Y TRÁFICO DE OPIO, MORFINA, COCAÍNA Y SUS SALES. LA HAYA, 23 DE ENERO DE 1912.

AÑO 1925

CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE RESTRICCIÓN EN EL TRÁFICO DEL OPIO, MORFINA Y COCAÍNA. GINEBRA, 19 DE FEBRERO DE 1925.

AÑO 1931

CONVENIO INTERNACIONAL SOBRE FABRICACIÓN Y REGLAMENTACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE ESTUPEFACIENTES. GINEBRA 13 DE JULIO DE 1931.

AÑO 1936

CONVENIO PARA LA SUPRESIÓN DEL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS NOCIVAS. GINEBRA, 26 DE JUNIO DE 1936.

AÑO 1946

CONVENIO DE CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. NUEVA YORK, 22 DE JULIO DE 1946.

AÑO 1948

RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA O.M.S., DE JULIO DE 1948, SOBRE CREACIÓN Y COMPOSICIÓN DE UN COMITÉ DE EXPERTOS SOBRE DROGAS QUE ENGENDRAN HÁBITO.

PROTOCOLO SOBRE FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL DE DROGAS SINTÉTICAS. PARÍS, 19 DE NOVIEMBRE DE 1948.

AÑO 1949

ESTATUTO DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 5 DE MAYO DE 1949.

AÑO 1952

PROTOCOLO QUE PONE FIN A LOS ACUERDOS DE BRUSELAS PARA UNIFICACIÓN DE LA FÓRMULA DE MEDICAMENTOS HERÓICOS. GINEBRA, 20 DE MAYO DE 1952.

AÑO 1953

PROTOCOLO SOBRE ADORMIDERA Y OPIO. NUEVA YORK, 23 DE JUNIO DE 1953.

AÑO 1956

ESTATUTO DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE POLICÍA CRIMINAL-INTERPOL.

AÑO 1957

TRATADO CONSTITUTIVO DE LA COMUNIDAD EUROPEA. ROMA, 25 DE MARZO DE 1957.

AÑO 1971

CONVENIO SOBRE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS. VIENA, 21 DE FEBRERO DE 1971. (SE INCLUYE, COMO ANEXO, LISTA ACTUALIZADA EN DICIEMBRE DE 1995 DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL).

RECOMENDACIÓN, DE 8 DE JUNIO DE 1971, DEL CONSEJO DE COOPERACIÓN ADUANERA SOBRE INFORMACIÓN EN LO RELATIVO AL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS.

AÑO 1973

RESOLUCIÓN DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 19 DE ENERO DE 1973, SOBRE LOS ASPECTOS PENALES DEL ABUSO DE LAS DROGAS.

AÑO 1975

CONVENCIÓN ÚNICA DE 1961, SOBRE ESTUPEFACIENTES, ENMENDADA POR PROTOCOLO DE 25 DE MAYO DE 1972. NUEVA YORK, 8 DE AGOSTO DE 1975. (SE INCLUYE, COMO ANEXO, LISTA ACTUALIZADA EN MARZO DE 1996 DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES SOMETIDAS A FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL).

AÑO 1978

RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA O.M.S., DE MAYO DE 1978, SOBRE INTENSIFICACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL TABACO (RESTRICCIÓN DE LA PUBLICIDAD, AUMENTO DE IMPUESTOS, ETC.)

AÑO 1979

RESOLUCIÓN 34/177, DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA O.N.U., DE 17 DE DICIEMBRE DE 1979, SOBRE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA LA FISCALIZACIÓN DEL USO INDEBIDO DE DROGAS.

AÑO 1980

RESOLUCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA O.M.S., DE MAYO DE 1980, SOBRE ESFUERZOS PARA COMBATIR EL USO INDEBIDO DE DROGAS.

AÑO 1982

RECOMENDACIÓN R. (82) 4, DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 16 DE MARZO DE 1982, SOBRE LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS PROVOCADOS POR EL ALCOHOL ESPECIALMENTE ENTRE LOS JÓVENES.

RECOMENDACIÓN R (82) 5, DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 16 DE MARZO DE 1982, SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA TOXICOMANÍA Y EL ESPECIAL PAPEL DE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

RECOMENDACIÓN R (82) 6, DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 16 DE MARZO DE 1982, RELATIVA AL TRATAMIENTO Y A LA RESOCIALIZACIÓN DE LOS TOXICÓMANOS.

AÑO 1984

RECOMENDACIÓN R (84) 3, DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 23 DE FEBRERO DE 1984, SOBRE LOS PRINCIPIOS DE LA PUBLICIDAD TELEVISIVA.

DECLARACIÓN FINAL DE LA SÉPTIMA CONFERENCIA INTERMINISTERIAL, DEL GRUPO POMPIDOU DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 12 DE SEPTIEMBRE DE 1984.

RECOMENDACIÓN R (84) 19, DEL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 15 DE SEPTIEMBRE DE 1984, RELATIVA A LA CARTA EUROPEA CONTRA LA DROGA EN EL DEPORTE.

RECOMENDACIÓN 989 (1984), DE LA ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, DE 27 DE SEPTIEMBRE DE 1984, RELATIVA A LA LUCHA CONTRA EL ABUSO Y EL TRÁFICO DE DROGAS.

CONVENIO SOBRE COMUNICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES Y DE INFORMACIÓN SOBRE CONDENAS JUDICIALES POR TRÁFICO ILÍCITO DE ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS SICOTRÓPICAS. LISBOA, 12 DE OCTUBRE DE 1984.

DECLARACIÓN 39/142, DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA O.N.U., DE 14 DE DICIEMBRE DE 1984, SOBRE LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y EL USO INDEBIDO DE DROGAS.

AÑO 1985

RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 1985, SOBRE LA LUCHA CONTRA LA TOXICOMANÍA.

RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO, DE 13 DE SEPTIEMBRE DE 1985, SOBRE LA LUCHA CONTRA LA DROGA.

AÑO 1986

ACTA ÚNICA EUROPEA, FIRMADA EN LUXEMBURGO EL 17 DE FEBRERO DE 1986 Y EN LA HAYA EL 28 DE FEBRERO DE 1986.

CONVENIO, DE 8 DE ABRIL DE 1986, ENTRE LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA ALEMANA Y ESPAÑA, SOBRE COOPERACIÓN EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA Y DE CIENCIA E INVESTIGACIONES MÉDICAS.

RESOLUCIÓN 86/C-184/02, DE 29 DE MAYO DE 1986, DEL CONSEJO Y DE LOS REPRESENTANTES DE LOS GOBIERNOS DE LOS ESTADOS MIEMBROS, REUNIDOS EN EL SEÑO DEL CONSEJO, RELATIVA AL ABUSO DE ALCOHOL.

ACUERDO ENTRE ESPAÑA E ITALIA SOBRE COOPERACIÓN EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA DE 3 DE JUNIO DE 1986.

RESOLUCIÓN DEL PARLAMENTO EUROPEO, DE 9 DE OCTUBRE DE 1986, SOBRE EL PROBLEMA DE LA DROGA.

RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, DE 10 DE NOVIEMBRE DE 1986, SOBRE UNA ACCIÓN PARA HACER FRENTE AL PROBLEMA DE LAS DROGAS.

AÑO 1987

ACUERDO ENTRE ESPAÑA Y MARRUECOS DE COOPERACIÓN EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA, DE 21 DE ENERO DE 1987.

ACUERDO ENTRE ESPAÑA Y PORTUGAL DE COOPERACIÓN EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA DROGA, DE 27 DE ENERO DE 1987.

DIRECTIVA 87/250/CE, DE LA COMISIÓN, DE 15 DE ABRIL DE 1987, RELATIVA A LA INDICACIÓN DEL GRADO ALCOHÓLICO VOLUMÉTRICO EN LAS ETIQUETAS DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS DESTINADAS AL CONSUMIDOR FINAL.

RESOLUCIÓN DE 8 DE MAYO DE 1987, DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, DEL MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, SOBRE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 32 DEL DECRETO 801/1972, RELATIVO A LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO EN MATERIA DE TRATADOS INTERNACIONALES

AÑO 1988

RESOLUCIÓN DE 20 DE ENERO DE 1988, DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, DEL MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, SOBRE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 32 DEL

DECRETO 801/1972, RELATIVO A LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO EN MATERIA DE TRATADOS INTERNACIONALES.

RESOLUCIÓN DE 13 DE MAYO DE 1988, DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, DEL MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, SOBRE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 32 DEL

DECRETO 801/1972, RELATIVO A LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO EN MATERIA DE TRATADOS INTERNACIONALES

DIRECTIVA 88/379/CE, DEL CONSEJO, DE 7 DE JUNIO DE 1988, SOBRE LA APROXIMACIÓN DE LAS DISPOSICIONES LEGALES, REGLAMENTARIAS Y ADMINISTRATIVAS DE LOS ESTADOS MIEMBROS RELATIVAS A LA CLASIFICACIÓN, ENVASADO Y ETIQUETADO DE PREPARADOS PELIGROSOS.

RESOLUCIÓN DE 14 DE SEPTIEMBRE, DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, DEL MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES, SOBRE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 32 DEL

DECRETO 801/1972, RELATIVO A LA ORDENACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO EN MATERIA DE TRATADOS INTERNACIONALES.

RECOMENDACIÓN 1085/1988, DE 4 DE OCTUBRE DE 1988, DE LA ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO

Marco Autonómico

C.A. DE CASTILLA-LA MANCHA.

1982

LEY ORGÁNICA 9/1982, DE 10 DE AGOSTO, DE ESTATUTO DE AUTONOMÍA.

1993

ORDEN DE 12 DE ENERO DE 1993, POR LA QUE SE CREA LA COMISIÓN TÉCNICA DE COORDINACIÓN DEL PLAN REGIONAL DE DROGAS DE CASTILLA-LA MANCHA.

DECRETO 180/1993, DE 11 DE NOVIEMBRE, DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN CON OPIÁCEOS.

DECRETO 195/1993, DE 30 DE NOVIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA LA COMISIÓN DE DROGODEPENDENCIAS DE CASTILLA-LA MANCHA

1994

LEY ORGÁNICA 7/1994, DE 24 DE MARZO, DE REFORMA DEL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE CASTILLA-LA MANCHA.

1995

LEY 2/1995, DE 2 DE MARZO, POR LA QUE SE PROHÍBE LA VENTA Y PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS A MENORES.

ORDEN DE 4 DE MAYO DE 1995 POR LA QUE SE CREA Y REGULA EL CONSEJO INTERLOCAL DE DROGODEPENDENCIAS.

1996

DECRETO 72/1996, DE 30 DE ABRIL, DEL REGLAMENTO DE LA LEY CONTRA LA VENTA Y PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS A MENORES.

1997

DECRETO 34/1997, DE 18 DE FEBRERO, DE CREACIÓN DE LAS COMISIONES PROVINCIALES DE DROGODEPENDENCIAS.

LEY ORGÁNICA 3/1997, DE 3 DE JULIO, DE REFORMA DE LA LEY ORGÁNICA 9/1982, DE 10 DE AGOSTO, DE ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE CASTILLA-LA MANCHA.

1998

DECRETO 75/1998, DE 7 DE JULIO, POR EL QUE SE MODIFICA EL DECRETO DE 11 DE NOVIEMBRE DE 1993, DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS PARA REALIZAR TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN CON OPIÁCEOS.

1999

LEY 3/1999, DE 31 DE MARZO, DEL MENOR DE CASTILLA-LA MANCHA.

2000

ORDEN DE 23 DE MAYO DE 2000, DE CREACIÓN DEL FICHERO DE TRATAMIENTO DE DROGODEPENDIENTES.

LEY 8/2000, DE 30 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA

2002

LEY 15/2002, DE 11 DE JULIO DE 2002, SOBRE DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS.

2005

LEY 5/2005, DE 27 DE JUNIO, DE ORDENACIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO DE CASTILLA-LA MANCHA.

LEY 10/2005, DE 15 DE DICIEMBRE, DE HORARIOS COMERCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA.

2006

ORDEN DE 9 DE OCTUBRE DE 2006, DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, SOBRE REQUISITOS TÉCNICOSANITARIOS DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.

2008

DECRETO 139 /2008, DE 9 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE LA ESTRUCTURA ORGÁNICA Y COMPETENCIAS DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL.

ORDEN DE 23 DE DICIEMBRE DE 2008, DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES REGULADORAS DE LAS SUBVENCIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL DEL SISTEMA REGIONAL DE SERVICIOS SOCIALES, Y SE EFECTÚA SU CONVOCATORIA PARA EL EJERCICIO 2009.

2010

LEY 5/2010, DE 24 DE JUNIO, SOBRE DERECHOS Y DEBERES EN MATERIA DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.

LEY 14/2010, DE 16 DE DICIEMBRE, DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA.

2.ÁREAS DE ACTUACIÓN

- 2.1. Prevención.
- 2.2. Asistencia e integración social.
- 2.3. Formación.
- 2.4. Investigación.
- 2.5. Sistemas de información.
- 2.6. Evaluación.
- 2.7. Coordinación y participación ciudadana.
- 2.8. Normativa.

2.1. PREVENCIÓN

La prevención de las drogodependencias se puede entender como un proceso en el que tiene cabida un conjunto diverso de actuaciones (informativas, educativas, represivas,...) encaminadas a eliminar y/o modificar los problemas asociados al consumo de drogas, con la finalidad de evitar que éste se produzca, se retrase en su inicio o, en el peor de los casos, no se convierta en un problema para el individuo y/o entorno social.

Desde esta área se pretende “dotar a la sociedad de instrumentos y argumentos que le permitan desarrollar hábitos y conductas saludables desde el concepto global de promoción de la salud y del bienestar: informando, educando, movilizándolo, formando, sensibilizando, generando una cultura responsable hacia el consumo y reduciendo los factores que favorecen el uso indebido de drogas; presentando una especial consideración a la coordinación y planificación interinstitucional en la comunidad”.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Reducir el consumo de todo tipo de drogas, incluyendo las drogas legales e ilegales, en la comunidad.
 - 1.1. Evitar que los consumidores esporádicos lleguen a estructurar una drogodependencia promoviendo el consumo responsable, especialmente en los contextos de alto riesgo.
 - 1.2. Evitar el consumo de drogas ante un colectivo de alto riesgo (personas solidarias, desempleados, estrato social bajo y con peligro de exclusión).
 - 1.3. Aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en el ámbito escolar teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.
 - 1.4. Retrasar la edad de inicio y reducir la demanda del consumo de drogas legales entre la población juvenil a la vez que se crean hábitos saludables de ocupación de tiempo libre.

2. Implicar a la población, los agentes sociales y las instituciones en la prevención del consumo de drogas legales e ilegales.
 - 2.1. Prevenir en la familia la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas.
 - 2.2. Aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas en el ámbito comunitario teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.
 - 2.3. Aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en el ámbito laboral con el fin de reducir la incidencia de

dicho consumo en los lugares de trabajo y facilitar la integración laboral de los drogodependientes.

2.4. Mejorar el conocimiento de las drogodependencias entre los agentes sociales con capacidad de actuar como mediadores sociales en prevención de drogodependencias.

3. Potenciar los factores de protección de la comunidad y minimizar los factores de riesgo.

3.1. Reducir la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco en la población infantil.

3.2. Fomentar hábitos de vida saludables en los ámbitos laboral, comunitario, educativo y la adquisición de habilidades y formas de actuar que permitan a la persona establecer una relación racional y positiva con las drogas.

ACTUACIONES DE PREVENCIÓN

Objetivo general: reducir el consumo de todo tipo de drogas, incluyendo las drogas legales e ilegales, en la comunidad.

Objetivo específico: evitar que los consumidores esporádicos lleguen a estructurar una drogodependencia promoviendo el consumo responsable, especialmente en los contextos de alto riesgo.

- Aumentando la intervención en las zonas de consumo y lugares de encuentro por medio de las figuras profesionales como educadores de sociales de calle.
- Creando protocolos de diagnóstico precoz del consumo de drogas.
- Creando ordenanzas que regulen y limiten la publicidad, venta y consumo de tabaco y alcohol.

Objetivo específico: evitar el consumo de drogas entre colectivo de alto riesgo (personas solitarias, desempleados, estrato social bajo y con peligro de exclusión).

- Creando programas de inserción social a través de la búsqueda de empleo, ocio alternativo, ocupar el tiempo libre. Implicar a estos colectivos a través del desarrollo comunitario (voluntariado etc.)
- Coordinando a los servicios sociales para organizar una atención específica hacia los grupos que se consideren de riesgo.

Objetivo específico: aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en el ámbito escolar teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.

- Desarrollando el programa Alcazul de prevención de Drogodependencias en la juventud.
- Desde la educación de calle programando actividades en el ámbito escolar (charlas, dinámicas...) basadas en la información como medio de prevención.

Objetivo específico: retrasar la edad de inicio y reducir la demanda del consumo de drogas legales entre la población juvenil a la vez que se crean hábitos saludables de ocupación de tiempo libre.

- Aumentando la intervención en zonas de consumo y lugares de encuentro por medio de figuras profesionales como educadores de sociales de calle.
- Ofertando actividades que den alternativas reales al consumo de alcohol y drogas.
- Implicando a la familia y otros agentes sociales en la educación hacia unos hábitos saludables.

Objetivo general: implicar a la población, los agentes sociales y las instituciones en la prevención del consumo de drogas legales e ilegales.

Objetivo específico: prevenir en la familia la aparición de los problemas derivados del consumo de drogas.

- Localizando familias con riesgos de consumo y realizando intervención específica con ellos a través de servicios sociales.

Objetivo específico: aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas en el ámbito comunitario teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.

- creando actividades (conferencias, foros, charlas, debates...) que ofrezcan información a la comunidad sobre las consecuencias de las drogas y a la vez la impliquen en la prevención.
- Creando estructuras formales de participación (mesas sectoriales, comisiones comarcales...) para que impulsen, diseñen y evalúen estrategias globales de prevención de drogodependencias basadas en sus necesidades específicas y aprovechamiento de recursos locales.

Objetivo específico: aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas y sus consecuencias en el ámbito laboral con el fin de reducir la incidencia de dicho consumo en los lugares de trabajo y facilitar la integración laboral de los drogodependientes.

- Impulsando programas específicos relacionados con la seguridad y salud laboral, colaborando con las instituciones pertinentes
- Incrementando significativamente el número de empresas que cuenten con programas de prevención.

Objetivo específico: mejorar el conocimiento de las drogodependencias entre los agentes sociales con capacidad para actuar como mediadores sociales en la prevención de drogodependencias.

- Facilitando los recursos de formación a los profesionales en la tarea de la prevención.

Objetivo general: potenciar los factores de protección de la comunidad y minimizar los factores de riesgos.

Objetivo específico: reducir la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco a la población juvenil.

- Elaborando normativa que sancionen el consumo de drogas a edades tempranas.
- Incidiendo en el control de venta de drogas legales hacia los menores.

Objetivo específico: fomentar hábitos de vida saludables en los ámbitos laboral, comunitario y educativo y la adquisición de habilidades y formas de actuar que permitan a la persona establecer una relación racional y positiva con las drogas.

- Creando programas que generen alternativas reales, tanto de ocio, como de relación interpersonal, que minimicen el consumo de drogas.
- Reeducando a la población enfocando el problema de las drogas desde un punto de vista objetivo y real.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

a) Programa Policial:

- Estudio de la incidencia del fenómeno del tráfico de drogas en Azuqueca de Henares.
- Elaboración de un calendario de actuaciones en base a la realidad de las drogodependencias.
- Control de aquellas empresas que por su actividad puedan distribuir drogas legales.

b) Programa de Información y Prevención Comunitario

La intervención en el ámbito comunitario está dirigida a canalizar las fuerzas activas en el medio con el fin de mejorar las condiciones del entorno que contribuyen a reducir el problema de la drogodependencia.

En el ámbito comunitario las corporaciones locales tienen un papel de prevención.

Las actuaciones en este ámbito tratan de asegurar la incidencia y continuidad de las actividades contando con la participación de la comunidad.

Actividades:

- Información y educación sobre las drogodependencias.
- Impulso del asociacionismo general y juvenil.
- Proyectos de animación y participación comunitaria.
- Detección de grupos de riesgo.
- Alternativas de índole socio-cultural y laboral.
- Captación y formación de líderes.

c) Programa de Información y Prevención Escolar:

La comunidad escolar tiene una función muy importante en el ámbito de la prevención. Es objetivo prioritario de este Plan Municipal el concienciar a los agentes educativos, padres y profesores, de la importancia de acciones encaminadas a la prevención desde la escuela.

Tiende a impulsar todas aquellas actividades que dentro del Diseño Curricular, tiene previsto al Departamento de Educación de cada centro en relación con la salud.

Actividades:

- Formación de educadores en drogodependencias.
- Promoción de actividades extraescolares.
- Ejecución de actividades dirigidas a reducir la presión social y grupal.
- Información sobre drogas en la escuela y los efectos de su uso.

d) Programa de Prevención en el ámbito familiar:

El papel de la familia para reforzar los aprendizajes en materia de drogodependencias impulsados desde el ámbito escolar, es de vital importancia.

Este programa pretende ofrecer a los padres herramientas para llevar a cabo ese refuerzo y posibilitar el diálogo sobre temas de drogas en el ámbito familiar.

e) Programa de prevención en el ámbito laboral:

Este programa pretende ofrecer sensibilización e información sobre los efectos del consumo en el trabajo, tratando aspectos tales como accidentes de trabajo, etc.

Actividades:

- Presentación de las actuaciones en materia de prevención, a las Asociaciones de Padres de los distintos centros educativos de Azuqueca de Henares.
- Formación de grupos de trabajo con padres de alumnos que pueden ser objeto de intervención.

2.2. ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

Entendiendo la drogodependencia como una enfermedad, en la atención a esta, se deberá garantizar su prestación en iguales condiciones que al resto de la población, asegurar la atención sanitaria y social adecuada a la vez que se facilita su integración social. Dicho sistema define y establece los programas de calidad, con sustrato científico, que garantizan la atención a las necesidades y demandas de los usuarios drogodependientes y sus familias, generando una red de asistencia.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

1. Atender las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrada, coordinado con la red sanitaria y de servicios sociales y adaptado a las necesidades individuales.
 - a. Ofrecer intervenciones a aquellos drogodependientes que no desean o no pueden abandonar el consumo reduciendo sus consecuencias.
 - b. Reducir el daño biopsicosocial que ha producido el consumo de drogas en la comunidad.
 - c. Establecer cauces de coordinación con los servicios sanitarios y sociales que permitan definir las áreas competenciales y el circuito terapéutico.

2. Facilitar la integración social de los drogodependientes en la comunidad.
 - a. Facilitar la reinserción socio-laboral de los drogodependientes.
 - b. Favorecer la cohesión de las redes familiares con riesgo de desestructuración por problemas de drogas desde servicios sociales.
 - c. Sensibilizar a la población de la pertinencia de integrar a los drogodependientes en el desarrollo comunitario.

ACTUACIONES

Objetivo general: atender a las demandas derivadas del consumo de drogas desde un modelo de atención integrada, coordinado con la red sanitaria y de servicios sociales y adaptado a las necesidades individuales.

Objetivo específico: ofrecer intervenciones a aquellos drogodependientes que no desean o no pueden abandonar el consumo reduciendo sus consecuencias.

- Disponiendo que los dispositivos sanitarios tengan recursos y programas especializados para el tratamiento de drogas.
- Realizando programas de reducción de daños para drogodependientes, como oferta vacunación de tétanos y hepatitis B.
- Creando un especialista sanitario encargado de informar, orientar y facilitar las condiciones de vida de los drogodependientes.

Objetivo específico: reducir el daño biopsicosocial que ha producido el consumo de drogas en la comunidad.

- Creando programas de reducción de daños en el ámbito de la salud mental, físico y social.
- Desarrollando campañas de información sobre servicios destinados a paliar las consecuencias de abuso de drogas.
- Implicando a las asociaciones de drogodependientes a reconstruir la personalidad y autonomía personal del drogodependiente.
- Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de drogodependencias con dificultades de integración social a través de estrategias que permitan alcanzar el desarrollo de habilidades sociales, culturales y educativas.

Objetivo específico: establecer cauces de coordinación con los servicios sanitarios y sociales que permitan definir las áreas competenciales y el circuito terapéutico.

- Estableciendo un orden de intervención que coordine los diferentes servicios en materia de drogodependencias.

Objetivo general: facilitar la integración social de los drogodependientes en la comunidad.

Objetivo específico: facilitar la reinserción sociolaboral de los drogodependientes.

- Llegando a acuerdos con empresas para facilitar la incorporación laboral de los drogodependientes.
- Creando cursos de formación desde la escuela de adultos y las diferentes asociaciones que faciliten el reciclaje profesional de los drogodependientes.
- Coordinando con las diferentes asociaciones de la provincia de drogodependientes rehabilitados para la realización de actividades de incorporación social, fomento del asociacionismo y cambio de la imagen social del drogodependiente.

Objetivo específico: favorecer la cohesión de las redes familiares con riesgo de desestructuración por problemas de drogas desde servicios sociales.

- Llevando un seguimiento personalizado desde servicios sociales evitando la ruptura de redes sociales-familiares.
- Favoreciendo la creación de grupos de ayudas entre familiares de drogodependientes.

Objetivo específico: sensibilizar a la población de la pertinencia de integrar a los drogodependientes en el desarrollo comunitario.

- Favoreciendo el asociacionismo entre rehabilitados o drogodependientes en proceso de rehabilitación, que les permita participar de la vida social de la comunidad a la vez que se crea un sentimiento comunitario.
- Creando programas, dirigidos a la comunidad, con el objeto de sensibilizar y fomentar la solidaridad social con drogodependientes para modificar actitudes y comportamientos de exclusión social.

PROGRAMAS

Programa de Información y Prevención Sanitaria

Las actividades de prevención en el ámbito sanitario deben integrarse en los programas de educación para la salud, desarrollados por los equipos de Atención Primaria en Colaboración con los Servicios Sociales de Base.

Actividades:

- Creación de canales de comunicación entre los Centros de Salud y los servicios sociales con el fin de lograr una coordinación eficaz.
- Incorporación de la prevención de drogodependencias en los Cursos de Educación para la Salud.

2.3. FORMACIÓN

Se entiende la formación como un área de actuación transversal en su aplicación dentro del plan municipal de drogas, que implica por igual al resto de las áreas de actuación (prevención, asistencia e integración social, investigación, evaluación y sistemas de información, coordinación y participación ciudadana y normativa) y que marcará una mejor optimización de los recursos.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Asegurar la formación en drogodependencias a los profesionales sociosanitarios, y a todos los implicados en la materia.
 - a. Crear un foro de encuentro y trabajo que incorpore a todos los sectores, donde se desarrolle la planificación, coordinación y evaluación de los programas informativos, que permita la consolidación de los válidos y la optimización de los recursos.
 - b. Impulsar el desarrollo de una línea de formación de los profesionales que trabajan o colaboran en materia de drogodependencias.
 - c. Garantizar la coordinación necesaria de las acciones puestas en marcha en materia de formación en drogodependencias.

ACTUACIONES

Objetivo general: asegurar la formación en drogodependencias a los profesionales socio-sanitarios, y a todos los implicados en la materia.

Objetivo específico: crear un foro de encuentro y trabajo que incorpore a todos los sectores, donde se desarrolle la planificación, coordinación y evaluación de los programas formativos, que permita la consolidación de los válidos y la optimización de recursos.

- Desarrollando encuentros, debates, cursos, seminarios... en materia de drogodependencias en el contexto de actividades específicas creadas al efecto para todos los agentes implicados en la materia.

Objetivo específico: impulsar el desarrollo de una línea de formación de los profesionales que trabajan o colaboran en materia de drogodependencias.

- Formalizando acuerdos, convenios y otras fórmulas de cooperación con instituciones docentes para la realización de actividades de formación en drogodependencias y la puesta en marcha de redes de formación permanente de profesionales.
- Promoviendo y realizando actividades formativas específicas de reducción de riesgos y daños destinadas a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias, a los profesionales sanitarios, al colectivo docente, a los profesionales de las policías locales, a los mediadores juveniles y a otros agentes sociales.

Objetivo específico: garantizar la coordinación necesaria de las acciones puestas en marcha en materia de formación en drogodependencias.

- Creando comités interdisciplinarios de coordinación y evaluación de las acciones formativas implementadas.

2.4. INVESTIGACIÓN

La investigación en materia de drogodependencias supone el sustrato sobre el que se edifica el plan municipal de drogas. Es la herramienta principal de comunicación rigurosa que posee la comunidad científica, y por lo tanto, los profesionales en drogodependencias, y que permite ajustar el método y recursos a la realidad concreta de una comunidad.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Mejorar el conocimiento existente de todos los aspectos relacionados con las drogodependencias.
 - a. Coordinar esfuerzos desde los diferentes agentes implicados en las drogodependencias para optimizar los resultados de la investigación.
 - b. Obtener y analizar datos suficientes sobre las creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas, así como los cambios en las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.
 - c. Actualizar la información de manera periódica, de forma que siempre se tengan datos reales sobre los acontecimientos relacionados con el fenómeno de las drogas.

2. Mejorar el acceso de los profesionales y la población en general a la información científica relacionada con las drogodependencias.
 - a. Proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas, tanto a los profesionales como al resto de la comunidad.
 - b. Facilitar el acceso de los profesionales y de la población en general a los centros de documentación especializados.

ACTUACIONES

Objetivo general: mejorar el conocimiento existente de todos los aspectos relacionados con las drogodependencias.

Objetivo específico: coordinar esfuerzos desde los diferentes agentes implicados en la drogodependencia para optimizar los resultados de la investigación.

- Creando gabinetes intersectoriales que aporten información interdisciplinar desde todos los aspectos vinculados al consumo de drogas.

Objetivo específico: obtener y analizar datos suficientes sobre las creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas, así como los cambios en las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.

- Realizando investigación sociológica que ofrezca una visión actualizada de la problemática relacionada con el mundo de la droga en la comunidad, integrando las técnicas cualitativas y cuantitativas pertinentes.

Objetivo específico: actualizar la información de manera periódica, de forma que siempre se tengan datos reales sobre los acontecimientos relacionados con el fenómeno de las drogas.

- Sentando protocolos de actuación que, de manera periódica, realice investigaciones en la comunidad, que actualicen los datos de la investigación matriz.

Objetivo específico: proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas, tanto a los profesionales como al resto de la comunidad.

- Creando bases de datos, en soporte digital y papel, disponibles en todos los centros de documentación, bibliotecas y otros centros de información, que pongan a disposición de la comunidad los resultados de las investigaciones en materia de drogodependencias.
- Organizando actividades con carácter informativo sobre los resultados de las investigaciones realizadas a todos los agentes implicados o interesados en drogodependencias.

Objetivo específico: mejorar el acceso de los profesionales y de la población en general a la información científica relacionada con las drogodependencias.

- Ampliando la red de centros y focos de documentación, creando la figura del documentalista que coordine, analice y estructure toda la información.

2.5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Los **sistemas de información** implican, por un lado, la visibilidad, optimización y aplicación de los resultados de la investigación, a la vez que supone un método de reciclaje y formación para todos los agentes implicados en la problemática de la drogodependencia. Es fundamental conseguir unos canales de información con la ramificación suficiente para llegar a los profesionales y la comunidad, y con una calidad que garantice la objetividad, claridad y rapidez en la transmisión de la información. Los sistemas de información son imprescindibles para la buena coordinación de las diferentes áreas de actuación implicadas en este plan.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Facilitar el acceso, difusión y actualización de la información de manera rápida y eficaz.
2. Facilitar el flujo de información dentro de los diferentes agentes implicados en la problemática de las drogas.
 - a. Facilitar el flujo de información ascendente y descendentes entre la comunidad y los responsables de la ejecución del plan municipal de drogas.
 - b. Facilitar el flujo de información horizontal interinstitucional de todas las áreas implicadas.

ACTUACIONES:

Objetivo general: facilitar el acceso, difusión y actualización de la información de manera rápida y eficaz.

Objetivo específico: crear redes de información.

- Creando bases de datos documentales relacionada con la temática de las drogas.
- Creando una oficina de información que pueda ser consultada por la comunidad.

Objetivo general: facilitar el flujo de la información dentro de los diferentes agentes implicados en la problemática de las drogas.

Objetivo específico: facilitar el flujo de información ascendente y descendentes entre la comunidad y los responsables de la ejecución del plan municipal de drogas.

- Organizando foros de opinión, debates y mesas redondas que permitan aportar opiniones desde la comunidad.
- Facilitando información sobre las actuaciones, resultados de investigaciones del plan de drogas... a través de folletos informativos, charlas informativas etc.

Objetivo específico: facilitar el flujo de información horizontal interinstitucional de todas las áreas implicadas.

- Creando una comisión interdepartamental que coordine el flujo de información entre los agentes implicados en la problemática de drogodependencia.

2.6. EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso que se constituye con una serie de pasos sistemáticos y organizados que se inician desde el comienzo de la fase de conocimiento y diagnóstico y concluyen en el momento que termine la ejecución, realizándose la medición final de los logros a fin de extraer conclusiones. La evaluación, por lo tanto, es una cadena que permite la detección precoz de nuevas situaciones y desviaciones, y la continua reprogramación, con modificaciones y rectificaciones, consiguiendo un justo equilibrio entre necesidades y recursos. Los sistemas de evaluación constituyen una parte imprescindible del proceso de planteamiento y están fuertemente vinculados a la investigación, siendo necesario que cuenten con un riguroso método de recogida de datos y análisis.

Los indicadores que den muestra de eficacia y/o eficiencia serán determinados para cada actividad, cada programa atendiendo a tres tipologías básicas:

- Indicadores de resultados basados en los objetivos generales y específicos de cada área.
- Indicadores de proceso que darán cuenta las actividades llevadas a cabo a fin de conseguir objetivos
- Indicadores de prestación de servicios que informarán de las acciones realizadas para incrementar la calidad de las actuaciones.

Por último, se debe insistir en que los resultados obtenidos por las evaluaciones serán utilizados como uno de los pilares fundamentales para la renovación del plan municipal, dado el límite temporal concreto que lo delimita.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

1. Establecer un sistema de información y registro de las acciones que se realicen en las distintas áreas de intervención del plan, para dar respuesta a la necesidad de valorar y favorecer la toma de decisiones realistas, que redunden en beneficio de la intervención social, procurando su mejora y perfeccionamiento.
 - a. Evaluar de manera continua la evolución del plan de manera que se constituya un sistema de reciclaje y mejora constante.
 - b. Evaluar de manera global la adecuación del plan para tratar el problema de la drogodependencia en la comunidad y en qué medida contribuye a paliar sus efectos perniciosos.

ACTUACIONES:

Objetivo general: establecer un sistema de información y registro de las acciones que se realicen en las distintas áreas de intervención del plan, para dar respuesta a la necesidad de valorar y favorecer la toma de decisiones realistas, que redunden en beneficio de la intervención social, procurando su mejora y perfeccionamiento.

Objetivo específico: evaluar de manera continua la evolución del plan de manera que se constituya un sistema de reciclaje y mejora constante.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a los beneficiarios del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a los agentes implicados en materia de drogodependencias que evalúe la adecuación del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a la comunidad que evalúe la adecuación del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

Objetivo específico: evaluar de manera global la adecuación del plan para tratar el problema de la drogodependencia en la comunidad y en qué medida contribuye a paliar sus efectos perniciosos.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a los beneficiarios del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a los agentes implicados en materia de drogodependencias que evalúe la adecuación del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

- Realizando una auditoría interna en la que se haga una encuesta de satisfacción a la comunidad que evalúe la adecuación del plan, con un muestreo suficientemente representativo.

2.7. COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Se entiende la coordinación como un elemento imprescindible para abordar el fenómeno de las drogodependencias de una forma integrada. La respuesta a un fenómeno multicausal nunca podrá ser única, se requerirá de un enfoque multidimensional que parte de la colaboración interinstitucional y de la iniciativa social.

Considerar la prevención, asistencia e integración social, formación, investigación, sistemas de información y participación ciudadana como un proceso unitario y continuo de la atención al problema, implica necesariamente la coordinación de las diferentes áreas de actuación.

La implicación de las diferentes Administraciones Públicas con competencia en materia de drogas (sanidad, servicios sociales, empleo, educación, cultura, deportes, juventud) requiere una gran coordinación en el diseño y gestión de los programas a fin de evitar la duplicidad de las acciones y optimizar la utilización de los recursos.

La participación ciudadana se entiende como la manera de implicar al conjunto de la comunidad en el problema de la drogodependencia. La implicación ciudadana multiplica los esfuerzos que desde la administración se llevan a cabo para paliar el problema.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Implicar desde la Administración Pública y otro tipo de entidades y agentes vinculados a las drogas, en los programas de drogodependencias, promoviendo el desarrollo de las líneas de actuación unificadas.
 - a. Aumentar la cooperación interinstitucional, favoreciendo el aprovechamiento de los recursos dependientes de las distintas Administraciones y entidades.
 - b. Creando la figura de un coordinador, que canalice los esfuerzos de los diferentes agentes implicados en la problemática de las drogas y garantizando e uso adecuado de los recursos.
2. Implicar a la comunidad en el desarrollo de líneas de actuación dedicadas a afrontar el problema de las drogas y las drogodependencias.
 - a. Favorecer el asociacionismo vinculado a la problemática de las drogas.
 - b. Implicar a las asociaciones existentes en la problemática de las drogas.
 - c. Implicar a la comunidad general en la problemática de las drogas.

ACTUACIONES

Objetivo general: implicar desde la Administración Pública y otro tipo de entidades y agentes vinculados a las drogas, en los programas de drogodependencias, promoviendo el desarrollo de líneas de actuación unificadas.

Objetivo específico: aumentar la cooperación interinstitucional, favoreciendo el aprovechamiento de los recursos dependientes de las distintas administraciones y entidades.

- Creando la figura de un coordinador, que canalice los esfuerzos de los diferentes agentes implicados en la problemática de las drogas y garantizando el uso adecuado de los recursos.

Objetivo general: implicar a la comunidad en el desarrollo de líneas de actuación dedicadas a afrontar el problema de las drogas y las drogodependencias.

Objetivo específico: favorecer el asociacionismo vinculado a la problemática de las drogas.

- Coordinando, desde los agentes implicados en la problemática de la droga, la asociación de personas que tengan en común aspectos relacionados con la temática de las drogas y las drogodependencias, de manera que se unifique y maximicen esfuerzos.

Objetivo específico: implicar a las asociaciones existentes en la problemática de las drogas.

- Implicando a AMPAS en la problemática de las drogas, a través de actividades encaminadas a prevenir y minimizar el impacto de las drogas, prioritariamente entre la población juvenil.
- Implicando al resto de las asociaciones en la problemática de las drogas, a través de actividades encaminadas a prevenir y minimizar el impacto de las drogas, prioritariamente entre la población juvenil.
- Desarrollando actividades (charlas, foros, encuentros, debates...) que impliquen a la comunidad para paliar los efectos que generan las drogas en el entorno local.

2.8. NORMATIVA

La normativa en materia de drogas y drogodependencias complementa desde el aspecto legislativo el resto de áreas de actuación del plan sobre drogas (prevención, asistencia e integración social, formación, investigación, evaluación, sistemas de información y coordinación y participación ciudadana) y ayuda a regular el comportamiento social en materia de drogas.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Impulsar la redacción y promulgación de normas sobre drogodependencias y drogas.

1. Impulsar la redacción y promulgación de normas sobre drogodependencias y drogas.
 - a. Redactar y promulgar normas ordenadoras del conjunto de actuaciones sobre drogas y drogodependencias en la comunidad.
 - Elaborar normativa que regula la actuación de los miembros de la sociedad en materia de drogas y drogodependencias.

PROGRAMAS

- Creación y/o revisión de la Ordenanza sobre propaganda y distribución de tabaco y alcohol a menores.
- Desarrollo de una Ordenanza sobre el consumo público de sustancias tóxicas, de acuerdo con la normativa vigente.
- Difundir las normativas nacionales y regionales sobre drogas ilegales y legales (alcohol y tabaco).