

PLAN MUNICIPAL DE
DROGODEPENDENCIAS Y
OTROS TRASTORNOS
ADICTIVOS

2013-2017

ÍNDICE

	Página
1. Presentación	3
2. Introducción	4
3. Marco normativo:	5
3.1 Marco normativo internacional	5
3.2 Marco normativo nacional	7
4. El contexto histórico-social del municipio de Parla	10
5. Análisis de la realidad en materia de consumo de drogas (Diagnóstico)	14
- En España	14
- En la Comunidad de Madrid	30
- En el Municipio	36
6. Principios de actuación	38
7. Encuadre metodológico y técnico del Plan	39
8. Determinación de objetivos	40
9. Líneas estratégicas	42
10. Criterios metodológicos	46
11. Sistema de seguimiento y evaluación	47
12. Criterios básicos de evaluación	48
13. Estructura organizativa	50
14. Financiación	51
15. Participantes en la elaboración del Plan	52
PLAN DE ACCIÓN	53
▪ Estrategia preventiva	55
▪ Estrategia de reinserción	63
▪ Estrategia de coordinación institucional y participación social	65
▪ Estrategia de investigación y evaluación	66
▪ Estrategia de comunicación	67
▪ Estrategia de reducción de la oferta	68
▪ Estrategia asistencial	69
Agradecimientos	71

1. PRESENTACIÓN

En estos momentos, somos cerca de 300 los grandes y medianos municipios que contamos con nuestro propio Plan local contra las drogas, algo que, por sí mismo, constituye prueba suficiente de lo necesario que resulta la colaboración de los ayuntamientos en esta lucha.

Desde nuestras respectivas administraciones entendemos que es fundamental que se mantengan las políticas y programas de prevención sobre el consumo de drogas, así como los recursos destinados a la atención de las personas que padecen drogodependencias o pudieran estar en riesgo de padecerla.

Con esa misma idea hemos elaborado nuestro **“Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, 2013 - 2017”**, un programa que reúne un exhaustivo análisis de la situación, las principales líneas estratégicas de actuación y cuales deben ser los objetivos inmediatos a seguir.

Este Plan busca, entre otras cosas, informar y educar a nuestros ciudadanos, especialmente niños y jóvenes, para que desarrollen hábitos de vida positivos, saludables y autónomos. La prevención es, pues, uno de sus pilares básicos.

Pero también la sensibilización del conjunto de la sociedad es otro objetivo esencial. Promover desde edades tempranas una cultura de rechazo a las drogas fomentando otros valores como el deporte y el ocio saludable es fundamental si queremos conseguir una sociedad con individuos que puedan desarrollarse plenamente como personas.

Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados tanto con las drogas como por otras adicciones, debe entenderse como una obligación de todas las administraciones implicadas.

Por eso, tenemos que seguir trabajando en la posibilidad de erradicarlos completamente de nuestro entorno, y en la importancia de que los ciudadanos en su conjunto sean parte activa en su solución.

Para ello se imponen medidas básicas como potenciar la coordinación entre los recursos de ocio, culturales y deportivos, con la intención de aumentar la oferta de actividades alternativas con especial atención a la población de riesgo, pero también se hace necesario profundizar en dos aspectos esenciales de las personas drogodependientes: su tratamiento, su formación y su inserción laboral, para lograr su plena integración en la sociedad.

Todos estos aspectos y otros muchos son los que encontraréis desarrollados en este nuevo “Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, 2013 - 2017”, que confío os ayude a comprender mucho mejor cuáles son nuestros objetivos y los medios que proponemos para conseguirlos.

José María Fraile Campos
Alcalde de Parla

2. INTRODUCCIÓN

La intervención específica en materia de drogodependencias en la Villa de Parla, se inicia en septiembre de 1986 al firma el primer convenio de asistencia con el entonces Plan Regional de Drogas, desde entonces ha habido muchos cambios, no solo en la ciudad, sino en toda la Comunidad de Madrid .

El concepto y abordaje de la dependencia se ve desde un prisma más normalizado sin la premura y escasez en la asistencia que había en los primeros años. Después de tres décadas de planes de asistencia y reducción de la conflictividad social mediante los programas de reducción del daño y los recursos de los programas libres de drogas, se ha interiorizado: obviando la clasificación de drogas legales e ilegales, que el tabaco y el alcohol son drogas potentísimas y destructoras, se asume desde la concepción del problema bio-psico-social, que el tratamiento es un derecho sanitario y que las intervenciones no solo deben solventar los síntomas, sino y sobre todo en prevención, las causas y los contextos en los que se inicia y manifiesta la adicción incluso la consideración en espacios amplios de intervención y coordinación de distintos áreas que van desde el sanitario, el cultural , el de seguridad, el educativo, etc, que la patología del problema no es la sustancia, sino la conducta adictiva, de forma que se abren campos en el abordaje de la adicción a las nuevas tecnologías, al sexo, a la alimentación. No olvidemos que las dependencias suelen venir asociados a otros problemas, teniendo el más claro ejemplo en la patología dual y que su incidencia social tiene vertientes de género, edad, emigración, economía, etc.

Estamos, por lo tanto, en un buen momento para reflexionar, desde la experiencia propia y la ajena, desde el estudio, la planificación, la intervención, la coordinación y la evaluación, la actuación municipal en materia de adiciones para lo cual se presenta el presente Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos en el Ayuntamiento de la Villa de Parla para los próximos 4 años; Aprobado en Junta de Gobierno Municipal de Fecha XXXXXX

3. MARCO NORMATIVO

3.1 Marco internacional

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada el 22 de julio de 1946, establece, de conformidad con la carta de las naciones unidas, que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. a partir de este documento, el “derecho a la salud” ha sido reiteradamente consagrado por sucesivas declaraciones, resoluciones, pactos y cartas tanto de ámbito mundial como europeo.

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Dicha declaración proclama en su Art. 1 la igualdad en dignidad y derechos de todos los seres humanos y en su Art. 25.1 que toda persona tiene derecho a la salud y el bienestar, a la asistencia médica y a los servicios sociales que precise.

En el Art. 11 de la Carta Social Europea, aprobada por el Consejo de Europa en 1961 y ratificada por España en 1980, los estados miembros del Consejo se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, las medidas adecuadas para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, aceptado por España el 27 de abril de 1977, se establece en su Art. 12.1 que “los Estados participantes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida el 12 de septiembre de 1978, reafirmó en la Declaración de Alma-Ata que la salud “es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario”.

La Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (Ottawa, 1986) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, de ella derivada, se consideran mundialmente como el fundamento de los conceptos y principios de la moderna promoción de la salud

En la Carta de Bangkok para el Fomento de la Salud en un Mundo Globalizado se reconoce que es necesario aplicar plenamente las estrategias de promoción de la salud que se han demostrado eficaces.. Sus cuatro compromisos clave consisten en hacer de la promoción de la salud un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, una responsabilidad esencial de todos los gobiernos, un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y un requisito de las buenas prácticas empresariales.

En todas las declaraciones, resoluciones, y cartas anteriormente descritas se consagra el “derecho a la salud” como uno de los fundamentales de todo ser humano y en algunas de ellas ya se comienza a hacer referencia a factores específicos de riesgo como el consumo de drogas y a la necesidad de una participación conjunta de toda la comunidad en la consecución del más alto nivel posible de salud.

Centrándose ya más concretamente en el ámbito europeo y en las repercusiones que sobre la salud pública pueden tener las drogodependencias, el Tratado de la Unión Europea (Tratado de Maastricht), de 1992, ya reconoce en su Art. 129 a “la toxicomanía” como un

problema prioritario de salud pública al que la acción de la Comunidad se encaminará especialmente, prioridad que es de nuevo recalcada en el Tratado de Ámsterdam, de 1997.

En relación con la salud mental, entre los días 12 al 15 de enero de 2005 se celebró en Helsinki la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental. En esta Conferencia los Ministros de Sanidad de la Unión Europea firmaron la Declaración Europea de Salud Mental (Declaración de Helsinki) y aprobaron el Plan de Acción en Salud Mental para Europa. La Declaración reconoce que "la promoción de la salud mental, y la prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación de los problemas de salud mental" son prioridad para la OMS y sus Estados Miembros, para la UE y el Consejo de Europa e insta a mejorar el bienestar mental y a emprender acciones para aliviar la carga de los problemas de salud mental.

En cuanto a acuerdos internacionales específicos sobre sustancias concretas, cabe hacer referencia especialmente a la Carta Europea sobre el Alcohol y al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)

La Carta Europea sobre el Alcohol fue adoptada en la Conferencia Europea sobre "Salud, Sociedad y Alcohol", convocada por la Oficina Regional para Europa de la OMS y tuvo lugar en París del 12 al 14 de diciembre de 1995. De entre las diez 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, teniendo en cuenta la presente Carta Europea sobre el Alcohol", especificando en dichos programas objetivos claros e indicadores de resultados, controlando los progresos y asegurando una actualización periódica de los programas basada en la evaluación.

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. El Convenio contiene disposiciones que establecen normas y directrices internacionales entre las que están : la educación, comunicación, enseñanza y sensibilización del público sobre los riesgos del tabaco, el tratamiento y la asistencia sanitaria a los fumadores, la búsqueda de alternativas viables a los cultivos de tabaco, y la investigación y el intercambio de información entre los países. El CMCT establece asimismo la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, constituida por todas las Partes del convenio y órgano rector que debe llevar a cabo la implementación del CMCT.

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). Con el fin de recoger toda la información de carácter estadístico, documental y técnico relacionada con el fenómeno de las drogodependencias y proporcionar, de este modo, a la Comunidad y a los Estados Miembros de la UE una visión general que les permita adoptar medidas o definir acciones en sus respectivos ámbitos de competencias, fue establecido por Reglamento nº 302/93 del Consejo Europeo, de 8 de febrero de 1993, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, con sede en Lisboa. Debido a la necesidad de seguir las evoluciones producidas en la UE como, por ejemplo, el incremento de los Estados miembros, pero también para ampliar el papel del OEDT al examen de las nuevas tendencias en materia de consumo de drogas y en particular del policonsumo, incluido el consumo simultáneo de drogas ilícitas y drogas legales o medicamentos, el Reglamento sobre el OEDT se ha visto modificado en varias ocasiones, por lo que en 2006 se procedió a la aprobación del Reglamento nº 1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, que clarifica y actualiza los ámbitos prioritarios de las actividades del OEDT.

3.2 Marco nacional.

La Constitución española de 1978 en su 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, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, así como del fomento de la educación sanitaria y de la facilitación de una adecuada utilización del ocio. por otra parte, en el art. 9 se establece la competencia de los poderes públicos para “promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas”.

La Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, supone la respuesta normativa al mandato constitucional sobre el derecho a la protección de la salud, destacando de la misma la competencia que otorga a las Comunidades Autónomas para el diseño y la ejecución de una política propia en materia sanitaria. En este sentido, el Art. 70 dispone que “el Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias”.

El marco normativo que regula la intervención municipal en materia de protección de la salud, en su sentido más holístico, viene delimitado por una serie de disposiciones que, desde la Constitución Española, tienen su continuidad en las diferentes Leyes Autonómicas que rigen en la Comunidad de Madrid.

La Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-16) dice textualmente: “El fenómeno de las drogas y las drogodependencias obedece a múltiples determinantes y dimensiones. Para desarrollar una política que se pretenda coherente en relación con el fenómeno y sus manifestaciones derivadas, es necesario no sólo considerar las diferentes perspectivas a fin de conseguir una visión global, sino también contar con la necesaria colaboración de todos aquellos agentes que tienen responsabilidad en los sectores de actividad implicados”

Habla de la necesidad de una coordinación entre las políticas públicas por la relación existente entre las competencias atribuidas a las diferentes Administraciones Públicas.

En el caso de las drogas prestando especial atención a la Reducción de la Demanda y la Reducción de la Oferta. En el área de la reducción de la demanda, la mayor implicación y compromiso corresponde, a las administraciones con responsabilidad y competencias en los sectores sanitario, social y educativo, teniendo que diseñar actuaciones con un carácter transversal y tendrán que implicar a las Administraciones Públicas que, en los distintos ámbitos territoriales, resulten competentes en dichas materias y también en empleo, inmigración, justicia y promoción de la seguridad vial, entre otras.

La Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local (7/1985), entre las competencias que otorga a los ayuntamientos señalamos la protección de la salubridad pública y la prestación de servicios sociales y promoción y reinserción.

El Estatuto de La Comunidad Autónoma de Madrid : Ley orgánica 2/1983 y reformada por Ley Orgánica 5/1998, y que se desarrollan en Leyes.

La Ley 6/1995, de 28 de Mayo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. En cuyo título segundo procura sentar las bases esenciales de lo que debe ser la acción administrativa de cara tanto a la prestación de servicios directos, como al desarrollo de acciones de fomento en actividades y servicios tan esenciales para las personas como la salud, la educación, el ocio, la cultura, el tiempo libre, etcétera.

La Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. el Título XI está dedicado a la «Actuación en materia de Drogodependencias». Y el Título XII «Competencias de las Corporaciones Locales» en dicha materia, completando así la ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ley 5/2002, de 27 de Junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid, desarrolla en el capítulo 1 “de la prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos” y en el capítulo 2 “de la prevención escolar y comunitaria de las drogodependencias y de otros trastornos adictivos. Resaltar especialmente en el artículo 45 que además de las señaladas en el punto anterior, los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes de hecho o derecho tienen las siguientes competencias y responsabilidades mínimas:

- La aprobación y ejecución del Plan Municipal sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos, elaborado en coordinación y de conformidad con los criterios establecidos por el Organismo regional competente en materia de drogodependencias, y lo regulado en la presente Ley.
- La ejecución de los programas de prevención que se desarrollen exclusivamente en el ámbito de su municipio.
- El fomento de la participación social y el apoyo a las instituciones sin ánimo de lucro que en el municipio desarrollen las actuaciones previstas en el Plan Municipal sobre Drogodependencias.

Ley 12-2001 de 21 de Diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Artículo 16. Asistencia Sanitaria.

La Administración Sanitaria de la Comunidad de Madrid, a través de los recursos y medios de que dispone su Sistema Sanitario, desarrollará entre otras actuaciones: “La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo a la atención sociosanitaria.”

Artículo 18. Corporaciones Locales.

1. Las Corporaciones Locales de la Comunidad de Madrid, en los términos previstos en la presente Ley, ejercerán las competencias que en materia de control sanitario y salubridad les atribuye el Ordenamiento Jurídico, sin perjuicio de su capacidad institucional de actuación complementaria, y de desarrollo de las competencias que en su caso les delegue la Comunidad.

Ley 18 de 23 noviembre de 2009 sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

En el Artículo 65, dentro del cuadro general de infracciones y catalogadas como infracciones muy graves aparece:

La conducción por las vías objeto de esta Ley habiendo ingerido bebidas alcohólicas con tasas superiores a las que reglamentariamente se establezcan, y en todo caso, la conducción bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y cualquier otra sustancia de efectos análogos.

Incumplir la obligación de todos los conductores de vehículos de someterse a las pruebas que se establezcan para la detección de posibles intoxicaciones de alcohol, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas, y la de los demás usuarios de la vía cuando se hallen implicados en algún accidente de circulación.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones.

Ley orgánica 1/92 de 21 febrero sobre Protección de la Seguridad Ciudadana

En su artículo 8 referido a los espectáculos y actividades recreativas de carácter público, presta atención entre otros fines sujetos a las medidas de policía administrativa que dicte el Gobierno, a: “Limitar las actividades de los locales y establecimientos públicos a las que tuvieren autorizadas, e impedir, en todo caso, el ejercicio en ellos de cualesquiera otras que estuvieran prohibidas.”

4. EL CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PARLA

El municipio de Parla se encuentra situado en la zona sur de la Comunidad de Madrid a unos 20 km. de la capital, forma parte de lo que se conoce como Corona Metropolitana Sur.

El término municipal tiene una extensión de unos 24,43 km² con una altitud de 648,5 metros, limitando al norte con Fuenlabrada; al sur con Torrejón de la Calzada y Torrejón de Velasco; al este colinda con Pinto y al oeste con Humanes y Griñón.

Parla es actualmente una aglomeración urbana de, aproximadamente, 120.000 habitantes, y que está constituida por los descendientes de aquellos 1.781 parleños que se censan en 1960, cuando Parla era aún una villa rural, más las personas o familias que fueron llegando de las diversas regiones de España desde finales de la década de los sesenta, atraídas por la transformación industrial de Madrid, y por sus descendientes a los que hay que añadir en la actualidad algunos miles de emigrantes procedentes de todos los continentes y de la Europa del Este. Pero Parla, como cualquier otro municipio tiene su historia y tanto su territorio, como su población, como la ubicación de sus hábitats, como sus actividades, costumbres y fisonomía han ido evolucionando hasta configurarse tal y como es en la actualidad. Vamos a intentar dar una visión general de esa historia reciente en tan corto espacio.

Durante el siglo XIX se dan las leyes desamortizadoras y las de supresión de señoríos y mayorazgos, por lo que las tierras del clero, tanto secular como regular, pasan por subasta a manos de particulares, sobre todo las familias más pudientes de Parla y algunos vecinos de Madrid, y las de mayorazgos quedan libres para poder salir también a la venta. Además Parla deja de ser del señorío de los sucesores de los Barroso, entonces los marqueses de Malpica. Se produce, pues, un cambio en las estructuras de la propiedad del terrazgo y de la jurisdicción. El final del siglo XIX e inicios del XX, durante el reinado de Alfonso XIII, España asiste a la pérdida de sus últimos restos coloniales, lo que supone una sangría humana y económica. Parla, que sigue siendo una población rural que vive de la agricultura y de la arriería, contribuye con sus mozos y sus impuestos a dichas guerras.

Entre 1936 y 1939 se produce la Guerra Civil. Parla, como el resto de España, soporta sus consecuencias y estando en una vía importante de acceso a Madrid, se convierte durante unos días en zona de combates. Posteriormente, cuando el frente se estabilice en los alrededores de Madrid, Parla seguirá estando en una zona inestable. Durante los primeros instantes de esa guerra se pierden muchos bienes culturales pertenecientes a la Iglesia. Parla se queda sin una gran parte de su patrimonio cultural.

Tras la guerra, Parla continúa siendo un paisaje agrario, un caserío de viviendas bajas con corralones, hasta finales de la década de los sesenta. A partir de esas fechas, Parla asiste a un crecimiento desmesurado de su población propiciado por la industrialización de Madrid, que atrae personas y familias procedentes de otras tierras de España en busca de trabajo. La vida rural comienza a languidecer y gran parte de las tierras de cultivo se convierten en asiento de bloques de edificios. Parla asume el futuro pero tratando no perder, o perder lo menos posible, sus referencias del pasado.

Sin embargo, hoy día, pese a todos estos cambios que se produjeron en el municipio Parla cuenta con un sector primario que ofrece un carácter marginal, con una mínima superficie agraria dedicada exclusivamente a la labranza. La población ocupada en el sector secundario o

industrial supone un 27,5% del total, concentrados en maquinaria industrial, alimentación y otras industrias manufactureras. Dentro del sector servicios destacan el comercio al por menor, los servicios personales y la administración pública. Cabe señalar, que el comercio y la hostelería, representan el 60% del tejido productivo de Parla y está compuesto casi por entero por PYMES.

El nivel de la renta per cápita de los habitantes del municipio aumentó una media del 60% entre 1995 y 2003 y se sitúa ya alrededor de los 11.000 euros brutos al año.

En este contexto actual, las expectativas a futuro son de un crecimiento mucho mayor, las proyecciones de población hablan de un crecimiento por encima de los 50.000 habitantes en el 2010 lo que supondrá elevar el techo poblacional hasta los aproximadamente 150.000 habitantes. Esto es fruto de los proyectos urbanísticos que se vienen desarrollando en la localidad

Año	1960	1970	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2004	2008
Cifras	1.809	10.317	30.723	56.318	63.963	70.108	69.962	79.057	91.264	147.765

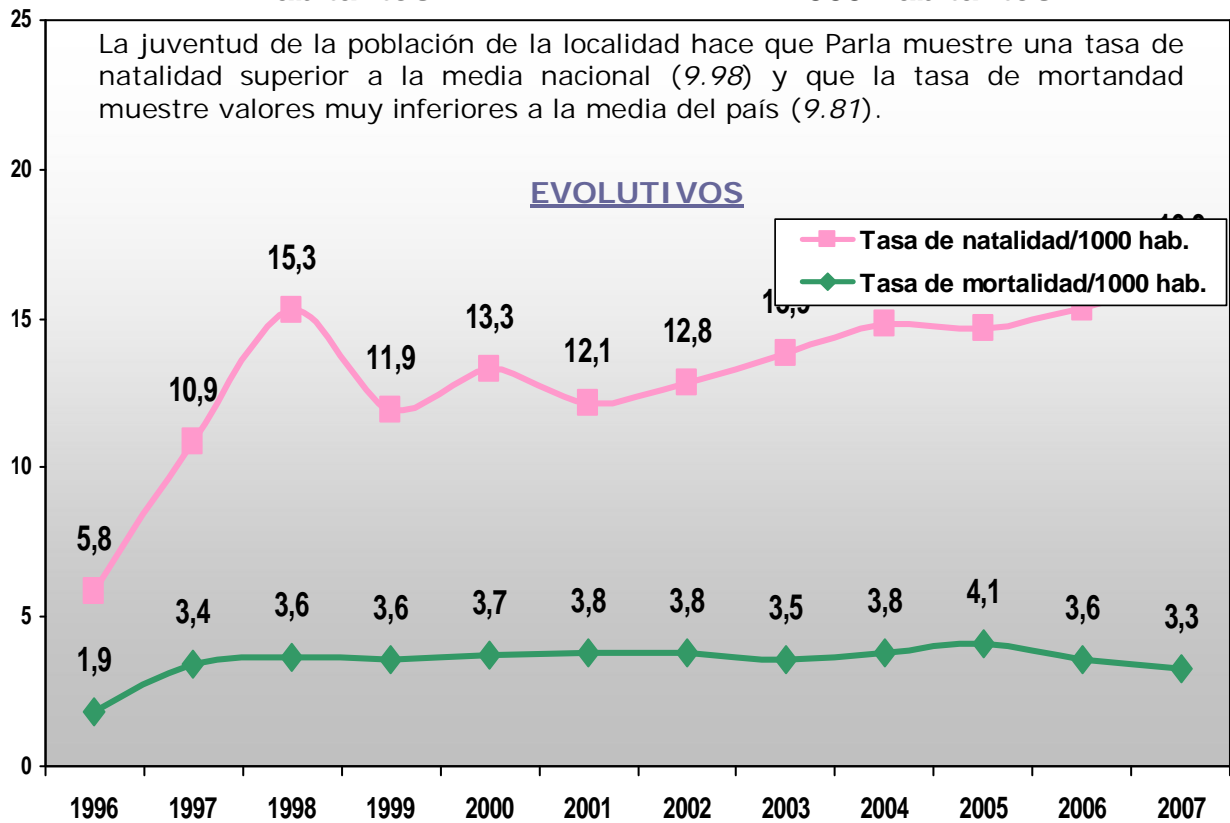
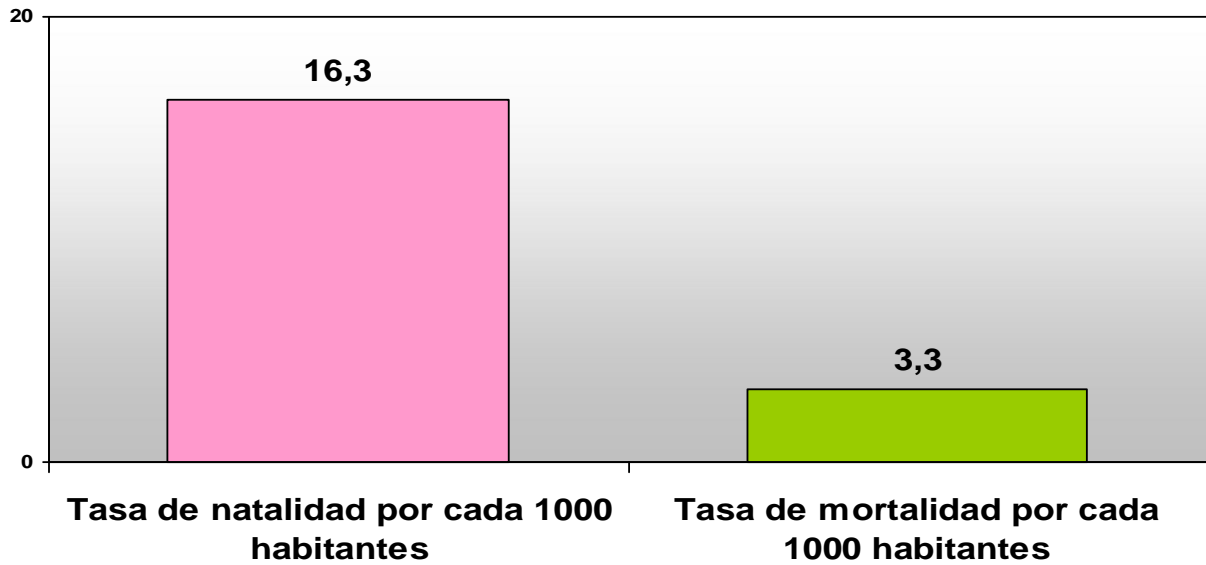
Parla es una ciudad joven, más de la mitad de los vecinos de la localidad tienen menos de 35 años, hecho que contribuye a que sea uno de los municipios de la Comunidad de Madrid con mayor tasa de nacimientos por cada 1000 habitantes.

Con esta exposición de los datos podemos decir que Parla vive su gran explosión demográfica durante la década de los 60 y 70, años en los que se produjo un gran fenómeno migratorio dentro de nuestro país, cuando las poblaciones de las zonas rurales emigraron a las grandes ciudades en busca de trabajo. Casi un millón de personas llegaron a la provincia de Madrid, en su mayoría provenientes de Castilla la Mancha, Extremadura y Andalucía, y empiezan a habitar las localidades limítrofes con la capital, debido al precio de la vivienda más asequible y las buenas comunicaciones por carretera.

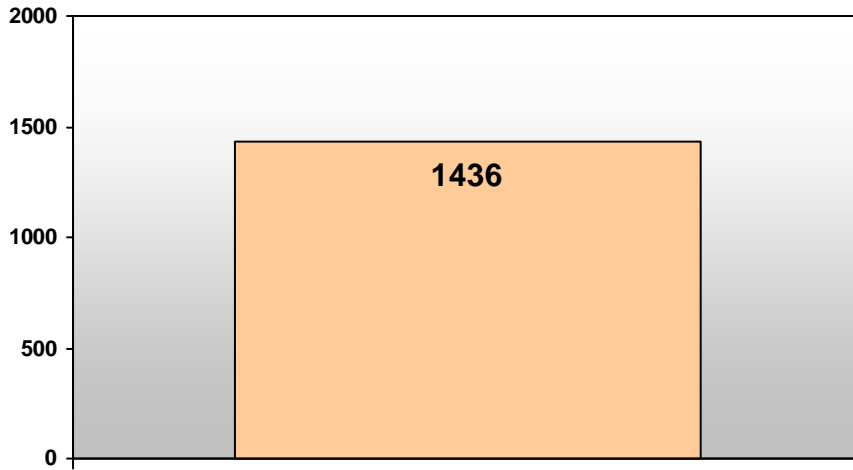
A principios de los años 80 Parla contaba con casi 50.000 habitantes, una población 26 veces superior a la que tenía en el año 1960. En el año 2006 la población se ha duplicado hasta alcanzar los casi 100.000 ciudadanos empadronados en la actualidad. Con los nuevos desarrollos urbanísticos que se están realizando en la localidad y especialmente con la construcción de más de 12.800 viviendas en Parla Este, la ciudad vivirá su segundo gran desarrollo demográfico y se prevé que en el año 2008 Parla alcance una población de más de 150.000 habitantes.

Todos estos cambios han repercutido en la vida de los parleños, sin duda alguna el cambio de una sociedad rural a una más centrada en el consumo ha producido transformaciones lógicas que se observan y manifiestan en las entrevistas realizadas. Estos cambios, entre otras cosas han producido un tipo de bienestar y un cambio de valores que, desde la óptica adulta es interpretado en ocasiones como una fuente de conformismo y materialismo por parte de la población infanto-juvenil.

TASA DE NATALIDAD Y MORTALIDAD

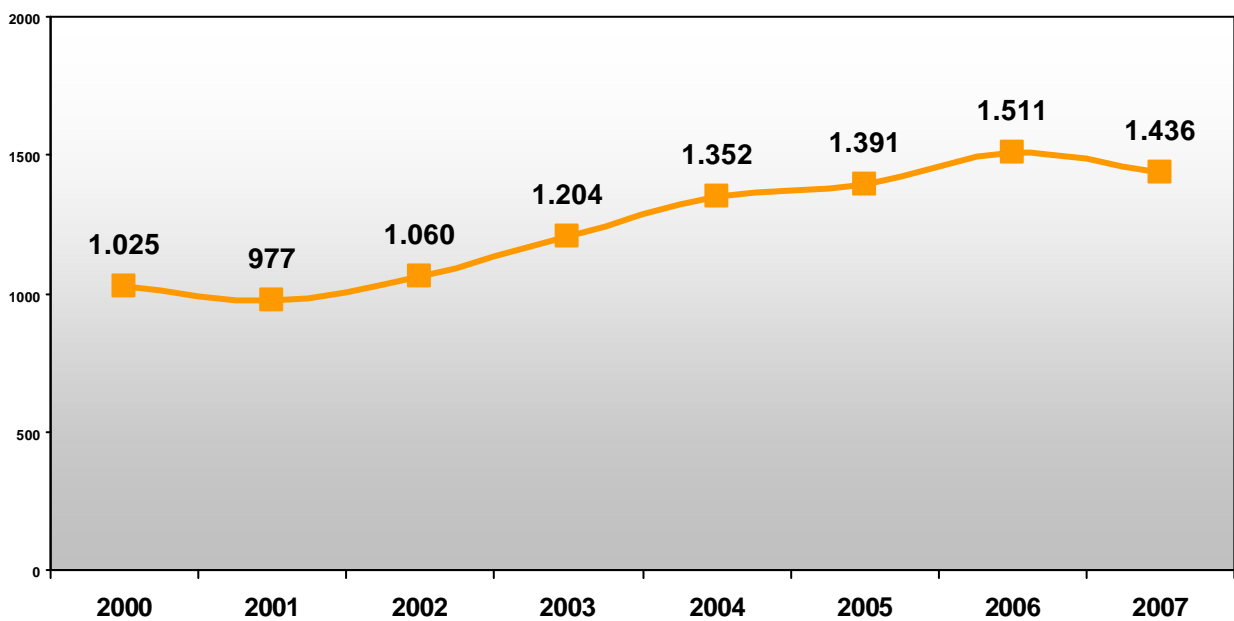


CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN



Creación natural de la población

EVOLUTIVOS



5. ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN MATERIA DE CONSUMO DE DROGAS (DIAGNÓSTICO)

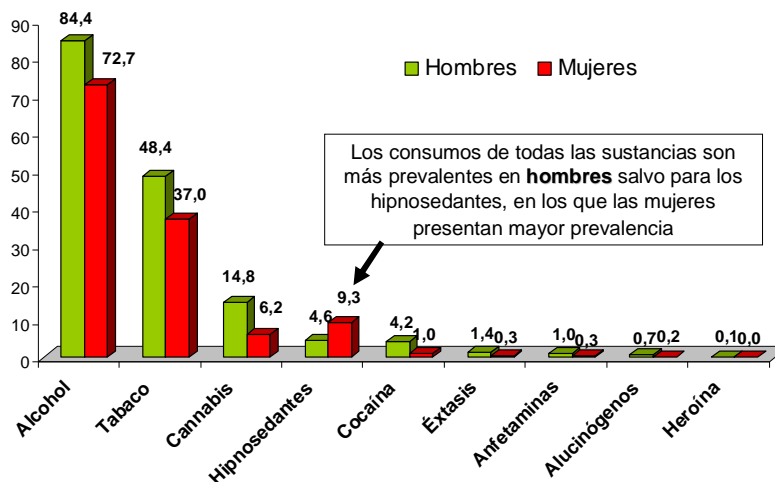
En España

Las conclusiones más destacadas sobre la evolución del consumo y los problemas de drogas en España en los años más recientes son los siguientes:

- Se ha detenido el descenso de consumo de tabaco observado hasta 2007.
- Está estabilizada o en descenso la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras).
- Se ha detenido el descenso del número de inyectores de drogas admitidos a tratamiento.
- Continúa descendiendo lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número elevado de muertes de este tipo (más de 800 en 2006).
- En los inyectores de drogas persisten altos niveles de infección por VIH y virus de la hepatitis, y de conductas de riesgo sexuales y de inyección, aunque ha disminuido mucho el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.
- Después de muchos años de descenso, puede haberse estabilizado el consumo de heroína, e incluso puede haber comenzado a ascender.
- Se han estabilizando o pueden haber comenzado a descender el consumo de cocaína y cannabis y los problemas asociados, tras muchos años de aumento continuado.
- Ha aumentado el consumo de hipnosedantes, mientras continúan descendiendo el consumo y los problemas por éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Consumo (%) de drogas en los últimos 12 meses de 15 a 64 años

Las drogas más consumidas entre la población de 15 y 64 años son el alcohol y el tabaco seguidas de cannabis e hipnosedantes



EDADES 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

3

A continuación se resume la evolución de la situación para cada una de las drogas y problemas más importantes, así como la evolución de otros aspectos relevantes relacionados con el consumo, como las diferencias de género, el riesgo percibido ante el consumo y la disponibilidad percibida.

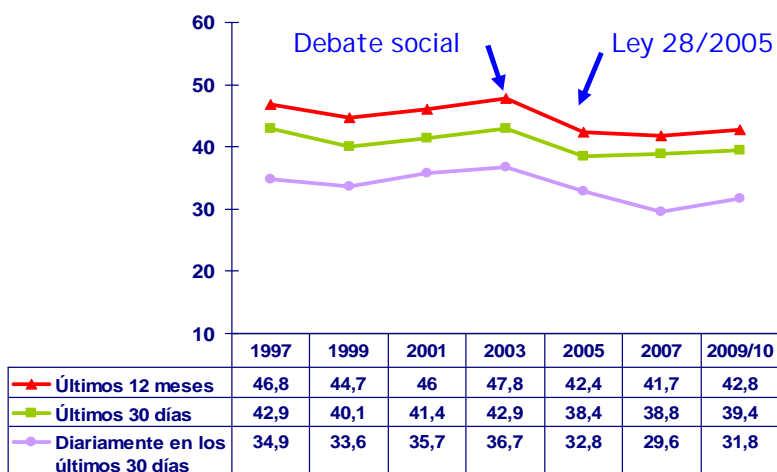
Tabaco:

La prevalencia de consumo de tabaco en España continúa siendo elevada. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) en 2007 un 29,6% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios (32,9% de los hombres y 26,6% de las mujeres), y según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), en 2008 lo eran un 14,8% de los estudiantes de 14-18 años (13,3% de los hombres y 16,4% de las mujeres). Los estudiantes ven fumar con relativa frecuencia dentro del recinto de los centros educativos a otros estudiantes o a profesores.

En los años más recientes se ha producido un importante descenso del consumo, especialmente entre los hombres de 35-64 años, y entre la población más joven, lo que puede tener relación con las medidas puestas en marcha para reducir el consumo. Sin embargo, hay ya signos del agotamiento del efecto de dichas medidas. Así, aunque en EDADES la prevalencia de consumo en la población de 15-64 años continuaba descendiendo en 2007 (34,9% en 1997, 32,8% en 2005 y 29,6% en 2007, 31,8 EN 2009), en ESTUDES la prevalencia de consumo entre los estudiantes de 14-18 años mostraba en 2008 signos de estabilización (21,6% en 1994, 21,5% en 2004 y 14,8% en 2006 y 2008), y lo mismo sucedía con el volumen global de ventas de cigarrillos (4663,0 millones de cajetillas en 2004, 4445,1 en 2007 y 4514,4 en 2008).

Consumo (%) de tabaco de 15 a 64 años

Tendencia a la **estabilización** tras el descenso observado coincidiendo con el debate social previo a la aprobación de la Ley 28/2005.



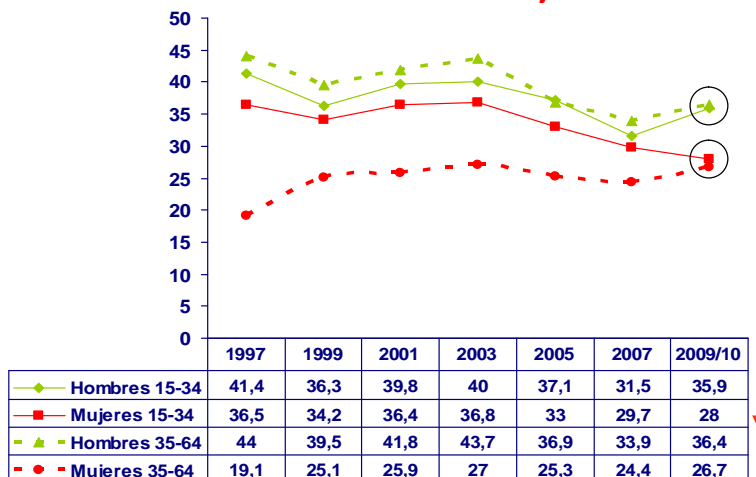
EDADES 1997- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

8

Consumo (%) de tabaco diario por sexo y edad

Se observa una aproximación de la prevalencia de consumo diario, por sexos, para los grupos de edad de 15 a 34 y de 35 a 64.

Se confirma el **descenso del consumo diario en mujeres de 15 a 34 años.**



EDADES 1997- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

9

Bebidas alcohólicas:

La mayoría de la población española consume bebidas alcohólicas esporádica o habitualmente. Según EDADES, en 2007 un 60,0% de la población de 15-64 años había bebido alguna vez en los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), especialmente en el caso de los jóvenes de 15-34 años. La cerveza/sidra era la bebida consumida por mayor número de personas tanto en fines de semana como en días laborables, seguida del vino/champán, aunque el consumo de combinados/cubatas le sigue muy de cerca durante el fin de semana, y es después de la cerveza el tipo de bebida consumida por un mayor número de jóvenes de 15-34 años durante el fin de semana. La proporción de personas que bebían diariamente era bastante reducida, siendo más elevada entre los hombres, especialmente entre los de 35-64 años. De hecho, en 2007, había bebido diariamente en los últimos 30 días un 10,2% de la población de 15-64 años (un 15,3% de los hombres y un 4,8% de las mujeres). Son bastante frecuentes los episodios de intoxicación etílica aguda (borrachera), especialmente entre los jóvenes. Así, en 2007, un 19,1% de la población de 15-64 años se había emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses (25,6% de los hombres y 12,4% de las mujeres; 31,8% de la población de 15-34 años y 10,1% de la de 35-64 años).

Por su parte, los datos de ESTUDES indican que en 2008 un 72,9% de los estudiantes de 14-18 años habían consumido bebidas alcohólicas en el último año y un 58,5% en el último mes, concentrándose muchísimo el consumo en el fin de semana. Entre estos estudiantes, la bebida más consumida eran los combinados/cubatas, si bien en días laborables predominaba la cerveza. Los lugares más frecuentes de consumo son los bares o pubs, los espacios públicos abiertos y las discotecas. En 2008 un 47,1% se había emborrachado algún día en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días.

Además, un 41,4% había tomado alguna vez durante los últimos 30 días 5 o más vasos/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión —intervalo aproximado de dos horas— (“atracones de alcohol” o *binge drinking*).

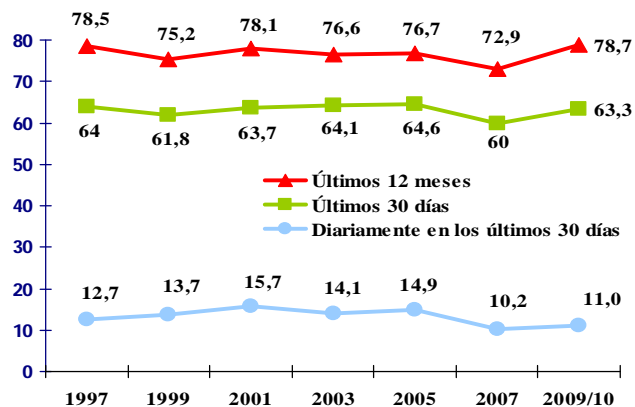
En la población de 15-64 años la tendencia temporal de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas de forma esporádica o habitual y de intoxicaciones etílicas parece estable. Entre los estudiantes de 14-18 años ha descendido la extensión del consumo de alcohol, pasando la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses de 82,7% en 1994 a 74,9% en 2006 y 72,9% en 2008, y en los últimos 30 días de 75,1%, 58,0%, y 58,5%, respectivamente; sin embargo, en 2008 continuaba la tendencia ascendente de las borracheras y el consumo intensivo. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días ha pasado de 16,1% en 1994 a 21,7% en 2000, 28,0% en 2004 y 29,5% en 2008.

Consumo (%) de **bebidas alcohólicas** de 15 a 64 años

Los consumos se mantienen relativamente **estables** con respecto a años anteriores aunque se observa un ligero repunte de consumo con respecto a 2007.

El consumo se concentra en **fines de semana**.

La bebida más consumida es la **cerveza** (en días laborales y en fines de semana).



EDADES 1997- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

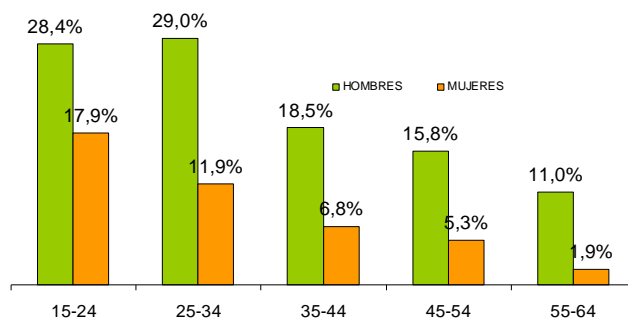
4

Consumos intensivos de alcohol : **Atracones (binge drinking)**

En 2009, el 14,9% de la población de 15 a 64 años hizo binge drinking (70% hombres y 30% mujeres).

El binge drinking se da fundamentalmente en hombres de 15 a 34 años.

Atracones o binge drinking* en los últimos 30 días de 15 a 64 años por edad y sexo.



EDADES 1997- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

* **Binge drinking**: ingesta de 5 o > bebidas alcohólicas (hombres) y 4 o > (mujeres) en la misma ocasión (en el plazo de un par de horas)

7

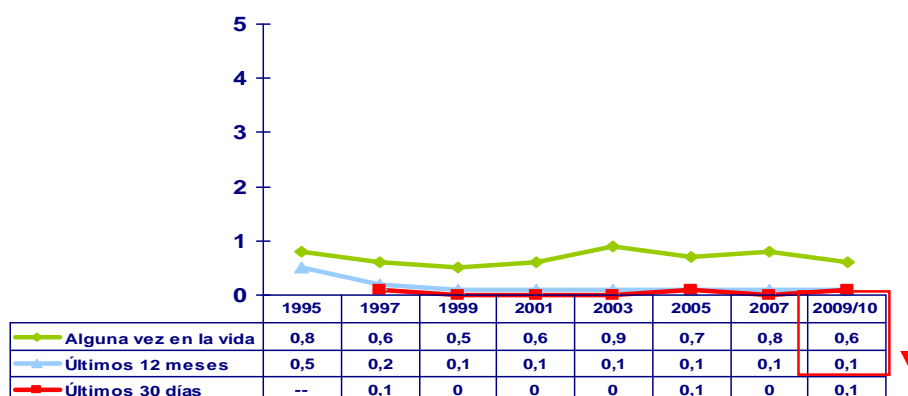
Heroína:

Aunque históricamente la heroína ha sido responsable de la mayoría de los problemas graves relacionados con las drogas ilegales detectados en España, desde el comienzo de la década de los noventa ha disminuido de forma importante tanto el consumo como los problemas asociados a esta droga. Hasta 2004 todos los indicadores manejados por el **Observatorio Español sobre Drogas (OED)**: indicadores de control de la oferta, encuestas domiciliarias y escolares, estimaciones del consumo problemático, tratamientos, urgencias o muertes relacionados con el consumo de heroína, mostraban una tendencia descendente. Por ejemplo, el número de personas tratadas por primera vez en la vida por abuso o dependencia de heroína pasó de 20.017 en 1992 a 16.647 en 1996, 7.461 en 2001 y 3.836 en 2004, la proporción de urgencias directamente relacionadas con drogas en que se menciona consumo de heroína pasó de 61,5% en 1996 a 40,5% en 2000 y 24,2% en 2004, y el número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales con presencia de opioides de 1.707 en 1991 a 1.012 en 2000 y 596 en 2004. Sin embargo, a partir de 2004-2006 se ha notado cierto aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años (0,5% en 1994, 0,7% en 2004, 1% en 2006 y 0,9% en 2008), del número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de heroína (3.604 en 2005, 3.318 en 2006 y 3.672 en 2007), una ralentización del descenso de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona consumo de heroína (24,8% en 2005, 21,8% en 2006 y 21,0% en 2007) y del número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales con presencia de opioides (645 en 2006).

Estos datos permiten plantear la hipótesis de que el consumo y los problemas por heroína pueden haber tocado fondo, y pueden volver a aumentar otra vez. Por otra parte, continúa descendiendo, aunque ya más lentamente, el uso de la inyección para consumir heroína. De hecho, la proporción de tratados por heroína por primera vez en la vida que consume esta droga principalmente por inyección pasó de 50,3% en 1991 a 16,4% en 2004 y 12,8% en 2007. La vía inyectada ha sido sustituida principalmente por la vía pulmonar ("fumar chinos"). En 2007, sólo tres comunidades autónomas (País Vasco, Aragón y Cataluña) estaban por encima del 25% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por heroína que usaban preferentemente esta droga por inyección. En cambio, el número de inyectores recientes de drogas admitidos a tratamiento ha aumentado en 2007 después de muchos años de descenso continuado.

Consumo (%) de heroína en polvo de 15-64 años

El consumo se mantiene **estable y en niveles bajos** y descende su uso experimental. Ligero repunte en el ámbito internacional → **vigilancia**



EDADES 1995- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

14

Cocaína:

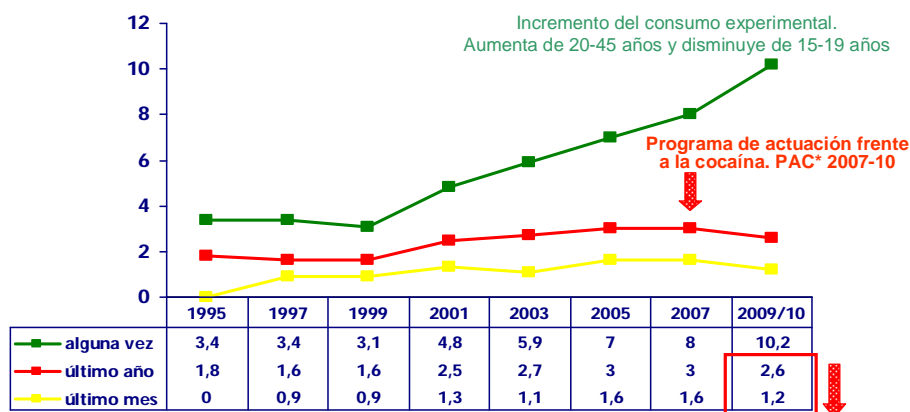
La cocaína es en la actualidad la droga ilegal que genera un mayor volumen de problemas en España. Hasta 2004-2005 todos los indicadores manejados por el OED eran consistentes a la hora de mostrar un aumento del consumo y los problemas por cocaína. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3,0% en 2005; la prevalencia anual entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 1,8% en 1994, a 2,7% en 1996, 6,2% en 2002, 7,2% en 2004, y el número de tratados por primera vez en la vida por cocaína de 932 en 1992 a 1.892 en 1996, 5.977 en 2001, 11.851 en 2003 y 15.258 en 2005. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se mencionaba cocaína pasó de 26,1% en 1996 a 44,4% en 2001, 49,0% en 2002, 58,5% en 2004 y 63,4% en 2005; el número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detectaba cocaína y no opioides pasó de 0 en 1983 a 18 en 1991, 62 en 2000 y 119 en 2004, y la disponibilidad percibida de cocaína mostraba un aumento sostenido tanto entre la población de 15-64 años, como entre los estudiantes de 14-18 años. Sin embargo, a partir de 2004-2005 han ido apareciendo algunas evidencias que hacen pensar que puede estar iniciándose un cambio positivo en la evolución temporal del consumo y los problemas por esta droga. Por ejemplo, la prevalencia anual de consumo de cocaína ha descendido entre los estudiantes de 14-18 años (7,2% en 2004, 4,1% en 2006 y 3,6% en 2008), se ha estabilizado entre la población de 15-64 años (1,6% en 1997, 2,7% en 2003, 3% en 2005 y 3% en 2007). Además, ha descendido lentamente el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de cocaína (15.258 en 2005, 13.463 en 2006 y 13.429 en 2007), se ha estabilizado la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en que se menciona cocaína (63,4% en 2005, 59,2% en 2006 y 62,8% en 2007), y ha descendido la disponibilidad percibida de esta droga, tanto entre los estudiantes de 14-18 años (a

partir de 2004) como entre la población de 15-64 años (a partir de 2005). En cuanto a la tendencia del número estimado de muertes por reacción aguda a drogas ilegales en que se detecta cocaína y no opioides (207 en 2005 y 152 en 2006) es pronto para apreciarla con claridad.

Es probable que en España esté aumentando el uso de cocaína fumada (conocida aquí como base o cocaína-base). De hecho, en la población de 15-64 años, entre 1999 y 2005 se había producido un discreto incremento en la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, sin embargo en 2007 el aumento fue muy acusado, lo que nos informa de una mayor experimentación con este tipo de cocaína. Además, ha aumentado también de forma importante la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (0,1% en 2003, 0,2% en 2005 y 0,5% en 2007). Por otra parte, la experimentación con este tipo de cocaína parece relativamente elevado entre los estudiantes de 14-18 años (prevalencia de consumo alguna vez en la vida: 2,6% en 2006 y 2,4% en 2008). Sin embargo, los problemas relacionados con cocaína-base suponen una proporción del total de problemas por cocaína relativamente pequeña (en 2007 un 4,3% de todos los admitidos a tratamiento por abuso/dependencia de cocaína y un 20,7% de las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con cocaína), y no hay signos claros de aumento reciente. De hecho, el número de primeras admisiones a tratamiento por cocaína fumada ha pasado de 139 en 1991 a 1.172 en 2000, 1.837 en 2004, 1.617 en 2006 y 1.295 en 2007), y la proporción de urgencias hospitalarias relacionadas con cocaína fumada sobre el total de urgencias relacionadas con cocaína de 18,8% en 2004 a 22,7% en 2005, 17,7% en 2006 y 20,7% en 2007. Por lo tanto, es posible que aunque haya aumentado la experimentación con la cocaína-base fuera de los círculos de los consumidores de heroína, el consumo más frecuente e intensivo de cocaína-base continúe concentrado en dichos círculos.

Consumo (%) de cocaína en polvo de 15-64 años

El consumo de cocaína **desciende**, por primera vez, en 2009/10 tras una etapa al alza (1995-2005) y posterior estabilización (2005-2007).



*PAC: Programa de Actuación frente a la Cocaína, para la prevención del consumo, reducción y mejora de la atención a los problemas asociados a la cocaína. 2007-2009: 395 programas y 17 millones €



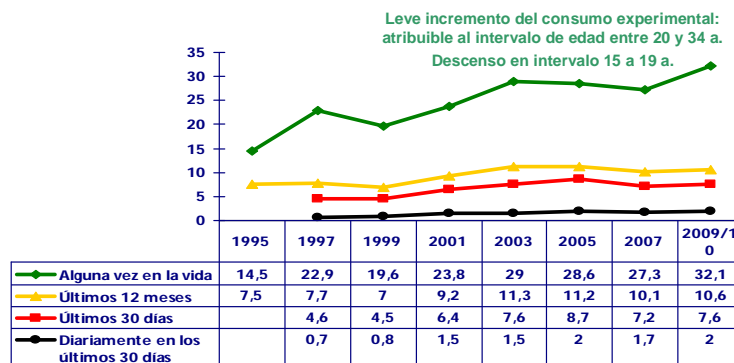
EDADES 1995- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

Cannabis:

En España el consumo de cannabis está muy extendido, incluso el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2007 un 1,5%. El consumo y los problemas por cannabis aumentaron de forma considerable entre 1994 y 2003-2004. La prevalencia anual de consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años pasó de 18,2% en 1994 a 32,8% en 2002 y 36,6% en 2004, mientras que en la población de 15-64 años pasó de 7,5% en 1995 a 11,3% en 2003. Se observó también un aumento importante de los primeros tratamientos por abuso o dependencia de cannabis (que pasaron de 1.300 en 1996 a 2.487 en 2000 y 5.389 en 2004) y de la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con cannabis sobre el total de urgencias directamente relacionadas con drogas ilegales (6,2% en 1996, 12,8% en 2000 y 19,3% en 2004) aunque es preciso interpretar correctamente el papel del cannabis en los eventos de este tipo ya que pueden estar simultáneamente relacionadas con otras drogas ilegales. Sin embargo, al igual que sucedía con la cocaína, hay evidencias que indican que a partir de 2003-2004 puede haberse producido un cambio de tendencia en la evolución del consumo y los problemas por cannabis. De hecho, la prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años ha pasado de 11,3% en 2003 a 11,2% en 2005 y 10,1% en 2007, la prevalencia anual entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006 y 30,5% en 2008, y el número de admisiones a tratamiento por primera vez en la vida por abuso o dependencia de cannabis de 5.319 en 2004 a 4.426 en 2005, 4.125 en 2006 y 4.619 en 2007, y la proporción de urgencias directamente relacionadas con cannabis sobre el total de urgencias directamente relacionadas con drogas ilegales de 19,3% en 2004 a 21,7% en 2005, 24,0% en 2006 y 22,9% en 2007. Igualmente, en los años más recientes ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de esta droga tanto entre los estudiantes de 14-18 años (a partir de 2002) como entre la población general de 15-64 años (a partir de 2003), y ha disminuido la disponibilidad de cannabis percibida, sobre todo entre los estudiantes de 14-18 años.

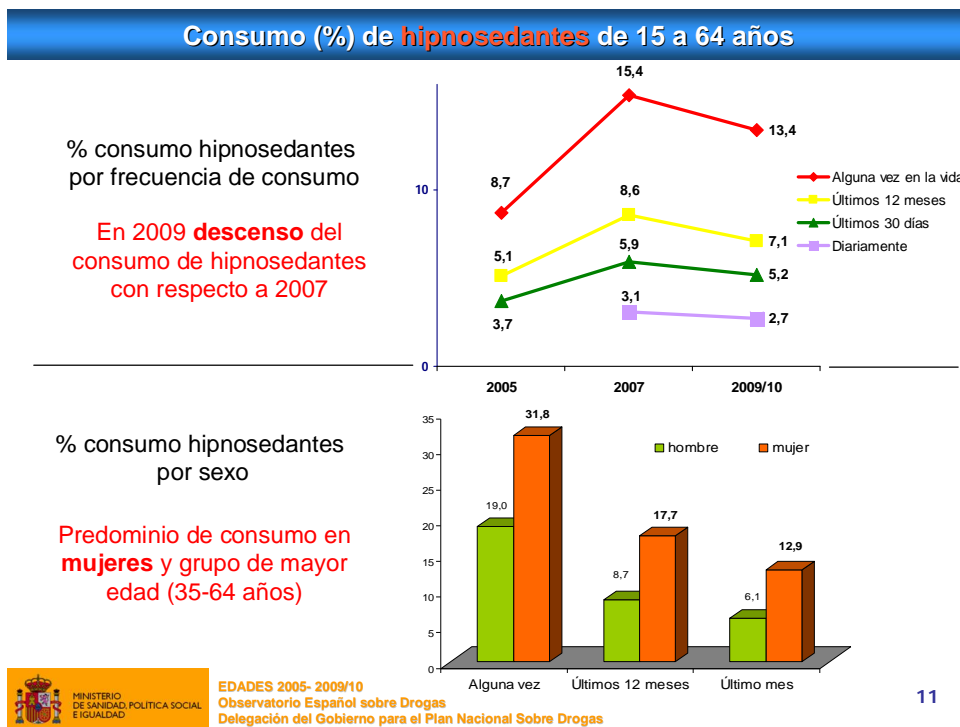
Consumo (%) de cannabis de 15 a 64 años

El cannabis es la sustancia **ilegal más consumida** de 15 a 64 años
El consumo se mantiene **estable** desde 2003



Hipnosedantes:

Con este término nos referimos tanto a los tranquilizantes como a los somníferos, sustancias que son consumidas por un número importante de personas en España, en la mayor parte de los casos, prescritas por los médicos. La prevalencia anual de consumo era de un 8,6% (1,3% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre de la población de 15-64 años en 2007 y de un 10,1% (5,7% si se considera sólo el consumo sin receta médica) entre los estudiantes de 14-18 años en 2008, siendo en ambos casos más alta en las mujeres. Por otra parte, una elevada proporción de consumidores de heroína o cocaína, consumen también hipnosedantes, lo que suele contribuir a aumentar sus problemas. De hecho, según una encuesta realizada en 2003-2004, un 47,0% de los admitidos a tratamiento por heroína o heroína+cocaína habían consumido hipnosedantes el mes previo, cifra que era del 25,6% entre los admitidos por cocaína. En la gran mayoría de los casos, los hipnosedantes consumidos son benzodiazepinas. Entre 1996 y 2004 aumentó el número de primeras admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de hipnosedantes pasando de 186 en 1996 a 214 en 2000, 383 en 2005, 466 en 2006 y 503 en 2007.



Estimulantes tipo anfetaminas o éxtasis:

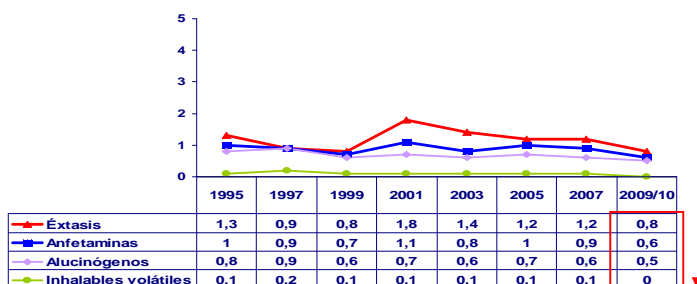
En España, al contrario que en otros países europeos, la prevalencia de consumo de estos estimulantes es menor que la de cocaína. En las encuestas domiciliarias o escolares la prevalencia de consumo desciende lentamente desde 2000-2001. La mayor parte de los consumidores toman las anfetaminas o el éxtasis de forma bastante esporádica, por lo que el peso de estas sustancias en el conjunto de problemas por drogas ilegales es escaso. De hecho, en 2007, las anfetaminas motivaron el 0,8% de los tratamientos por drogas ilegales, se relacionaron con el 4,2% de las urgencias y con el 3,6% de las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, siendo las cifras para éxtasis 0,4%, 5,0% y 1,1%, respectivamente. Quizá con la salvedad del año 2002, durante el período 1996-2007 se aprecia una relativa estabilidad del número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de éxtasis o anfetaminas (450-650), aunque en los años más recientes tienden a aumentar los tratamientos por anfetaminas y a disminuir por éxtasis. En cuanto a la proporción de urgencias hospitalarias o muertes directamente relacionadas con ilegales que se relacionaron con estas drogas, es difícil apreciar las tendencias por las fluctuaciones interanuales, pero parece que se produjo un aumento hasta el año 2000 y a partir de entonces se ha mantenido relativamente estable.

Alucinógenos:

La prevalencia de consumo de estas sustancias es muy baja y todavía más bajos los problemas relacionados con el consumo. Además, el consumo y los problemas parecen estabilizados o en descenso. Así, en la población de 15-64 años la prevalencia anual de consumo fue de 0,8% en 1995 y de 0,6% en 2007, y en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años de 4,4% en 1994, 3,1% en 2004, 2,8% en 2006 y 2,7% en 2008. El número de tratamientos por alucinógenos pasó de 74 en 1996 a 37 en 2006 y 43 en 2007, y la mención de alucinógenos en las urgencias directamente relacionadas con drogas es relativamente estable, con algunas fluctuaciones interanuales.

Consumo (%) de 15 a 64 años en los últimos 12 meses de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles

Los consumos de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles mantienen niveles bajos y estables.



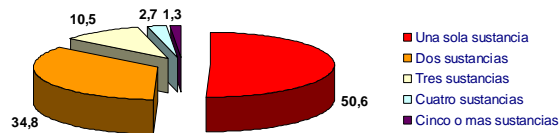
Prevalencia (%) de policonsumo de sustancias psicoactivas (últimos 12 m)

El policonsumo de drogas (legales e ilegales) es un patrón de consumo cada vez más prevalente en España y en Europa.

Se busca potenciar o compensar los efectos de diferentes drogas pero aumenta los riesgos y los problemas asociados y dificulta su tratamiento.

El 50% de los consumidores de sustancias psicoactivas consumen dos o más sustancias. El alcohol está presente en el 90 % de los policonsumos.

Porcentaje de consumidores que han consumido una o más sustancias en los últimos 12 meses



EDADES 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

15

Diferencias intersexuales en el consumo de drogas y los problemas asociados:

Los hipnosedantes son las únicas drogas consideradas en que la prevalencia de consumo es más elevada en las mujeres que en los varones. En cuanto al tabaco y el alcohol, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años, las prevalencias continúan siendo más altas en los varones. Así, en 2007 en la población de 15-64 años, la prevalencia de fumadores diarios de tabaco fue de 32,9% en varones y 22,6% en mujeres, la prevalencia mensual de consumo de bebidas alcohólicas de 71,4% en hombres y de 49,0% en mujeres, y las diferencias relativas fueron aún más amplias en el caso de los bebedores diarios o las intoxicaciones etílicas. En los jóvenes de 15-34 años las diferencias intersexuales relativas se reducen mucho, llegando en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, a ser claramente más alta la prevalencia de consumo de tabaco diario de las mujeres que la de los hombres (16,4% frente a 13,3% en 2008). Por lo que respecta a las drogas de comercio ilegal, las prevalencias de consumo de los hombres continúan siendo varias veces más elevadas que las de las mujeres, sin que se aprecie una reducción de las diferencias. Así, por ejemplo, en 2007 en la población de 15-64 años, la prevalencia mensual de consumo de cannabis fue de 10,0% en hombres y 4,2% en mujeres y la de cocaína en polvo de 2,5% en hombres y 0,8% en mujeres. En los jóvenes las diferencias intersexuales relativas se reducen, sobre todo en el caso del cannabis. Por lo que respecta a los problemas relacionados con drogas de comercio ilegal, se reproduce el sentido de las diferencias intersexuales, pero las diferencias son mayores. Así, en 2007 las razones hombre/mujer en las admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias y muertes directamente relacionadas con drogas ilegales, fueron, respectivamente, 5,6, 3,3 y 6,9, razones que salvo quizá en el caso de las urgencias no muestran una tendencia al descenso.

Percepción del riesgo ante el consumo de drogas:

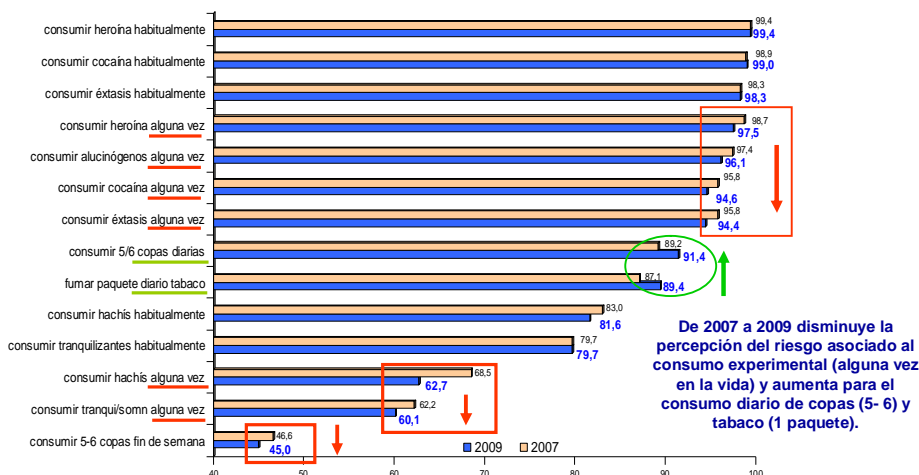
El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas (medido por la proporción de personas que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas) puede influir en la decisión de consumir y como tal ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura del consumo. En 2007 las conductas consideradas más peligrosas por la población de 15-64 años eran el consumo habitual de heroína, cocaína y éxtasis, y las menos peligrosas el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana, el consumo esporádico de hipnosedantes o cannabis. También se percibía un riesgo bastante bajo ante el consumo habitual de cannabis o hipnosedantes, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas.

Por lo que respecta a las variaciones en los últimos años, entre 2003 y 2007 se aprecia que ha aumentado el riesgo percibido ante el consumo de casi todas las sustancias, especialmente ante el consumo del informe realizado por el OED del 2007, extraemos el siguiente resumen sobre la situación y tendencias de los problemas de drogas en nuestro país: de cannabis esporádico o habitual, el consumo de cinco o seis unidades de alcohol diariamente o en fin de semana, el consumo esporádico de éxtasis y cocaína, y el consumo de un paquete de tabaco diario. Sin embargo, ha disminuido bastante el riesgo percibido ante el consumo habitual o esporádico de tranquilizantes o somníferos.

En lo que respecta a los estudiantes de 14-18 años, entre 2004 y 2008 se observa un aumento generalizado del riesgo percibido ante el consumo esporádico de todas las sustancias y en el caso del consumo habitual un aumento marcado para tabaco, alcohol y cannabis, y un descenso ligero para tranquilizantes, éxtasis, cocaína y heroína.

Percepción del riesgo de diferentes conductas. (% que piensa que cada conducta puede producir bastante/muchos problemas)

Se perciben como más peligrosos los consumos habituales de heroína, cocaína y éxtasis y se asocia con menor riesgo el consumo esporádico de cannabis o beber 5- 6 copas el fin de semana.



Disponibilidad de drogas percibida:

En general, la población española piensa que es bastante fácil acceder a las drogas de comercio ilegal. En cuanto a las tendencias temporales, entre 1995 y 2005 aumentó bastante la disponibilidad percibida por la población de 15-64 años de las cinco principales drogas de comercio ilegal (heroína, cocaína, éxtasis, alucinógenos y cannabis). Sin embargo, entre 2005 y 2007 se produjo un cambio de tendencia y descendió de forma importante la disponibilidad percibida de las cinco sustancias consideradas, correspondiendo los mayores descensos al cannabis.

En cuanto a los estudiantes de 14-18 años, entre 2004 y 2008 se observa un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas, que en el caso de cannabis y cocaína es muy importante y aparece por primera vez tras un ascenso continuado desde 1994. En el caso de heroína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos continúa la tendencia descendente que ya se manifestaba en 2004.

Muertes relacionadas con las drogas ilegales:

Es muy difícil estimar el número global de muertes relacionadas con drogas ilegales, por lo que nos centraremos en las muertes directamente relacionadas con el consumo de drogas ilegales (muertes por reacción aguda a drogas). En el conjunto de España estas últimas muertes aumentaron muchísimo entre 1983 y 1991-1992, pasando de 266 muertes a aproximadamente 1.800. Luego descendieron rápidamente hasta situarse en cifras en torno a 1.100 muertos en 1995, y a partir de entonces han descendido muy lentamente, estimándose 820 muertes para 2006. La serie histórica de seis grandes ciudades (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao) muestra una curva bastante similar a la estimada para el conjunto de España. El descenso de la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales se relaciona muy probablemente con el descenso del número de inyectores y con la expansión de los tratamientos de mantenimiento con metadona y otros programas de reducción del daño. Sin embargo, el descenso lento de los últimos años pone de manifiesto que puede haber un déficit de estrategias e intervenciones orientadas específicamente a reducir este problema. Por otra parte, aunque la cocaína tiene una presencia creciente en las muertes directamente relacionadas con drogas ilegales (en 2007 se detectó cocaína y no opiodes en un 25,1% de estas muertes), el impacto global de la cocaína en la mortalidad sigue siendo desconocido, porque es probable que algunas muertes con implicación de cocaína no lleguen a ser muertes judiciales, ni se refleje dicha implicación en el certificado oficial de defunción.

Infecciones en consumidores de drogas ilegales:

En cuanto a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), continúa descendiendo el número de nuevos diagnósticos en inyectores de drogas. Así, en un grupo de 8 comunidades autónomas, dicho número pasó de 231 en 2003 a 82 en 2007, año en que la transmisión por inyección de drogas suponía ya sólo el 7,8% de los nuevos diagnósticos de VIH. Este descenso es atribuible a varios factores, pero sobre todo al descenso del número de inyectores de drogas. Sin embargo, una proporción muy alta de los inyectores de drogas están infectados por VIH (20%- 30%), por el Virus de la Hepatitis B (VHB) (20%-35%) o el Virus de la Hepatitis C (VHC) (65%-90%). Entre los inyectores, la prevalencia de infección por VIH es bastante más alta en las mujeres

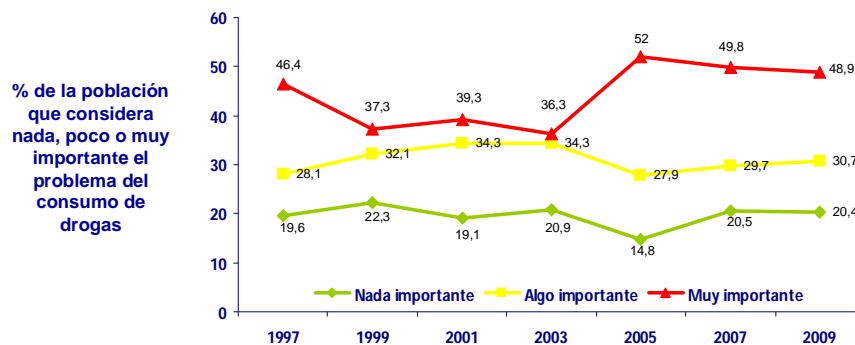
que en los hombres. A pesar de la expansión y elevada cobertura de los programas de provisión de material de inyección estéril y preservativos, entre los inyectores de drogas la prevalencia de conductas de riesgo sexuales y de inyección sigue siendo muy alta. De hecho, entre los inyectores admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína en 2003-2004, un 21,4% había usado en el último año jeringas usadas por otros y un 16,6% había cogido droga disuelta en una jeringa usada.

Además, del conjunto de admitidos por estas drogas, un 69,8% no había usado sistemáticamente preservativo en las relaciones vaginales o anales con parejas esporádicas. No es extraño, pues, que en algunas cohortes de consumidores de heroína se hayan observado incidencias anuales muy elevadas de infección por VHC e incluso por VIH. Es preocupante la persistencia de cifras elevadas de infección por VHC en los inyectores por sus importantes repercusiones en la morbimortalidad de esta población, y por su posible repercusión en la extensión de la infección a población general.

Recientemente se ha comprobado también que la protección de los jóvenes consumidores de heroína frente a VHB en tres ciudades españolas es bastante baja y que se pierden muchas oportunidades de vacunar en los servicios de atención.

Percepción (%) sobre la importancia del problema del consumo de drogas

Cerca del 50% de la población considera que es **muy importante** en problema del consumo de drogas.



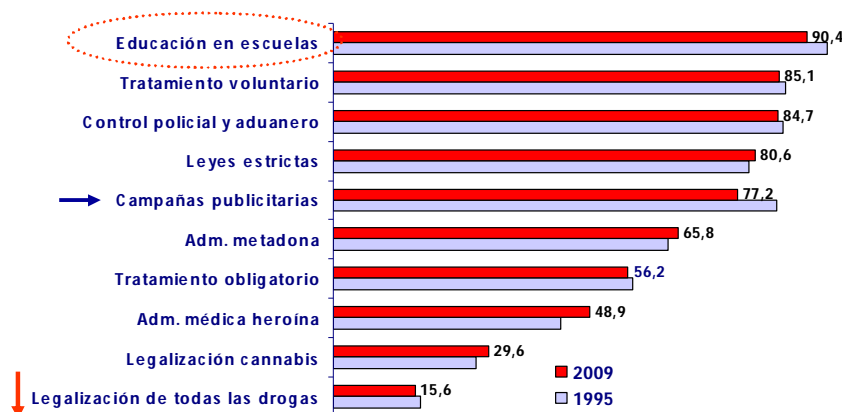
EDADES 1997- 2009/10
 Observatorio Español sobre Drogas
 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

Valoración de diversas acciones para resolver el problema de las drogas (% que considera muy importante cada acción)

La medida más valorada sigue siendo la educación en las escuelas y la menos valorada sigue siendo la legalización de todas las drogas.

Aumenta el % de población que cree que la legalización del cannabis ayudaría a resolver el problema, pero sigue siendo una de las medidas peor valoradas.

Las campañas publicitarias son menos valoradas en 2009 y reciben peor valoración entre 15 y 18 años.



EDADES 1995- 2009/10
Observatorio Español sobre Drogas
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

18

CONCLUSIONES

- ✓ El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida (79%) y el cannabis es la droga ilegal más consumida (11%).
- ✓ Policonsumo: la mitad de los consumidores de sustancias psicoactivas realizan consumo de 2 o más sustancias. En el 90% esta presente el alcohol.

- Se mantienen estables el consumo de **alcohol, tabaco, y cannabis**.
- Aumentan los **consumos intensivos de alcohol**: borracheras y atracones (*binge drinking*).
- El consumo de **hipnosedantes** es claramente mayor en mujeres.
- Disminuye el consumo de **cocaína**.
- El consumo de **heroína**, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles sin cambios significativos y en niveles bajos.



19

Fuente gráficos: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/2010

En la Comunidad de Madrid

Estudio de Indicadores de consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid en el año 2009 , publicados por la Agencia Antidroga. Perfil de sujetos atendidos en la red asistencial, entre los que se encuentra el CAID de Parla.

Durante el año 2009 se ha recogido información de 22.180 sujetos (20.714 en el año 2008) en los centros de atención, de los cuales 4.119 (3.953 en 2008) han iniciado tratamiento en este año.

El grupo más numeroso en tratamiento se encuentra en el intervalo de 31 a 40 años, un 35% de los atendidos. Un 1% de los sujetos son menores de 18 años. El porcentaje de población mayor de 50 años en tratamiento ha aumentado desde el 7% del año 2007 hasta el 11%. Los sujetos que inician tratamiento son más jóvenes, el 72% son menores de 40 años frente al 54% de los sujetos menores de 40 años entre los que continuaban tratamiento en la red. El porcentaje de menores de 18 años en los que inician tratamiento este año un 4% es mayor que el porcentaje entre los sujetos que continuaban tratamiento, un 1%. Continúan siendo mayoritariamente **varones** (85%) y **solteros** (58%). Entre las mujeres es menor el porcentaje de solteros (54%) pero mayor el porcentaje de separados o divorciados (11%) que en los hombres (6%). El 34% de los atendidos en la red de la Agencia en el año 2009 sólo ha alcanzado el nivel de **estudios** primarios. Entre las mujeres este porcentaje es menor (30%). De forma similar al año 2008 el 53% de los tratados durante el año 2009 tienen un **nivel socioeconómico** medio.

El 58% de los atendidos no tiene hijos. Las mujeres en tratamiento en 2009 tienen hijos en mayor proporción que los hombres (54%-39%). El 61% no ha tenido **incidencias legales** en el pasado. Porcentaje mayor entre las mujeres (60%) que entre los hombres (50%) y entre los sujetos que inician tratamiento (75%). El 23% de los pacientes atendidos han estado en prisión (17% de mujeres y 24% de hombres). Actualmente el 83% no tiene problemas con la Ley, porcentaje que ha ido aumentando progresivamente en los últimos años. El 87% **vive** en una casa o piso, siendo alrededor del 5% los que viven en precario. Continúa aumentando el porcentaje de pacientes en tratamiento que está **trabajando**, casi el 47% está trabajando (el 15% de forma temporal, el 25% con contrato indefinido, el 7% de forma esporádica). En las mujeres este porcentaje disminuye (38%) siendo el porcentaje de contratos indefinidos (17%) mucho menor que en los hombres.(27%). El 47% de los tratados en 2009 vive con la **familia de origen** (el 39% de mujeres y el 50% de los hombres) y un 34% en pareja con o sin hijos (43% de las mujeres y el 32% de los hombres).

El 60% había recibido algún **tratamiento** antes de entrar en al red de la Agencia Antidroga, siendo la mayoría de los tratamientos recibidos de carácter ambulatorio. Respecto a **la situación sanitaria** de los sujetos en tratamiento durante el año 2009 destacar: el 4% presentan enfermedades de transmisión sexual, El 47% presentan marcadores frente al virus de la hepatitis: el 20% frente a los virus B y C, el 18% frente al virus de la hepatitis C y el 10% frente al virus de la hepatitis B, lo que supone que un

38% están infectados por el virus de la hepatitis C. Un 15% ha sido infectado por la micobacteria tuberculosa y un 3% presenta enfermedad tuberculosa. Un 16% de los que se conoce el dato es positivo frente al virus de la inmunodeficiencia humana. Este último dato ha ido disminuyendo desde el año 2000, que se encontraba en el 22% de los sujetos atendidos.

Señalar las mejores condiciones de salud de los sujetos nuevos en el año 2009 (sólo el 5% de VIH positivo, el 69% no tienen marcadores del virus de la hepatitis, 2% de enfermedad tuberculosa) con excepción del porcentaje de pacientes con enfermedades de transmisión sexual (6%) que es mayor en los que inician tratamiento en el año 2008. (5%) y a su vez mayor que en años anteriores.

Respecto a la **droga motivo de tratamiento** el perfil más usual es el policonsumidor pero existen tres grandes grupos de pacientes que presentan diferencias importantes en cuanto a sus características:

- Los que consumen heroína y cocaína y además pueden consumir cualquiera de las otras drogas, que corresponden a un 31% de los atendidos en el año 2009.
- Los que consumen cocaína con otras drogas pero no consumen heroína que son el 39% de los atendidos en el 2009.
- Los que consumen heroína y otras drogas pero no cocaína que corresponden al 7% de los pacientes.
- El 23% de los atendidos consumen otras drogas distintas de heroína o cocaína (alcohol 13%, cannabis 8% , hipnóticos y sedantes 1%, anfetaminas 0,5 % MDMA 0,2% , alucinógenos 0,1 % y sustancias volátiles 0,1%).

En relación con años anteriores continúa aumentando el porcentaje de los que consumen cocaína pero no heroína y los consumidores de cannabis, sobre todo entre los más jóvenes. Es de destacar el diferente perfil de consumo entre los que inician tratamiento en el año 2009. El porcentaje de los que consumen heroína y cocaína es el 10% y los que consumen heroína sin cocaína es el 5%. El porcentaje mayor corresponde a los que consumen cocaína sin heroína, un 48%. Otras drogas las consumen el 37%, destaca el porcentaje de consumidores de alcohol 18%, y cannabis 15%.

FUENTE: Indicadores de consumo problemático de drogas en la Comunidad de Madrid año 2009 (Agencia Antidroga).

Indicadores de consumo de menores en la Comunidad de Madrid 2007 , según encuesta escolar

Riesgo percibido asociado al **consumo esporádico** de distintas drogas (% estudiantes que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 2004-2008.

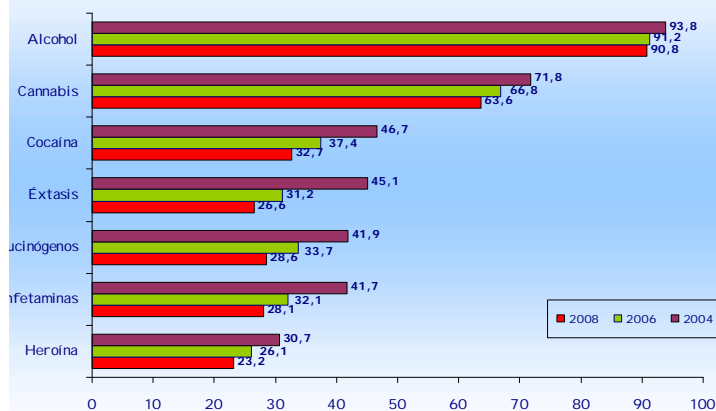
Conducta de consumo	2004	2008
Consumir cannabis	36,9	54,8
Consumir cocaína	70,6	81,4
Consumir éxtasis	69,2	85,0
Consumir heroína	79,0	86,8

Consumo esporádico = consumir una vez al mes o menos frecuentemente

3

FUENTE: ESTUDES 2008. Observatorio Español sobre Drogas.

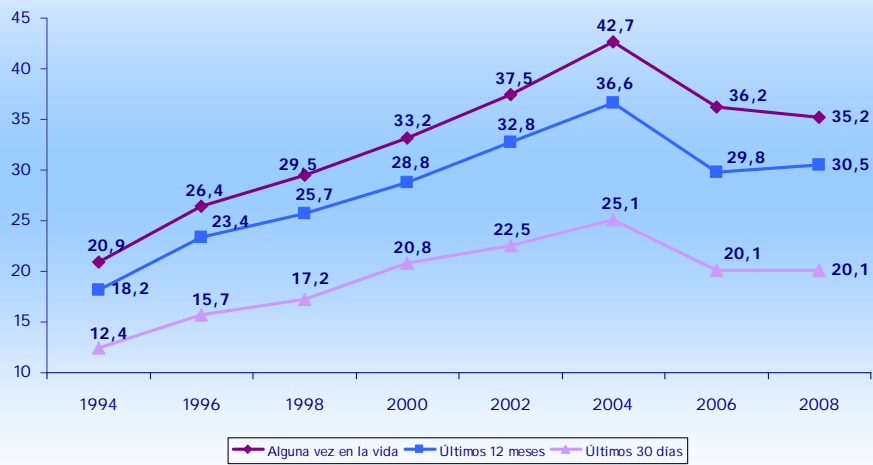
Proporción de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que **piensa que les sería fácil o muy fácil conseguir** cada droga, si quisiera, en un plazo de 24 horas (%). España, 2004-2008.



4

FUENTE: ESTUDES 2004- 2008. Observatorio Español sobre Drogas.

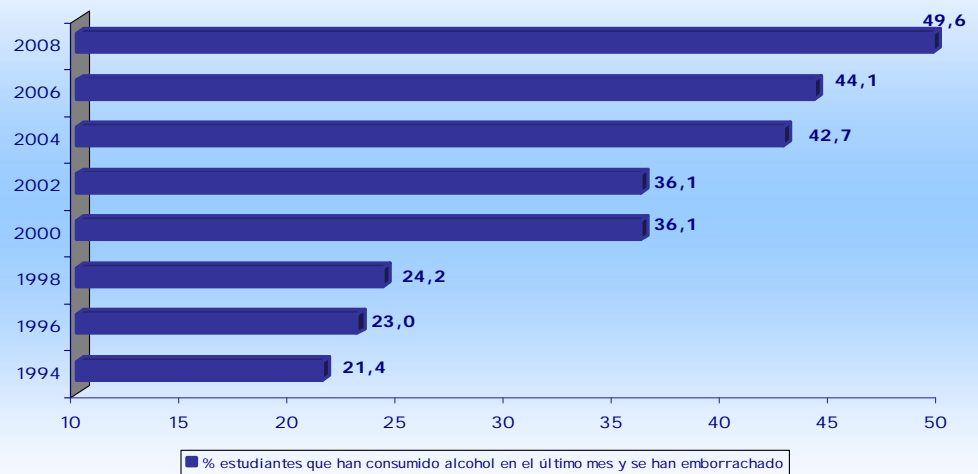
Evolución de la proporción de consumidores de **cannabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2008.**



8

FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

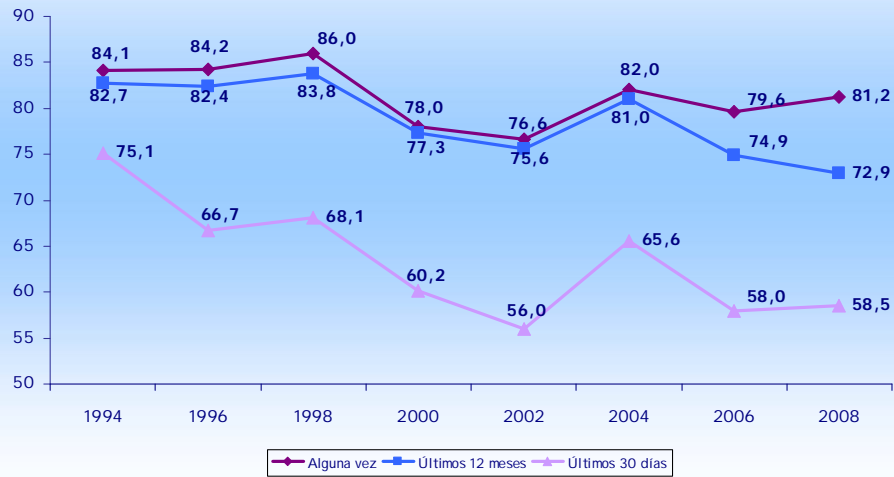
Prevalencia de **borracheras en el último mes en estudiantes de 14-18 años que han bebido en el mismo periodo (%). España 1994-2008.**



6

FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

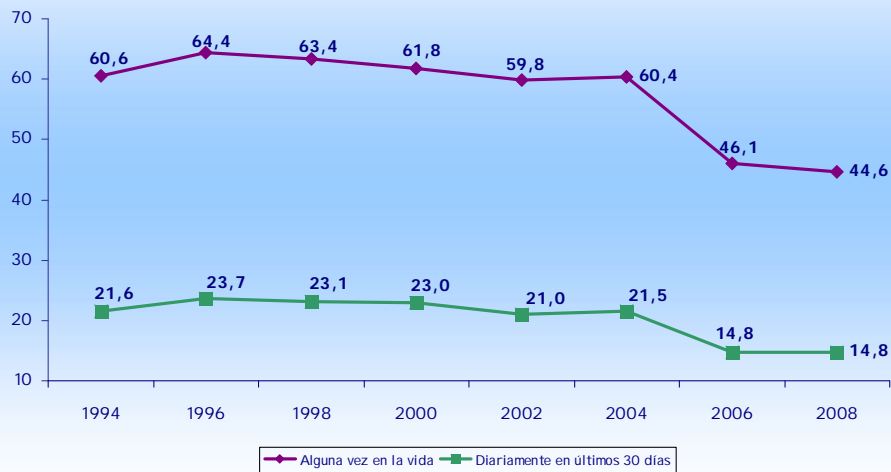
Evolución de la proporción de consumidores de **bebidas alcohólicas** entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2008.



FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

5

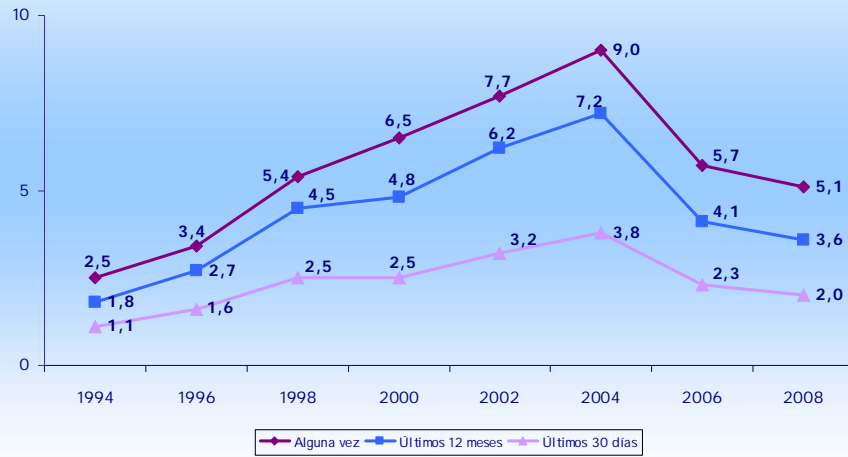
Evolución de la proporción de consumidores de **tabaco** entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2008.



FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

7

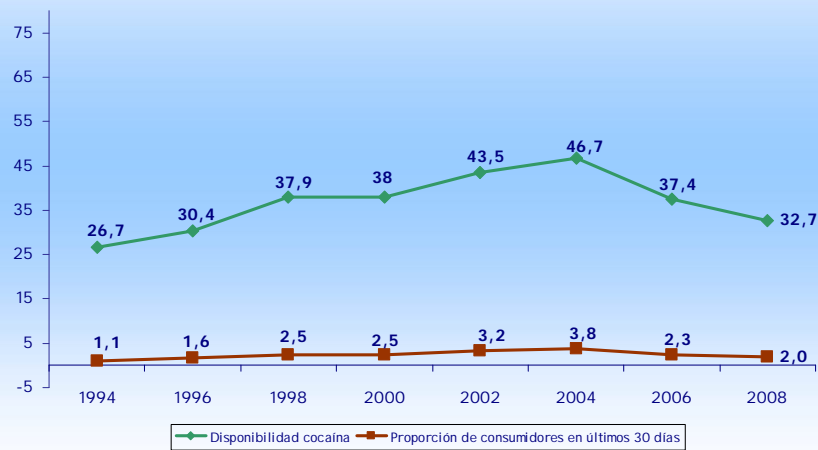
Evolución de la proporción de consumidores de **cocaína entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). España, 1994-2008.**



FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

9

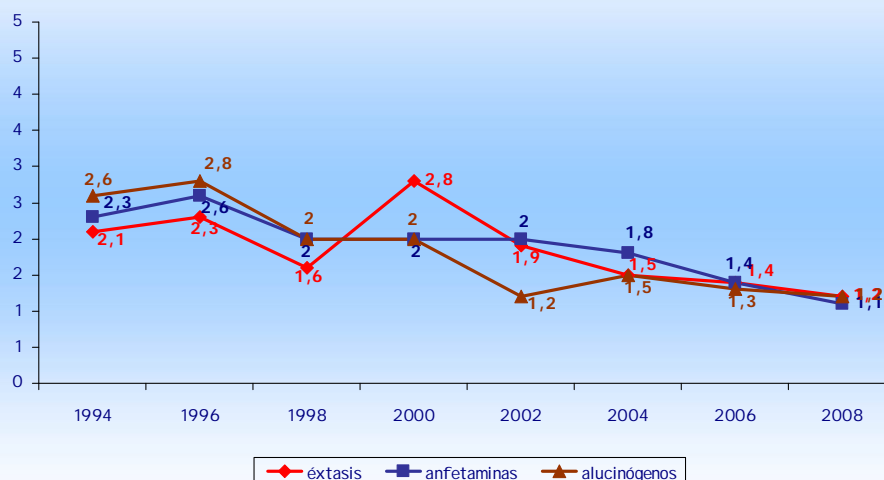
Tendencia de la prevalencia de consumo en el último mes versus disponibilidad percibida para el consumo habitual de **cocaína. España, ESTUDES 1994-2008.**



FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

10

Evolución de la proporción de consumidores de **anfetaminas, **éxtasis** y **alucinógenos** en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2008.**



11

FUENTE: ESTUDES 1994-2008. Observatorio Español sobre Drogas.

Conclusiones generales de la encuesta:

- Baja el consumo experimental de tabaco y se mantiene el consumo diario.
- Sigue descendiendo la incorporación de nuevos consumidores de cannabis.
- Continúa la tendencia descendente en el consumo de cocaína para todas las frecuencias.
- Las prevalencias de consumo de anfetaminas, éxtasis y alucinógenos, son las más bajas desde 1994.
- Aumenta el riesgo percibido ante el consumo esporádico para todas las drogas.
- Los jóvenes siguen pensando que cada vez es más difícil conseguir drogas.

En el municipio

De la información recogida en el Servicio de Atención a las Drogodependencias de Parla, se ve que no difiere sustancialmente de los datos que marca la Comunidad de Madrid.

El perfil de las personas atendidas durante el año 2012 responde a: varón de entre 38 años, soltero y con apoyo de la familia de origen con la que convive. Parado habiendo trabajado antes, nivel socioeconómico bajo, siendo su principal sustancia de

abuso y por la que solicita atención terapéutica la cocaína. Su nivel de estudios llega hasta la primera etapa de Educación Secundaria y no tiene incidencias legales.

En el **Centro Atención Integral a las Drogodependencias (CAID)**, durante este mismo año se atendieron 358 pacientes, de los cuales el 27% venían al centro por primera vez y el 13% eran reingresos. La media de atención mensual fue de 227 pacientes.

En el apoyo a la reinserción, el 5,86% se les había gestionado algún tipo de prestación o apoyo económico (RMI, PNC...), el 6,70% mejoraron su cualificación profesional mediante la realización de algún curso o taller de formación laboral, el 11,79% se les hizo indicación de pasar a búsqueda de empleo, y el 5,86% encontraron trabajo.

6. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Los Principios de Actuación sobre los que se rige el Plan son los siguientes:

Responsabilidad pública en la satisfacción de las necesidades sociales mediante la adscripción de los recursos financieros, humanos y técnicos adecuados a la consecución de los objetivos propuestos

Participación de las personas usuarias en el planteamiento, diseño, ejecución y evaluación de las acciones contempladas en el Plan, promoviendo su implicación en las mismas.

Coordinación entre los recursos propios del Ayuntamiento de Parla potenciando la coordinación transversal entre las distintas concejalías, y los de otros organismos públicos, asociaciones, agentes sociales, etc, para una utilización más óptima de los recursos disponibles.

Normalización utilizando los recursos y cauces normales que la sociedad dispone para la satisfacción de sus necesidades.

Prevención con la planificación de acciones que respondan a los problemas detectados, buscando el origen y las causas que los producen para potenciar los recursos personales de los destinatarios.

Integración diseñando acciones que, faciliten la integración de las personas destinatarias en los diferentes entornos: familiar, educativo, social, cultural y económico.

Atención a la inmigración respetando las líneas del Plan Municipal de Integración Ciudadana, diseñando acciones que respondan a las necesidades y características especiales de esta población

Planificación conociendo la realidad para adaptarse a las necesidades de manera flexible y adecuada a los recursos existentes.

La Promoción y la Educación para la Salud diseñando acciones preventivas dentro de una estrategia de salud integral.

Globalidad consideración integral de la persona y de los grupos sociales, evitando visiones parciales y disgregadoras.

Descentralización promoviendo el acercamiento de la planificación, gestión y toma de decisión de las acciones preventivas a los/as destinatarios/as de las mismas, mediante los cauces apropiados para ello. En aras de una mejor adaptación de las acciones de prevención y atención de drogodependencia y otros trastornos adictivos a la realidad de los/as destinatarios/as y su contexto teniendo en cuenta la realidad del municipio pero también las de los barrios a los que pertenecen.

Incorporación de la perspectiva de género considerando sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones, y necesidades respectivas de las mujeres y de los hombres destinatarios en las fases de planificación, ejecución y evaluación de todas las actuaciones. Así como respetando las directrices marcadas por el Plan Municipal de Igualdad.

Interdisciplinariedad de las acciones propuestas

Enfoque ecológico adaptado al contexto

Accesibilidad para todos los ciudadanos, y especialmente para los más vulnerables

Carácter innovador, para responder adecuadamente a los nuevos escenarios de riesgo que puedan surgir y las evoluciones en el fenómeno de las adicciones.

7. ENCUADRE METODOLÓGICO Y TÉCNICO DEL PLAN

Este Plan se plantea dentro de la coherencia de dar continuidad en el ámbito local al plan autonómico y nacional en materia de trastornos adictivos y drogodependencias. Quiere ser el instrumento que aúne las acciones que se desarrollen en este campo dentro del municipio, con un esfuerzo en coordinación y comunicación constantes.

En esta línea el Plan estará permanentemente atento a las necesidades y problemáticas que surjan en el municipio de Parla y que tengan como origen problemas relacionados con el consumo de drogas u otros trastornos adictivos, para atenderlos, escuchando las aportaciones y propuestas que lleguen de la participación ciudadana.

En las próximas líneas vamos a intentar explicar algunos conceptos en los que se encuadra la actuación en drogodependencias y otros trastornos adictivos dentro de este Plan.

El fenómeno de las adicciones es multicausal y complejo en su abordaje:

- No existe un único factor explicativo de la etiología de las drogodependencias y sus efectos derivados (físicos, psicológicos y sociales), difieren de unos sujetos a otros.
- Los continuos cambios en el fenómeno de las drogodependencias y de las adicciones en general, determinado por el momento histórico y el objetivo funcional que tienen, además de los perfiles de los usuarios y las pautas de consumo, uso o abuso.
- Las opiniones y discursos sociales que predominan en cada momento sobre el uso y abuso del consumo de drogas, o de otros comportamientos, incide de manera importante en la respuesta social.
- La drogadicción, como patología crónica y recurrente necesita desintoxicar, deshabituar y reinsertar al drogodependiente, además de dotarlo de recursos personales que le faciliten el control y la prevención de recaídas, sin olvidar la atención a la familia, los iguales y el entorno.
- Las adicciones sin sustancia necesitan igualmente de un proceso deshabitación y reinserción que vayan acompañados de competencias personales que faciliten el control y la prevención de recaídas.

En el campo de la Prevención se pretende:

- Aunar esfuerzos para reducir la aparición de problemáticas de adicción en la comunidad.
- Atender estas problemática con el objetivo de que se resuelva lo antes posible evitando consecuencias negativas mayores.
- Conocer y valorar los factores de riesgo y protección, para seleccionar aquellos en los que vamos a intervenir según nuestras prioridades, y posibilidades.
- Definir claramente la población destinataria de los programas para diseñar mas certeramente los objetivos y ámbitos de actuación.

8. DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS

MISIÓN

Contribuir junto con los objetivos del Plan Municipal de Salud del Ayuntamiento de Parla, a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas del municipio desde un enfoque bio-psico-social y de género, mediante la puesta en marcha de estrategias de promoción de la salud e integración social, con la participación de las distintas entidades, agentes sociales y colectivos del municipio.

OBJETIVOS GENERALES.

- Reducir la prevalencia, incidencia e impacto de situaciones de riesgo y conflicto.
- Minimizar los perjuicios asociados al consumo de drogas, adicciones sin sustancia y/o situaciones de riesgo y conflicto.
- Mantener y potenciar la coordinación y participación de todas las entidades que tienen responsabilidad en el ámbito de las drogodependencias y las adicciones en general.
- Crear el Observatorio Municipal de Drogodependencias y Otras Adicciones, que esté atento a las necesidades de esta materia en el municipio y apoye las acciones encaminadas a prevenir las situaciones de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas y otras adicciones, sobre la posibilidad de evitarlos y sobre la importancia de que los ciudadanos en su conjunto sean parte activa en su solución.
- Retrasar la edad de inicio de contacto con las drogas mediante actuaciones preventivas basadas en la educación en valores y educación para la salud.
- Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a regular y controlar la oferta a los mercados ilegales de sustancias psicoactivas.
- 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.

- Potenciar la coordinación con los recursos de ocio, culturales y deportivos para aumentar la oferta de actividades alternativas al uso de drogas en espacios y horarios de tiempo libre con especial atención a la población de riesgo.
- Potenciar el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación para hacer llegar información y orientación sobre prevención de drogas y otras adicciones a los ciudadanos de Parla.
- Prestar una asistencia de calidad, en colaboración con la Agencia Antidroga, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por el consumo de drogas u otros trastornos adictivos.
- Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.
- Establecer y potenciar pautas de coordinación y colaboración con las entidades del ámbito de las drogodependencias y trastornos adictivos.
- Mejorar la coordinación con las áreas y departamentos municipales implicados en la prevención, asistencia o reinserción de las personas con problemas de adicción.

9. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

En la línea que marcan los objetivos propuestos y el Plan Estratégico de la Comunidad de Madrid, el Plan de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos del Ayuntamiento de Parla plantea las siguientes líneas estratégicas, sobre las que se diseñarán los programas y actuaciones necesarias para la consecución de los objetivos propuestos.

Estrategia preventiva.

Incluye propuestas para promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, y otros trastornos adictivos.

En esta línea es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Fortalecer y ampliar el desarrollo y aplicación de políticas y programas de protección y control, prestando especial atención a aquellas personas y grupos poblacionales expuestos a un mayor número de factores de riesgo y, por tanto, particularmente vulnerables a desarrollar problemas en relación con las adicciones.
- Fomentar la evaluación de programas entre los profesionales implicados.

Contextos a tener en cuenta para obtener los mejores resultados:

La población en su conjunto:

- Reforzando la participación de la sociedad a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.
- Fomentando valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad personal y familiar así como los factores de protección en general.
- Mantenimiento de acciones informativas sostenibles a largo plazo, canalizadas a través de los medios de comunicación social, que potencien la transferencia de conocimientos de expertos, mediante un lenguaje claro y comprensible.
- Promoviendo la utilización por parte de las entidades públicas y privadas, y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos existentes y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc).

La familia:

- Es la referencia más sólida para los adolescentes que, en general, la consideran junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida. Por ello debe facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten la cohesión

familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.

- La información y los programas y actividades se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de los diversos tipos de familia.

Población infantil, adolescentes y jóvenes:

- Son sectores de población más vulnerables y pueden verse afectados en mayor medida por el uso de drogas y las adicciones sin sustancia.
- Los adolescentes y jóvenes, quienes participan en mayor medida de los llamados “consumos recreativos” de drogas como el cannabis, el alcohol y en menor medida, la cocaína. Es imprescindible contar con ellos a la hora de diseñar y aplicar las actuaciones preventivas.

La Comunidad Educativa:

- Será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres del alumnado y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y la promoción y educación para la salud en general.

La población laboral:

- Las actividades desarrolladas con población laboral han de regirse por el enfoque de salud integral que propugna el Plan Nacional sobre Drogas y deben contemplarse como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- El abordaje de la prevención de consumo de drogas en el ámbito laboral requiere de estrategias y actuaciones específicas en las que son necesarias la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes

La seguridad vial:

- Fomentar las actuaciones de sensibilización pública con especial énfasis en el desarrollo de materiales específicos sobre vinculación de consumos y efectos sobre la conducción.

Estrategia asistencial

La atención sanitaria y social de las personas con problemas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas debe estar adaptada a las nuevas necesidades siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine, e incremente, desde la máxima medida de que cualquier programa está en función de las necesidades del individuo.

Las características de la atención sanitaria al drogodependiente debe contemplar como principios básicos, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico.

Para algunas personas el problema no es única y exclusivamente el abandonar el consumo de una determinada sustancia o un hábito, sino otras circunstancias como policonsumos, enfermedad mental, precariedad económica, desarraigo social, laboral y/o familiar, y en general ruptura o inexistencia de vínculos sociales integradores. En este sentido se debe prestar una especial atención a la potenciación y mejora de los recursos de inserción social para aquellas personas que abandonan las instituciones penitenciarias.

La respuesta asistencial especializada se da en el **C.A.I.D** como centro sanitario público de gestión municipal que presta servicio ambulatorio en el tratamiento de las drogodependencias y que está conveniado con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. El CAID de Parla forma parte de la Red Asistencial de la Comunidad de Madrid, coordinándose con el resto de los recursos que la integran y con los recursos del municipio, bien sean municipales o entidades privadas.

Las acciones que desde el CAID se realizan y se dará continuidad en el Plan serán:

- La atención bio-psico-social de las drogodependencias y adicciones sin sustancia.
- La puesta en marcha de programas adecuados a las necesidades de los usuarios.
- El acercamiento de recursos adecuados a las características de los usuarios.
- El mantener una buena red de coordinación con otros recursos implicados del municipio y de la Comunidad de Madrid.
- Programas de reducción del daño de exigencia mínima para pacientes que lo necesiten.

Estrategia de reinserción

La necesidad de facilitar a las personas afectadas un proceso de normalización e inserción nos llevará a adoptar medidas de sensibilización social en relación a la inserción de personas con problemas relacionados con las drogas y otras adicciones, así como a la promoción de alternativas laborales, potenciación y optimización de los recursos con los que cuenta el municipio en inserción social, laboral y comunitaria.

Es importante también que en este proceso se cuide la imagen social y se cuente con una mayor implicación de los entes sociales del municipio en el proceso de reinserción.

Estrategia de coordinación institucional y participación social.

Surge de la necesidad que los profesionales y equipos de trabajo se sienten a trabajar en un proyecto coordinado y de colaboración institucional.

En este sentido se potenciará la participación en las estructuras multisectoriales de coordinación ya existentes (Mesas, consejos... etc.) para generar un espacio de encuentro e intercambio entre todos los agentes interesados e involucrados en el desarrollo del Plan.

Estrategia de investigación y evaluación

Se articulará a través del Observatorio Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos en consonancia con la Ley 5/2002 de 27 de Junio, y responderá a las necesidades de:

- Asegurar la recogida y el análisis de información relevante para la toma de decisiones en materia de política de prevención del abuso de drogas y otras adicciones;
- Impulsar investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes para el avance del conocimiento en prevención del abuso de drogas y adicciones sin sustancia.
- Promover el desarrollo de estudios para la validación, en nuestro medio, de instrumentos de evaluación útiles para los programas emprendidos;
- Difundir los resultados obtenidos en la aplicación del Plan Municipal, así como hacer públicamente accesibles los resultados de los estudios realizados, especialmente en el ámbito científico y profesional.

Estrategia de comunicación

Desarrolla las acciones generales de comunicación, difundiendo información sobre la ejecución de diferentes programas, acciones, y resultados.

Incluye la difusión y explicación de las necesidades y las medidas adoptadas, tanto en los medios de comunicación social, y medios telemáticos, como a través de otras instituciones o instancias.

Estrategia para la reducción de la oferta.

Desarrollar planes de intervención policial contra el consumo de drogas en virtud de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1992, de Prevención de la Seguridad ciudadana. Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado diseñarán y aplicarán estos planes, procurando, en su caso, la participación de las policías autonómicas y locales.

Se mantendrán los Planes de Respuesta Policial al tráfico minorista y consumo de drogas en los centros educativos y sus entornos, y en las zonas, lugares y locales de ocio y diversión, de forma constante y su activación especial en periodos determinados (vacaciones de verano, festividades nacionales y locales), primordialmente orientadas a garantizar la seguridad de los jóvenes y los menores.

Se mejorarán los mecanismos operativos de lucha contra la oferta de drogas a través de la optimización de los recursos judiciales y policiales especializados.

10. CRITERIOS METODOLÓGICOS

- Integración de las actuaciones en proyectos y programas más amplios evitando así su dispersión.
- Interdisciplinariedad de las actuaciones propuestas.
- Optimización de los recursos disponibles.
- Eficacia en la prevención y atención de las principales problemáticas sociales.
- Flexibilidad respecto a las nuevas necesidades y situaciones concretas de cada caso, susceptibles de ser modificados en cualquier momento de su desarrollo.
- Enfoque adaptado al contexto social y cultural de las personas destinatarias, así como a su realidad local.
- Accesibilidad para todos y todas, procurando llegar a aquellas personas y colectivos especialmente vulnerables.
- Promoción de desarrollo personal y comunitario.
- Facilitar la participación de la población y los distintos sectores sociales del municipio.
- Reparto de responsabilidades entre las diferentes Concejalías. Los diversos programas que componen el Plan Municipal de Drogas y Otros Trastornos Adictivos serán claramente asignados a los departamentos correspondientes. No conviene confundir la coordinación con la ambigüedad en la asunción de responsabilidades.

11. SISTEMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El sistema de seguimiento dará cuenta del cumplimiento de objetivos específicos de las actividades y de los resultados, respondiendo a qué, quién y cómo se está implementando el I Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Se centrará en cuatro indicadores:

- Ejecución de medidas o acciones
- Desempeño económico
- Grado de cobertura
- Satisfacción de los usuarios

Se ejecutará otra evaluación al final del periodo de vigencia del Plan, que responderá a las necesidades informativas de todos los agentes implicados. Dará cuenta de la eficacia, eficiencia, pertinencia,... del Plan. Explicará lo sucedido en este periodo y orientará hacia futuras líneas de mejora.

La evaluación deberá contar con algún experto externo y con la participación de los equipos que ejecutan el Plan.

En el sistema de seguimiento y evaluación se contará con el Observatorio Municipal sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, para desde la observación de la realidad poder actuar en materia de prevención de la manera más eficaz posible.

12. CRITERIOS BÁSICOS DE EVALUACIÓN:

La evaluación de las acciones:

Las acciones aportan información sobre tres preguntas: qué se ha logrado, qué se ha hecho y cómo se ha hecho.

La evaluación de las acciones exige los mismos pasos que los objetivos: definición de indicadores, fuentes, herramientas y proceso de trabajo.

ALGUNOS EJEMPLOS DE INDICADORES

Qué se ha hecho

- Número de acciones realizadas sobre lo programado
- Número de personas/entidades participantes sobre lo previsto
- Recursos utilizados sobre lo previsto
- Productos generados

Qué se ha logrado

- Contribución al objetivo de cada acción
- Efectos sobre las personas/organizaciones
- Iniciativas generadas a partir de las acciones

Cómo se ha hecho

- Presencia de los principios orientadores del Plan en cada acción: participación, diversidad, empoderamiento, innovación
- Elementos facilitadores y obstáculos en el desarrollo de la acción

También sería interesante medir:

- Tasa de cobertura: Población real receptora del Plan/ Población teórica que debe recibir el servicio.
- Sesgo de la cobertura: La población que es receptora del Plan, no es toda la población teórica para la que se había diseñado y además se diferencian por una o varias características socio-económicas, demográficas, culturales,..
- Accesibilidad y Barreras al Plan: No se refiere exclusivamente a las barreras físicas para acceder a los servicios, sino también a problemas de accesibilidad socio-económicos, lingüísticos, culturales, étnicos, religiosos...etc.

La evaluación de la gestión:

Por gestión entendemos el funcionamiento de todas las estructuras organizativas que son soporte fundamental del desarrollo del Plan.

En los criterios de evaluación del Plan, se considerarán imprescindibles los siguientes criterios:

PERTINENCIA

- “Es la adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención al contexto en el que se realiza”. MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES. SECRETARÍA DE ESTADO PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y PARA IBEROAMÉRICA (1998): *Metodología de evaluación de la cooperación española*. MAE-SECIPI, Madrid
- “Es la adecuación del Plan en todas sus dimensiones (diseño, estructura, proceso y resultados) al contexto; entendiendo por contexto tanto la adecuación a las necesidades de la población, las políticas y ordenamientos jurídicos locales, regionales y nacionales, e internacionales, las estructuras sociales y culturales, la teoría y método de intervención y hasta la satisfacción de los agentes Implicados.”(JA. Ligeró)

EFICACIA

- “ Mide si la intervención causa los efectos deseados en la población” (Springe y Uhl)
- “La razón última del proyecto es producir cambios en alguna parcela de la realidad, solucionar un problema social, o prestar un servicio a un subconjunto poblacional determinado. Operacionalmente, la eficacia, es el grado en el que se alcanzan los objetivos y metas del proyecto en la población beneficiaria, en un periodo determinado independientemente de los costes que ello implica” (Cohen y Franco)

EFICIENCIA

- “Es una medida de logro de los resultados en relación con los recursos que se consumen; esto es la búsqueda de una combinación óptima de recursos financieros, materiales, técnicos, naturales y humanos para maximizar los resultados”. (MAE, SECEPI, 1998)
- “Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados” . Junta de Castilla y León (JC y L)

COBERTURA

- “Consiste en evaluar hasta que punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo” . (Alvira 1991)

13. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- 1) Coordinador/a Técnico/a del Plan y un Coordinador/a político/a de la Concejalía de Salud
- 2) Una Comisión Política específica o la que coordine el área de Salud
 - a. Selecciona los objetivos y prioridades.
 - b. Facilita la coordinación entre concejalías.
 - c. Aprueba el plan y la estrategia global.
- 3) Una Comisión de coordinación interna municipal, que recoja representantes de todas las áreas municipales, relacionadas con drogas, no se excluye utilizar otras mesas de coordinación municipal donde estén las mismas representadas. Tales Concejalías pueden ser (Deportes, Juventud, Mujer, Seguridad Ciudadana, Formación y Empleo, Servicios Sociales, Educación, Cultura, Medio Ambiente, Igualdad, Integración, Urbanismo,...) así como otros órganos de participación ciudadana.
- 4) Esta Comisión Técnica toma decisiones sobre:
 - a. Objetivos específicos a conseguir dentro del marco de las metas y de los objetivos generales.
 - b. Programas, proyectos y actuaciones a ejecutar durante la duración del Plan.
 - c. Sistema de seguimiento y evaluación.
- 5) Sistema de coordinación externa con otras administraciones, municipales, autonómicas, estatales...

14. FINANCIACIÓN

El Plan, tiene un ámbito de actuación local, su alcance está limitado por las propias competencias del Ayuntamiento.

Probablemente el Plan disponga de dos tipos de partidas presupuestarias (independientemente de cómo aparezcan reflejadas en el presupuesto):

1ª) La que el Ayuntamiento a través de la Concejalía de Salud dedique a la estructura y funcionamiento ordinario del Plan.

2ª) La resultante de la firma de convenios con otras entidades públicas y privadas. Aquí entrarían desde los acuerdos con la Agencia Antidroga u otros organismos oficiales hasta los que se alcanzaran con Entidades financieras, Empresarios o Federaciones Locales de Empresarios, Fundaciones, etc.

Es intención del Ayuntamiento seguir manteniendo el actual convenio de colaboración existente desde el año 1995 con la Agencia Antidroga en materia asistencial mediante una aportación económica que dicha A.A. hace a este Ayuntamiento y que se actualiza anualmente de acuerdo a la subida del I.P.C.

15. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN

Nivel técnico:

- **Área Bienestar Social:** Salud, Serv. Sociales, Igualdad y Cooperación.
- **Área Deportes, Educación , Cultura , Juventud e Infancia:** Educación, Cultura, Juventud y Deportes
- **Área de Urbanismo, Políticas Transversales y Participación Ciudadana:** Urbanismo
- **Concejalía de Nuevas Tecnologías y Desarrollo Empresarial:** Informática
- **Área de Presidencia , Empleo y Formación:** CIE (Centro de Iniciativas Empresariales) y SIL(Servicio de Intermediación Laboral)
- **Área de Obras Públicas, Sostenibilidad y Servicios a la Comunidad:** Medio Ambiente
- **Área Seguridad Ciudadana y Movilidad:** Policía Local
- **Policía Nacional**

Nivel ciudadano:

- Alcohólicos Parlenses
- EDEPA (Enfermos de Espondilitis Parleños Asociados)
- AFA PARLA (Asociación de Familiares de Alzheimer)
- A.C.E. IES HUMANEJOS (Aula de Compensación Educativa, del Instituto de Educación Secundaria Humanejos)

PLAN DE ACCIÓN

**PROGRAMA MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS Y
OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS
AYUNTAMIENTO DE PARLA**

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<p>A TODA LA POBLACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforzando la participación de la sociedad a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales ▪ Potenciando proyectos de Promoción de la Salud y el retraso en la edad del inicio de la adicción ▪ Fomentando valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad personal y familiar así como los factores de protección en general 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir en las bases de subvenciones municipales para asociaciones un criterio de puntuación para valorar actividades alternativas al consumo de drogas, así como en los pliegos de condiciones para contratación de empresas o servicios ▪ Colaboración y coordinación con asociaciones y entidades que trabajan en el campo de las adicciones o que sean tangenciales en el problema ▪ Ciclos de conferencias formativas e informativas sobre temática de adicciones ▪ Acciones para mejorar la cultura del medicamento, la importancia del ejemplo y el compromiso social ▪ Concursos de ideas para buscar un eslogan o imagen de alguna campaña sobre el desarrollo de actividades alternativas al consumo de drogas, o sobre el problema de las adicciones, etc.. ▪ Implicar a personas, colectivos o entidades vinculados con el mundo de la danza, fotografía, pintura, música...para colaborar en la difusión de mensajes o medidas contra la drogadicción en conciertos, presentaciones, muestras, premios... ▪ Buscar otros formatos distintos a los ciclos de conferencias, dependiendo del tipo de población al que se dirijan. Trabajar con los/as jóvenes la prevención apoyándonos en metodologías que utilicen su lenguaje: rap, murales fotográficos y otros... ▪ Mesas redondas, dinámicas con acciones que potencien la participación e intercambio de experiencias propuestas

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
A TODA LA POBLACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimiento de acciones informativas sostenibles a largo plazo, canalizadas a través de los medios de comunicación social, que potencien la transferencia de conocimientos de expertos, mediante un lenguaje claro y comprensible. ▪ Promoviendo la utilización por parte de las entidades públicas y privadas, y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos existentes y de las nuevas tecnologías de información (Internet,..etc). ▪ Procurando un diseño urbanístico de la ciudad preventivo e integrador ▪ Blog de Salud, Facebook, Redes Sociales, Webs, Acceso para toda población ▪ Adaptar las acciones a las distintas culturas e idiomas ▪ Plazas, parques infantiles, parques para mayores, carril bici, espacios para jóvenes ▪ Talleres de sensibilización sobre uso o abuso de alcohol, tabaco y fármacos en tercera edad ▪ Atención y asesoramiento a abuelos acogedores con menores en riesgo de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de una base de recursos. Difusión y actualización. ▪ Portal web para difusión del Plan Municipal y otros recursos/organizaciones/acciones de referencia. ▪ Uso de Redes Sociales, Blog, Canal Youtube con videos campaña prevención, etc. ▪ Tener un microsite dedicado al tema dentro de la página web del ayuntamiento. También se podría contar con un blog para dinamizar más el flujo de información a la población. ▪ A través de foros por Internet donde se puedan preguntar dudas, información ... a expertos a partir de la recogida de esos datos elaborar material e consulta en formato ameno

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo. ▪ La información y los programas y actividades se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de los diversos tipos de familia. ▪ Favoreciendo acciones dirigidas a la prevención y promoción de la salud en enfermedades asociadas al consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecimiento de recursos de atención y asesoramiento en conductas adictivas a la familia Escuela de Padres y Madres sobre prevención de trastornos de higiene, alimentación, enfermedades crónicas ▪ Facilitando información sobre recursos de prevención de drogas en diferentes idiomas. ▪ Talleres específicos. Que se involucre también a los padres ▪ Crear espacios de actividades conjuntas (chicos 10-12años) con dinamizadores que trabajen la prevención de forma lúdica como un espacio de relación y ocio educativo ▪ Incorporación de figuras profesionales o mediadores de apoyo que atiendan la diversidad cultural e idiomática. ▪ Escuela de Padres a través de asociaciones educativas locales, que dispongan de personal cualificado, como primer paso en la prevención de conductas de riesgo entre los jóvenes

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
POBLACIÓN INFANTIL Y JÓVENES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campañas de sensibilización y prevención dirigidas al colectivo de jóvenes que contemple la realidad del municipio ▪ Campañas de sensibilización dirigidas a padres , profesores, y mediadores que trabajan con población infantil y adolescente ▪ Desarrollo de un sistema de detección precoz y de asistencia dirigido a adolescentes y a sus familias ▪ Potenciación de los programas de intervención con menores en riesgo de consumo de drogas ▪ Atendiendo a menores y jóvenes en situación de riesgo de exclusión ▪ Colaboración con entidades que trabajan con jóvenes y menores en riesgo de exclusión , favoreciendo el trabajo en red con la participación de profesionales y entidades que trabaja en éste ámbito ▪ Diseñando e implementando programas de prevención específicos en función del perfil de riesgo y edad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creando un espacio de encuentro con jóvenes, adolescentes y entidades asociativas para debatir sobre la problemática de adicciones de los municipios. ▪ -Establecer permanencia estables de información orientación en juventud ▪ Desarrollando actuaciones dirigidas a informar, formar y entrenar estilos de vida saludable: alimentación, actividad física y ocio alternativo. ▪ Buscar un formato de interés para los/as jóvenes. ▪ Ampliación del número y tipo de actividades ofertadas para los jóvenes. ▪ Tener una fuerte presencia en las redes sociales, "pasando" eventos, páginas con información al respecto...En tuenti para adolescentes a partir de 12 años y en twitter para jóvenes. ▪ Subvenciones específicas para el desarrollo de estas actuaciones a centros escolares. ▪ Creación de espacios juveniles abiertos, en zonas públicas del tipo: Pistas de patinajes y skate park, espacios deportivos integrados en los parques. Espacios de ocio fuera del circuito de consumo (no integrados en los centros comerciales). Cines a bajo coste o con ayudas ▪ Dotación de infraestructura y recursos materiales para su utilización por parte de la población juvenil. ▪ Organizar actividades en la línea del proyecto "La Tarde Más Joven" (Programa de Ocio Saludable de fin de semana del Ayuntamiento Madrid). La finalidad es proporcionar a los

		<p>jóvenes con edades comprendidas entre 12 y 18 años, residentes en el municipio de Madrid, alternativas de ocio saludable durante las tardes de los sábados, para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas. Se suelen realizar actividades los Sábados de 16,30 a 21,30 horas, entre otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciber + joven (internet, videoconsolas, competiciones, blog y redes sociales). - Espacio de música y baile (DJ., percusión , música y esparcimiento). - Espacio creativo (concursos y talleres). - Ludo joven (juegos de mesa y deportes). <ul style="list-style-type: none"> ▪ Torneos fin de semana 3x3 Street Basket en Parla: Torneos celebrados durante un fin de semana con 2 categorías: Infantil (para los chavales de 7 a 15 años, ambos inclusive) Adulto (a partir de 16 años). . ▪ Contar con la colaboración de asociaciones, colectivos y colegios para difundir los mensajes, fotos...que se creen en las cuentas de twitter o tuenti ▪ Ofertando formación grupal en el desarrollo de habilidades que favorezcan la autonomía personal y la inclusión social. ▪ Crear grupos de jóvenes voluntarios/as que hagan de "enlace" entre los jóvenes y las entidades o instituciones para la detección precoz ▪ Contratar publicidad en las redes sociales anunciando las actividades que se impartan, promoviendo la visita a las cuentas ya creadas o difundiendo los mensajes que se quieran transmitir. ▪ Desarrollando equipos profesionales de detección e intervención en entornos naturales (Educadores de Calle) ▪ Ofrecer alternativas de ocio
--	--	---

		<p>distintas al consumo de drogas a Intercambios juveniles internacionales para la prevención de adicciones</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Facilitar la movilidad juvenil con descuentos o gratuidades en los transportes del municipio a los jóvenes en riesgo de exclusión. Préstamo de bicicletas.
--	--	--

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
COMUNIDAD EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde el ámbito educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración -complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres del alumnado y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y la promoción y educación para la salud en general. ▪ Implementación de los proyectos y recursos ofertados desde la Mesa de Salud Escolar dirigido a la Comunidad Educativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jornadas específicas dirigidas a madres y padres ▪ Escuela de padres/madres primeros auxilios, prevención de accidentes, prevención de trastornos, alimentación saludable ▪ Establecer permanencias regulares de información y orientación en los PIJ ▪ Circuito interescolar presentando las acciones ▪ Implicar a las familias a través de las reuniones que convocan los centros educativos al inicio de curso ▪ Dar a conocer a los padres los recursos existentes que pueden usar ▪ Trabajar con las Asociaciones de Padres y Madres ▪ Concursos de videos de temática preventiva con premio ▪ Talleres de concienciación a los jóvenes en temas de riesgo ▪ Difundir en los centros educativos folletos, guías, carteles...de forma que sean una presencia constante y de vez en cuando que se recupere y actualice como novedad llamando la atención sobre ello como información de interés. ▪ Establecer la prevención como contenido transversal a todas las acciones propuestas para los centros educativos, extraídos de una comisión donde se establezcan prioridades en estos contenidos para mantener criterios comunes y globales.

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
POBLACIÓN LABORAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades desarrolladas con un enfoque de salud integral, contemplándose como parte del desarrollo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. ▪ Acciones en las que se buscará la implicación tanto de las empresas como de los trabajadores y sus representantes (sindicatos, conjuntamente con los servicios de prevención de riesgos laborales. ▪ Favoreciendo el acceso a programas de deshabituación de drogodependencias a trabajadores en activo ▪ Ofertando a las empresas del municipio, cursos de prevención sobre consumo de drogas en el ámbito laboral. ▪ La introducción de los planes de prevención de drogas en los planes de formación de la empresa ▪ Introduciendo la prevención de adicciones en los planes de formación laboral del municipio 	<p>Desde el Centro de Iniciativas Empresariales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sería posible hacer difusión del Plan Municipal de Drogas entre esta Red de Empresas. Del mismo modo, el CIE cuenta con un boletín digital mensual llamado EN RED que se difunde también entre estos contactos y a través de la página del Ayuntamiento. Se podrían incluir en este boletín las acciones incluidas en este Plan que se desarrollen cada mes. ▪ Integrar dentro del programa PARLA INOVA alguna jornada tanto de carácter general para presentar el Plan como de carácter específico, tratando aspectos más concretos de los problemas de drogodependencia dentro del mundo laboral

ESTRATEGIA PREVENTIVA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
SEGURIDAD VIAL	<ul style="list-style-type: none">▪ Fomentar las actuaciones de sensibilidad pública con especial énfasis en el desarrollo de materiales específicos sobre vinculación de consumos y efectos sobre la conducción	<ul style="list-style-type: none">▪ Organizar o coordinar cursos de formación y sensibilización vial para recuperación de puntos del carnet de conducir perdidos por superar tasas de alcoholemia o consumo de estupefacientes.▪ Realizando controles de alcoholemia disuasorios en conductores▪ Cursos de educación vial de carácter preventivo

ESTRATEGIA DE REINSERCIÓN

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<p>FACILITANDANDO EL ACCESO A LOS RECURSOS QUE FAVOREZCAN LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y LABORAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesiones informativas y formativas a trabajadores municipales cuya labor es la atención directa para sensibilizar y para favorecer el proceso de inclusión de personas en rehabilitación, así como que conozcan los protocolos de derivación establecidos en el Plan. ▪ Acciones de SENSIBILIZACIÓN y FORMACIÓN válidas tanto para el empleo por cuenta ajena y especialmente para el FOMENTO DEL AUTOEMPLEO como una de las estrategias fundamentales para la Reinserción. ▪ Derivación a la Concejalía de Formación y Empleo a aquellas personas que ya estén en situación de plantearse el acceso al mercado laboral para trabajar con ellos en os itinerarios personalizados de inserción y donde se trabaja individualmente y en grupo aspectos para la mejora de la empleabilidad. ▪ Escuela de Segunda Oportunidad, tiene como finalidad devolver a los jóvenes hacia el sistema educativo... ▪ Medidas alternativas a prisión o a sanción 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a cursos, talleres, música, actividades formativas, deportivas , culturales, de personas que se encuentran en proceso de rehabilitación muy avanzado; en todas las actividades de todas las concejalías. ▪ TALLERES AUTOEMPLEO: idea de negocio, plan de viabilidad, ayudas y subvenciones,etc. Talleres en el uso de las Nuevas tecnologías de la comunicación y la Información (NTICs): Alfabetización informática, Búsqueda de Empleo por Internet, Redes Sociales, Blog, etc. ▪ OTROS TALLERES: Comunicación, Asertividad, Autoestima, Motivación, etc. ▪ Acciones de Formación en las Empresas: Durante una semana se podría intentar integrar en una empresa a una persona que se encuentre en proceso de rehabilitación para que se habitúe a trabajar en equipo y aplique otros conocimientos que le hayamos enseñado con el seguimiento de un tutor. Esto se hace ya con alumnos que se están sacando el Certificado de Profesionalidad. ▪ Huertos Urbanos: gestión de una parcela como proyecto de reinserción ▪ Diseño, desarrollo y gestión de una REVISTA mensual, de un BLOG y de un CANAL en las Redes Sociales por parte de las propias personas que se encuentran en proceso de rehabilitación. La revista, si sale muy caro imprimirla, podría ser digital. ▪ Talleres reeducativos en materia de seguridad vial, violencia, vandalismo, tenencia o consumo de drogas o en vía pública ▪ Desarrollo de talleres específicos con personas en proceso de recuperación, desde otras áreas municipales en las que se trabaje la autonomía personal, las habilidades sociales, la autoestima,

		<p>etc...</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinación con los juzgados de violencia de genero, instituciones penitenciarias dirección General de Tráfico, etc
--	--	--

ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<p style="text-align: center;">POTENCIANDO LA PARTICIPACION EN LAS ESTRUCTURAS MULTISECTORIALES DE COORDINACIÓN Y DE AREAS CERCANAS A LA POBLACIÓN DIANA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprovechamiento y potenciación de las estructuras multisectoriales de coordinación ya existentes (Mesas, Consejos... etc.) para generar un espacio de encuentro e intercambio entre todos los agentes interesados e involucrados en el desarrollo del Plan. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de mesa de coordinación técnica con Atención Primaria y Especializada, hospitalaria y extrahospitalaria ▪ Creación de una comisión de seguimiento que vele por el cumplimiento del Plan ▪ Coordinación y reuniones periódicas entre las entidades municipales, asociaciones, ong's...etc para intercambio de información, experiencias, conocimiento de los recursos y sus competencias, ▪ Facilitando formación a las entidades del 3er. sector para la capacitación de voluntarios como tutores en los procesos de acompañamiento para la inclusión social. ▪ Facilitando acompañamiento a recursos mediante profesionales específicos (Técnicos de Integración Social). ▪ Incorporación de las asociaciones que trabajan en este ámbito en consejos sectoriales y de barrio. No solo en consejos de salud y bienestar social ▪ Desarrollo de acciones específicas, desde otras áreas, con población afectada por esta problemática. Por ejemplo: mujeres alcohólicas o mujeres rehabilitadas. Para trabajar cuestiones relativas al fortalecimiento de la autoestima, roles, estereotipos de género, etc...

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASEGURAR LA RECOGIDA Y EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA TOMA DE DECISIONES EN MATERIA DE POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO DE DROGAS Y OTRAS ADICCIONES ▪ DIFUNDIR Y HACER ACCESIBLE LOS RESULTADOS DE EVALUACIONES Y ESTUDIOS REALIZADOS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crear el Observatorio Municipal de Drogodependencias y Otras Adicciones ▪ Crear acuerdo de colaboración con una o varias universidades ▪ Impulsar investigaciones y estudios sobre aspectos relevantes para el avance del conocimiento en prevención del abuso de drogas; ▪ Promover el desarrollo de estudios para la validación, en nuestro medio, de instrumentos de evaluación útiles para los programas emprendidos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizando estudios entre la población joven y adolescente sobre el consumo de drogas en Parla en colaboración con los centros educativos ▪ Estableciendo protocolos de recogida de información que amplíen la perspectiva del Observatorio, de tal manera que cada servicio pueda detectar y transferir datos de forma ágil y sistematizada. ▪ Evaluar los resultados de los tratamientos y de los programas, teniendo en cuenta las diferencias de sexo y género ▪ Evaluando las actividades en el ámbito escolar ▪ Evaluación anual por parte de todos los integrantes del Plan ▪ Elaborar indicadores de evaluación tanto para recoger información como para hacer evaluación. ▪ Creación de un espacio en la web municipal para la publicación de datos e información sobre adicciones ▪ Utilización de los webs sites y otros espacios virtuales (blogs, redes sociales, etc) ya creados para la difusión de las campañas de sensibilización y prevención, así como cualquier otros tipo de información de interés.

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
DIFUSIÓN Y EXPLICACIÓN DE LAS NECESIDADES Y LAS MEDIDAS ADOPTADAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de herramientas Informáticas de comunicación ▪ Campañas con soporte audiovisual y escrito 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión en medios de comunicación de las actividades, acciones que se llevan a cabo: antes durante y al finalizar. Blog, Web, ▪ Diseño y elaboración de material informativo impreso: publicaciones, folletos, carteles... etc ▪ Utilización de webs sites y otros espacios virtuales (blogs, redes sociales, etc) ya creados para ampliar la visibilidad y la difusión. Difundir las campañas e información a través de los canales de comunicación habituales entre la población juvenil

ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA OFERTA

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECIFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<p>DESARROLLO DE PLANES DE INTERVENCIÓN POLICIAL CONTRA EL CONSUMO DE DROGAS EN VIRTUD DE LOS DIPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 1/1992 DE PREVENCIÓN DE LA SEGURIDAD CIIUDADANA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener los Planes de Respuesta Policial al tráfico minorista y consumo de drogas en los centros educativos y sus entornos, y en las zonas, lugares y locales de ocio y diversión, de forma constante y su activación especial en periodos determinados (vacaciones de verano, festividades nacionales y locales), primordialmente orientadas a garantizar la seguridad de los jóvenes y los menores. ▪ Se mejorarán los mecanismos operativos de lucha contra la oferta de drogas a través de la optimización de los recursos judiciales y policiales especializados. ▪ Participación de los técnicos de prevención de drogas en la Junta de Seguridad Local 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acciones formativas o de información desde el trabajo policial dirigida a las familias, agentes sociales, jóvenes... etc ▪ Controles específicos trimestrales denunciando todas las infracciones.

ESTRATEGIA ASISTENCIAL

ACCIONES GENERALES	ACCIONES ESPECÍFICAS	ACCIONES PROPUESTAS
<p style="text-align: center;">ATENCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ADICTIVOS</p> <p style="text-align: center;">PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS ADECUADOS A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potenciación del Centro de Atención Integral a las Drogodependencias (C.A.I.D.) y los programas que desarrolla ▪ Adaptación de los programas a la realidad de municipio, teniendo en cuenta los nuevos perfiles de pacientes y nuevos patrones de consumo. ▪ Actuaciones de coordinación y elaboración de protocolos con los Servicios Sociales, educativos, sanitarios , judiciales, culturales, laborales y deportivos del municipio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones con los diferentes Centros de Salud de Atención Primaria y Especializada (personal sanitario) para la difusión y coordinación de acciones en el tratamiento y seguimiento de pacientes en la zona de cobertura ▪ Ampliación de la cartera de servicios asistenciales del CAID para dar atención a personas con adicciones sin sustancias, tabaco y alcohol. ▪ Participación en diferentes grupos de trabajo de la Red de Salud Municipal ▪ Adecuación y mejora de las instalaciones del CAID, para dar un mejor servicio al ciudadano ▪ Ampliación de la plantilla profesional del CAID hasta cubrir exigencias del Convenio con la Agencia Antidroga. ▪ Intervención grupal en Salud y Cuidado para mujeres en tratamiento de deshabituación en colaboración con la Concejalía de Igualdad. ▪ Diseño y puesta en marcha de protocolos para la atención a pacientes adictos a las nuevas tecnologías. ▪ Realización de grupos de talleres grupales que apoyen la intervención individual. ▪ Diseño, elaboración y puesta en marcha de protocolos de intervención con menores. ▪ Diseño y elaboración de protocolos de intervención para pacientes con Patología Dual. ▪ Formación continuada de los profesionales para la intervención en los nuevos perfiles

<p style="text-align: center;">ACERCAMIENTO DE RECURSOS ADECUADOS A LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS</p>	<p>Mantenimiento y ampliación de la oferta e estos programas, adecuándola a las necesidades y evolución</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en redes de trabajo interdepartamentales ▪ Utilización de diferentes recursos municipales para favorecer la reinserción y normalización del estilo de vida. ▪ Participación de los/as profesionales del CAID en la Mesa Técnica del Plan de igualdad municipal. ▪ Información de los talleres y actividades puestos en marcha por la concejalía de igualdad. ▪ Coordinación con el CAID para dar a conocer la oferta e incluso adecuar esta oferta a algunas de las demandas de las personas usuarias. ▪ Diseño y elaboración de protocolos de coordinación y colaboración con servicios jurídicos, instituciones penitenciarias, CIS, SAJIAD, Servicios Sociales, Comisión del Tutela de Menor, Agencia de Reeducción del Menor, Policía...etc. ▪ Mantenimiento de programa con sustitutivo opiáceo: metadona ▪ Elaboración del protocolo para conseguir la puesta en marcha de otros sustitutivos opiáceos: Buprenorfina ▪ Cuidado y vigilancia de hábitos saludables
--	---	---

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a tod@s l@s compañer@s, técnicos y técnicas municipales y otr@s colaboradores implicados, que han añadido a sus muchas tareas cotidianas, la de elaborar todas y cada unas de las acciones diseñadas en el Plan desde el conocimiento de la realidad, la motivación y el compromiso con el servicio público.

Igualmente GRACIAS a las entidades no gubernamentales que han colaborado de manera desinteresada y que han querido empatizar con una realidad no suficientemente conocida y a veces cercana.

