

# *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones*

*(2002 • 2007)*



© Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

**Edita:** Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

**Maquetación e impresión:** Tecnocruz, s.l. (Sevilla)

**Depósito Legal:** SE-3534-2001

## ÍNDICE

Presentación.	5
<b>1.ª PARTE</b>	
1.- Metodología de elaboración del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.	9
2.- Análisis del Fenómeno Drogas en Andalucía.	10
2.1. Estructura básica y antecedentes del Plan Andaluz sobre Drogas.	10
2.2. Actuaciones realizadas según las áreas de intervención.	14
3.- Evolución del consumo.	30
3.1. Prevalencias y patrones de consumo de las sustancias más relevantes. (Los Andaluces ante las Drogas - 1987/2000).	31
3.2. El Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias (SAID).	43
4.- Líneas Generales.	47
5.- Principios Generales del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.	54
6.- Organos de Coordinación, Gestión y Participación: Competencias y funciones.	56
7.- Sistema de Evaluación del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.	59
<b>2.ª PARTE</b>	
1.- Áreas de actuación.	63
2.- Objetivos y Estrategias.	88
3.- Medidas y Programas de la Administración Autónoma Andaluza que complementan y apoyan al II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.	136
<b>Anexos</b>	
- Anexo I: Campañas realizadas por el Comisionado para las Drogodependencias. (Periodo 1987/1999).	149
- Anexo II: Catalogo de recursos de atención a las drogodependencias.	152
- Anexo III: Normativa específica en materia de Drogas.	154
Agradecimientos.	159



## PRESENTACION

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones que presentamos hoy pretende ser el instrumento fundamental a través del cual se consoliden los avances realizados en los últimos quince años, así como el primer promotor de la innovación en la atención a los fenómenos propios del consumo de drogas, las drogodependencias y otras adicciones en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Se parte de la experiencia generada durante la planificación, diseño y puesta en marcha de los recursos de la red asistencial andaluza, de la observación de sus resultados y de la evolución de los distintos aspectos en materia de drogas y adicciones.

Durante estos años hemos visto cómo se generaron y desarrollaron las normas que legislaban sobre el uso de sustancias psicoactivas susceptibles de producir adicción. Hemos apreciado la evolución social de este uso y sus actores, hemos asistido a los cambios en el tipo de sustancias, patrones y contextos de consumo, hemos escuchado y apoyado la respuesta social emergente de la comunidad y los usuarios y hemos asumido responsabilidades informativas, formativas y asistenciales, para lo que se han desarrollado diferentes estrategias para atender los problemas sociales y sanitarios derivados del consumo y abuso de estas sustancias.

El esfuerzo realizado ha cristalizado en una situación, la actual, en la que se ha conseguido dotar a la sociedad andaluza de una red pública de drogodependencias descentralizada y de fácil acceso, a la que cualquier ciudadano puede acudir en demanda de información, atención y servicios en materia de drogas.

En la presentación de este Plan partimos de una postura optimista y realista: Este documento goza, en su punto de partida, de la ventaja añadida de lo realizado y lo aprendido durante los últimos años. En ese sentido podemos decir que jugamos con ventaja.

Sin embargo, el universo del uso de drogas es una realidad dinámica, por lo que las administraciones implicadas, las entidades sociales, los profesionales y, por supuesto la propia comunidad, van a tener que dar respuesta efectiva a esos cambios.

Este segundo Plan, partiendo de una filosofía respetuosa con las opciones de los ciudadanos y ciudadanas, articula objetivos y estrategias posibilitadoras de la libre elección basada en la responsabilidad y el conocimiento, y garantizadoras de la correcta asistencia a las personas afectadas

por las consecuencias negativas del consumo de sustancias y otras actividades adictivas sin obviar el compromiso con al formación de profesionales y agentes sociales, la mejora de los sistemas de información y otras herramientas que permitan una gestión de calidad así como la potenciación de la investigación y el desarrollo del conocimiento.

Pero todo Plan Estratégico marca un punto de inflexión en la política pública que pretende estructurar y, en este sentido, el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (PASDA), cuya vigencia va a ser de seis años (2002 – 2007), apuesta por la actuación en dos vertientes fundamentales, a saber: el perfeccionamiento de los recursos existentes y la innovación que permita abordar los continuos cambios que se producen en materia de drogas.

Isaías Pérez Saldaña  
Consejero de Asuntos Sociales

"NUEVOS RETOS, NUEVAS ALTERNATIVAS"

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones parte de la experiencia generada durante la planificación, diseño y puesta en marcha de los recursos de la Red Asistencial Andaluza, de la observación de sus resultados y de la evolución de los distintos aspectos en materia de drogas y adicciones.

Un ejemplo de estos recursos son los programas preventivos desarrollados en los ámbitos educativo, comunitario y laboral, la red de comunidades terapéuticas existentes, las unidades de desintoxicación, los programas ofrecidos desde los centros de tratamiento ambulatorio, que van desde los programas libres de drogas hasta los tratamientos con metadona, pasando también por los recursos ofrecidos como son los dedicados a la incorporación sociolaboral de las personas que, en parte por su adicción a drogas, se encuentran en situaciones de marginación social, etc.

Un aspecto innovador de este plan lo representa la inclusión del término "adicción sin sustancia" para referirnos específicamente a los problemas generados por el juego de azar, tal como indica la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, aunque la posible aparición de nuevas formas de adicción podría materializarse en el futuro en acciones concretas sobre las mismas.

El II PASDA se articula en torno a cinco áreas de actuación: prevención, atención socio-sanitaria, incorporación social, reducción de daños e información, formación e investigación de las cuales emanan los objetivos generales, específicos y las correspondientes estrategias para su desarrollo.

Una particularidad se da en el área de reducción de riesgos y daños cuya naturaleza transversal hace que ésta recorra, a través de objetivos y estrategias, cada una de las restantes áreas.

Además, este documento se somete, desde un principio a un Sistema de Evaluación diseñado para el seguimiento y control del desarrollo del mismo, de forma que se dispongan de elementos objetivos para el análisis del nivel de su implementación en y adecuación atendiendo a los posibles cambios y retos que se planteen desde las realidades de consumo de sustancias y adicciones en nuestra Comunidad.

El II PASDA es un documento integrador - en el sentido de que acoge aportaciones múltiples y, en su redacción, se ha perseguido el consenso necesario para que todos los actores implicados lo asuman como el marco legítimo sobre el que actuar durante los próximos seis años - y diseñado desde una perspectiva ambiciosa e innovadora comprometiéndose con perspectivas realistas, basadas en conocimientos objetivos y acordes con valores solidarios.

Andrés Estrada Moreno  
Comisionado para las Drogodependencias

## 1.- METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

Siguiendo los principios básicos de coordinación y participación, el II PASDA ha contado en su elaboración con todas aquellas instituciones y entidades que de una u otra forma están implicadas en el fenómeno de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma Andaluza.

En este sentido, se ha partido de una filosofía basada en el análisis riguroso de los logros conseguidos por el I PASDA, pero también de un mayor acercamiento a la realidad actual y futura, con la consiguiente introducción de nuevas respuestas a las nuevas necesidades.

De este modo, esta nueva concepción se encuentra plasmada en los principios generales del Plan y en su metodología por áreas de actuación, que han sido elaborados por técnicos del Comisionado para las Drogodependencias y de la red andaluza y coordinado por la responsable técnica del área de drogodependencias del equipo de la Comisión Delegada de Bienestar Social. Asimismo, este equipo redactor ha desarrollado el análisis de situación, las líneas y los objetivos generales del Plan.

Posteriormente, y con esta base documental, se celebraron unas Jornadas de Coordinación en las que participaron profesionales y miembros de distintas instituciones y entidades, en las que se debatieron los objetivos específicos del Plan, las actuaciones a realizar y los indicadores de evaluación de las mismas. Este sistema de trabajo ha permitido un alto grado de consenso que redundará en una adecuada respuesta al fenómeno de las drogodependencias y adicciones en Andalucía.

Como continuación de los trabajos iniciados, se ha creado la Comisión de Redacción del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, presidida por el titular de la Consejería de Asuntos Sociales e integrada por el Comisionado para las Drogodependencias, la Directora General de Infancia y Familia y el Director General de Bienestar Social, y por un representante con rango, al menos, de director general, de las Consejerías de la Presidencia, Economía y Hacienda, Gobernación, Justicia y Administración Pública, Empleo y Desarrollo Tecnológico, Obras Públicas y Transportes, Salud y Educación y Ciencia.

La Comisión ha revisado la propuesta del Plan y le ha dado traslado al Consejo Asesor sobre Drogodependencias y al Consejo Económico y Social para su informe.

## 2.- ANALISIS DEL FENÓMENO DROGAS EN ANDALUCÍA

Para analizar la evolución del fenómeno de las drogas en Andalucía es preciso comenzar por la descripción de la estructura básica y los antecedentes del Plan Andaluz sobre Drogas. En este apartado se detalla la red de atención, definiendo los recursos que la componen y se recoge la normativa básica que fundamenta el Plan.

En el segundo apartado se desarrollan las actuaciones realizadas según las áreas de intervención en las que se estructura el Plan, así como la valoración de los resultados de los programas y recursos puestos en marcha hasta la actualidad.

Finalmente, en el tercero se expone la evolución de la prevalencia del consumo drogas en Andalucía, analizada a través de los informes bianuales sobre la opinión de los Andaluces ante las Drogas y de los cambios observados en las demandas asistenciales obtenidos a través del Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias (SAID).

### 2.1.- ESTRUCTURA BÁSICA Y ANTECEDENTES DEL PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS.

Históricamente cada sociedad ha ido integrando y aceptando el consumo de determinadas drogas, que han tenido unas repercusiones muy distintas en relación a las que se han implantado a través del mercado ilegal. El abuso de las diferentes sustancias, por sus enormes implicaciones individuales y familiares, supone un gran problema social y humano que ha acarreado consecuencias como el aumento del número de delitos, accidentes laborales, de tráfico, enfermedades de transmisión, exclusión social, etc.

Ante la situación de preocupación sanitaria y social creciente a causa del problema de la dependencia a la heroína, surgido entre finales de los años 70 y principios de los 80, se crea en 1985 el Plan Andaluz sobre Drogas por decisión del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y a propuesta de la Comisión Delegada de Bienestar Social. Mediante dos Decretos sucesivos se constituyen, por un lado, el Comisionado para la Droga como órgano coordinador y de planificación (Decreto 72/85 de 3 de Abril) y, por otro, los Centros Provinciales de Drogodependencias con la misión de desarrollar los Planes de Drogas a nivel provincial (Decreto 73/85 de 3 de Abril). Este último crea y define en cada una de las provincias a los Patronatos Provinciales como órganos de participación del Plan.

Por tanto, a partir de esta fecha se pone en marcha un Plan director que desarrolla las competencias de la administración autonómica, con un papel fundamental en la planificación, financiación, coordinación y ordenación funcional de las intervenciones y programas. En el ámbito provincial, el Plan desarrolla la gestión de los recursos y programas preventivos, asistenciales, de incorporación social y de apoyo al movimiento asociativo, que se realiza mediante convenios de colaboración con las Diputaciones Provinciales.

Los Patronatos Provinciales tienen la misión de integrar en un órgano de consulta y participación a las Administraciones Públicas y a los agentes sociales implicados en la respuesta al problema de las drogodependencias, procurando la coordinación de esfuerzos y recursos junto con la adaptación a la realidad provincial del Plan Andaluz sobre Drogas.

Los Centros Provinciales de Drogodependencias se constituyen como el eje operativo en el ámbito provincial del Plan Andaluz sobre Drogas en lo referente a prevención, asistencia, incorporación y promoción social. Funcionalmente, estos Centros son la estructura periférica del Comisionado para las Drogodependencias y se encargan de la coordinación junto con los diversos sectores implicados, especialmente con los Servicios Sociales de las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos, así como con los dispositivos educativos y sanitarios de la provincia. Desarrollan la ejecución y gestión de programas y recursos específicos y se crean por acuerdo entre las diputaciones y la Junta de Andalucía. La financiación se hace con fondos procedentes de las dos administraciones y del Plan Nacional sobre Drogas.

Desde el punto de vista asistencial, los Centros Provinciales actúan como centros especializados en la atención a las drogodependencias en la provincia. Tienen el carácter de Centros de Tratamiento Ambulatorio de primer nivel y son la puerta de entrada a la red asistencial. Garantizan la continuidad de la cadena terapéutica mediante la coordinación de los recursos existentes en su ámbito territorial y la derivación de los pacientes a los servicios y programas especializados que consideren adecuados. Constituyen, por tanto, el canal de acceso al resto de los recursos y programas disponibles en la red asistencial, como son las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.Hs), Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción, Pisos de Apoyo al Tratamiento, Centros de Encuentro y Acogida, Centros de Día, Programa de Tratamiento con Metadona y Programa de Reinserción Red de Artesanos.

En 1990 se produce un nuevo impulso de los recursos asistenciales de la red andaluza de atención a las drogodependencias gracias al Decreto 368/90, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Programa Especial de Intervención sobre Drogodependencias en Barriadas de Actuación Preferente y Zonas de Alta Incidencia. Se ponen en marcha Centros de Tratamiento Ambulatorio

(Centros Comarcales de Drogodependencias) en barriadas y zonas consideradas de alto riesgo, además de tres nuevas Comunidades Terapéuticas. También se crean 50 nuevas plazas de internamiento en el programa de conciertos asistenciales con entidades privadas y otras 100 en el Programa de Reinserción Red de Artesanos.

Cuando se aprueba esta norma ya existían dos Centros de Rehabilitación en Régimen de Internamiento o Comunidades Terapéuticas de titularidad pública de la Junta de Andalucía, (una en Lopera, Jaén, y otra en Granada) y tras su publicación, se construyen los centros de Los Palacios (Sevilla), Tarifa (Cádiz) y Mijas (Málaga), así como los de Cartaya y Almonte en Huelva. Estos nuevos centros se gestionan mediante un convenio entre la Consejería de Asuntos Sociales y los ayuntamientos respectivos. En 1998, el Consejo de Gobierno Andaluz, a instancias de la Consejería de Asuntos Sociales, crea la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, (FADA), con el objetivo, entre otros, de mejorar la gestión de estos centros de internamiento que habían sido conveniados con los ayuntamientos.

En cuanto a los recursos destinados a la Desintoxicación Hospitalaria, en 1987 se crea la primera Unidad de Desintoxicación mediante Concierto entre el Servicio Andaluz de Salud y la Cruz Roja Española en Andalucía. Posteriormente, el Servicio Andaluz de Salud pone en marcha cuatro nuevas unidades integradas en Hospitales Públicos: Algeciras (Cádiz), Sevilla, Málaga y Granada. En los últimos años, como complemento a las Unidades Hospitalarias, se ponen en funcionamiento las Unidades de Desintoxicación Rápida ubicadas en centros de tratamiento ambulatorio.

Todos estos recursos van dirigidos básicamente a la atención de los consumidores de heroína, aunque con anterioridad al Plan se venía realizando el tratamiento de los problemas derivados del abuso de alcohol a través de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados. Con la creación del Plan, se conciertan nuevos recursos asistenciales para el tratamiento del alcoholismo y se incrementan posteriormente con la incorporación de plazas específicas en Comunidad Terapéutica. No obstante, desde los Centros Provinciales de Drogodependencias también se atienden las demandas de tratamiento de los problemas derivados del alcohol. Del mismo modo, los Centros Provinciales comienzan a atender demandas relacionadas con la dependencia de la nicotina y se ponen en marcha en algunos de ellos Unidades de Deshabitación específicas del tabaco.

Igualmente, las asociaciones de autoayuda al juego patológico, a las que se empieza a financiar a través de convenios, comienzan a atender a las personas con problemas derivados de los juegos de azar.

En los Centros Penitenciarios, en el año 1989 se inicia el Programa de Apoyo a la Atención a las Drogodependencias, a través de un convenio marco de colaboración suscrito entre el Ministerio de Justicia, el Plan Nacional sobre Drogas y la Junta de Andalucía, que permite la creación y puesta en marcha de equipos técnicos de intervención en los centros penitenciarios de las Comunidades Autónomas. Estos equipos se adscriben a los Centros Provinciales de Drogodependencias con el objetivo de mejorar la calidad y cobertura de la atención sanitaria y social que se presta a las personas con problemas derivados del abuso de drogas en estas instituciones.

El apoyo al movimiento asociativo específico en drogodependencias ha sido una de las prioridades del Plan Andaluz sobre Drogas desde su creación. En 1987 se celebra el primer encuentro de asociaciones de drogodependencias. En este foro se comienza a gestar la idea de crear una estructura de coordinación de asociaciones, que en el año 1990 da lugar a la creación de la Federación Andaluza de Asociaciones de Drogodependencias ENLACE. La incorporación progresiva de voluntarios sociales y su positiva evolución ha contribuido a un desarrollo eficaz del Plan, mejorando la detección de nuevas necesidades sociales y ofreciendo un cauce de participación al colectivo de drogodependientes y a la iniciativa social, además de desarrollar programas complementarios.

En el año 1994 se crea la Comisión de Participación sobre Drogodependencias de Andalucía mediante el Decreto 68/94, de 22 de marzo, que se constituye como el órgano consultivo y de participación social del Plan Andaluz sobre Drogas con representantes de las administraciones públicas y de la iniciativa social. Esta Comisión, que se ha reunido con periodicidad, ha sido un lugar de encuentro que ha facilitado el consenso en temas como la Ley 4/97 de 9 de julio, ha ofrecido el apoyo a indultos de drogodependientes con problemas penales y ha trazado las líneas generales de este II Plan sobre Drogas y Adicciones.

La Ley 4/97, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, aprobada por unanimidad de los grupos del Parlamento de Andalucía, constituye el marco normativo que regula todas las medidas dirigidas a la prevención, atención, incorporación social, coordinación y participación en materia de drogodependencias en Andalucía. De forma explícita se incluyen en esta norma el tabaco y las bebidas alcohólicas como drogas institucionalizadas. Además, la Ley 4/97 plantea algunos elementos novedosos como la prevención comunitaria, la respuesta a los problemas derivados del juego patológico, la reserva del puesto de trabajo a los drogodependientes en tratamiento y la creación del Consejo Asesor en Drogodependencias. También se establecen nuevas limitaciones a la publicidad, venta y suministro de tabaco y bebidas alcohólicas, entre las que destaca la protección a los menores, pues se ha aumentado hasta a los 18 años la edad mínima para la venta y suministro de tabaco y alcohol en Andalucía.

## 2.2.- ACTUACIONES REALIZADAS SEGÚN LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN.

El Plan Andaluz sobre Drogas contempla tres áreas de intervención interrelacionadas entre sí: Área de Prevención, Área de Atención y Área de Incorporación Social.

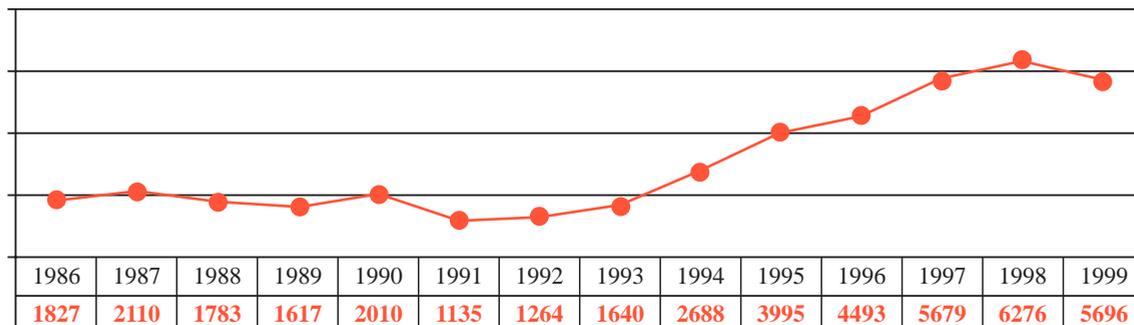
En el Área de Prevención se han desarrollado, por un lado, medidas de carácter general, tendentes a promover el conocimiento y divulgación de los problemas relacionados con el consumo de drogas y a mejorar las condiciones de vida de los drogodependientes, interviniendo en los factores sociales que inciden en su aparición. Por otro, se han establecido medidas destinadas a controlar la oferta y la demanda del alcohol y el tabaco, proporcionando una especial atención a determinados sectores de población, como los adolescentes y los jóvenes.

Se han puesto en marcha intervenciones y programas dirigidos a la información y a la formación sobre drogodependencias en los diferentes sectores: la escuela, la comunidad, la familia, el medio laboral, etc, así como actuaciones en el ámbito de la investigación.

Con el objetivo de sensibilizar sobre los problemas derivados del consumo de drogas y de informar sobre los recursos del Plan Andaluz sobre Drogas, desde los primeros años de vigencia del Plan, se han realizado diversas campañas de prevención dirigidas a la población general. (Anexo I)

Merece destacar la puesta en marcha en el año 1986 del teléfono de información sobre drogas, gratuito desde el año 1992, con el número 900 200 514, que ha consolidado sus demandas de información con unas 6.000 llamadas anuales. (Gráfico 1)

Gráfico 1: Teléfono de Información Sobre Drogas. 1986/1999



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias.

Aunque durante la mayoría de los años las demandas realizadas a través de este dispositivo estaban relacionadas con información sobre la heroína, actualmente la sustancia que motiva un mayor número de demandas es el tabaco, básicamente para solicitar ayuda para dejar de fumar.

En esta área se incluyen también las distintas publicaciones realizadas, que inician su desarrollo con la edición de la “GUÍA PARA PADRES Y MADRES PREOCUPADOS POR LAS DROGAS” en 1986, que se ha reeditado en múltiples ocasiones desde entonces.

En 1995 se produce un cambio en cuanto a destinatarios y objetivos. En esta línea, se edita material divulgativo (folletos, dípticos y carteles) “ATENCIÓN PASTILLAS” y “¿UNA COPA?”, dirigido a jóvenes y con un objetivo claro: la reducción de daños por consumo de éxtasis y alcohol, respectivamente. Son materiales preventivos que tienen una buena acogida por parte de los destinatarios, por lo que posteriormente este tipo de material se extiende hacia otras sustancias como la cocaína, (PASA DE LA RAYA) en 1996; el cannabis (¿PORROS?), en 1996 también; la heroína (CUIDADO CON EL BICHO) en 1997; y el tabaco (¿FUMAS?) en 1997; así como al juego patológico (¿A QUÉ JUEGAS?) en 1998.

Hasta el año 1995, las estrategias en prevención se dirigen fundamentalmente a ofrecer información sobre las drogas y los efectos del abuso de las mismas. A partir de aquí se inicia un desarrollo progresivo de actuaciones para la reducción de daños destinadas tanto a la población general como a consumidores, facilitando conocimientos y habilidades para realizar consumos de menos riesgo. Se han desarrollado también campañas dirigidas al consumo en jóvenes y especialmente llevadas a cabo en los escenarios donde se produce el consumo.

De esta forma se ha ido modificando un concepto de prevención idealista, basado en la “abstinencia”, por otro más pragmático, basado en el paradigma de prevenir riesgos y paliar daños, con lemas como: “UN BUEN AÑO PARA APRENDER A CUIDARSE” (1997), “VIVE LA MODERACIÓN” (1998), “TU MOVIDA: UNA AVENTURA INTELIGENTE” (1999) o “NUEVOS RETOS A TU LIBERTAD” (2000) que pretenden expresar el paradigma de la reducción de daños como enfoque global.

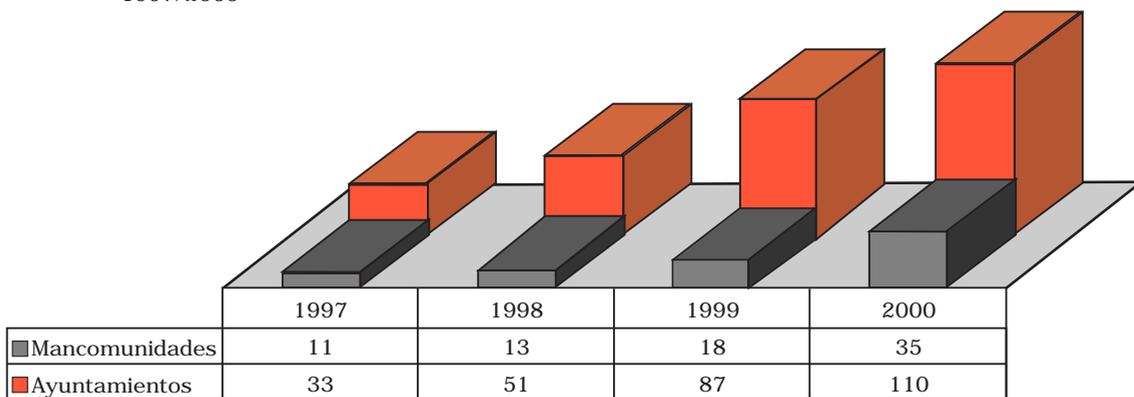
En cuanto a los ámbitos de intervención en el medio educativo, desde 1989 se han desarrollado programas de intervención a través de acuerdos con la Consejería de Educación y Ciencia con el objetivo de potenciar una serie de actuaciones dirigidas al conjunto de la comunidad educativa: alumnos, padres y profesorado. Posteriormente, con la aprobación de la L.O.G.S.E. (1990) se introducen cambios importantes en este ámbito al integrarse la prevención de las drogodependencias y la

educación en valores de forma transversal, incluyéndose en el curriculum educativo de los planes de centros, con la finalidad de llegar a producir un desarrollo integral y armónico de los alumnos.

En colaboración con el movimiento asociativo se han realizado cursos de prevención de las drogodependencias, destinados a padres y madres, desarrollándose progresivamente hasta conseguir llegar a un gran número de ellos en la actualidad. Estas actuaciones se complementan con su intervención en programas de atención e incorporación social del drogodependiente.

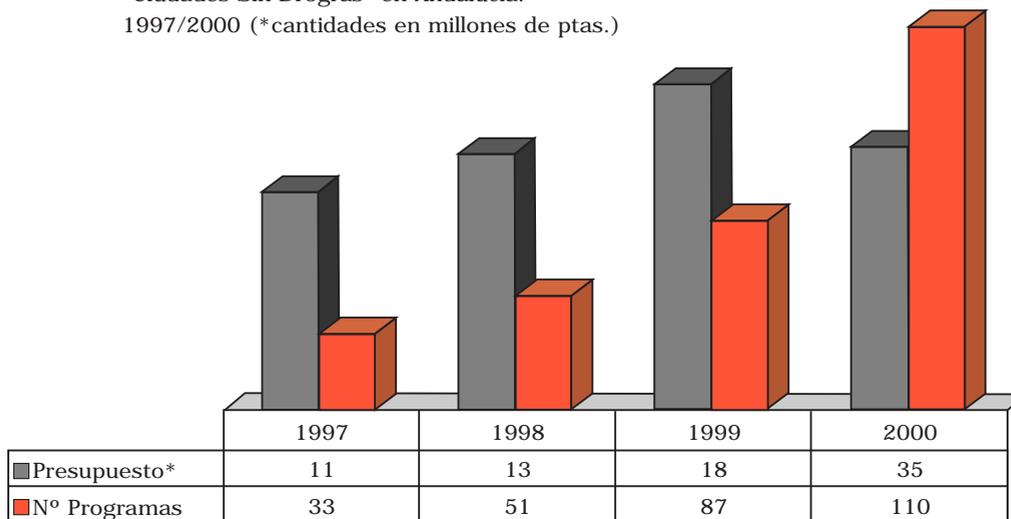
En cuanto a los programas de intervención comunitaria, a partir de 1997 se pone en marcha el Programa Ciudades sin Drogas, (Gráficos 2 y 3) que viene a proporcionar líneas de orientación para el desarrollo de estrategias de actuación preventivas en la comunidad. Este programa tiene como objetivo comprometer a las personas y grupos de la comunidad en la mejora de aquellas condiciones ambientales susceptibles de facilitar la reducción del abuso de drogas. Parte de un marco de intervención que se realiza conjuntamente con Ayuntamientos y Mancomunidades de la Comunidad Autónoma, y se regula mediante una Orden de Convocatoria Anual.

Gráfico 2: Ayuntamiento y Mancomunidades del Programa “Ciudades Sin Drogas” en Andalucía. 1997/2000



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

**Gráfico 3:** Presupuesto del Programa  
 “Ciudades Sin Drogas” en Andalucía.  
 1997/2000 (\*cantidades en millones de ptas.)



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

En el ámbito laboral se pone en marcha en 1992 el primer programa de prevención en la empresa Sevillana S.A. que cuenta con 50.000 trabajadores, interviniendo en todos y cada uno de los centros de trabajo. En 1994, se firma un protocolo de acuerdo entre la Junta de Andalucía, la Confederación de Empresarios de Andalucía (CEA) y las Centrales Sindicales mayoritarias (CCOO y UGT). Este acuerdo tiene como objetivo el desarrollo de un programa de prevención de drogas en el ámbito de las empresas de nuestra comunidad autónoma. Como fruto del mismo se ponen en marcha convenios de colaboración con las Centrales Sindicales en los que se recogen un conjunto de acciones encaminadas a la sensibilización/formación de los agentes sindicales, así como el asesoramiento y orientación a trabajadores que tienen problemas con las drogas. En total se han desarrollado más de 209 actuaciones.

Junto al resto de programas y actuaciones que se ubican en el área de prevención, se encuentran las dirigidas a la Formación e Investigación, tanto básica como aplicada, que vienen a incidir en el conjunto de áreas que constituyen el Plan.

En este sentido, y dentro del Área de Formación, se ha contado con la participación de las Universidades Andaluzas. Esta colaboración se materializa a través de convenios a partir de 1992, que permiten la realización de un amplio programa de formación con cursos de post-grado bajo los títulos de Máster y Experto en Drogodependencias en las provincias de Sevilla, Cádiz, Córdoba, Granada, Málaga y Huelva. Se formalizan también convenios entre las administraciones educativas y aquellas entidades, públicas o privadas, directamente relacionadas con la prevención y el estudio de las drogodependencias.

En el Área de Investigación se realizan estudios periódicos para conocer la evolución del consumo y los perfiles de los consumidores, lo que facilita la adaptación de las acciones a las nuevas realidades. La investigación aplicada, dirigida a los sectores profesionales del Plan, se potencia a través de los Premios de Investigación en Drogodependencias, que en seis ediciones han servido para poner de manifiesto la capacidad creadora y de investigación de distintos sectores profesionales.

El Área Asistencial tiene como objetivo alcanzar la normalización social como culminación del proceso terapéutico. Para la consecución de este objetivo se desarrollan las siguientes actuaciones: desintoxicación, deshabituación, atención a las complicaciones orgánicas y psíquicas y a las urgencias derivadas del consumo de drogas. Se establece el marco general de coordinación de los servicios sanitarios y sociales y fórmulas de cooperación y colaboración con entidades públicas y privadas.

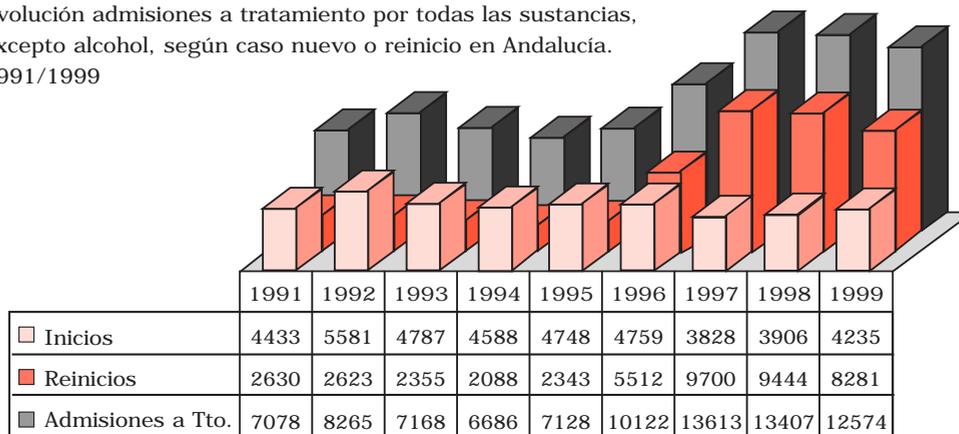
El modelo inicial de atención a las drogodependencias estaba fundamentado por el objetivo de la abstinencia. Sin embargo, a raíz del bajo índice de retención de pacientes en los programas, la aparición del SIDA y las recomendaciones de la OMS con relación al tratamiento de las drogodependencias, se comienza a dar prioridad a las estrategias de reducción del daño para los pacientes que no responden a los programas libres de drogas. De esta forma se consolida en la actualidad un modelo de atención que combina complementariamente los programas libres de drogas con los programas de tratamiento con agonistas y programas de reducción del daño.

Los programas de reducción del daño tienen como objetivo paliar o minimizar las consecuencias del consumo de drogas promoviendo la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo de manera prioritaria actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a usuarios de drogas infectados por VIH o enfermos del Sida y a sus familiares

A partir de 1986 se comienza a descentralizar la red de atención a las drogodependencias, incrementándose el número de centros de tratamiento ambulatorio y extendiéndose a todas las capitales y a casi la totalidad de comarcas de Andalucía, permitiendo una oferta terapéutica diversificada.

En cuanto al número de admisiones a tratamiento, se ha pasado de 7.078 en 1991 a 12.574 en el último año. (Gráfico 4)

Gráfico 4: Evolución admisiones a tratamiento por todas las sustancias, excepto alcohol, según caso nuevo o reinicio en Andalucía. 1991/1999



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Del mismo modo, los recursos ambulatorios de atención a problemas de alcoholismo han experimentado un crecimiento en el número de centros y sobre todo en el de usuarios, pasando de 1.458 en 1990 a 3.841 en 1999. (Gráficos 5 y 6)

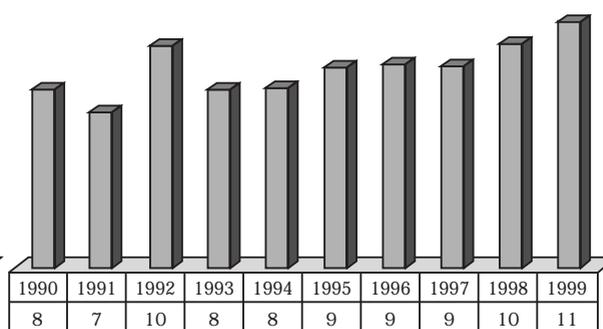
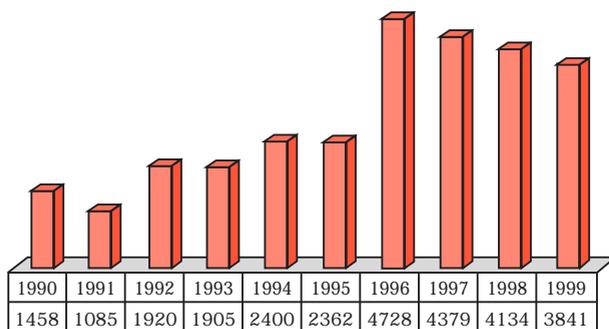


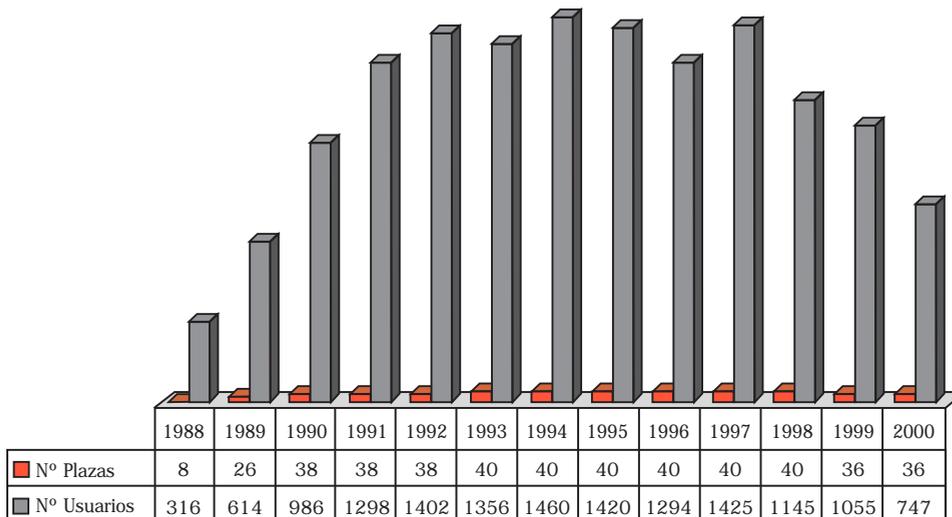
Gráfico 5: Número de Usuarios

Gráfico 6: Número de Centros

Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias (Gráfico 7) experimentaron un incremento importante en los primeros años, manteniéndose en la actualidad 40 plazas disponibles. El número de desintoxicaciones realizadas en los último años gira en torno a las 1.000 anuales.

Gráfico 7: Evolución Plazas y Usuarios en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Andalucía. 1988/2000

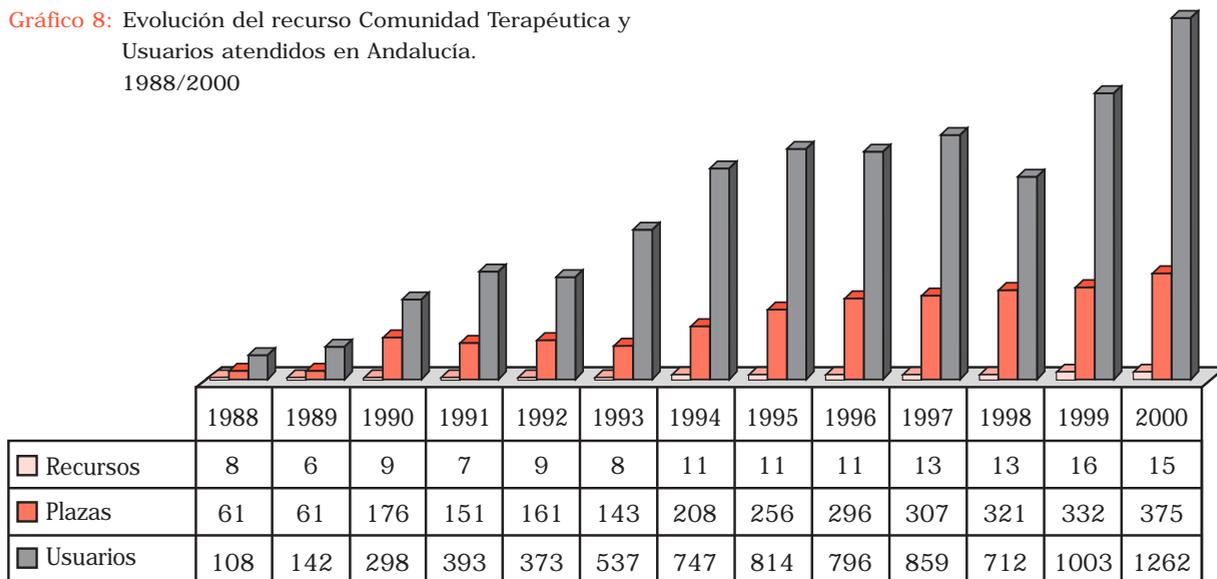


Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Las Comunidades Terapéuticas (Gráfico 8) son junto con los Centros de Tratamiento Ambulatorio los recursos que mayor crecimiento han experimentado, tanto a nivel público como privado concertado. En 1988 se disponían de 61 plazas, 25 públicas y 36 concertadas, en la actualidad se disponen de 256 públicas y 119 concertadas, aumentando por consiguiente el número de usuarios.

La diversidad de los perfiles de los consumidores: jóvenes, mujeres, hombres y menores, así como las diferentes sustancias de consumo: alcohol, heroína, cocaína, cannabis... ha implicado el desarrollo continuo de programas terapéuticos adaptados a las necesidades de la demanda. Un ejemplo es la Comunidad Terapéutica “El Corchuelo”, ubicada en Almonte (Huelva), que es la primera en España dedicada a la rehabilitación de personas en un Programa de Tratamiento con Metadona.

**Gráfico 8:** Evolución del recurso Comunidad Terapéutica y Usuarios atendidos en Andalucía. 1988/2000



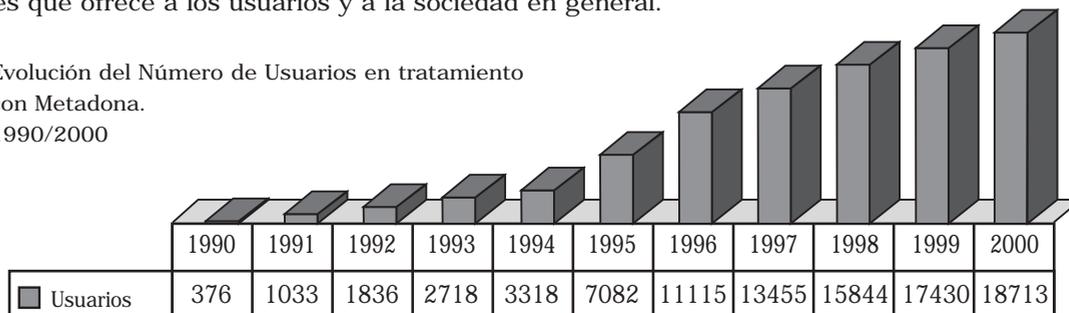
Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Como apoyo a los tratamientos, y para dar respuestas a los sectores sociales más vulnerables y carentes de recursos, se crean Pisos de Apoyo al Tratamiento con una amplia participación de la iniciativa social. Son lugares de acogida inmediata y de estancia temporal. Como objetivo general se plantea dar respuesta al problema de las drogodependencias en el propio marco urbano, implicando de un modo activo al drogodependiente, a su entorno familiar y a los recursos socio-sanitarios disponibles.

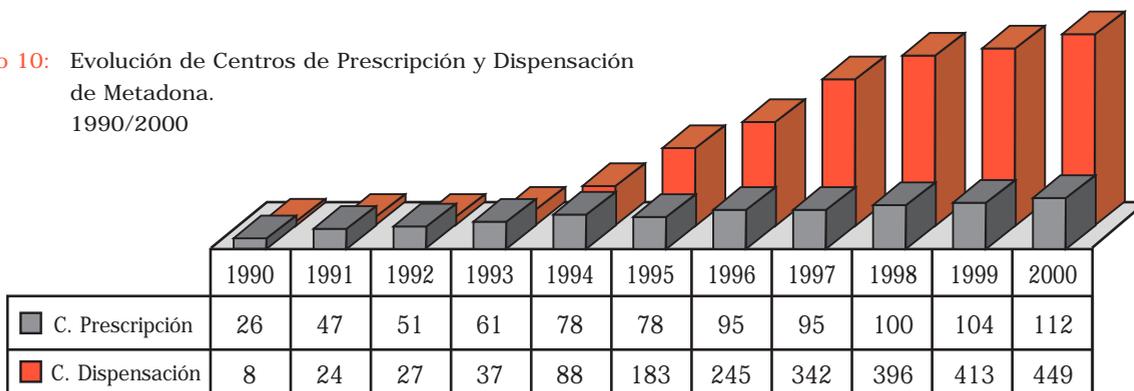
Con la importancia que han tenido en estos años los recursos citados, hay que decir que todos ellos estuvieron basados en el desarrollo de programas que tienen como referente la abstinencia, cumpliendo su papel en los primeros años del Plan Andaluz sobre Drogas, aunque la progresiva expansión del número de usuarios de programas de reducción del daño hizo que los programas libres de drogas se hayan visto complementados por otros programas, como es el caso del Programa de Tratamiento con Metadona. (Gráficos 9 y 10)

El desarrollo de este programa ha sido muy amplio. El número de personas atendidas ha pasado de 376 en 1990 a 18.713 en 2000. Los recursos de prescripción del fármaco han aumentado y, sobre todo, el número de puntos de dispensación -de 8 en 1990 a 449 en 2000- ofertados por los dispositivos de Atención Primaria de Salud. Es un Programa de gestión compartida con la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud (SAS) que sirve de referente a otras Comunidades Autónomas por las prestaciones que ofrece a los usuarios y a la sociedad en general.

**Gráfico 9:** Evolución del Número de Usuarios en tratamiento con Metadona. 1990/2000



**Gráfico 10:** Evolución de Centros de Prescripción y Dispensación de Metadona. 1990/2000



Fuente: Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación

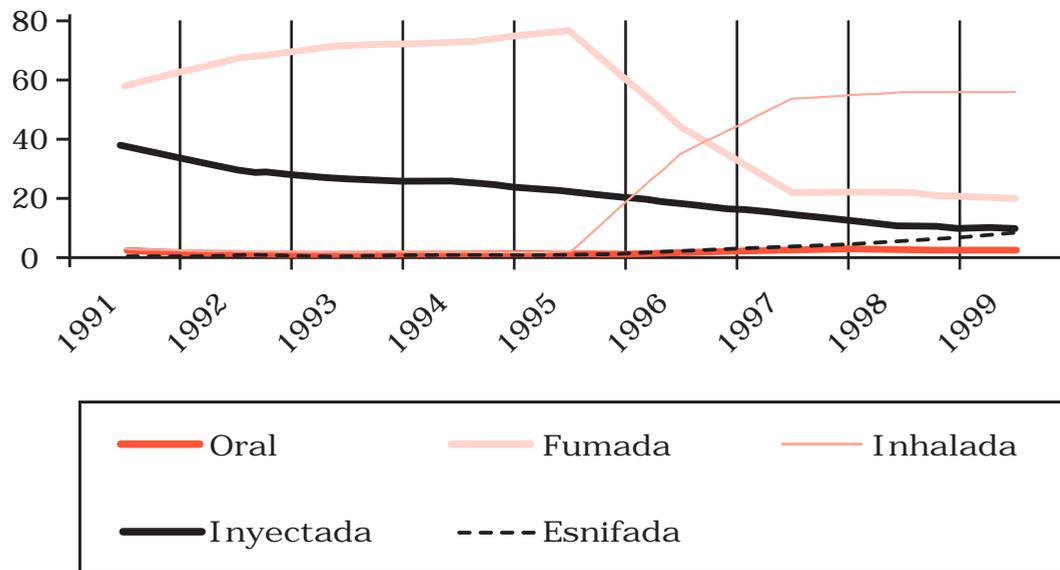
El desarrollo y extensión del Programa de Tratamiento con Metadona en Andalucía se consolida a partir de 1995. Se facilita el acceso a todos aquellos pacientes que lo necesitan siguiendo los criterios del Decreto 162/90, de 29 de mayo, por el que se regulan los tratamientos con sustitutivos opiáceos a personas dependientes de los mismos en nuestra Comunidad Autónoma bajo el control sanitario y la atención social, familiar y personalizada. En gran medida, este programa ha facilitado la producción

de cambios en la vía de consumo (Gráfico 11) de opiáceos, apreciándose un mantenido descenso en la utilización de la vía intravenosa, con las repercusiones que esto tiene desde el punto de vista de la salud pública.

En este momento sólo un 8,7% de usuarios utiliza la vía intravenosa, en comparación con el 37,9% que la usaba hace ocho años.

Dentro de las estrategias de reducción del daño se han puesto en marcha los Centros de Emergencia Social con el objetivo de paliar o minimizar los daños generados por el consumo problemático de drogas en aquellas poblaciones de drogodependientes que no acceden habitualmente a los servicios asistenciales. En ellos se atienden las necesidades básicas de estas personas y su posterior derivación a recursos de tratamiento, si lo demandan.

Gráfico 11: Vías de Administración.  
1991/1999



Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Los equipos de apoyo a Instituciones Penitenciarias pertenecen a los Centros Provinciales de Drogodependencias y desarrollan programas de tratamiento en las prisiones andaluzas, lo que permite atender a un gran número de internos con problemas de drogodependencias y prestando atención sanitaria y social a estas personas.

En el marco del Convenio existente entre el Ministerio del Interior, Dirección General de Instituciones Penitenciarias y el Comisionado para las Drogodependencias, se realiza la atención en las prisiones andaluzas.

En Andalucía el número de internos que han participado en los programas de información, motivación y acogida ha sido de 3.375 y en los de educación para la salud, 2.850.

En programas de tratamiento con metadona se encuentran 5.390 presos andaluces, 2.289 en programas de desintoxicación y 1.584 en programas de deshabituación.

El número de internos que han sido derivados a los recursos comunitarios en función de los programas es de 1.518 a programas de tratamiento con metadona y 1.793, a programas de deshabituación de las drogodependencias: 1.462 a Centros Ambulatorios y Centros de día, 18 a Pisos de Reinserción, 103 a Comunidades Terapéuticas y 210 a otros recursos.

En la línea de diversificar y personalizar la oferta asistencial, de forma que toda aquella persona que demande tratamiento en la red de drogodependencias tenga en cada momento de su proceso de tratamiento la respuesta asistencial más adecuada, el Gobierno Andaluz se plantea investigar nuevas formulas de atención, proponiendo la realización de un Programa Experimental de Tratamiento Médico con Heroína para adictos a esta sustancia y dirigido fundamentalmente a un sector de la población drogodependiente de alta cronicidad y riesgo sanitario. El pre-proyecto es aprobado por el Consejo de Gobierno en el año 1997 y se presenta como Ensayo Clínico ante el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 1998. Con relación al procedimiento administrativo, en enero de 1999 ese Ministerio emite una resolución de aprobación para considerar a la heroína como producto en fase de investigación clínica. En la actualidad este proyecto se encuentra pendiente de su conformidad y desarrollo.

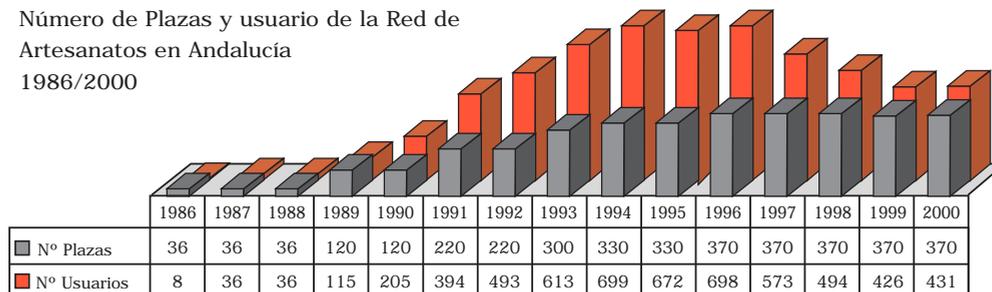
En esta línea de diversificar y en colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas se ha participado en una experiencia de dispensación controlada con LAAM que pretendía comparar la efectividad de esta sustancia con la metadona. Se planteó como un estudio multicéntrico y se desarrolló simultáneamente en distintas Comunidades Autónomas.

En el Área de Incorporación Social se han desarrollado programas integrales que incluyen aspectos educativos, ocupacionales, familiares y sociales, con la finalidad de conseguir la integración plena de la persona a la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. En un principio se planteaba como objetivo la realización de cambios sociales para superar la simple idea del aprendizaje de determinadas técnicas personales que, necesarias para el desenvolvimiento social, ayuden a completar el proceso de normalización social en los individuos.

Al igual que en el área de prevención y atención, en los primeros años de desarrollo del Plan, el concepto de incorporación social estaba fundamentado en el no consumo. Para acceder a cualquier recurso o programa de reinserción el paciente debía estar abstinentes. Este concepto ha ido evolucionando paralelamente a las demandas planteadas por los drogodependientes, consolidándose un concepto de incorporación social más amplio y flexible en el que se da cabida a personas que actualmente están en Programas de Tratamiento con Metadona.

El Programa de incorporación socio-laboral Red de Artesanos, (Gráfico 12) tiene como objetivo el aprendizaje directo de un oficio con la colaboración de trabajadores autónomos o pequeños talleres y la adquisición de habilidades sociales. Los participantes perciben una beca mensual, durante un año, y el artesano o trabajador una gratificación por su colaboración. Se inicia en 1986 con 36 plazas y en 1999 se disponen 370, facilitándose la participación de un mayor número de usuarios, tanto de los programas libres de drogas como de los programas con sustitutivos opiáceos.

**Gráfico 12:** Número de Plazas y usuario de la Red de Artesanatos en Andalucía 1986/2000

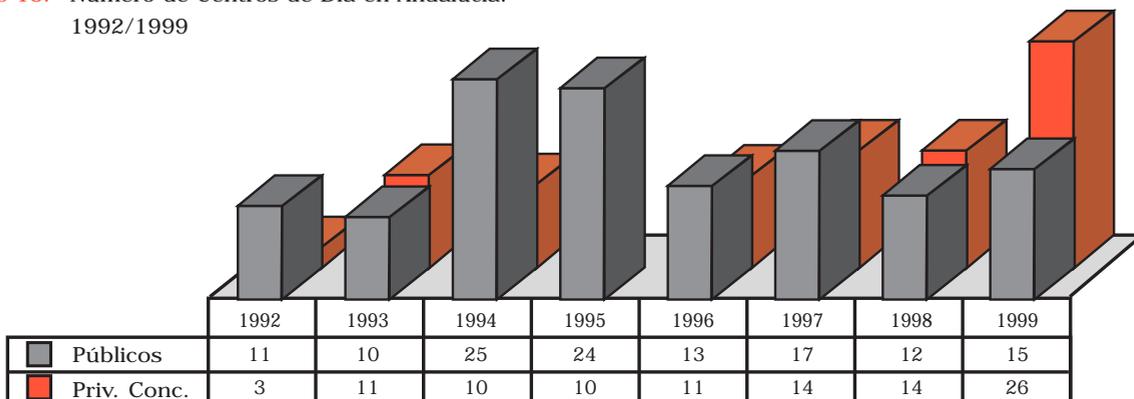


Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

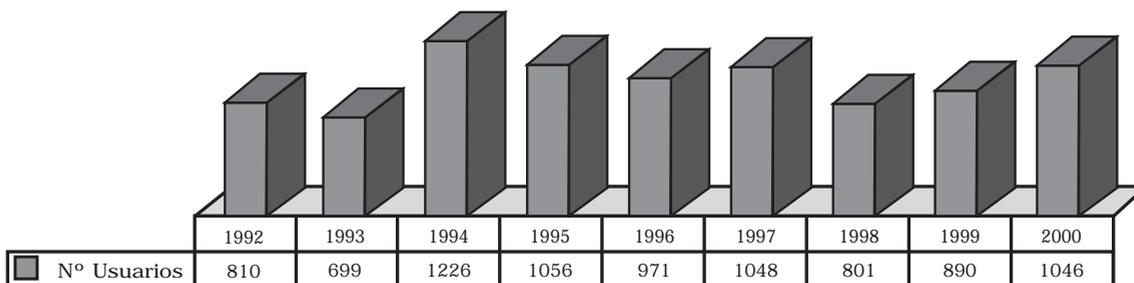
*En relación a los datos que aparecen en el gráfico anterior, podemos decir que a partir del año 1997 se empiezan a contabilizar los datos de participantes de forma distinta. Se incluye en ese año sólo los inicios en el programa, y no el número total de usuarios como se venía haciendo desde la creación del programa.*

Los Centros de Día (Gráficos 13 y 14) son recursos de incorporación social en los que se realizan actividades formativas y ocupacionales que favorecen la normalización de los drogodependientes. Desde estos recursos se apoya la aceptación y la integración en las realidades culturales de la comunidad donde se encuentran, al mismo tiempo que se recuperan las pautas de ocio y cultura, así como los valores éticos, todo ello unido a la importancia que adquiere la formación pre-laboral como elemento de integración social. Para ello, ha sido necesario reconducir éstos como recursos con características propias, donde participa la iniciativa social en un elevado número de ellos y con un incremento paulatino llegándose hoy día a 41 centros.

**Gráfico 13:** Número de Centros de Día en Andalucía. 1992/1999



**Gráfico 14:** Número de Usuarios en Centros de Día en Andalucía. 1992/2000

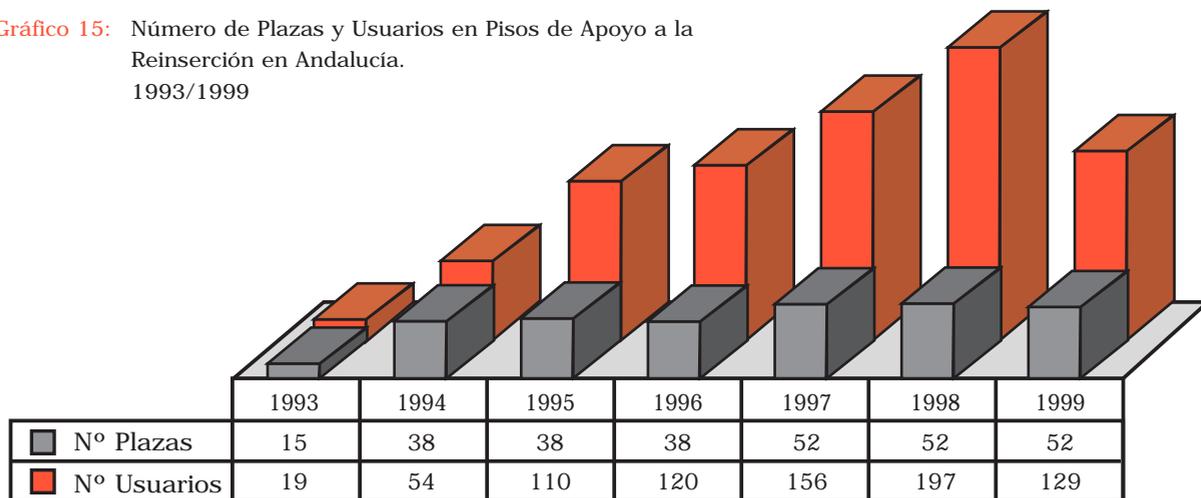


Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

Como se observa en el gráfico 14, el descenso del número de participantes obedece por un lado a la poca estabilidad alcanzada al paso del tiempo por estos recursos debido a la escasa definición en cuanto a su finalidad y, por otro, al descenso producido en el número de usuarios que inician tratamiento y que demandan otro tipo de recursos más adecuados a sus carencias socio-laborales.

Los Pisos de Apoyo a la Reinserción (Gráfico 15) se crean a partir de 1993. El objetivo de este programa es facilitar la adaptación del individuo al medio social mediante la residencia temporal en un piso tutelado por personal técnico cualificado. Se pretende una integración social plena, una vez concluida la deshabitación y sirve para normalizar la convivencia de la persona en un espacio más cercano a la realidad psicosocial, dotándolo de técnicas para un mejor desenvolvimiento en su medio. El número de pisos y plazas en estos años se han ido extendiendo. En la actualidad se cuenta con una oferta de 52 plazas, distribuidas en 8 pisos por toda la Comunidad Autónoma.

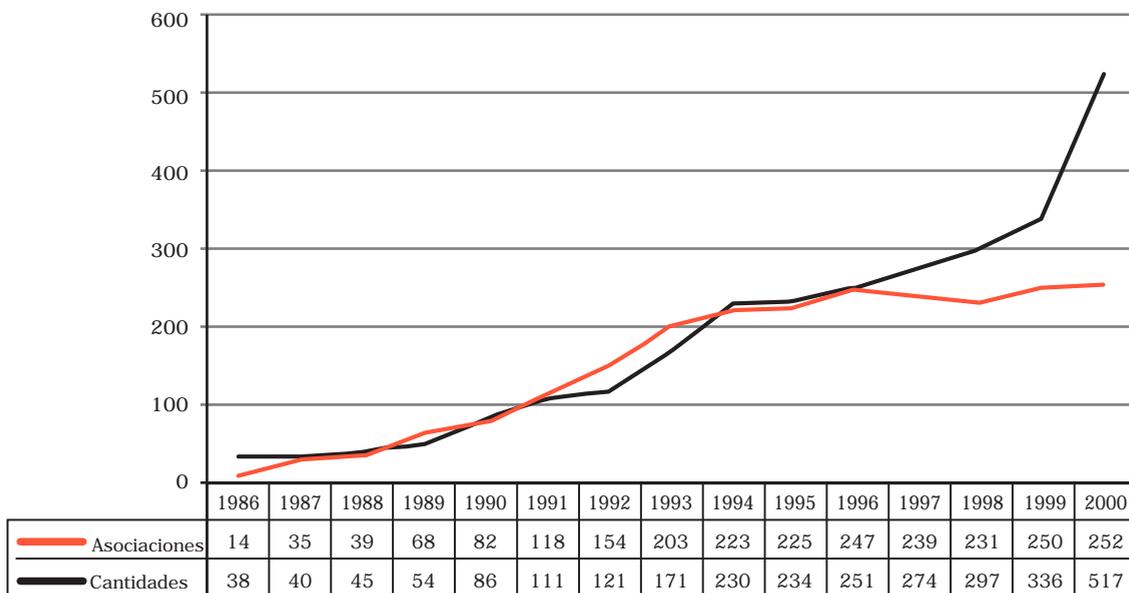
Gráfico 15: Número de Plazas y Usuarios en Pisos de Apoyo a la Reinserción en Andalucía. 1993/1999



Se puede apreciar en el gráfico cómo a lo largo de estos años se ha ido estabilizando como un recurso capaz de dar respuesta a las carencias de convivencia de esta población. El descenso del número de usuarios en el último año hay que analizarlo desde la perspectiva de la estabilización y adecuación de estos recursos, que hace que la gran mayoría de los usuarios concluyan el período máximo de doce meses previsto en el programa.

El movimiento asociativo en drogodependencias participa activamente en el proceso de normalización y aceptación de la responsabilidad colectiva en el abordaje de las drogodependencias, potenciando la participación de los ciudadanos en el tratamiento y resolución de los problemas sociales. Intervienen en las distintas áreas y líneas del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. Tienen un papel fundamental en la detección de nuevas necesidades sociales y situaciones de riesgo, reivindicación y denuncia, así como la prestación de servicios a los sectores más desfavorecidos.

Gráfico 16: Evolución Corporativa entre Asociaciones y Subvenciones en Andalucía. 1986/2000

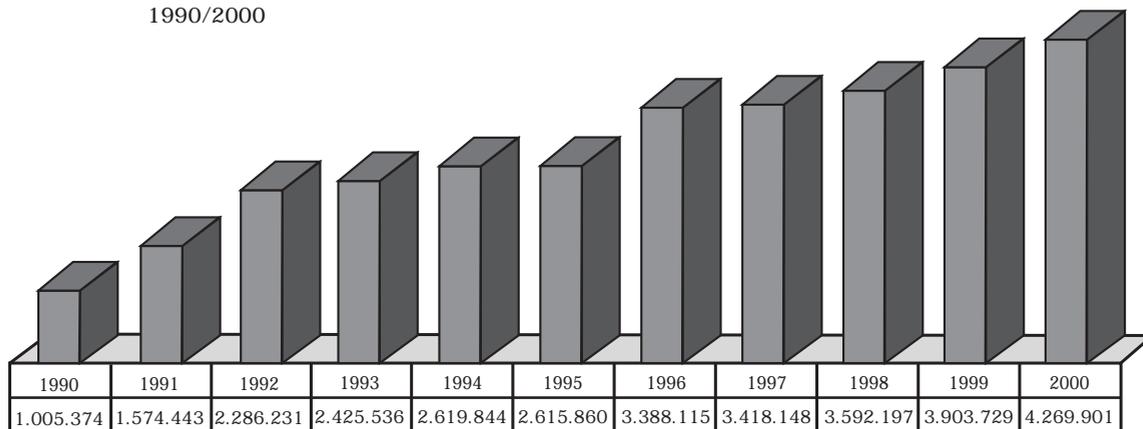


Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

### EVOLUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS.

La evolución del presupuesto asignado al Plan Andaluz sobre Drogas se ha ido adaptando a las necesidades y demandas sociales. Así, se ha pasado de 1.005.374.000 ptas en 1990 a 4.269.901.000 ptas en el año 2000, lo que supone un incremento total del 324,7 %.

Gráfico 17: Evolución Presupuestaria.  
1990/2000



\*cantidades en miles de ptas.

Fuente: Comisionado para las Drogodependencias

### 3.- EVOLUCIÓN DEL CONSUMO.

En los primeros años las actuaciones en el ámbito de las drogodependencias en nuestro país -mediados de los ochenta- partían de un desconocimiento del fenómeno. Eran más acciones intuitivas que basadas en un conocimiento científico, máxime cuando nos encontrábamos ante un fenómeno que se movía entre lo ilícito y la percepción negativa que los ciudadanos tenían de las adicciones a las sustancias ilegales. Hoy en día la experiencia de varios años nos permite disponer de información que nos acerca a la realidad del fenómeno. Conocer la realidad es un objetivo básico cuando pretendemos establecer cualquier tipo de programa, actuación o recurso.

La fuente utilizada para los datos que se aportan a continuación está recogida, por un lado, de los estudios realizados sobre el Consumo de Drogas y Actitudes de la población andaluza, que se han venido publicando en una serie de informes bianuales desde 1987 bajo el título “LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS”, y, por otro, por el SAID (Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias), programa que recoge de forma estandarizada y periódica (anual) los datos relativos a la atención de la demanda en drogodependencias, reflejando las tendencias más actuales en cuanto a tipologías de consumo, población, demandas y evolución de tratamiento.

Los informes de “Los Andaluces ante las Drogas”, emitidos periódicamente (1987, 1989, 1992, 1994, 1996, 1998 y 2000), cuentan con la ventaja de utilizar el mismo tipo de indicadores, aunque hayan introducido otros nuevos para adaptarse progresivamente a la realidad, y nos permiten hacer análisis comparativos de los consumos y ver las tendencias que se ponen de manifiesto en la población andaluza. Se ha investigado sobre aspectos que tienen que ver con consumos, motivaciones y consecuencias de los mismos, características demográficas de los consumidores, actitudes ante la posible legalización de las drogas, etc..., y todos aquellos aspectos que por su interés se han ido incorporando en los últimos años.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este estudio están relacionados con:

- a) Conocer las prevalencias y patrones de consumo de las distintas drogas.
- b) Conocer las características demográficas y sociales de los usuarios de cada sustancia.
- c) Observar la evolución de los consumos, tendencias y algunas características de las drogas más recientes.
- d) Ver las principales motivaciones en el consumo de las distintas sustancias y consecuencias personales y sociales del mismo.

- e) Observar la presencia social de las drogas, opiniones y actitudes de la población y demandas de actuaciones.
- f) Conocer la actitud y valoración de la actuación del Comisionado para las Drogodependencias en Andalucía por parte de la población andaluza.

Con la información recogida de los estudios realizados y con relación a las sustancias con mayor incidencia en nuestra comunidad autónoma, podemos conocer cifras referidas a las mismas. En este apartado se presentan los datos más relevantes con relación a la evolución del consumo en Andalucía entre los años 1987-1998 y un avance del estudio de “Los Andaluces Ante las Drogas”, del año 2000, que en el momento de la presentación de este II Plan sólo está disponible como avance del análisis de los datos a nivel cuantitativo y global, y no como análisis cualitativo de los mismos.

### 3.1- PREVALENCIAS Y PATRONES DE CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS MÁS RELEVANTES. (“LOS ANDALUCES ANTE LAS DROGAS. 1987/2000”)

En este apartado se trata de definir y cuantificar los distintos consumos existentes, así como las prevalencias y patrones de consumo de cada tipo de drogas. Las sustancias incluidas aquí son las siguientes:

- a) Drogas Institucionalizadas
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos, analgésicos comunes y morfínicos)
  
- b) Drogas No Institucionalizadas
  - Anfetaminas
  - Cannabis
  - Cocaína
  - Heroína
  - Extasis y otras drogas de diseño

Los datos de consumo de los inhalables, alucinógenos, crack y otros opiáceos no se han descrito debido a la baja frecuencia de consumo en la población andaluza durante estos años.

## A) DROGAS INSTITUCIONALIZADAS

### - TABACO (1987-2000):

El tabaco, junto con el alcohol, ha sido una de las sustancias más estudiadas desde el año 1987 al 2000 debido a que su consumo es muy amplio y está muy extendido socialmente. Aunque poco a poco se observa cierto descenso general en el hábito de fumar diariamente, todavía continúa siendo preocupante su consumo en sectores específicos como son los jóvenes.

Los datos más relevantes que emanan del estudio de la evolución del consumo de tabaco en Andalucía desde 1987 y 2000 pueden sintetizarse en:

- Un descenso constante en el consumo de tabaco hasta 1998 de entre 6 y 10 puntos porcentuales según el sector etario. Sin embargo, ya en estos estudios se señalan las altas prevalencias de uso de tabaco entre los jóvenes y la progresiva tendencia del incremento en el hábito de fumar diariamente por parte de las mujeres, que se manifiesta también en el año 2000.
- En 1994 se detecta un incremento de 2,9 puntos en los fumadores diarios (33,7%) en relación a 1992, que era del 30,8 %, para descender al 29,5% en 1996, incrementándose al 31% en 1998 y al 33,2% en el 2000.

Respecto a la población con un consumo de mayor riesgo ("fumadores/as diarios/as") se aprecia que:

- Las cifras absolutas (número total de fumadores diarios) mantienen la tendencia descendente hasta 1998, cuando empieza un nuevo incremento hasta el año 2000.
- El descenso en este consumo de mayor riesgo ("fumar diariamente") se aprecia tanto en hombres como en mujeres, aunque éste es claramente mayor entre el género masculino.

En el último estudio "Los andaluces ante las drogas VII", del año 2000, se detecta que el grupo de edad en el que se producen más inicios en el consumo es el de 16 a 24 años, con casi la mitad del total, y la edad media de esos inicios son los 16,13 años, algo antes que en 1996, que eran los de 16,22 años.

La cantidad media de tabaco fumado diariamente ha aumentado con respecto a 1998, pasando de 16,84 cigarrillos de media diaria en 1998 a 18,04 en 2000.

Para definir el perfil de los fumadores andaluces las variables más significativas son el género y la edad, con los siguientes resultados: (Gráfico A)

- Aunque el estudio de 1987 no analiza detalladamente las variables sexo-consumo, sí indica que la mayor parte de los fumadores son de sexo masculino, tendencia que se ha mantenido hasta 2000. En años siguientes, las tasas de consumo han descendido en los hombres, pasando a ser del 52,9% en 1989, 39% en 1998 y 38% en 2000. La prevalencia de mujeres fumadoras diarias va en aumento, pasando a ser de 23,6% en 1998 a 28,8% en 2000.
- Según los datos del año 2000, por edades, después de una fase incipiente entre los 12 y los 15 años, en el grupo de 16 a 20 años encontramos ya casi un 39,5% de fumadores diarios, que se eleva a 45,8% en los 21 a 24 años.

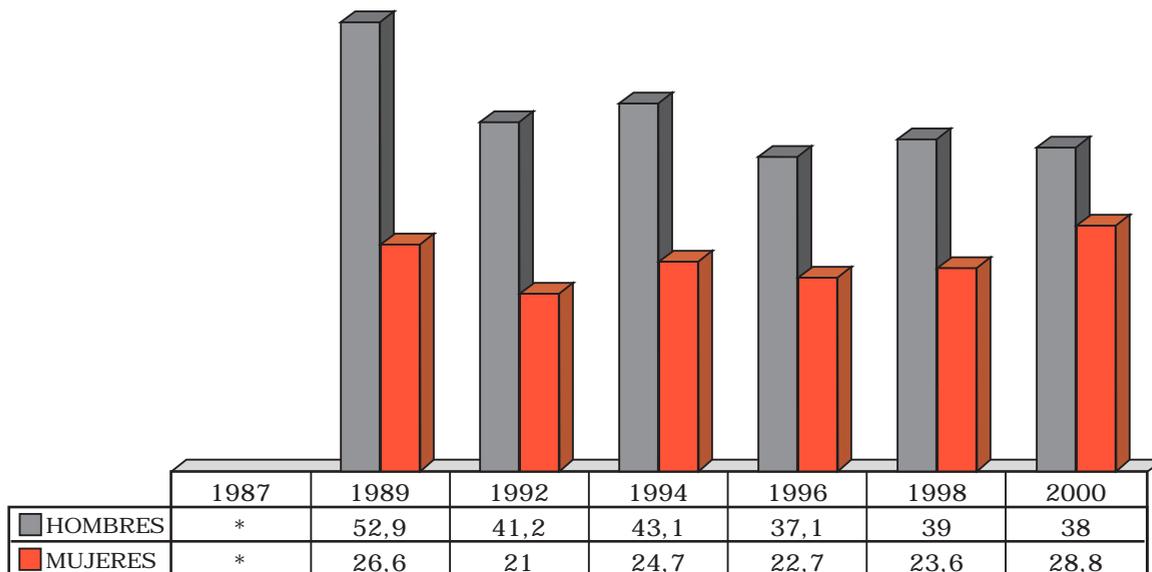
TABACO (Datos de Fumadores Diarios)

	EDAD			CONSUMO POR SEXO	
	> 12 AÑOS	> 14 AÑOS	> 16 AÑOS	HOMBRE	MUJER
1987	*	*	44,1 %	*	*
1989	*	*	39,6 %	52,9 %	26,6 %
1992	*	30,8 %		41,2 %	21,0 %
1994	33,7 %			43,1 %	24,7 %
1996	29,5 %			37,1 %	22,7 %
1998	31,0 %			39,0 %	23,6 %
2000	33,2 %			38,0 %	28,8 %

Fuente: "Los Andaluces ante las Drogas"

En el cuadro anterior aparecen casillas con (\*) debido a que los informes editados en 1987 y 1989 sobre los datos de consumo de tabaco se recogieron en una población mayor de 16 años y es a partir de 1989 cuando se comienza a diferenciar por sexo. Las casillas en blanco significan que los datos recogidos desde 1994 hasta el año 2000 corresponden a una población encuestada > 12 años por lo que engloban los datos de las columnas de > 14 años y > 16 años.

Gráfico A: Consumo de Tabaco por Sexo en Andalucía.  
1987/2000



Fuente: "Los Andaluces ante las Drogas"

(\*) Durante el año 1987 no se analizó la variable consumo de tabaco por sexo.

- ALCOHOL (1987-2000):

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en España y también en Andalucía. Tan amplia es la presencia social y la integración cultural del alcohol que una mayoría de ciudadanos le atribuyen una serie de beneficios orgánicos, psicológicos y sociales. Este fuerte arraigo social y cultural hacia el consumo de alcohol puede estar relacionado con el hecho de que sea la sustancia psicoactiva más consumida y una de las de mayor abuso.

Se observa un paulatino descenso de los usos más abusivos del alcohol, aunque entre los jóvenes se da un aumento de estos patrones, especialmente en los fines de semana. Este incremento puede ocasionar un nuevo repunte de las prevalencias generales de bebedores abusivos.

Para medir la evolución del consumo de alcohol en Andalucía se han utilizado dos tipos de indicadores: el consumo en ml. per cápita y día en el conjunto de la población de doce años en adelante y la prevalencia de bebedores abusivos.

Según los datos de los estudios realizados en Andalucía respecto al consumo de alcohol, se observa:

- Una clara tendencia a la disminución respecto al consumo de alcohol per cápita y día.
- Con relación a la población con un consumo de mayor riesgo ("bebedores abusivos"), compuesto por las categorías: a) consumo alto (76cc a 100cc). b) consumo excesivo (100cc a 150cc) y c) consumo de gran riesgo" (más de 150cc), se observa una disminución constante en el porcentaje de población de bebedores abusivos, concordante con la tendencia a nivel nacional y en varias Comunidades Autónomas hasta 1998 (18,4% en 1987, 13,7% en 1989, 9,3% en 1992, 9,5% en 1994, 6,5 % en 1998), y un aumento en el año 2000, que pasa a ser un 7,8%
- Durante 1998, entre los bebedores abusivos los hombres representan un 10% de la población encuestada, mientras que las mujeres suponen un 2,4%. Las mujeres fueron mucho más abstinentes que los hombres: un 79,6% de ellas por un 51,2% de ellos. En el año 2000 las mujeres bebedoras abusivas aumentaron al 4,3%
- Las máximas prevalencias de bebedores abusivos en 1998 se alcanzan en el intervalo de edad de 21 a 24 años, con el 13,9%, y en los de 25 a 34, con el 12,2%. El 7,3% del grupo de 14-15 años y el 13,8% de los de 16 a 20 años están realizando un consumo de alcohol bastante alto en fines de semana. En el año 2000 los grupos de edad de máxima prevalencia de bebedores abusivos han sido por sexo e intervalos de edad los siguientes: hombres de 16 a 20 años, el 13,6% y mujeres de 16 a 20 años, el 9,6% y hombres de 21 a 24 años, un 17,4% y mujeres entre 21 y 24 años, un 15,3%.

En 1998 la edad media de inicio en el uso del alcohol son los 16,8 años, siendo los 15,74 años en los hombres y los 17,99 años en las mujeres.

Los resultados y conclusiones del último estudio EDIS 2000 son las siguientes:

La tendencia es a un aumento en las prevalencias de bebedores abusivos, debido principalmente al progresivo aumento de los consumos abusivos en la población juvenil y adulta en los fines de semana. En comparación con los datos de 1998, los bebedores abusivos han aumentado 1,3 puntos, pasando de ser un 6,5% en 1998 a un 7,8% en 2000. Los intervalos de edad en los que éstos se distribuyen son de 16 a 24 años. Estos datos nos indican que las acciones preventivas deben centrarse fundamentalmente en estos tramos de edad. En general se observa un progresivo incremento de la prevalencia general de bebedores abusivos y una fuerte aproximación de las prevalencias de ambos géneros.

#### ALCOHOL

TIPO CONSUMO	1987	1989	1992	1994	1996	1998	2000
	> 16 AÑOS	> 16 AÑOS	> 14 AÑOS *	> 16 AÑOS	> 16 AÑOS	> 12 AÑOS*	> 12 AÑOS
LIGEROS (1 a 25cc.)	19,5%	19,3%	20,2%	19,8%	16,4%	12,1%	11%
MODERADO (26 a 5cc.)	23,1%	18,6%	17,9%	16,4%	14%	15,1%	11,4%
ALTOS (76 a 100cc.)	7,1%	5,6%	5,3%	3,9%	3,4%	2,6%	3,1%
EXCESIVOS (100 a 0cc.)	6,3%	3,6%	2,1%	2,7%	2,4%	2,3%	2,2%
GRAN RIESGO (+ de 100cc.)	5%	4,5%	1,9%	2,9%	2%	1,6%	2,5%

\* Desde el año 1992 hasta 1996 los datos se analizaron en la población de más de 14 años, mientras que en 1998 y 2000 se hizo a partir de 12 años.

#### - PSICOFÁRMACOS (1987-2000):

Los datos más relevantes del estudio de la evolución del consumo de psicofármacos en Andalucía entre 1987 y 2000 pueden sintetizarse en un aumento en el porcentaje de población consumidora de tranquilizantes e hipnóticos. El mayor consumo mayor corresponde a la población femenina.

El perfil de los consumidores de psicofármacos es fundamentalmente mujer, de edad media o mayor de 45 años; en todos los hábitats: rurales y urbanos. Cabezas de familias, cónyuges, abuelos, amas de casa, jubilados y pensionistas.

- TRANQUILIZANTES:

Estas sustancias (formuladas a los entrevistados como pastillas para calmar los nervios o la ansiedad) constituyen, junto a los hipnóticos, uno de los cinco modelos de policonsumo observados en Andalucía.

Las prevalencias de estas sustancias comenzaron a estudiarse en Andalucía en el año 94. Desde esta fecha, el consumo de tranquilizantes sería el siguiente:

- Desde 1994 hasta el estudio de 1998, entre los que han consumido tranquilizantes en los últimos seis meses ha disminuido su uso en 2,2 puntos, siendo un 7,0 % en 1994, un 6,2% en 1996 y un 4,8% en 1998. Sin embargo en el año 2000 el consumo de esta sustancia ha sufrido un incremento de un 5,3%.
- La edad media de inicio en el consumo es de 35,98 años, siendo de 36,05 años en los hombres y de 35,93 años en las mujeres en 1998.
- En 1998 el perfil de consumidores de tranquilizantes era el siguiente: los hombres, un 4,4% y las mujeres, un 5,1%. Un 4,2% de los de 25 a 44 años y un 7,9% de los de más de 44 años.
- En todos los años puede observarse un porcentaje mayor de consumidores entre las mujeres que entre los hombres.

- HIPNÓTICOS (1987-2000):

El consumo de estas sustancias están muy relacionadas también con el uso de tranquilizantes. Las prevalencias del consumo de hipnóticos en Andalucía serían las siguientes:

- Al igual que los tranquilizantes, se comienza a estudiar a partir de 1994. La evolución de

- los que han consumido hipnóticos en los últimos seis meses ha ido decreciendo constantemente (2,8% en 1994, 2,2% en 1996 y 1,4% en 1998), para aumentar a 2,8% en el año 2000.
- En 1998 la edad media de inicio en el consumo fue de 36,11 años, siendo los 33,3 años en los hombres y los 39,45 en las mujeres.
  - El perfil de los consumidores de hipnóticos en el año 1998 fue de un 1,2% de los hombres y el 1,5% de las mujeres. Un 1,5% de los de 25 a 34 años, un 1,6 en 35-44 y el 2% de 45 y más años.
  - Las diferencias por género, edad, nivel educativo y familiar son poco significativas.

## B) DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS:

Los datos más relevantes del estudio de la evolución del consumo de drogas no institucionalizadas en Andalucía entre 1987 y 2000 pueden sintetizarse, según sustancias, en:

### - ANFETAMINAS (1987-2000)

Las anfetaminas forman parte del principal modelo de policonsumo, (el de los psicoestimulantes), junto con la cocaína y las drogas de síntesis.

- El porcentaje de población consumidora de anfetaminas se mantiene en cifras realmente bajas en Andalucía. Después de registrarse un porcentaje de un 2,9% en 1989, la prevalencia ha ido descendiendo hasta situarse en 1996 en un 1,3%, un 0,8 % en 1.998 y un 0,6% en el año 2000.
- En 1998 un 1,9% de la población andaluza de doce años en adelante ha usado anfetaminas alguna vez, de ellos un 0,8% lo hizo también en los últimos seis meses y un 0,7% en el último mes.
- El perfil de consumidores de anfetaminas en 1998 es de un 1,3% de los hombres y un 0,3% de mujeres. La distribución de consumidores por intervalos de edad es de un 11,9% de 20 a 24 años y un 3,2% de 25 a 34 años.

- CANNABIS (1987-2000):

La cannabis (hachís, marihuana y otros derivados) es la sustancia ilegal más consumida en Andalucía, con prevalencias que en los grupos de edad joven superan el 10%. Los resultados obtenidos sobre los consumos de cannabis son los siguientes:

- Desde el año 1987 el porcentaje de población consumidora en Andalucía fue descendiendo de forma clara y constante, hasta que en el año 1994 se produjo un ligero aumento que se ha mantenido discretamente en 1996 (5,8%). Ha descendido ligeramente a 5,3% en 1998 y ha aumentado al 7,5% en el año 2000.
- En 1998 un 11% de la población andaluza de 12 años en adelante había consumido cannabis alguna vez, un 5,3% lo hizo en los últimos seis meses y el 4,3% en el último mes. El consumo más frecuente (2 a 6 veces por semana y diariamente) era de un 1,4%.
- Respecto a 1996, aunque en el periodo de los últimos seis meses el consumo de cannabis había descendido ligeramente, no ocurre así en el del último mes en el que había aumentado del 4,1% al 4,3%. Este incremento en los consumos más recientes está en la línea de las Conclusiones del Observatorio Español sobre Drogas (Informe nº 1), en el que se expone que los consumos de cannabis están creciendo significativamente, confirmándose el aumento en el año 2000, siendo un 7,5% en población mayor de 12 años los que han consumido cannabis en los últimos seis meses.
- La edad media de inicio al consumo en el año 1998 es de 17,78 años, siendo los 17,34 años en los hombres y 19,02 años en mujeres.
- Según los datos de 1998, el perfil de los que en los últimos doce meses consumieron cannabis es de un 8,3% de los hombres y un 2,3% de las mujeres. Los de 16 a 20 años un 10,5%, de 21 a 24 años el 12% y los de 25 a 34 años el 11%.
- Aunque en los hombre el porcentaje de consumidores sigue siendo mayor, es precisamente entre las mujeres donde desde el año 1994 se percibe un aumento constante y regular del porcentaje de consumidoras.

- COCAÍNA (1987-2000)

Después de la cannabis, la cocaína es la sustancia ilegal más consumida y actualmente forma parte del principal modelo de policonsumo, junto a otras sustancias psicoestimulantes y las drogas de síntesis.

- Tras varios años manteniéndose en un porcentaje de alrededor del 3%, desde 1987, los datos de 1996 señalan una disminución nada despreciable que sitúa el consumo de cocaína entre la población andaluza en un discreto 2% para seguir descendiendo levemente a 1,9% en 1998 y apreciándose un aumento al 2,2% en el año 2000.

Los resultados obtenidos sobre su consumo en Andalucía son los siguientes:

- Hasta 1998 el consumo de cocaína fue disminuyendo, sufriendo un incremento de 0,3 puntos en el año 2000.
- Con relación a la vía de consumo, en 1998 se observa que un 4,1% lo hizo de modo frecuente por vía parenteral, mientras que un 95,9% la consumió por otras vías (esnifada, fumada, inhalada, etc.).
- La edad media de inicio en el consumo se sitúa en 21,17 años, 20,34 años en los hombres y 23,46 años en las mujeres.
- El perfil de los consumidores de cocaína es el siguiente: en poblaciones urbanas grandes; un 3,3% los hombres y un 0,7% las mujeres, los de 16 a 20 años un 2,5%, los de 21 a 24 años el 3,2% y los de 25 a 34 años el 5,7%.

- HEROÍNA (1987-2000):

Esta sustancia, aunque en una fase de descenso sostenido desde principios de los años noventa, sigue siendo una droga de gran importancia epidemiológica y social.

- Después de varios años manteniéndose en un muy discreto porcentaje entre el 1,5% y 1,8%, los datos indican una disminución importante que sitúa el consumo de heroína en los últimos seis meses de 1996 entre la población andaluza en un 0,7%, para descender una décima más en 1998 y mantenerse constante en el año 2000.

- Hay que destacar que el consumo de esta sustancia desciende en todos los grupos de edad. En el informe editado en 1998 se observa que un 1,2 % indican haber consumido heroína alguna vez, un 0,6% lo hicieron en los últimos seis meses y el 0,5% en el último mes. De un modo más habitual (2 a 6 veces por semana o diariamente) se encontrarían un 0,2% de la población de doce años en adelante.
- En cuanto al género, cabe señalar que el porcentaje de consumidores entre varones desciende de forma paulatina desde 1992 (3%) hasta un 1% en 1998 y que entre mujeres sigue en porcentajes muy bajos que rondan, en 1996, el 0,4% y el 0,2% en 1998.
- Comparando los datos del año 1998 y 2000, los consumidores de heroína en el período de los últimos seis meses se ha mantenido constante.

En esta doble perspectiva apreciamos que en el Informe del Observatorio Español sobre Drogas se señala, en general, un descenso en el consumo de heroína, aunque en el del Europeo de 1998 se indica que "en algunos Estados Miembros se ha observado el aumento de heroína entre consumidores de drogas sintéticas y otras poblaciones jóvenes". Con estos resultados no habría que descartar un cierto repunte en los próximos años.

- En 1998 la edad media en el inicio del consumo se sitúa en 20,25 años, de modo muy similar entre hombres y mujeres, aunque este grupo supone tan sólo una quinta parte de los consumidores.

Uno de los aspectos más importantes que se producen con relación a esta sustancia es el cambio en la vía administración, que pasa a ser, a partir de 1991 en Andalucía, mayoritariamente fumada/inhalada frente a la vía inyectada. Las cifras son extremadamente elocuentes: en 1995, un 81,4% de los consumidores utilizan las vías de "menor riesgo" (fumada/inhalada) y sólo un 18,6% utilizan la vía de "mayor riesgo" (inyectada). Actualmente sólo el 8,1% la usa por vía intravenosa.

Resulta también muy interesante comparar el dato que en Andalucía ofrece este indicador, con el que se observa en el conjunto de España. El "momento clave del cambio" (esto es, cuando la vía fumada/inhalada representa un porcentaje mayor que la inyectada) se produce en la Comunidad Autónoma Andaluza prácticamente 3 años antes que en el Estado Español. En 1995, cuando también en España se produce el cambio de vía, la diferencia entre el porcentaje de consumidores que utilizan la vía de "mayor riesgo" sigue siendo muy importante (18,6% en Andalucía frente al 40,3% en España)

HEROÍNA (Alguna Vez)

	EDAD				
	14-15 años	16-20 años	21-24 años	25-34 años	35-44 años
1987	*	3 %	4,4 %	3 %	0,6 %
1989	*	1,1 %	3,9 %	5,3 %	0,3 %
1992	*	0,7 %	7,6 %	5,1 %	0,3 %
1994	0,9 %	0,7 %	5,8 %	5,3 %	0,9 %
1996	*	0,7 %	0,9 %	2,8 %	0,3 %
1998	0,9 %	0,8 %	2,3 %	2,1 %	0,8 %

(\* =) Durante los años 1987, 1989, 1992 y 1996 el análisis de los datos se realizó en una población > de 16 años, por lo que no se dispone de datos referidos a edades inferiores (14 a 15 años). En el año 2000 no constan los datos de consumo de heroína distribuidos por intervalos por no encontrarse analizados de forma cualitativa al cierre de este documento.

- EXTASIS Y OTRAS DROGAS DE SÍNTESIS (1987-2000):

En este grupo se incluyeron, y así se formularon en la pregunta, el éxtasis y otras drogas de diseño. Esta sustancia comenzó a estudiarse a partir de 1994 y los resultados obtenidos en el periodo 1994 a 2000 son los siguientes:

- Los datos de los últimos años muestran un pequeño incremento en el porcentaje de consumidores de drogas de síntesis en Andalucía. En 1994 su consumo era de un 1,3%, 1,6% en 1996, 0,9% en 1998 y se incrementa al 1,5% en el año 2000.

Según los datos de 1998:

- La media de edad en el inicio sería de 20,6 años, 21,8 años en los hombres y 17,93 años en las mujeres.

- Un 1,7% de la población andaluza de doce años en adelante han consumido drogas de síntesis alguna vez, un 0,9% lo hizo en los últimos seis meses y el 0,7% en el último mes.
- El perfil de usuarios de drogas de síntesis sería el siguiente: en poblaciones medias y grandes un 1,2 % en hombres y el 0,5 % en mujeres. Los de 14-15 años un 0,9 %, de 16-20 el 0,8 %, de 20-24 el 2,3 % y de 25-34 un 2,1 %.

### 3.2- EL SISTEMA ANDALUZ DE INFORMACION EN DROGODEPENDENCIAS (SAID)

Según los datos del Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias se han observado cambios importantes en la demanda asistencial que han revertido en la adecuación de los recursos y programas de la red asistencial, para ofrecer un mejor servicio a la población usuaria de los mismos. Los cambios operados más importantes son:

- a) Diversidad de perfiles de los usuarios que acuden a los centros.
- b) Demanda centrada principalmente en problemas generados por el consumo de opiáceos, apreciándose el incremento de la demanda por otras sustancias: alcohol, cocaína, cannabis, que aunque en menor medida, cada vez tienen una presencia mayor en los centros de tratamiento.
- c) Estabilidad en las admisiones a tratamiento en cuanto a los casos nuevos -sin tratamiento previo-, creciendo sin embargo, de manera sostenida los reinicios de tratamiento. Esto supone crisis o recaídas permanentes en las poblaciones usuarias, pudiéndose hablar de una cierta circularidad de los pacientes en los distintos programas y recursos.
- d) Aumento en la edad media de los casos admitidos por heroína, siendo mayor aún en los reinicios que en los casos nuevos, lo cual supone una incorporación al consumo con mayor edad.
- e) Mantenido descenso en los últimos diez años del consumo de heroína por vía intravenosa, con progresivo aumento del consumo por vía inhalada/fumada.
- f) Aumento del número de usuarios del Programa de Tratamiento con Metadona, con una mayor accesibilidad y altas tasas de retención.
- g) Consolidación de una amplia y variada red de recursos asistenciales, que llega a ser un modelo de referencia en la atención a las drogodependencias.

- h) Mayor conocimiento de los problemas que subyacen en el fenómeno de las drogodependencias, suponiendo un mejor ajuste de las estrategias y respuestas desde los distintos ámbitos de intervención.
- i) Detección de la necesidad de reorientar la prevención hacia una mayor implicación de los grupos y sectores sociales, donde parece necesario un mayor esfuerzo inversor y de implicación de las instituciones sociales y administraciones.

Todos estos datos junto con la evaluación del Plan Andaluz sobre Drogas realizada por una asesoría externa nos aportan información sobre la introducción de cambios y reorientaciones que permitan incrementar el grado de éxito del Plan Andaluz sobre Drogas.

## CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LOS DATOS DE CONSUMO

Las principales conclusiones de los datos actuales de consumo de drogas en Andalucía se pueden resumir en las siguientes:

En la actualidad, el número de bebedores abusivos, jóvenes, en fines de semana, el consumo de tabaco diario, cannabis, tranquilizantes e hipnóticos y cocaína ha sufrido un pequeño incremento. Sin embargo el consumo de heroína en los años 1998, 1999 y 2000 se ha estabilizado.

En el estudio de 1996 en Andalucía se detecta un cambio importante en los modelos de policonsumo observados y es que, en dicho estudio, el primer modelo era el de los narcóticos, que en la actualidad pasa al segundo modelo, dejando su lugar, como modelo más importante de policonsumo a los psicoestimulantes. Esta misma ordenación es la que se observa en otros estudios recientes (Nacional 1995, Galicia 1996, Canarias 1997, Comunidad Valenciana 1996 y 1998, y Municipio de Madrid 1997). Los otros dos modelos, el de tabaco-alcohol y el de psicofármacos, siguen en el mismo orden que el estudio anterior.

El extraordinario descenso en el consumo de heroína a lo largo de estos años es un logro importante del Plan Andaluz sobre Drogas, pero no se puede olvidar al grupo de heroinómanos refractarios a los tratamientos actuales que, ya envejecidos y deteriorados por las patologías asociadas y la práctica de consumos de riesgos, siguen utilizando la vía intravenosa y no encuentran tratamientos adecuados a su drogodependencia.

El indicador "edad media de inicio en el consumo de opiáceos y cocaína", ha sido estudiado en los informes bianuales desde el año 1987 tanto para Andalucía como para el conjunto del Estado. Sin embargo, no hay información disponible para el resto de sustancias hasta el año 1996, con lo que éste no puede utilizarse como indicador de evolución.

En Andalucía la edad media de inicio en el consumo de opiáceos o cocaína, se sitúa prácticamente un año más tarde que en el conjunto del Estado Español. En los últimos diez años, en esta comunidad autónoma se ha pasado de una edad media de inicio de 20,6 años en 1987 a 21 años en 1998. En el año 2000 la edad media de inicio en los consumos es prácticamente la misma que la observada en 1998; quizás el cambio más importante sería el inicio más precoz de la cocaína, con los 20,57 años de media en el 2000 por los 21,18 en 1998. Sin duda, ésta es una sustancia con cierto potencial de expansión entre los jóvenes.

DROGAS NO INSTITUCIONALIZADAS.

PREVALENCIA DE LAS DROGAS EN EL ÚLTIMO MES Y EN LOS ÚLTIMOS SEIS O DOCE MESES

	1987		1989		1992		1994		1996		1998		2000
	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. Mes	Ult. 6 ó 12 meses	Ult. 6 meses
Inhalables	0.1	0.1	0.1	0.9	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.3	0,4
Cannabis	9.4	10.8	5.8	6.9	4.0	4.8	3.9	5.6	4.1	5.8	4.3	5.3	7,5
Cocaína	2.8	3.3	2.3	2.7	2.0	2.9	2.4	3.1	1.4	2.0	1.4	1.9	2,2
Drogas Síntesis	-	-	-	-	-	-	0.9	1.3	1.3	1.6	0.7	0.9	1,5
Heroína	1.1	1.5	1.1	1.5	1.3	1.8	1.0	1.6	0.5	0.7	0.5	0.6	0,6
Anfetaminas	2.2	2.6	1.9	2.9	1.1	1.5	0.4	1.3	1.1	1.3	0.7	0.8	0,6

Fuente: “Los Andaluces ante las Drogas”

DROGAS INSTITUCIONALIZADAS

	AÑO 1987	AÑO 1989	AÑO 1992	AÑO 1994	AÑO 1996	AÑO 1998	AÑO 2000
TABACO (Fumadores diarios)	44,1	39,6	33	33,7	29,5	31	33,2
ALCOHOL (Bebedores abusivos)	18,4	13,7	11	9,5	7,8	6,5	7,8
TRANQUILIZANTES	-	-	-	7,0	6,2	4,8	5,3
HIPNOTICOS	-	-	-	2,8	2,2	1,4	2,8

\* Bebedor abusivo= consumo de alto riesgo + excesivos + gran riesgo

Fuente: “Los Andaluces ante las Drogas”

#### 4.- LINEAS GENERALES

Las actuaciones destinadas a dar respuestas al fenómeno de las drogas se inspiran en una serie de principios éticos que se expresan a continuación:

- 1) Toda intervención debe estar dirigida a la obtención del equilibrio personal a través de políticas de información, educación ciudadana y eliminación, en lo posible, de las condiciones y situaciones de vulnerabilidad. Este planteamiento implica que todas las acciones que se desarrollen en materia de drogas estarán centradas en el abordaje integral de las personas, con independencia de sus circunstancias de consumo, procurando una mejora en su calidad de vida y previniendo, al mismo tiempo, situaciones que puedan conllevar a la exclusión social.
- 2) Es imprescindible trabajar en la línea de disminuir las situaciones de riesgo individual y colectivo y en la corrección de las causas que han dado lugar a la materialización de esos riesgos.
- 3) Por último, se considera como una responsabilidad colectiva salvaguardar los derechos que supone el reconocimiento de la dignidad individual de todos los ciudadanos, por deteriorados que puedan estar en su situación personal.

En base a estos principios, las líneas generales que conducirán al II Plan sobre Drogas y Adicciones se concretan en las siguientes:

1.- Adaptación de la red de atención a las drogodependencias a las nuevas demandas y diversificación de la oferta terapéutica a las diferentes tipologías de usuarios.

El Plan Andaluz sobre Drogas nace a mediados de los 80 para dar respuestas a la alarma social que se crea por la expansión en el consumo de heroína, por lo que en los primeros años de su desarrollo, la respuesta institucional se focaliza en los consumidores de heroína.

Esta prioridad en el tratamiento a heroinómanos facilita que se diversifique la oferta de tratamientos a los consumidores de esta sustancia, contribuyendo a su integración y a la eliminación de estereotipos negativos asociados a la imagen del drogodependiente. Pero aún así, en la actualidad

todavía se atiende en los dispositivos de drogodependencias a un colectivo de heroinómanos envejecidos y deteriorados para los que ningún tratamiento de los existentes se adecua satisfactoriamente.

A pesar de que los crecientes problemas de alcoholismo, que coinciden con la puesta en marcha del Plan Andaluz sobre Drogas, la respuesta institucional fue bastante escasa. Tal iniciativa, sin embargo, posibilitó la vertebración de los movimientos sociales, con la creación de las primeras asociaciones de ex alcohólicos y alcohólicos rehabilitados.

Analizando ahora la situación actual se puede afirmar que en los últimos años aparece una imagen bastante distinta en el escenario de las drogodependencias. El perfil de los usuarios ha cambiado. Los consumidores de heroína que sufrían un alto grado de exclusión, a principios de los 80, se encuentran ahora más integrados. La aparición de consumidores de nuevas sustancias, los nuevos patrones de consumo, la demanda de tratamiento derivada del consumo de alcohol y la adicción al juego, nos obliga a seguir trabajando en la diversificación de nuevos programas y en la mejora de la calidad de los ya existentes, con el objeto de realizar un abordaje más integral de las personas. Esta mejora supondrá, por un lado, un incremento y reestructuración de la red de profesionales de los centros de atención y, por otro, una mayor implicación y coordinación con el sistema sanitario y con los demás sistemas de protección.

Teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados, se hace necesario ofrecer respuestas acordes a las necesidades actuales. Para ello y continuando en la línea de la normalización, se pretende ofertar la atención a todas las adicciones, tanto de las sustancias legales como las ilegales e incluida la adicción al juego, y adaptar los tratamientos a las necesidades individuales. Los centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias se convertirán en centros ambulatorios de drogodependencias y adicciones, ampliando su cobertura a todo tipo de conductas adictivas recogidas en la Ley 4/97, estén o no relacionadas con sustancias. Con respecto al tabaco, aquellos centros que a la entrada en vigor del PASDA ya tuvieran puestas en marcha Unidades de Deshabitación del Tabaquismo, seguirán atendiendo las demandas que se produzcan, como complemento a las actuaciones que en esta materia desarrolle el Servicio Andaluz de Salud.

La elaboración de protocolos conjuntos de actuación y el desarrollo de programas de control de calidad de los programas y servicios contribuirán a garantizar el principio de equidad territorial de la atención a las drogodependencias en Andalucía.

La metodología de atención a las drogodependencias del PASDA evolucionará hacia una metodología basada en la complementariedad de objetivos. Conjugará por tanto las estrategias que

pretenden, por un lado, minimizar los daños producidos por el consumo de drogas y, por otro, aquéllas tendentes a la abstinencia, con la finalidad de la incorporación social. La complementariedad anteriormente descrita hace referencia a la combinación entre los Programas de reducción de riesgos y daños y Programas de tratamientos de las drogodependencias actuales (Programas con agonistas u opiáceos...) así como otros nuevos que vayan apareciendo, garantizando la permeabilidad entre los distintos programas y permitiendo el paso de unos a otros en distintos momentos del proceso del tratamiento sin interrupciones ni cambios traumáticos.

Por lo tanto, se considera prioritario continuar impulsando programas de reducción de riesgos y daños, garantizando que cualquier consumidor aprenda a limitar los riesgos y consecuencias del consumo, aunque opte por programas que exijan la abstinencia.

## 2.- Desarrollo de una red de emergencia social

Los recursos destinados al desarrollo de programas de reducción de riesgos y daños para consumidores en activo son aún escasos. Por ello, será objeto del nuevo Plan impulsar la creación de una Red de Emergencia Social que complemente a los programas de reducción de riesgos y daños que se llevan a cabo desde otros recursos.

Este tipo de recursos tiene como objetivo acercar a los dispositivos de carácter sociosanitario a todos aquellos drogodependientes que están fuera del sistema. Cumplen a la vez una función preventiva e integradora.

En la Red de Emergencia Social se incluirán recursos de carácter fijo y móvil y, teniendo en cuenta que un gran número de las personas que demandan este tipo de centro son consumidores en activo, se podrá valorar la posibilidad de que estos dispositivos cuenten con “salas de consumos higiénicos” en las que el usuario pueda realizar sus consumos sin riesgos de contagios y de una forma más aséptica.

## 3.- Impulso en el desarrollo de los programas de apoyo a la atención a las drogodependencias en las prisiones.

En las prisiones andaluzas existe un gran porcentaje de presos que están cumpliendo condenas por delitos relacionados con el consumo de drogas, cuyas condiciones de deterioro sanitario son aún

mayores que la de los toxicómanos en general. Por ello, a este colectivo hay que garantizarle la misma atención y disponibilidad de recursos que a la población, incluidos los nuevos tratamientos que se vayan incorporando y los Programas de Reducción del Daño.

Se incluirán en el nuevo Plan medidas destinadas a la mejora de la calidad y cobertura de la atención sociosanitaria que reciben las personas con problemas derivados del uso de las drogas en prisiones, garantizando que la oferta terapéutica y la atención prestada a los internos se dé al menos en las mismas condiciones que a la población toxicómana que se encuentra en libertad.

4.- Impulsar con carácter prioritario la implantación de programas preventivos, abarcando los posibles ámbitos de actuación.

Entendiendo que existen diversas definiciones de prevención, optamos por denominarla como aquel entramado dinámico de estrategias que tiene como objetivo minimizar la ocurrencia de una conducta. La conducta a tratar se definirá en función de cada caso, dependiendo de las características de la población o sujeto a la que vaya dirigida la acción y de la relación que establezcan con las sustancias. En última instancia cualquier acción preventiva tiene que contar con el objetivo de que las personas no establezcan relaciones destructivas con las drogas.

Atendiendo a esta definición, los programas y campañas de Prevención se podrán catalogar en función de los objetivos que persiguen y de la población a la que van dirigidos.

Por tanto la prevención de las drogodependencias, se interesará por evitar o retrasar el consumo en una población abstinentes, minimizar las conductas de riesgo de aquellos individuos que se han iniciado en el consumo de drogas y también por reducir los daños asociados en aquéllos que ya han desarrollado cualquier tipo de adicción. En cuanto a las actuaciones dirigidas a la población general, se introducirán aquellas encaminadas a modificar actitudes que fomenten el respeto del consumo responsable.

Corresponde a la Administración Andaluza planificar las actuaciones en materia de prevención y crear el marco dónde han de integrarse todas las intervenciones que se realicen. Las competencias de los distintos departamentos de la Administración Autonómica están recogidos en la Ley 4/97 y se articularán en función de los ámbitos de las intervenciones que se emprendan (Salud, Educación, Trabajo, Juventud...). Igualmente, se pretende contar con la implicación de todos los agentes y recursos de la comunidad, fortaleciendo y aprovechando la capacidad de coordinación de las

corporaciones locales. Para ello se buscará previamente un consenso social e institucional con respecto a la necesidad de actuar de un modo coherente y eficaz.

Se intervendrá mediante programas estructurados y acciones planificadas, dirigidas a sensibilizar e informar de una forma veraz sobre los efectos de las drogas y sus consecuencias, a modificar actitudes en relación al control de los factores de riesgo personal y social, y a cambiar hábitos y estilos de vida. Las campañas preventivas se integrarán como un soporte de los propios programas.

Como estrategia general se abandonarán todas aquellas actuaciones de carácter represivo. Sin embargo se pretenderá el efectivo cumplimiento de la actual legislación en cuanto al control de la publicidad y venta de alcohol y tabaco, proporcionando una especial atención a aquellas medidas destinadas a la protección de los menores.

Este II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones debe comprender así mismo los instrumentos de organización necesarios para hacer efectiva la potestad sancionadora de las Administraciones Públicas competentes, destinando las cantidades recaudadas tanto al desarrollo de estas actuaciones como el cumplimiento de los restantes objetivos previstos en el mismo.

5.- Desarrollo de Programas Específicos de Prevención dirigidos a jóvenes y a las poblaciones de riesgo.

Especial mención merece la situación de consumo en los jóvenes. Los datos obtenidos a través de los informes bianuales sobre la situación del consumo de drogas en Andalucía nos indican que tenemos que continuar con el desarrollo de los programas dirigidos a la población juvenil en general, actividades informativas y educativas desde la escuela, la familia y la comunidad para favorecer la existencia de factores de protección en los jóvenes y seguir incrementando el grupo de no consumidores, intentar evitar el abuso de drogas (en especial el alcohol y tabaco), aumentar la edad de inicio en el consumo y continuar atendiendo a aquéllos que siguen consumiendo a través de campañas dirigidas a la reducción de los riesgos y daños y por medio de los recursos asistenciales.

Igualmente, se considera prioritario el impulso de los programas destinados a las poblaciones en riesgo de exclusión social. Estos programas, además, estarán coordinados con otros que cuenten con medidas compensatorias destinadas a este fin.

6.- Desarrollo de una red de incorporación social adaptada a las necesidades individuales.

Todas las políticas diseñadas para la actuación en drogodependencias, deben necesariamente estar encaminadas a evitar la exclusión y a facilitar el proceso de incorporación social de las personas que a causa de su adicción no están integradas. Por tanto, desde el conjunto de las Administraciones en colaboración con la iniciativa social y con la implicación real de los propios afectados deben generarse mecanismos ágiles y efectivos que garanticen una mejora en la calidad de vida de los ciudadanos y eviten situaciones de rechazo.

El proceso de incorporación del drogodependiente tiene que ser dinámico y flexible, con la implicación real de la sociedad y sin estar vinculado a la abstinencia.

Aunque desde el I Plan Andaluz sobre Drogas se pusieron en marcha medidas compensatorias dirigidas a paliar las circunstancias deficitarias que provocan las drogodependencias, hay que seguir trabajando en esta línea y diseñar estrategias adaptadas a la realidad actual.

Las nuevas estrategias en este ámbito deben estar dirigidas fundamentalmente a crear una red de incorporación social, con la estructura y la flexibilidad de la red de atención, que integre programas adaptados a los distintos perfiles de usuarios. Esta red estará integrada por medidas de apoyo social (medidas educativas, convivenciales, culturales y laborales), potenciando, por una parte, la discriminación positiva en aquellas actuaciones de inserción socio-laboral normalizada y, por otra, impulsando nuevas formas de incorporación como la puesta en marcha de las nuevas empresas de inserción social y la búsqueda de nuevos yacimientos de empleo, en línea por tanto, con las nuevas tendencias de la Unión Europea.

En definitiva, las nuevas medidas que se planteen en cuanto a la inserción laboral de estas personas tendrían que combinar el compromiso empresarial con la formación, el apoyo social y el empleo.

7.- Desarrollo e impulso de la acción investigadora y formativa

La información sobre el fenómeno del consumo de drogas de las personas en tratamiento se obtiene a través del actual Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias (SAID), que recoge, a través de indicadores concretos, datos sobre el perfil y pautas de consumo. Simultáneamente, los estudios bianuales que realiza el Comisionado para las Drogodependencias ofrecen información

sobre la prevalencia del consumo y la actitud de los andaluces ante las drogas de la población general. Sin embargo sería conveniente contar con mayor información sobre el fenómeno del consumo de drogas en sus aspectos epidemiológicos y sociales, lo que nos permitirá planificar y realizar actuaciones preventivas desde una realidad más objetiva.

Desde esta óptica, es necesario rediseñar el SAID, además de dotarlo de los medios necesarios capaces de detectar con rapidez los cambios que se van produciendo con relación al fenómeno.

Un instrumento de gran utilidad en el ámbito de la investigación, va a ser el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones, que se pondrá en marcha en los primeros años de vigencia de este segundo Plan.

Con relación a la formación de los profesionales y agentes que intervienen en el Plan, la oferta de formación para asumir los nuevos retos va a responder a un proceso continuo y coordinado con la acción investigadora, encauzándola hacia el conocimiento del fenómeno de las drogas en sus aspectos preventivos, asistenciales y de incorporación social.

8.- Seguir potenciando la participación de la Iniciativa Social en la construcción de las políticas de drogodependencias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

La iniciativa social seguirá siendo uno de los pilares del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones. El movimiento asociativo, apoyado en las políticas de drogodependencias, continuará con sus trabajos en prevención, atención e incorporación social en drogodependencias que hasta ahora vienen realizando. Además, continuará participando en la construcción de las políticas de drogodependencias a través de la creación de los Consejos Asesores de Drogodependencias en cada uno de los niveles de las Administraciones Públicas.

Seguirá teniendo un papel fundamental en la detección de las nuevas demandas sociales la reivindicación de temas relacionados con las drogodependencias y la denuncia de situaciones de riesgo y marginación, así como la prestación de servicios a los sectores más desfavorecidos y en el fomento del asociacionismo como espacio donde se promueve la participación y maduración de los miembros de la comunidad.

## 5.- PRINCIPIOS GENERALES DEL II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

Este Plan se enmarca como un plan específico dentro del Plan Andaluz de Servicios Sociales, compartiendo consecuentemente los principios básicos de responsabilidad pública, solidaridad, igualdad, universalidad, globalidad e integralidad, normalización, coordinación y descentralización, planificación y prevención.

- 1.- Responsabilidad Pública: mediante la adscripción por los poderes públicos de recursos financieros, humanos y materiales adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.
- 2.- Solidaridad: mediante la justa distribución de los recursos tanto en las personas y grupos sociales como entre los distintos ámbitos territoriales, a fin de fomentar la colaboración y apoyo recíproco y superar las condiciones que dan lugar a la marginación.
- 3.- Igualdad y Universalidad: mediante la atención de todos los ciudadanos sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, edad, ideología o creencia.
- 4.- Participación: mediante la intervención de los ciudadanos y usuarios a través de los Consejos Asesores sobre Drogodependencias.
- 5.- Prevención: mediante la adopción de medidas orientadas a la eliminación de las causas de la drogodependencia y la marginación asociada, siendo éste el elemento clave de nuestras actuaciones.
- 6.- Globalidad e Integralidad: mediante la consideración integral de la persona y de los grupos sociales y no sólo de sus aspectos parciales.
- 7.- Normalización e Integración: mediante la utilización de los cauces que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia.
- 8.- Planificación y Coordinación: mediante la adecuación de los recursos a las necesidades sociales y la armonización de las entidades pública entre sí y de éstas con la iniciativa social.

9.- Descentralización: mediante el progresivo desplazamiento de la gestión de los recursos hacia los órganos e instituciones más próximas al usuario.

Este Plan considera primordial la participación e implicación del movimiento asociativo y de los agentes sociales en el desarrollo, planificación y gestión de los diferentes programas, tal como viene recogido en la Ley 4/97, que en su artículo 32 desarrolla la promoción de los movimientos ciudadanos en las actuaciones de las Administraciones Públicas para la prevención, atención e integración social de los drogodependientes y el fomento del voluntariado social de drogodependientes en proceso de reinserción social que colaboren en las actividades citadas o en otras de carácter cívico o social.

## 6.- ÓRGANOS DE COORDINACIÓN, GESTIÓN Y PARTICIPACIÓN: COMPETENCIAS Y FUNCIONES

### 1.-ESTRUCTURA REGIONAL

#### 1.1.- ÓRGANOS DE COORDINACIÓN

El adecuado desarrollo de un plan integral depende en gran medida de la coordinación de las distintas administraciones y entidades que en él participan. La Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de drogas en su artículo 35 determina que el Comisionado para las Drogodependencias de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía es el órgano unipersonal de coordinación de las actuaciones que en materia de drogas se lleven a cabo en la Comunidad Autónoma Andaluza.

A la Comisión Delegada de Bienestar Social, (Decreto 270/1997, de 2 de diciembre sobre composición y funciones de la Comisión Delegada de Bienestar Social) sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31.1 de la Ley de Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma, le corresponden las funciones de planificación, impulso y coordinación de las competencias y actuaciones del Consejo de Gobierno en materia de bienestar social. Por tanto, esta Comisión es el máximo órgano político de coordinación en materia de drogas.

El Comité Interdepartamental de Drogodependencias y Adicciones, cuya composición y funcionamiento será objeto de regulación mediante decreto, tendrá como función elevar conclusiones y propuestas a la Comisión Delegada de Bienestar Social y al Consejo de Gobierno. Este Comité funcionará mediante Subcomisiones Interdepartamentales para el desarrollo de actuaciones concretas.

#### 1.2.- ÓRGANOS DE GESTIÓN

Al Comisionado para las Drogodependencias le corresponderá el diseño y la gestión de recursos y programas de ámbito regional, la autorización, inscripción en el registro, acreditación e inspección de entidades y centros, el establecimiento de un sistema de información, la evaluación de actuaciones, la investigación y la formación en drogodependencias y adicciones.

La Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, gestionará aquellos recursos y programas de ámbito regional que le sean encargados por sus patronos, respetando en cualquier caso las especificaciones del Plan Andaluz y de los Planes Provinciales, así como las facultades de las distintas Administraciones competentes.

### 1.3.- ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

Para garantizar la eficacia de las políticas públicas de drogas en Andalucía es necesario integrar en su elaboración y formulación el máximo posible de criterios técnicos, sociales y éticos que permitan su mejor adecuación a la evolución de nuestra sociedad. Por tanto, además de la existencia del Consejo Asesor de Drogodependencias se hace necesario la creación de un órgano colegiado de asesoramiento que asista a las administraciones públicas andaluzas sobre las cuestiones técnicas en materia de drogodependencias en Andalucía, que será el Comité Científico en materia de Drogas y Adicciones.

El Consejo Asesor de Drogodependencias y Adicciones es el máximo órgano de carácter consultivo y participación social en materia de drogodependencias y adicciones. Estará integrado por representantes de las Administraciones Públicas andaluzas, asociaciones en drogodependencias y adicciones a través de sus federaciones más representativas, otras organizaciones no gubernamentales y la iniciativa social. Funcionará en Pleno para cuestiones generales y en Comisión Ejecutiva para acciones concretas. Sus funciones vienen reguladas en el Decreto 128/2001, de 5 de junio, por el que se regula la composición y el funcionamiento del Consejo Asesor sobre Drogodependencias.

El Comité Científico en materia de Drogas y Adicciones de Andalucía, integrado por profesionales y personalidades relevantes en la materia, viene a representar una valiosa contribución para el análisis de las soluciones de los problemas complejos que afectan al fenómeno de las drogas.

## 2.- ESTRUCTURA PROVINCIAL

### 2.1.- ÓRGANOS DE COORDINACIÓN

Las Comisiones Provinciales de Drogodependencias estarán integradas por las delegaciones provinciales de Asuntos Sociales, las diputaciones provinciales, los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y otras entidades locales supramunicipales que gestionen la materia. La composición y funciones de estas comisiones se desarrollarán reglamentariamente.

Las comisiones provinciales de drogodependencias incentivarán y potenciarán la creación de Planes Municipales de drogodependencias, especialmente en municipios de más de 20.000 habitantes, y fomentarán el asociacionismo municipal a tales efectos.

A los Centros Provinciales de Drogodependencias, junto con las Delegaciones Provinciales de Asuntos Sociales les corresponderán la planificación, coordinación y seguimiento de los distintos Planes Provinciales de Drogas y Adicciones, adaptados a las necesidades de cada provincia, que se elevarán para su aprobación al Comisionado para las Drogodependencias de la Consejería de Asuntos Sociales.

La elaboración de los Planes Provinciales de Drogas y Adicciones deberán realizarse a partir de un año desde la aprobación de este Plan.

### 2.2.- ÓRGANOS DE GESTIÓN

A las diputaciones provinciales les corresponderá la gestión de los recursos provinciales en drogodependencias y adicciones, así como la ejecución de los programas de desarrollo local y provincial. Funciones similares desarrollarán los ayuntamientos de más de 20.000 habitantes y las mancomunidades de municipios en su ámbito de competencias.

Las delegaciones provinciales de Asuntos Sociales serán el órgano administrativo de representación provincial del Comisionado para las Drogodependencias, coordinando la gestión y desarrollando los programas en drogodependencias y adicciones que se lleven a cabo en el ámbito provincial.

### 2.3.- ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN

Como órganos consultivos en el ámbito provincial se crearán los consejos asesores provinciales de drogodependencias y adicciones, con una composición y funciones similares al Consejo Asesor en Drogodependencias y Adicciones regional.

## 7.- SISTEMA DE EVALUACIÓN DEL SEGUNDO PLAN ANDALUZ DE DROGAS Y ADICCIONES

### INTRODUCCIÓN

La evaluación de las políticas públicas articuladas a través de los planes estratégicos es una actividad absolutamente necesaria para conocer la validez y el impacto de las actuaciones que desde ellos se realiza, ofreciendo oportunidades para la mejora y perfeccionamiento de los modelos de intervención que inspiran las actividades públicas y su planificación.

A través de la evaluación obtenemos información precisa sobre el cumplimiento los objetivos propuestos –evaluación de resultados-, de su realización –evaluación de proceso-, así como del impacto en las poblaciones diana y la población general de los mismos, evaluación de desarrollo social y humano que se está produciendo.

La evaluación es un instrumento imprescindible para la gestión, puesto que sirve de fundamento a las actividades planificadoras. En este sentido, las evaluaciones estructuran y organizan las presiones sociales de demanda de servicios de calidad gestionados con criterios de eficiencia y racional. Pero también los datos obtenidos en la evaluación son necesarios para los profesionales que trabajan en primera línea, dado que les devuelve una imagen clara de la situación en cuanto a la eficacia de sus actuaciones desde los recursos concretos, algo que la realidad cotidiana –con la visión parcial que permite– no ofrece o lo hace parcialmente.

Asimismo vamos a tener en cuenta en nuestro sistema de evaluación la idea de que la excelencia de las actividades cuyos resultados queremos conocer no es sólo una cuestión de proceso y resultado, puesto que el receptor de las mismas –los usuarios directos y la comunidad– tienen, a este respecto, mucho que decir.

La legitimación de nuestras intervenciones tiene su base no sólo en la percepción interna de las mismas, sino que es necesario que los usuarios perciban los recursos y actuaciones a ellos dirigidos como necesarios, adecuados e implementados de forma que garanticen un lugar protagonista a su propia valoración de los mismos.

El Sistema de Evaluación de este II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones parte de estos principios articulándose en dos vertientes –evaluación y calidad–, lo que supone que, independientemente de la cantidad y naturaleza de los indicadores planteados, para conocer el grado de eficiencia y eficacia de las acciones, en una segunda fase hay que articular un sistema que cuente con la opinión de todas aquellas personas y colectivos receptores de las intervenciones del mismo.

Los principios de cobertura universal y de búsqueda de la excelencia, que el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones asume como propios, obligan a afrontar los retos que se plantean de forma específica en este ámbito, ya que los continuos cambios en el uso de drogas, en las actividades potencialmente adictivas, en los patrones de consumo y en los daños provocados por los mismos así como por el estatus legal, provocan cambios constantes en la aspiración de las administraciones públicas implicadas en la provisión de servicios de calidad acordes con las demandas y expectativas de las poblaciones diana.

Uno de los elementos que hacen posible una respuesta social y sanitaria es el desarrollo de un sistema de evaluación que puede constituir la guía adecuada para orientar las acciones. Este Sistema de Evaluación es el paradigma que va a definir la eficacia y eficiencia de las actuaciones previstas dado que, a través de sus objetivos, acciones, recursos y programas, podremos verificar los aspectos señalados.

La evaluación del II Plan sobre Drogas y Adicciones de la Comunidad Autónoma Andaluza será función de la Comisión de Evaluación, responsable de su realización. Ésta recogerá el carácter multidisciplinar de la intervención en materia de drogas y adicciones, incluyendo principalmente en el diseño de sus acciones los aspectos -biológicos, psicológicos y sociales– de los fenómenos de consumo de sustancias y adicciones atendidos por el II PASDA.

La evaluación del Plan se realizará teniendo como base a las cinco áreas de actuación que lo componen –área de prevención, área de reducción de riesgos y daños, área de atención sociosanitaria, área de incorporación social y área de información, formación e investigación– que serán definidas y evaluadas en su totalidad. Este planteamiento posibilita, a su vez, el adecuado análisis de las sinergias emergentes en su conjunto.

Asimismo, y de acuerdo a las actuales corrientes de evaluación que señalan que la orientación de las organizaciones se basa en los procesos que realizan para la consecución de los objetivos, se incluye la evaluación de procesos lo que nos proporcionará, por una parte, información sobre cómo se están implementando y desarrollando los servicios –en sus aspectos técnicos, de provisión de

recursos humanos y materiales, en los niveles de capacitación que los profesionales implicados aportan al servicio, etc.– y, por otra, la oportunidad de corregirlos de forma que en esos procesos de implementación y desarrollo no se cometan errores que alejen los recursos de la posibilidad de consecución plena de sus objetivos.

Una vez reseñadas las líneas maestras y estructurales que regirán este Sistema de Evaluación debemos hacer referencia a la metodología concreta a utilizar y con esto nos referiremos tanto a las fuentes de información e instrumentos mediante los que realizar los distintos análisis, como a los tipos de análisis y los aspectos más relevantes de los mismos.

En primer lugar, el planteamiento de las acciones evaluadoras deberán garantizar el cumplimiento y consecución de los objetivos de obtener la información adecuada y de realizar el tratamiento más idóneo de la misma. Para ello se plantearán análisis:

- Con estrategias de muestreo y criterios de selección muestrales rigurosos y basados en los más adecuados marcos de muestreo disponibles.
- Atendiendo a la validez interna de los estudios realizados de forma que los instrumentos utilizados garanticen ser adecuados, en el sentido de sensibilidad y especificidad, en sus funciones de tratamiento de la información.
- Persiguiendo una alta validez externa de forma que se conozca el grado de confianza a otorgarles a la hora de intentar posibles extrapolaciones a la población general.
- Buscando y analizando las relaciones de causalidad entre las acciones realizadas y la variación de los fenómenos de estudio e intervención.

En segundo lugar, como instrumentos básicos –y sin que esto excluya la posibilidad de utilizar otros que puedan ser de utilidad en los distintos momentos de la evaluación– a utilizar en este Sistema de Evaluación se pueden identificar los siguientes:

1. El Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Proyecto en tramitación).
2. Un sistema de información digital que permita en todo momento acceder al historial clínico de los usuarios estableciendo, a su vez, mecanismos que garanticen la no pervisión del compromiso de custodia de la información sensible contenida en ellos.
3. Los propios indicadores previstos en este Sistema.

4. Las encuestas de percepción diseñadas para recoger la visión de los usuarios.
5. Las bases de datos para tratamiento estadístico de la información.
6. Los indicadores de calidad de vida de los colectivos diana del II PASDA y de la sociedad en general.
7. Las evaluaciones desde el punto de vista de los profesionales y de los movimientos sociales.

Entre los indicadores a utilizar en esta evaluación se deberán distinguir tres tipos básicos:

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

Por último, debemos insistir en que los resultados obtenidos por las evaluaciones serán utilizados como uno de los pilares fundamentales para la renovación del II PASDA, dado el límite temporal concreto que lo delimita. La evaluación será, pues, el primer asentamiento de futuro sobre el que descansará el III Plan sobre Drogas y Adicciones de la Comunidad Autónoma Andaluza.

## 1.- ÁREAS DE ACTUACIÓN

El II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones se estructura en torno a cinco áreas fundamentales de actuación -Prevención, Atención Socio-sanitaria, Reducción de Riesgos y Daños, Incorporación Social y, por último, Información, Formación e Investigación– que contienen objetivos generales y específicos a alcanzar a través de estrategias concretas materializando, de este modo, los principios fundamentales de la filosofía que lo inspira.

El objetivo general de este II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones es promover la toma de decisiones responsables respecto a las sustancias y actividades adictivas incidiendo en los factores personales y sociales implicados en las mismas, favoreciendo la disminución de las consecuencias negativas del consumo y las adicciones, proporcionando los recursos para su atención y priorizando la normalización social de los afectados.

Todas estas áreas comparten unas premisas fundamentales que serán caracterizadoras de las actuaciones, programas e intervenciones bajo el marco del II PASDA, que pueden enunciarse como siguen:

1. Se desarrollarán a partir del conocimiento de la realidad sobre la que pretende incidir.
2. Se priorizará sobre poblaciones de mayores carencias sociales, entre las que se encuentran los niños y adolescentes, familias desestructuradas y con riesgo de exclusión, los hijos de drogodependientes y otros adictos, la población escolar absentista, los adolescentes y jóvenes inmigrantes o de minorías étnicas, los menores con medidas de protección, los menores con medidas de reforma, especialmente en libertad vigilada, los adolescentes y jóvenes fuera del sistema escolar o productivo y los jóvenes consumidores de fines de semana.
3. Responderán a demandas o necesidades concretas.
4. Funcionarán coordinadamente con las otras iniciativas con las que compartan, total o parcialmente, población diana.
5. Se diseñarán, implementarán y evaluarán, partiendo del consenso entre las diferentes partes implicadas con especial cuidado en facilitar y promover la participación.
6. Tendrán presente las distintas perspectivas y ámbitos con los que se relacionan de forma que se garantice la integralidad de programas en el sentido de interrelación, mutuo refuerzo y coherencia estratégica.
7. Establecerán mecanismos de seguimiento, indicadores y sistemas de evaluación que permitan conocer su eficacia así como guiar su renovación y actualización.

Como ya se ha señalado, estas premisas serán comunes a las cinco áreas en torno a las cuales se estructura el II PASDA y que para su correcta comprensión, en cuanto al contenido y situación, van a ser descritas a continuación.

En el área de prevención se distinguen dos grupos fundamentales de objetivos y actuaciones; aquéllos que persiguen la prevención primaria y los que se enmarcan dentro de la prevención secundaria.

La prevención primaria tendrá como población diana fundamental niños, adolescentes y jóvenes que no hayan iniciado el consumo. Su misión clave será evitar y retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, haciendo especial hincapié en el tabaco y el alcohol por ser éstas las primeras drogas con las que se toma contacto en nuestra sociedad y por los efectos devastadores, en términos de salud pública, que la adicción a las mismas, ha demostrado. Para la consecución de este objetivo se generaran alternativas saludables y atractivas para los colectivos

La prevención secundaria, por su parte, tendrá como objetivo fundamental evitar que el consumo se estructure en drogodependencia. La dotación de información y formación es una de las herramientas centrales de este área entendiendo que es a través de las mismas mediante las que los ciudadanos y ciudadanas obtendrán los mejores instrumentos para tomar sus decisiones en materia de uso de drogas de forma libre y responsable.

Tanto la prevención primaria como secundaria se estructuran en tres ámbitos diferenciales: comunitario, educativo y laboral. En todos ellos se considera a la familia como un instrumento fundamental para el desarrollo de las distintas actuaciones.

El área de atención socio-sanitaria tendrá como población diana aquellas personas que padecen problemas sociales y/o sanitarios a causa de su adicción a drogas y/o a causa de los patrones de consumo de las mismas.

En este área se enmarcarán todos los tipos de tratamientos desarrollados para la atención de la adicción y en torno a ella se articularán tanto recursos ambulatorios - programas libres de drogas, con sustitutivos opiáceos y de reducción de daños – como residenciales, sin olvidar la coordinación con el resto de recursos del Sistema Andaluz de Salud implicados en la provisión de servicios a las personas con problemas de adicción.

Por sus consecuencias sobre la salud pública, seguirán siendo de especial relevancia las acciones llevadas a cabo para atender las patologías infecciosas asociadas a las formas de consumo de las sustancias, pero la atención de la salud física y psíquica de las personas que atiende será su principal función.

El área de incorporación social tendrá como usuarios a todos aquellos ciudadanos con problemas de drogodependencias u otro tipo de adicciones que están en riesgo o padecen situaciones de exclusión social.

Desde este área se trabajará para poner a disposición de los usuarios intervenciones, programas y actuaciones favorecedores de la normalización social y, de la incorporación a la vida ciudadana en pleno derecho. Los recursos de reinserción laboral son los instrumentos primarios de este área pero también realizará acciones que garanticen la no exclusión de los recursos protectores del bienestar social a aquellas personas que padezcan o hayan padecido problemas de adicción.

Todas las intervenciones en este ámbito partirán del diseño conjunto de itinerarios personalizados que contemplen las prioridades, objetivos y ritmos de cada persona, así como la asunción mutua de compromisos y responsabilidades.

Paralelamente, estas intervenciones se verán complementadas con el desarrollo de acciones dirigidas al entorno familiar y social de la persona, teniendo en cuenta que ambos ámbitos desempeñan un papel fundamental en los procesos de incorporación social y laboral.

El área de reducción de riesgos y daños se define como área transversal, impregnando y erigiéndose como principio inspirador de todas y cada una de las estrategias, programas y recursos promovidos desde el II PASDA. La forma en que esta perspectiva recorre el conjunto de este plan no es siempre la misma. Las acciones exclusivas de reducción de riesgos y daños son aquellas que, una vez instaurado el consumo e independientemente de la frecuencia del mismo, se preocupan por contrarrestar los efectos negativos que de él se desprenden sin que en ningún momento el objetivo inmediato sea que el consumo no se produzca.

Todas y cada una de las intervenciones en esta materia incluidas en este II PASDA deben inspirarse en la actitud de reducir las consecuencias negativas del consumo antes que cualquier otro tipo objetivo y es ésta la actitud fundamental con la que deben comprometerse todos los actores implicados en el mismo, desde los gestores a profesionales hasta los agentes y colectivos comunitarios.

El área de información, formación e investigación es, junto a la de reducción de riesgos y daños, un área transversal e impregna con sus acciones a todas las demás áreas. Su población diana es el conjunto de la Comunidad Autónoma Andaluza y a ella quedaran ligadas todas las acciones que tengan que ver con la mejora de la información y formación de las personas.

Se recogen tanto actuaciones dirigidas a profesionales como a colectivos sociales y a población en general y desde ella se impulsarán medidas diversas para garantizar que la información y la formación recibida sea la más fiable, actualizada y relevante en materia de drogas y adicciones.

En su vertiente de información incorpora acciones tanto de definición de sistemas de información, como de selección de fuentes y contenidos relevantes, pero también señala productos informativos concretos así como los ámbitos apropiados de recepción de los mismos.

Por otra parte, la formación contiene todas aquellas iniciativas destinadas a mejorar la cualificación de las personas en materia de drogas y adicciones y para ello se han previsto tanto actuaciones estructurales (acuerdos con diferentes instituciones docentes), como la realización de actividades formativas concretas dirigidas a poblaciones específicas y dotadas de determinados contenidos.

Por último, la promoción de la investigación en materia de uso de drogas, drogodependencias y adicciones es piedra angular de este área que, a través de sus contenidos, refleja el compromiso de promoción y apoyo de actividades investigadoras que permitan el avance y la innovación en el conocimiento científico sobre drogas y adicciones.

### 1.1.- ÁREA DE PREVENCIÓN

La experiencia de las últimas décadas y la búsqueda de fundamentación científica ha generado la aparición de nuevos modelos para las intervenciones y programas de prevención. Nos encontramos en un momento de revisión de los conceptos básicos de la prevención, que van a facilitar su adaptación al actual contexto sociocultural, en el que las drogodependencias y adicciones son entendidas como un problema social y multifactorial directamente relacionado con situaciones como el desfavorecimiento social y/o generalización de estilos de vida consumista, y cuyo abordaje requiere de intervenciones integrales y a la vez personalizadas.

En este contexto tiene especial relevancia lo establecido en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 6, para favorecer el acceso a los recursos económicos y sociales de aquellos grupos de población que, por su situación deprimida y de marginación, pueden resultar especialmente afectados por las drogodependencias.

Los nuevos conceptos están en el marco de la promoción de estilos de vida saludables con relación al consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos, y conllevan el desarrollo de modelos de intervenciones preventivas comunitarias y de reducción del daño. Se trata de acciones orientadas a una mejora de la información, las actitudes y los comportamientos de las personas, fomentando la participación activa de las mismas, especialmente dirigidas a los grupos de riesgo, que les permitan establecer una relación libre, consciente y responsable con el consumo, las sustancias y otras conductas adictivas en su propia comunidad.

Todo ello conlleva la adopción de estrategias de intervención integrales que, partiendo de las características, necesidades y potencialidades de las personas a las que van dirigidas, se estructuren en programas de acción continuados, evaluables y sistemáticamente evaluados, en los que las campañas informativas se utilizarán como una herramienta complementaria a las distintas actuaciones derivadas de su desarrollo.

Según lo expuesto en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 6, se pretende mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos, evitando que las personas en un contexto comunitario definido establezcan relaciones que sean destructivas para ellos mismos o para otros, con las diversas sustancias, fomentando el autocontrol personal.

Las diferentes líneas de trabajo plantean retos como la prevención del consumo o la prevención del abuso y la dependencia, el consumo nocivo e incluso la reducción de los daños individuales o sociales relacionados con las drogas y otras adicciones. En cualquier caso, no debe extrañarnos, para problemas tan complejos, el actual debate sobre la definición del fundamento teórico, los objetivos y la evaluación del impacto de las actuaciones preventivas sobre la incidencia y prevalencia del consumo de drogas, y sus consecuencias.

Las adicciones no asociadas a sustancias que este II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones incorpora como fenómeno sobre el que actuar y desplegar los recursos necesarios para su correcto abordaje requieren un esfuerzo preventivo específico.

Un elemento imprescindible para mejorar la eficacia de la prevención es facilitar una información veraz y suficiente sobre las drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos. En este sentido el fomento de la capacitación personal debe contemplar además la formación en habilidades personales y sociales que faciliten la reducción de estereotipos y permitan el establecimiento de relaciones conscientes con el consumo.

La labor de revisión y adaptación sobre la que venimos incidiendo no tiene por qué darse en el vacío. Muy al contrario, la experiencia acumulada sobre el impacto de los programas permite que -una vez adecuadamente organizada y sistematizada- ésta sea la base para arrojar luz sobre los desafíos pendientes, en este nuevo contexto, y los distintos niveles estratégicos y de actuación.

En cuanto a metodología de intervención, las intervenciones preventivas pueden ser entendidas en tres ámbitos que están íntimamente relacionados entre sí: comunitario, educativo y laboral. Las intervenciones de cada uno de los tres ámbitos interaccionan favoreciendo procesos personales y sociales en continua retroalimentación, lo cual nos vuelve a situar en el plano de la acción social, de la complejidad y de la necesidad de que las acciones y programas sean integrales y estén coordinadas para poder abordar conflictos que, en muchos casos, responden a problemas estructurales.

En la línea de la interacción descrita, los tres ámbitos de actuación comparten criterios comunes caracterizadores de la propuesta metodológica que guía las intervenciones. Éstos pueden ser enunciados como sigue:

- Partir siempre del análisis de la realidad social y sanitaria de los problemas.
- La exigencia de fundamentación científica para las diferentes actuaciones.
- Planificar las intervenciones, programas y campañas contando con un sistema de evaluación continua y final que permita su revisión y mejora.
- Diseñar actuaciones de fácil continuidad que persigan objetivos a corto, medio y largo plazo.
- Coordinación de las diferentes actividades y organizaciones comunitarias para la consecución de objetivos amplios.
- Definir los grupos de riesgo y las necesidades y demandas concretas en un tiempo determinado.

Como se aprecia por lo dicho hasta ahora sobre la metodología de intervención de este área, supone trabajar con acciones lentas de visualizar, -generalmente concebidas a medio y largo plazo-, lo cual lleva implícita una gran dificultad a la hora de defender la rentabilidad y eficacia social de los programas de prevención, sin embargo, como suele caracterizar a las inversiones a largo plazo, éstas son la base para la obtención de sólidos resultados que benefician a la generalidad de la sociedad.

#### A) PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

El fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones no asociadas a sustancias químicas es un fenómeno multifactorial en el que siempre inciden una serie de factores psicológicos, biológicos y sociales.

Entendemos la comunidad como un todo integrado por diferentes individuos o colectivos con una delimitación geográfica y/o política preferentemente local. Por tanto es un ámbito especialmente adecuado para mejorar la salud pública y el bienestar social mediante la implicación activa de sus diversos agentes.

En primer lugar es importante conocer la actitud de los ciudadanos ante el consumo, sus consecuencias y riesgos, para la toma de decisiones a corto y medio plazo que faciliten la salud pública. Las instituciones y organizaciones comunitarias locales deben poner los recursos suficientes para desarrollar estrategias globales que permitan una acción coordinada, coherente con la situación específica de cada pueblo o barrio para mejorar los hábitos saludables de jóvenes y adultos.

Por tanto sobre el análisis de la realidad local se establecerán las prioridades en cada programa y se promoverá que la comunidad se implique como agente activo en el proceso de la mejora de hábitos y actitudes saludables de los ciudadanos.

En el ámbito de las estrategias de prevención comunitaria, la coordinación de todas las instituciones, entidades y organizaciones que puedan dar su visión adquiere un papel fundamental. Este nivel de coordinación es especialmente necesario a nivel local. Se pretende propiciar la intervención comunitaria y la aplicación de estrategias integrales (con todas las instituciones relacionadas y con todos los agentes implicados) para el desarrollo planificado de las acciones preventivas buscando una mayor exigencia metodológica. El impulso y la coordinación de los recursos comunitarios, en el marco de una planificación global, puede facilitar la adaptación específica de las intervenciones preventivas a los contextos concretos.

A pesar de que los programas preventivos son tarea de todos los agentes sociales, el movimiento asociativo en drogodependencias tendrá un papel relevante en su planificación y desarrollo, siendo los Servicios Sociales Comunitarios y los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias y Adicciones quienes deberán compartir la responsabilidad de impulsarlos y coordinarlos.

Una vez reducida la alarma social derivada del consumo de heroína, los nuevos patrones de abuso de alcohol y tabaco entre los jóvenes constituyen una de las líneas prioritarias de este II Plan, por su extensión y sus graves consecuencias sociales y sanitarias. El objetivo fundamental del mismo será evitar que los consumos esporádicos puedan convertirse en drogodependencias, facilitando que los propios jóvenes sean conscientes de sus comportamientos y los riesgos que, en su caso, suponen. Nos proponemos iniciar programas y actuaciones específicas desde los distintos espacios de convivencia donde se mueven. Ello supone trabajar no sólo en la familia y en la escuela, sino en los propios escenarios donde se desarrolla su ocio. Se hace necesario, igualmente, el control de la venta de alcohol y tabaco a menores.

Para intervenir en el colectivo juvenil, principalmente, habrá que contar con los jóvenes para que éstos aporten ideas y soluciones que permitan abordar los problemas. Por ello las asociaciones y colectivos juveniles deben estar integrados en las estructuras de promoción y organización de la intervención preventiva.

Es importante destacar que las estrategias de trabajo estarán en función de las características de la comunidad, sin olvidar partir de los intereses y necesidades particulares de los grupos con los que se trabajan. Asimismo, la priorización en el trabajo con la población de riesgo determina una metodología de intervención basada en la educación social y en la necesidad de que las acciones sean desarrolladas en los espacios naturales en los que se desenvuelven estos colectivos. Todo ello requiere fomentar la figura profesional del educador de calle, que pasará a formar parte de los equipos de trabajo de los servicios sociales comunitarios y/o de los equipos de drogodependencias.

Otro actor fundamental en este ámbito es la familia. Ésta debe ser consciente de su papel en la adquisición de hábitos y valores y debe aprender nuevas estrategias que le permitan asumir la situación y buscar alternativas saludables. El modelo de familia, su estructura y composición, ha cambiado mucho en los últimos años. El núcleo familiar toma hoy día diferentes formas, lo cual no le resta capacidad ni legitimidad en cuanto a su papel como responsable del desarrollo y educación de los niños. En consonancia con la realidad actual, las intervenciones preventivas orientadas a ayudar a la familia a abordar los consumos y las adicciones deben adaptarse a las nuevas estructuras familiares.

Las familias con problemas asociados a la marginación social y desestructuración serán objetivo prioritario de las intervenciones por su mayor vulnerabilidad ante las adicciones y, por lo tanto, la puesta en marcha de medidas compensatorias para ellas será parte de las tareas a realizar en las acciones preventivas de las que sean receptoras.

#### B.- PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

El medio educativo tienen un papel importante como agente de socialización de los niños y jóvenes. Junto a la transmisión de conocimientos específicos, la comunidad educativa tiene entre sus funciones potenciar capacidades, valores y actitudes personales que contribuyan en el proceso de maduración personal. El inicio precoz en el consumo de sustancias adictivas entre la población adolescente y juvenil justifica la necesidad de hacer un esfuerzo por introducir programas e intervenciones de prevención desde las edades más jóvenes y nos obliga, al mismo tiempo, a fijar como meta de la prevención escolar el retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos, así como otras conductas adictivas.

Pero la institución educativa debe adoptar un modelo de prevención que vaya más allá de la mera aportación de información, introduciendo el desarrollo de ciertas habilidades sociales y estrategias, actitudes, valores y creencias en prevención y hábitos de salud que permitan al adolescente o al joven ser responsable de su decisión con relación al consumo. Asimismo, se percibe la necesidad de desarrollar en los jóvenes un sentido crítico para valorar los mensajes que constantemente reciben desde los medios de comunicación. La prevención del consumo en este ámbito debe ser una actuación más de las que realiza el sistema educativo.

La comunidad educativa debe impulsar la participación familiar, haciendo especial hincapié en las familias más desestructuradas socialmente, objetivo prioritario de estas actuaciones que, forzosamente, estarán coordinadas entre las distintas instituciones y las ONGs.

La intervención en las poblaciones de alto riesgo debe ser un objetivo prioritario tanto de este ámbito como de esta área, con una estrategia clara que persiga un retraso en el consumo de la población abstinentes, un consumo responsable en la población juvenil y adulta y una disminución del consumo abusivo de alcohol y tabaco. Hay que intervenir desde la educación formal y no formal (centros de menores, escuelas taller, educación de adultos, residencias juveniles, etc.).

En cuanto a metodología de aplicación, el hecho de abordar, de forma transversal e integrada en los planes de centro, la educación para la salud y, dentro de este ámbito, la prevención del consumo de drogas y de otras actividades adictivas, ha provocado, en muchos casos, un desplazamiento de la responsabilidad respecto a la provisión de espacios y recursos para el desarrollo de estos contenidos. Por tanto, sería preciso establecer mecanismos garantizadores de la inclusión de esta materia en el proyecto curricular que, además, definan las pautas para el seguimiento de los programas impartidos y queden recogidos en el protocolo de seguimiento de la inspección de centros como forma de garantizar la continuidad en el tiempo de las políticas de prevención, lo que constituye una condición básica para su eficacia.

Todo ello debe ir acompañado por el apoyo a la formación del profesorado y de la participación de los padres y madres en las actuaciones de formación en prevención.

En este mismo sentido es necesario introducir en el contenido curricular de los estudios medios y superiores cuyo desarrollo profesional pudiera estar relacionado con el ámbito de las drogodependencias, contenidos en materia de prevención y educación para la salud durante la formación inicial.

Las intervenciones preventivas en el medio escolar deben promover la participación activa de todos los grupos comunitarios implicados y contemplar un adecuado seguimiento y evaluación a largo plazo.

### C. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

El consumo de sustancias, especialmente tabaco y alcohol, entre los trabajadores en el medio laboral, junto a otros factores como la inestabilidad en el empleo, las condiciones de inseguridad, el escaso uso de los medios preventivos adecuados y el estrés productivo, han sido uno de las causas generadoras del aumento, en los últimos años, de accidentes laborales y otros riesgos para la salud de los trabajadores.

La percepción social del alcohol como un elemento facilitador de las relaciones personales permite la constitución de un clima laboral permisivo hacia el consumo del mismo y la falta de conciencia para la intervención preventiva en los centros de trabajo.

Otras causas, aunque se evidencien en el ámbito laboral, no se generan en el mismo, sino que hay que buscarlas en las situaciones de riesgo que viven algunos trabajadores por el contexto social y cultural de su vida cotidiana.

Independientemente de las causas, el consumo de drogas entre los trabajadores se ha convertido en una preocupación reciente que está empezando a verse como una problemática a abordar mediante la intervención preventiva de los diferentes agentes productivos.

Aunque ya existen en la Comunidad Autónoma de Andalucía algunos programas con acciones informativas y formativas por parte de mediadores, agentes sociales y administraciones públicas, según lo establecido en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 12, nos proponemos dar un impulso decisivo a las intervenciones, programas y campañas de prevención en el ámbito laboral, superando en lo posible las medidas exclusivamente puntuales y sancionadoras. En este sentido, se fomentarán acuerdos que garanticen la reserva del puesto de trabajo de las personas drogodependientes frente al ejercicio de potestades disciplinarias, incluyendo en los convenios colectivos cláusulas a tal efecto, que indiquen la necesidad de que dichas personas participen en un proceso voluntario de tratamiento y rehabilitación.

Ante esta situación se debe trabajar en acciones orientadas hacia una mejora de la formación y de los conocimientos significativos de las personas, para que éstas puedan establecer una relación libre, consciente y responsable con el consumo. Vamos a fomentar las intervenciones de reducción del daño en el medio laboral, abandonando el planteamiento puramente punitivo, porque con frecuencia puede ser un obstáculo al desarrollo de actuaciones preventivas además de no conseguir mejoras para la comunidad de personas que forman las empresas.

Los mediadores o agentes sociales son importantes como figuras para intervenir en el medio laboral y requieren, especialmente en las grandes empresas y sectores, un incremento en los recursos para mejorar sus resultados y la coordinación con los representantes sindicales y de las instituciones. En consecuencia, se propone desde este II Plan, y según lo establecido en el artículo 12 de la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, la puesta en marcha de intervenciones, programas y campañas preventivas en el ámbito laboral, basadas en el desarrollo de estrategias de Formación, Información y Coordinación para intervenir en este ámbito.

Las Estrategias de Información estarán basadas en la veracidad de los contenidos y fomentarán una buena relación con los trabajadores. Será una información en distintos niveles: empresa, trabajadores, agentes sociales, técnicos, medios de comunicación, por lo que habrá de tenerse en cuenta contenidos y formas adecuados a cada uno de esos niveles.

Las Estrategias de Formación estarán dirigidas a mejorar la capacitación de los mediadores, técnicos y trabajadores. Aprovechará la formación que ya se está realizando en otros ámbitos para introducir la problemática laboral, así como para diseñar módulos específicos de prevención.

Las Estrategias de Coordinación estarán destinadas a mejorar el conocimiento mutuo y la elaboración de consensos entre todas las partes. Se tratará de actividades que favorezcan el encuentro, el intercambio de experiencias y la elaboración de propuestas que conlleven la necesidad del cumplimiento por los agentes implicados.

Las características de la convivencia cotidiana en el medio laboral permiten el desarrollo de planes específicos de prevención de drogodependencias y otras adicciones en mejores condiciones y se ganan su credibilidad abordando su papel desde una perspectiva realista y no punitiva, incrementando las posibilidades de elección responsable de los trabajadores para reducir la siniestralidad laboral, que por esta causa puede producirse.

## 1.2.- ÁREA DE ATENCION SOCIO SANITARIA

La intervención asistencial en drogodependencias tuvo como referente histórico la obtención de un nivel de salud en los consumidores equiparable al de cualquier ciudadano afectado por una enfermedad general. Ello provocó la concepción del fenómeno de la drogodependencia como un comportamiento centrado en la consecución de un estado físico de bienestar provocado por la sustancia y conscientemente buscado por el sujeto, que a la larga generaba problemas psicológicos y de adaptación a su entorno social más cercano.

Así, el modelo de intervención se fundamentaba básicamente en la superación de tres etapas, claramente definidas secuencialmente, de tal manera que no se podía alcanzar la meta prefijada sin previamente culminar las anteriores. En este sentido, se propugnaba una primera premisa del tratamiento que precisaba de la desintoxicación física del drogodependiente como primer escalón en el largo camino hacia su curación definitiva. Posteriormente, era necesario mantener la abstinencia de consumo de drogas durante un largo periodo de tiempo hasta que la terapia psicológica permitía una estabilización del proceso, que finalmente concluía con un retorno a la sociedad en condiciones adecuadas para incorporarse a la misma. Evidentemente, la realización de uno o varios consumos durante cualquiera de las fases de tratamiento suponía la vuelta inmediata a la situación inicial, comenzando de nuevo todo el proceso.

Esta era la única respuesta que se ofertaba desde los recursos asistenciales a todos los drogodependientes que demandaban tratamiento. Así, los distintos perfiles de consumidores debían adaptarse a una única oferta asistencial, planteada con el objetivo único del “no consumo”.

Diversas circunstancias como la aparición del Sida, el alto índice de abandonos, el “burn-out” de los equipos, las aportaciones y reflexiones del movimiento asociativo específico y las experiencias contrastadas de otros países hicieron cuestionarse estos planteamientos iniciales y su metodología de intervención.

A partir de entonces se inició un proceso de renovación que ha permitido adaptar el modelo asistencial a los nuevos perfiles de drogodependientes, los nuevos patrones de consumo, las nuevas adicciones y, en definitiva, se han creado nuevas perspectivas más adaptadas a la realidad de un fenómeno cambiante.

Según este nuevo modelo, la intervención asistencial debe estar basada en la interrelación del terapeuta con el usuario de drogas y el entorno familiar. Estos tres agentes deben coparticipar en un proyecto de tratamiento diseñado de manera que cubra los objetivos de todos ellos. En ocasiones los objetivos irán dirigidos a conseguir cambios mínimos y en otros casos se podrán plantear metas más ambiciosas. Así, se podrán utilizar programas dirigidos al tratamiento como programas enfocados hacia la reducción de daños.

Pero, además, la aparición de las adicciones sin sustancia nos obliga a investigar en profundidad este nuevo fenómeno, adaptando las actuaciones en el área sociosanitaria a esta realidad y poniendo los medios necesarios para dar una respuesta adecuada a la nueva situación.

Por otra parte, nuestros esfuerzos deben ir dirigidos prioritariamente a determinados subgrupos o poblaciones de drogodependientes que se encuentran en situación de mayor dificultad a la hora de diseñar un plan de tratamiento que goce de las mínimas cotas de viabilidad. Tal es el caso de los consumidores con problemas judiciales, y dentro de este grupo, aquéllos que están internados en los establecimientos penitenciarios. Con relación a la problemática jurídico-penal que sufren un gran número de drogodependientes, hay que distinguir dos momentos en los cuales se hace imprescindible una atención especializada por parte de los recursos de asistencia a las drogodependencias. Por un lado, en la medida en que el objetivo último del trabajo ha de ser la incorporación social de las personas con problemas de drogodependencias, se hace imprescindible el abordaje técnico de la problemática jurídico-penal y penitenciaria que presentan, proponiendo el uso de medidas alternativas a la prisión, pues de otro modo, el ingreso o estancia en la misma puede invalidar todo el proceso terapéutico llevado a cabo. Por otro lado, y en aquellos casos en los que se han agotado todas las vías para evitar el ingreso en prisión, las personas presas en Andalucía tienen derecho al acceso a todos los programas y recursos disponibles en el exterior; en la línea de fomentar factores de protección que frenen o contrarresten el internamiento en prisión.

Otro sector de la población drogodependiente que precisará una actuación específica será el de los menores, que por sus características especiales requieren de un abordaje terapéutico diferenciado y de unas premisas metodológicas de intervención singularizadas.

En este sentido, en el nuevo PASDA los recursos y programas de atención sociosanitaria, tendrán los siguientes elementos definitorios:

- Individualización: Recursos adaptados a la persona drogodependiente, a su entorno inmediato y a sus propias necesidades.
- Integralidad: Deben abarcarse los distintos aspectos del proceso de tratamiento.
- Diversificación: Debe incrementarse la oferta de recursos y programas asistenciales y abriendo nuevos caminos en el campo de la investigación, análisis y evaluación de las actuaciones.
- Flexibilidad: Hay que adecuarse a las necesidades y a los cambios que se vayan produciendo y siendo capaces de adaptarse a ellos.
- Complementariedad: Hay que hacer posible la convivencia de los programas dirigidos a la abstinencia con los programas de reducción de riesgos y daños.

Para una mayor eficacia de la intervención asistencial, el II PASDA reforzará las líneas de coordinación con la red de recursos sanitarios y con la red de servicios sociales. Las estrategias se dirigirán a la elaboración de protocolos de actuación consensuados y a la definición de los ámbitos competenciales y de los circuitos de derivación.

Del mismo modo, el movimiento asociativo será uno de los pilares fundamentales en el nuevo plan por su cercanía a los usuarios y a las familias, reforzando su papel de mediadores sociales.

En definitiva, estas nuevas líneas metodológicas de actuación permitirán una adecuada oferta asistencial a todas las adicciones y a un mejor acceso a la incorporación social, a través de la red de recursos y programas de drogodependencias.

### 1.3.- ÁREA DE INCORPORACION SOCIAL

En los inicios del desarrollo de los diferentes planes sobre drogas, la visión del consumo como la principal causa de la exclusión social del drogodependiente -y, por tanto, el factor sobre el que se había de actuar previamente para alcanzar la reinserción -, estaba muy extendida. Desde esta concepción se trabajó con un único modelo de intervención, basado en un proceso lineal en el que diferenciaban tres fases (desintoxicación, rehabilitación y reinserción) por las que todas las personas debían pasar, sin contemplar diferencias individuales y, sin cuya superación no era posible la reinserción social. Ésta era el punto y final de un proceso que se desarrollaba en un continuo, la etapa final de un proceso uniforme basado en la premisa del abandono del consumo.

Para el seguimiento de este proceso se establecían unos criterios tan estrictos como alejados de la realidad, lo que provocaba que multitud de personas quedaran al margen del mismo y fueran etiquetados como fracasos por no encajar en este modelo de intervención. El abandono del consumo se consideraba como el parámetro evaluador fundamental, y a veces único, de los programas.

Aunque a nivel teórico hemos superado esa primera visión y gradualmente se ha ido abandonando esta visión parcial por otra más global que entiende que las drogodependencias son un síntoma más, entre otros muchos, de los problemas personales, psicológicos y sociales, en la práctica aún se realizan intervenciones que descansan exclusivamente en esta hipótesis.

De este modo, a veces siguen valorándose excesivamente los consumos por encima de otros aspectos como pueden ser las relaciones afectivas, el cuidado personal, la asunción de responsabilidades, etc., que son realmente los que determinan los avances de estas personas en su proceso.

En drogodependencias, los aspectos sociales son indisociables de los problemas o dificultades que padecen las personas. La intervención social debe producirse antes, durante y después de todo el proceso de recuperación. La experiencia diaria nos enseña que cada persona parte de una realidad concreta, conformada por unas circunstancias y vivencias personales generadoras de unas necesidades específicas. Y es desde esta óptica desde donde debemos interpretar los cambios que se producirán en cada caso y entender que éstos dependerán de las características y necesidades, de los logros y carencias de cada persona.

Frente al papel pasivo que se le ha otorgado al drogodependiente, debemos destacar su protagonismo en el proceso. Por tanto, *hablamos de distintos ritmos de incorporación social y de un proceso personalizado, dinámico y concebido a largo plazo.*

La diversidad de las personas con problemas de drogodependencias nos obliga a respetar distintos ritmos de incorporación social. De hecho, tenemos que asumir que para muchas de ellas, dado el grado de deterioro personal y social que sufren, lo más inmediato es reducir sus padecimientos o conseguir que la sociedad se dé cuenta de que existen y los acepten como personas. Y ello no quiere decir que no se pueda hacer nada más, sino que debemos comenzar desde lo más básico, potenciando pequeños cambios que posibiliten que, en un futuro, la persona pueda plantearse objetivos más amplios y ambiciosos, eliminando los obstáculos que impiden que éstos se puedan producir.

Los grandes objetivos y las intervenciones maximalistas sirven como horizonte de trabajo y como un objetivo deseable, pero la realidad de las personas que debemos atender y el momento social en el que se desarrolla la intervención, debe conducirnos a planteamientos realistas, flexibles, posibles, consensuados y útiles para las personas.

Lo dicho hasta ahora plantea la necesidad de reorientar nuestras intervenciones atendiendo a esa diversidad social/personal y de revisar los programas y recursos vigentes en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones para adaptarlos a un modelo más dinámico y flexible de incorporación social en el que participen personas con problemas de drogodependencias y adicciones, entidades, instituciones y la comunidad en general.

Pero el proceso de incorporación social no es un proceso unidireccional que solo influye en la persona a incorporar. No se puede trabajar para la incorporación social de una persona sin conocer la comunidad a la que pertenece. Para conseguir que una comunidad sea receptiva, ésta tiene que percibir que pueden convivir positivamente con los colectivos que tienen problemas de drogas y que su incorporación supone una mejora para su comunidad. Con relación a esta última cuestión, además de otras muchas funciones, el movimiento asociativo viene jugando un papel fundamental como mediador entre el entorno social y las personas con problemas de drogodependencias y adicciones. Su posición privilegiada como recurso que nace y trabaja en la propia comunidad le permite desplegar actuaciones dirigidas a sensibilizar y a conseguir el objetivo de facilitar los procesos de incorporación de estas personas.

Las intervenciones deben estar programadas con el propio sujeto, ya que la experiencia demuestra que las actuaciones que no gozan del compromiso del receptor de las mismas no posibilitan cambios cualitativos en las condiciones de vida de las personas con las que trabajamos.

Reconocer el derecho de los usuarios a la participación en todas las etapas de las intervenciones de incorporación social es, por lo tanto, una forma de garantizar parte del éxito de las mismas. Las asociaciones de usuarios existentes en otros lugares dentro y fuera del ámbito estatal han demostrado

ser excelentes vehículos de participación del usuario en las acciones que desde los recursos públicos se implementan y en la defensa de los derechos de los mismos. Sin embargo, en Andalucía, debido a la consolidación de los movimientos sociales ya existentes, habría que potenciar la participación de usuarios en las estructuras de las asociaciones ya consolidadas.

Además, la coordinación de las intervenciones es también punto ineludible en el planteamiento y desarrollo de las acciones. Ésta debe realizarse tanto a nivel interno como externo (con las distintas entidades o colectivos de la comunidad) y ser evaluadas continuamente para posibilitar la reconducción de actuaciones que puedan estar impidiendo cumplir con los objetivos propuestos.

Partimos del objetivo de que la incorporación social se realiza desde las redes normalizadas de la sociedad, pero esto no siempre va a ser posible. Unas veces, debido a la impermeabilidad de los programas y recursos y otras, a las características personales y condiciones sociales en que se encuentran las personas que hacen que no puedan cumplir unos mínimos para relacionarse de forma aceptada socialmente.

Por tanto, un trabajo a realizar desde las distintas administraciones y organizaciones sociales debe estar centrado en sensibilizar a la comunidad para conseguir una sociedad más participativa, más consciente y más preocupada por sus problemas. La sociedad, junto con las administraciones públicas, debe dar una respuesta centrada en las necesidades e intereses básicos de estas personas. Las corporaciones locales y los movimientos sociales van a tener un papel fundamental en el proceso de incorporación social.

Es verdad que a veces la dinámica de abordar problemas previamente etiquetados mediante soluciones específicas conlleva la sensación de que no existen recursos cuando en realidad, frecuentemente, los recursos existen pero no están disponibles para las personas con drogodependencias.

En función de lo expuesto hasta ahora, las características definitorias de los programas de incorporación social serían las siguientes:

- Ser programas personalizados, ya que cada persona tendrá unas necesidades mínimas diferentes e irá avanzando a un ritmo distinto. En este sentido hablaremos de programar itinerarios personalizados.
- Ser programas diseñados desde el principio conjuntamente con la persona, potenciando su protagonismo de forma que asuma progresivamente la responsabilidad de su proceso de incorporación social. Por tanto, los compromisos que se establezcan han de basarse en el consenso y atender a objetivos alcanzables.

- Ser programas flexibles, asumiendo desde un principio los posibles «pasos atrás», sin considerarlos «fracasos» y previendo la introducción de cambios ante estas situaciones.
- Ser programas adaptados a las características del entorno, teniendo en cuenta la realidad social y local, las carencias y potencialidades del medio, y sin olvidar que lo que es válido en un lugar no tiene por qué serlo en otro.

Teniendo en cuenta que la adquisición de hábitos formativos y las habilidades laborales son aspectos fundamentales para que la persona pueda desenvolverse en la sociedad, las medidas de formación y empleo van a ser un instrumento fundamental en el proceso de incorporación.

A la hora de diseñar estas medidas se debe tener en cuenta que no puede existir un recurso para cada problema y que los recursos comunitarios deben adaptarse a las distintas situaciones problemáticas, pero también se deben buscar fórmulas específicas para aquellas personas que, no puedan adaptarse a las redes normalizadas.

Es igualmente importante en incorporación laboral contemplar, por una parte, la realización de programas destinados a sensibilizar y a incentivar a las empresas y recursos de la comunidad para que acepten a personas drogodependientes y, por otra, dirigir los esfuerzos y avanzar en la vía de formas de trabajo no convencionales de economía social, como pueden ser las empresas de inserción social y las escuelas taller, procurando que vayan en consonancia con las demandas del entorno –donde los programas que incluyan la alfabetización en nuevas tecnologías para personas con problemas de adicción tendrán especial relevancia- y los estudios realizados de los nuevos yacimientos de empleo.

En este sentido, se hace necesario introducir una nueva línea de trabajo dirigida a facilitar la formación y el empleo a los consumidores en activo a través de programas adaptados a sus características y necesidades.

Las experiencias recientes en otros países apuntan la viabilidad de los mismos y los buenos resultados obtenidos por éstos aconsejan el diseño e implementación de estos programas, adaptándolos a nuestra realidad.

En conclusión, los avances teóricos en incorporación social deben encontrar su correlato en las acciones, programas e intervenciones concebidas y/o amparadas desde este II PASDA. Esto supone una capacidad de observación, análisis y aprendizaje por parte de las administraciones, instituciones y organizaciones implicadas y una clara voluntad de trabajar para adaptar los servicios a los usuarios y sus necesidades, nunca al revés.

#### 1.4.- ÁREA DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS

La perspectiva de reducción de riesgos y daños en drogodependencias nace de una necesidad de reflexión en torno al fenómeno del consumo de sustancias, sus significados, sus consecuencias y los efectos que la respuesta sociosanitaria tradicional habían producido.

El mantenimiento a través del tiempo del modelo “libre de drogas” llevaba consigo que la participación del usuario se entendiera como un acatamiento de los objetivos y exigencias de los profesionales, lo que a su vez provocó que las personas que no compartían el deseo de abstinencia abandonaran los recursos o que ni siquiera llegaran a recurrir a ellos.

La pérdida de adhesión al tratamiento resultante junto con la aparición de la pandemia VIH/Sida puso muy en entredicho la validez de este abordaje.

La reflexión que sirvió de cuna al enfoque de reducción de riesgos y daños empezó por abandonar las valoraciones morales sobre el consumo de drogas para centrarse en un pragmatismo que ponía en el centro de la función de los profesionales y servicios la atención a los problemas derivados del consumo. A partir de aquí había que entender otras cuestiones, como que la aparición de nuevas sustancias y formas de consumo requieren otras modalidades de atención, que las drogas afectan de distintas maneras a diferentes personas y que los consumidores presentan diversas demandas en distintos momentos.

Para generar respuestas adecuadas se necesitaba la aportación de los propios usuarios de drogas, pero para ello debíamos reaprender a comunicarnos con ellos reduciendo la disimetría de la relación paciente-terapeuta.

La conceptualización teórica de este enfoque enlaza con la definición de los términos centrales que lo expresan: Utilizamos la expresión “Reducción de Riesgos y Daños” porque Riesgo remite a cada una de las contingencias -posibilidad de que una cosa suceda o no suceda - que pueden provocar daño. Daño hace referencia al perjuicio o menoscabo.

El conjunto de acciones que pueden adoptarse desde los recursos sociosanitarios son contingencias elicidadas con el objetivo de impedir que algunos daños personales, comunitarios, sociales, jurídicos, económicos y sanitarios, seguros, concretos y/o probables, se produzcan.

Su lugar en salud pública es la de un principio general que debe impregnar, transversalmente, el conjunto de acciones sanitarias, sociales y comunitarias, relacionadas con los efectos perjudiciales del consumo de drogas y la adicción y que se desarrolla en las políticas sanitarias sobre drogodependencias caracterizadas por unos objetivos concretos - disminuir la entrada en la adicción, disminuir los riesgos y daños asociados al consumo y favorecer la superación de la adicción- promotoras del desarrollo simultáneo y equilibrado de los mismos sin valoraciones extra-científicas.

Los programas y servicios de esta estrategia son aquéllos que, integrados en los recursos sociales y sanitarios comunitarios, se orientan a minimizar los efectos negativos asociados al consumo de drogas cuyo objetivo no es la abstinencia.

Mención aparte merece el tema de las adicciones no ligadas a sustancias. La cuestión ¿qué se puede hacer desde la reducción de riesgos y daños respecto a éstas? es aún una pregunta no contestada sobre la que tendrán que centrarse esfuerzos investigadores y formativos para generar respuestas asistenciales diseñadas ex profeso para ellas pero que compartirán los principios generales de libertad, respeto y cuidado a los que se adhiere esta perspectiva.

En efecto, los objetivos de la reducción de riesgos y daños se basan en un abordaje pragmático, no moralista y orientado a resultados a corto y medio plazo que les llevará a incorporar principios de actuación tales como el potenciar la accesibilidad, mediante estrategias de acercamiento que trasladen la intervención al medio en que se encuentran los usuarios y mediante la diversificación de servicios, el trabajar con objetivos individualizados y adaptados a las necesidades, el mantenimiento de una relación dialogante centrando el discurso en la provisión de información y educación sanitaria necesarias para conseguir consumos de menos riesgo, el promover la participación y corresponsabilización implicando a aquéllos con mayor capacidad de liderazgo que puedan erigirse como modelos de cambio saludable, así como el promover un marco legal que favorezcan la realización de intervenciones.

La acción sanitaria no puede intervenir ni controlar contingencias como riesgos en cuanto a calidad, efecto, propiedades, composición, etc. que entrañan sustancias compradas ilegalmente. Esto no implica que estas contingencias sean inabordables, muy al contrario. Las asociaciones de usuarios y otros movimientos asociativos pueden jugar un papel importante en la realización de la adecuada sensibilización social para que esas contingencias se aborden desde el ámbito social y legislativo, porque es necesario recordar que la ilegalidad de las sustancias provoca marginación, precariedad social, estigmatización y aislamiento de los usuarios lo cual, a su vez, afecta a sus capacidades para disminuir los riesgos y comportarse de manera más saludable.

En cuanto a metodología, partimos de que cualquier intervención de disminución de riesgos y daños persigue un cambio de conducta a través de la relación interpersonal. Es importante desarrollar formas de ayuda percibidas por el consumidor y el adicto como susceptibles de una ayuda real, en el lugar y en el momento adecuado y responder a sus demandas. Desde esta posición se da prioridad a la relación por encima de la intervención. A través de ésta se posibilita el establecimiento de la colaboración en los cuidados.

Pero estos cambios, que pueden resultar difíciles para los profesionales, son también de difícil comprensión para los colectivos sociales ajenos a la cotidianidad de los consumidores. Las intervenciones de reducción de riesgos y daños pueden ser vistas como amenazadoras e incluso ser interpretadas como acciones proteccionistas y facilitadoras de lo prohibido. Reconducir estas percepciones informando, formando y sensibilizando para que cooperen el conjunto de actores del tejido social y local también está entre las tareas a asumir, dado que los riesgos y daños a abordar no son sólo individuales sino también colectivos y, en este sentido, la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto se benefician de estas intervenciones.

Estos principios también son inspiradores del II PASDA, que reconoce la necesidad de favorecer las iniciativas de reducción de riesgos y daños para llegar al mayor número usuarios y así tanto éstos como la sociedad se puedan beneficiar de los resultados.

Dichas intervenciones quedarán integradas en la práctica del conjunto de servicios sanitarios y sociales dentro de un continuo de intervenciones de menor a mayor alcance, sin distinciones entre modalidades preventivas y/o de tratamiento.

Entre las intervenciones de disminución de riesgos y daños en los servicios de tratamiento deben existir relaciones de proximidad, de conocimiento y colaboración mutua. Aunque los proyectos que se desarrollen desde los servicios sociosanitarios y las acciones llevadas directamente desde la calle apliquen metodologías y estrategias diferentes, los objetivos globales son comunes y se dirigen muchas veces a los mismos grupos de población.

La estrategia de reducción de riesgos y daños que desarrolla el Plan no se refiere a una serie de programas sanitarios aislados o específicos, sino que se concibe como una política asistencial que organiza y engloba la práctica de diferentes servicios sociales y sanitarios.

Las experiencias internacionales demuestran que lo que realmente funciona es un conjunto de acciones articuladas llevadas a cabo desde diferentes estructuras asistenciales, comunitarias y

administrativas y que comparten el objetivo principal de abarcar el máximo número de posibles usuarios, mejorando su estado de salud y su situación social y disminuyendo los riesgos y daños relacionados con el consumo o la realización de la conducta problema.

Hemos de recordar que los cambios que continuamente se producen en los hábitos de consumo de sustancias, así como en la gama de conductas adictivas, generan retos importantes a los que dar respuesta desde las estructuras sociosanitarias.

Estas respuestas deben perseguir el bien común y preservar, a la vez, la libertad de las personas, lo cual provoca la necesidad de apostar por las perspectivas y metodologías capaces de adaptarse a estas dos prioridades.

La reducción de riesgos y daños, en este sentido, es una de las mejores opciones por su capacidad para generar respuestas objetivas y efectivas a los problemas concretos, a la vez que representa un marco excelente para la reflexión crítica en torno a los problemas, de diversa índole, que deben atenderse.

## 1.5- ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.

### A) INFORMACIÓN

El área de información, formación e investigación científica tiene un carácter transversal por su implicación en las áreas de prevención, reducción de riesgos y daños, atención socio-sanitaria e incorporación social.

Los avances de las últimas décadas tienen una relevancia extraordinaria en esta área, porque han dado lugar a un proceso de innovación tecnológica, especialmente en la información y la electrónica, con cambios cualitativos y cuantitativos en todos los instrumentos de obtención y análisis de la información, una auténtica “explosión de la conectividad”. En consecuencia, las nuevas tecnologías de la información se han convertido en un sector estratégico de nuestra sociedad y también en nuestro ámbito, por su potencial para evitar el grave riesgo de dualización que llevan consigo las transformaciones a las que estamos asistiendo y para rentabilizar las mismas en la lucha contra la exclusión social.

Los cambios en el consumo de drogas y otros comportamientos potencialmente adictivos son constantes y desde luego en la sociedad de hoy en día las transformaciones son de una rapidez extraordinaria. En consecuencia, tiene una gran relevancia disponer de datos sobre las tendencias que van apareciendo así como detectar a tiempo los nuevos comportamientos, nuevos consumos y/o nuevas drogas, por lo que junto a los tradicionales sistemas de recogida de datos, fundamentalmente estudios sociológicos y casos admitidos a tratamiento, nos proponemos desarrollar nuevos procedimientos cualitativos que faciliten la agilidad en la detección de los cambios que puedan aparecer.

Afortunadamente el I Plan Andaluz sobre Drogas y también el Plan Nacional, desde su puesta en marcha en el año 1985, han prestado una atención preferente a la obtención y análisis de datos. De este modo, disponemos en Andalucía de un registro con la información básica de los casos admitidos a tratamiento por drogodependencias y también de los siete estudios sociológicos de la serie “Los Andaluces ante las Drogas”, de periodicidad bianual. Estas dos fuentes nos permiten conocer cual ha sido la evolución de las tendencias del consumo de drogas, así como las actitudes y creencias de los andaluces.

En este sentido y de acuerdo con lo establecido en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, artículo 27, apartado 2-b) nos proponemos desarrollar un sistema de información, complementando los datos actuales con otras fuentes como son los sistemas policiales, judiciales, sanitarios y toxicológicos, entre otros, mediante la constitución del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

La metodología en el área de información se basa en la veracidad de los contenidos, la agilidad en los procesos, incluyendo la incorporación de las nuevas tecnologías de la información, la organización de los flujos de información así como la selección de las fuentes y los destinatarios de la información.

La finalidad de esta línea de información es mejorar la toma de decisiones y la planificación, así como el incrementar la eficiencia y eficacia de las intervenciones preventivas, asistenciales y de integración social.

### B) INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Es importante avanzar en el conocimiento científico de la etiología de las drogodependencias y otras adicciones para llevar a cabo con eficacia las intervenciones preventivas, pero también lo es investigar nuevas modalidades terapéuticas que nos permitan afrontar con mejores resultados los trastornos derivados del consumo de drogas y otras conductas adictivas sin sustancia, así como aumentar la calidad general de nuestros programas, intervenciones y campañas de incorporación social.

El área de investigación científica se plantea el conjunto de medidas y estudios dirigidos a mejorar el conocimiento acerca del abuso y la dependencia de drogas y de los trastornos debidos a otras conductas adictivas sin sustancia. Nos proponemos hacer un esfuerzo para abrir nuevas perspectivas a la prevención, asistencia e integración social de las drogodependencias y otras adicciones, así como el fomento de la innovación y la verificación de las hipótesis actuales.

En consonancia con lo establecido en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, la investigación científica es uno de los grandes retos del II PASDA, por tanto nos proponemos incrementar decisivamente la realización de nuevos estudios e impulsar la búsqueda de nuevas fuentes de financiación pública y privada.

Hasta ahora los Premios Andaluces de Investigación en Drogodependencias han sido un instrumento adecuado, pero no obstante estamos convencidos que la función de la Junta de Andalucía, además de premiar merecidamente los estudios realizados, debe participar en la definición de los aspectos más relevantes para las investigaciones científicas, mediante la convocatoria para la financiación de tesis doctorales y otros proyectos de investigación.

La metodología para este área estratégica se basa en la cooperación con las instituciones universitarias en el marco del Plan Andaluz de Investigación, así como la comunicación con los grupos de investigación de otros países que permita estudiar los aspectos psicológicos, sociales y biológicos de las drogodependencias.

### C) FORMACIÓN

Las drogodependencias y otras adicciones son un fenómeno complejo que requiere un enfoque multidisciplinar por la implicación de diversas disciplinas académicas: psicología, medicina, trabajo social, pedagogía, etc. En nuestra comunidad autónoma la formación en drogodependencias adquiere un fuerte impulso con la puesta en marcha del Plan Andaluz sobre Drogas. Esta se desarrolla a través de la realización de cursos específicos para los profesionales y voluntarios sociales de las diferentes instituciones y, a partir de los años noventa, con los convenios de colaboración con diversas universidades andaluzas para el desarrollo de cursos post-grado tipo Máster y Experto en Sevilla, Málaga, Cádiz, Córdoba, Granada y Huelva.

Las nuevas tecnologías pueden cambiar radicalmente algunas de las bases de la formación, así por ejemplo el espacio ya no constituye una limitación, porque el internet permite la ampliación extraordinaria de la búsqueda de documentación mediante el hipertexto, y también la comunicación en tiempo real entre docentes y alumnado, a pesar de estar en diferentes lugares. En consecuencia, la incorporación de las nuevas tecnologías de la información es una de las oportunidades de mejora en el II PASDA.

Asimismo, en las últimas décadas se han producido avances notables en los aspectos formativos y en el conocimiento científico sobre drogodependencias y adicciones que nos exigen el desarrollo de programas de formación actualizados en prevención, asistencia e incorporación social. Entre ellos, tenemos que destacar el auge de las novedosas intervenciones de reducción de riesgos y daños que pueden ser un instrumento eficaz si se llevan a cabo con la formación adecuada. El II PASDA se propone ofrecer la formación necesaria sobre reducción de riesgos y daños y su aplicación a los diferentes ámbitos, especialmente educativo, social y sanitario. Otro de los grandes retos de la formación en drogodependencias es facilitar la aplicación de las investigaciones científicas recientes en las intervenciones, programas y campañas de prevención.

La metodología del área de formación se basa en el desarrollo de estrategias que permitan el intercambio de experiencias, estimular la motivación y proporcionar conocimientos que mejoren y actualicen las actitudes sobre el consumo de drogas y otras conductas adictivas sin sustancia.

La formación es uno de los medios para mejorar los procesos de intervención de los profesionales de las drogodependencias, y asegurar así la eficacia de los programas y una mejora de los resultados.

Para ello, la formación debe partir de los intereses y experiencias de los propios profesionales y voluntarios sociales, de modo que sea fácilmente incorporado a sus estrategias de acción. En este II Plan se tratará de acercar la formación a aquéllos que más difícil acceso tienen normalmente a ella: medio rural, zonas de marginación, etc..

Se trabajará con las Universidades andaluzas y otras instituciones encargadas de la formación de los profesionales para la inclusión de contenidos docentes específicos de drogodependencias.

## 2.- OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

Para resaltar el carácter transversal de la reducción de riesgos y daños, se ha editado marcando en color **naranja** aquellos objetivos y estrategias propias de esta perspectiva.

### II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	A.1. Aumentar la capacidad de la población para la toma de decisiones libres y responsables.	A.1.1.- Aumentar el grado de información sobre el consumo de drogas y las adicciones en el ámbito comunitario teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.	<p>A.1.1.1.- Realizando campañas informativas dirigidas a familias.</p> <p>A.1.1.2.- Realizando campañas informativas dirigidas a adolescentes y jóvenes introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.</p> <p>A.1.1.3.- Realizando campañas informativas dirigidas a la población general introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.</p> <p>A.1.1.4.- Utilizando como recurso básico en prevención comunitaria el programa “Ciudades ante las Drogas”.</p> <p>A.1.1.5.- Implicando a los medios de comunicación local como mediadores en los programas preventivos, aprovechándolos para la difusión de actividades y para la difusión de contenidos propios de la prevención.</p> <p>A.1.1.6.- Incorporando educadores sociales de calle a los equipos de la red asistencial andaluza.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.1.2.- Aumentar el grado de información sobre las sustancias y las consecuencias de su consumo en el ámbito educativo teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.</p>	<p>A.1.2.1.- Facilitando la información y el aumento del conocimiento a los pre-adolescentes, adolescentes y jóvenes sobre los riesgos del uso y abuso de drogas y otras actividades adictivas a través de programas como “¡ÓRDAGO!”, “DINO”, “PIPES”, “¿Y TÚ QUE PIENSAS?”, etc.</p> <p>A.1.2.2.- Logrando que los distintos programas preventivos se lleven a cabo en todas las provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza.</p> <p>A.1.2.3.- Difundiendo estos programas de prevención a través de las federaciones de asociaciones de padres y madres.</p> <p>A.1.2.4.- Realizando formación en los padres a través de programas reconocidos y autorizados como: “Familia: un lugar para la Educación” – programa de la Federación Andaluza de Drogodependencias y Sida ENLACE -, “Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Familiar” – programa de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) -, etc.</p> <p>A.1.2.5.- Introduciendo, en los diseños curriculares de las distintas enseñanzas, contenidos sobre la prevención del consumo de sustancias y otras conductas adictivas e <b>introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.</b></p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.1.3.- Aumentar el grado de información sobre el juego patológico, sustancias adictivas y otras adicciones y las consecuencias de su consumo, para reducir los daños en los ámbitos laborales, teniendo en cuenta los contextos específicos y a los distintos agentes implicados.</p>	<p>A.1.2.6.- Introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño en los programas escolares de prevención de los últimos años de la ESO, en los de Bachillerato y en los estudios universitarios.</p> <p>A.1.3.1.- Desarrollando planes y programas de actuación desde el conocimiento de la realidad en cada provincia, adecuando los planes y programas al ámbito específico y a la naturaleza y características de cada empresa, así como de las personas que forman parte de ellas.</p> <p>A.1.3.2.- Profundizando en los planes ya existentes en las grandes empresas, sirviéndoles como recurso (formativo, informativo, de coordinación) y colaborando en la actualización y renovación de dichos planes así como facilitando su vinculación a programas de promoción para la salud.</p> <p>A.1.3.3.- Incidiendo sobre las condiciones laborales que facilitan el consumo y las conductas adictivas.</p> <p>A.1.3.4.- Realizando campañas y programas basados en la veracidad, reduciendo estereotipos sociales e introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.</p> <p>A.1.3.5.- Ofreciendo información significativa a los trabajadores acerca de los riesgos del consumo y otras conductas adictivas e introduciendo contenidos de reducción del riesgo y del daño.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	A.2. Implicar a la población y a los agentes sociales en la prevención del consumo de drogas y adicciones sin sustancia	A.2.1.- Implicar a instituciones, agentes sociales y población en general, a nivel local, en actividades de prevención.	<p>A.2.1.1.- Garantizando la continuidad de los programas preventivos, especialmente “Ciudades ante las Drogas”, mediante un incremento presupuestario en la convocatoria anual.</p> <p>A.2.1.2.- Tomando como referentes las experiencias de los programas preventivos previos que ya han demostrado efectividad en el contexto.</p> <p>A.2.1.3.- Integrando a las asociaciones y colectivos juveniles en las estructuras de promoción e intervención preventiva, especialmente en el programa “Ciudades ante la Droga” de forma que los jóvenes aporten ideas, soluciones que permitan abordar las cuestiones relacionadas con el consumo de drogas y otras conductas adictivas.</p> <p>A.2.1.4.- Elaborando programas para incorporar a los jóvenes con problemas de drogodependencias o conductas adictivas en las estructuras de participación juvenil de su propia comunidad.</p> <p>A.2.1.5.- Logrando que los programas de prevención comunitaria, especialmente “Ciudades ante las Drogas”, sean estructuras participativas en la que estén representadas las instituciones y movimientos sociales y que estos colectivos sean los que los impulsen, diseñen y evalúen.</p> <p>A.2.1.6.- Promoviendo la implicación de los medios de comunicación en la realización de campañas informativas</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.2.2.- Implicar a los colectivos participantes en el contexto educativo en actividades de prevención.</p>	<p>A.2.2.1.- Incrementando el número de centros educativos de primaria y secundaria que tengan, en sus planes de centro, actuaciones y/o programas de prevención.</p> <p>A.2.2.2.- Aumentando el número de APAs vinculadas en las estructuras de participación que gestionen dentro de la red, los programas “Ciudades ante las Drogas”.</p> <p>A.2.2.3.- Incrementando la participación de padres y madres en los programas de prevención.</p> <p>A.2.2.4.- Aumentando el porcentaje de profesores en cada centro implicados en programas de prevención.</p> <p>A.2.2.5.- Aumentando el número de orientadores/as implicados/as en los programas preventivos educativos haciéndolos responsables directos de los programas</p> <p>A.2.2.6.- Implicando a las corporaciones locales en el impulso de programas educativos.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.2.3.- Implicar a los agentes sociales del ámbito laboral en actividades de prevención laboral.</p>	<p>A.2.3.1.- Incrementando significativamente el número de empresas que cuenten con programas de prevención.</p> <p>A.2.3.2.- Estableciendo acuerdos para el desarrollo de planes en pequeñas y medianas empresas con las mutuas y con los órganos de gestión de polos industriales, etc.</p> <p>A.2.3.3.- Informando y sensibilizar a los departamentos de calidad de las grandes empresas como organismos que pueden encontrar objetivos comunes que faciliten la labor de los mediadores.</p> <p>A.2.3.4.- Aumentando el número de mediadores y sindicatos trabajando en programas de prevención laboral.</p> <p>A.2.3.5.- Aumentando el número de Centros de Drogodependencias y Adicciones con programas específicos en el ámbito laboral.</p> <p>A.2.3.6.- Incluyendo en el rol del personal de asistencia funciones de especialista en prevención laboral.</p> <p>A.2.3.7.- Introduciendo en los distintos programas ya existentes en drogodependencias y conductas adictivas, la perspectiva laboral.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	<p>A.3. Potenciar los factores de protección de cada comunidad y minimizar los factores de riesgo</p>	<p>A.3.1.- Fomentar hábitos de vida saludables en los ámbitos laboral, comunitario y educativo y la adquisición de habilidades y formas de actuar que permitan a la persona establecer una relación racional y positiva con las drogas y otras actividades susceptibles de adicción.</p> <p>A.3.2.- Conseguir que los programas preventivos, en especial los de la convocatoria “Ciudades ante las Drogas”, partan de un análisis de la realidad local.</p>	<p>A.3.1.1.- Promoviendo el consumo de bebidas sin alcohol en los centros de trabajo.</p> <p>A.3.1.2.- Exigiendo el cumplimiento de las normas sobre el consumo de alcohol y tabaco en los ámbitos contemplados en la ley 4/97 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas.</p> <p>A.3.1.3.- Fomentando el aumento de la oferta de ocio saludable en el ámbito comunitario, favoreciendo y promocionando la educación para la salud y los hábitos de vida saludables, a través de programas preventivos recogidos en el plan de centro de los centros educativos</p> <p>A.3.1.4.- Favoreciendo que en todos los centros educativos existan actividades extraescolares alternativas al consumo de drogas y otras conductas adictivas centradas en los intereses de los jóvenes.</p> <p>A.3.1.5.- Impulsando la realización de actividades de ocio alternativo nocturno negociadas con los jóvenes.</p> <p>A.3.2.1.- Incluyendo actividades específicas de conocimiento de la realidad en todo programa preventivo.</p> <p>A.3.2.2.- Utilizando el conocimiento de la realidad local en la elaboración de los programas que aportarían los educadores sociales de calle y las demás entidades sociales de la localidad.</p> <p>A.3.2.3.- Definiendo y fomentando las funciones de sistematización de información, asesoramiento y formación de los técnicos de prevención local y de los Coordinadores Provinciales de Prevención</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	A.4. Apoyar, promover y coordinar desde las estructuras comunitarias las actuaciones preventivas en los distintos ámbitos	A.4.1.- Promover que el estudio de la realidad, los objetivos y las actividades de los programas sean coherentes y estén relacionados.	<p>A.4.1.1.- Estableciendo mecanismos de asesoramiento y coordinación desde las provincias, para que exista un apoyo directo a los programas.</p> <p>A.4.1.2.- Utilizando los datos recogidos por el Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones así como los distintos estudios e informes que se realicen en la materia para mejorar la eficacia de los programas de prevención.</p> <p>A.4.1.3.- Recogiendo y utilizar la información que aporten todos los agentes sociales de la comunidad local.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.4.2.- Mejorar y facilitar la coordinación, la interrelación y los vínculos de los agentes que intervienen directamente en los distintos ámbitos de la prevención (comunidad, familia, escuela, empresas,...)</p>	<p>A.4.2.1.- Aprovechando los recursos que la comunidad y sus instituciones (Comisionado para las Drogodependencias, ONGs, Asociaciones, Consejería de Salud, Instituto de la Juventud, etc.) ofrece a través del programa de Ciudades ante las Drogas.</p> <p>A.4.2.2.- Consiguiendo que las actuaciones de los programas de prevención aprovechen los recursos que las instituciones ya tienen en marcha.</p> <p>A.4.2.3.- Editando información específica sobre los recursos existentes en prevención que puedan ser útiles para los demás ámbitos.</p> <p>A.4.2.4.- Realizando jornadas, encuentros y actividades de formación dirigidas a mejorar el conocimiento de los recursos de la red asistencial y preventiva.</p> <p>A.4.2.5.- Creando un protocolo de coordinación entre las empresas y los Centros de Atención que permita coordinar las actuaciones y actuar con celeridad.</p> <p>A.4.2.6.- Potenciando programas por sectores laborales</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.4.3.- Coordinar las actividades de prevención en el ámbito educativo entre el Comisionado para las Drogodependencias, los Servicios Sociales Comunitarios, Servicios de Salud, instituciones educativas y todas aquellas entidades que puedan colaborar.</p>	<p>A.4.3.1.- Estableciendo que los Servicios Sociales Comunitarios y los centros de Atención de Drogodependencias y Adicciones compartan la responsabilidad de impulsarlos.</p> <p>A.4.3.2.- Creando estructuras formales de participación (mesas sectoriales, comisiones comarcales, etc.) para que impulsen, diseñen y evalúen estrategias globales de prevención de drogodependencias y adicciones basadas en sus necesidades específicas y aprovechando los recursos locales.</p> <p>A.4.3.3.- Promoviendo que los programas preventivos estén planificados, desarrollados y evaluados desde estructuras intersectoriales del ámbito local.</p> <p>A.4.3.4.- Estableciendo la coordinación como objetivo prioritario en la convocatoria del programa “Ciudades ante las Drogas”</p> <p>A.4.3.5.- Realizando protocolos de colaboración y coordinación entre las distintas instituciones a nivel regional, provincial y local.</p> <p>A.4.3.6.- Elaborando y desarrollar recursos específicos de coordinación entre las distintas instituciones.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	A.5. Disminuir el número de jóvenes que consumen drogas de forma abusiva, especialmente alcohol y/o tabaco.	A.5.1.- Desarrollar actitudes, valores, habilidades sociales y estrategias para evitar el consumo no responsable y mejorar la respuesta a la oferta de drogas y de otras actividades adictivas especialmente en contextos de alto riesgo.	<p>A.5.1.1.- Realizando actividades de sensibilización en las zonas de consumo.</p> <p>A.5.1.2.- Realizando actividades de entrenamiento en habilidades sociales preventivas de conductas adictivas en zonas de movida.</p> <p>A.5.1.3.- Realizando actividades de entrenamiento en habilidades sociales preventivas de conductas adictivas en centros de menores, escuelas taller, escuelas de adultos y residencias juveniles.</p> <p>A.5.1.4.- Realizando actividades de entrenamiento en habilidades sociales preventivas de conductas adictivas en contextos educativos.</p> <p>A.5.1.5.- Aumentando la proporción del alumnado que realiza actividades deportivas y de ocio saludable en horario de actividades extraescolares</p> <p>A.5.1.6.- Implicando en todas las iniciativas dirigidas a jóvenes consumidores a los agentes juveniles y las asociaciones juveniles.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	<p>A.6. Evitar que los consumidores esporádicos lleguen a estructurar una drogodependencia promoviendo el consumo responsable, especialmente en los contextos de alto riesgo</p>	<p>A.6.1.- Disminuir el número de jóvenes que consumen drogas ilegales en zonas de riesgo.</p> <p>A.6.2.- Proporcionar información, formación y recursos para la reducción del riesgo y del daño sobre la salud del consumo de drogas en las poblaciones diana</p>	<p>A.6.1.1.- Trabajando con las familias desestructuradas, aprovechando los materiales editados para el trabajo con padres a su lenguaje y realidad</p> <p>A.6.1.2.- Aumentando la intervención en zonas de consumo y lugares de encuentro, por medio de figuras profesionales como educadores sociales de calle</p> <p>A.6.1.3.- Realizando actuaciones conjuntamente con jóvenes, familias e instituciones educativas.</p> <p>A.6.1.4.- Introduciendo a mediadores juveniles para intervención en contextos de alto riesgo.</p> <p>A.6.1.5.- Asesorando de forma individual o en grupo a los jóvenes que se encuentren en situaciones especialmente problemáticas, y su posterior derivación a la red de recursos asistenciales.</p> <p>A.6.1.6.- Trabajando con familias con problemas de desestructuración a través de actuaciones formativas, así como de, orientación y apoyo de cara a la resolución de problemas.</p> <p>A.6.2.1.- Desarrollando programas dirigidos a jóvenes consumidores a través de los planes municipales/comarcales en colaboración con el movimiento asociativo en la línea de reducción del riesgo y del daño: Reparto de folletos informativos sobre las consecuencias del consumo, reparto de alimentos a altas horas de la madrugada, facilitación de transporte seguro, así como otras actuaciones e iniciativas que se ajusten a la realidad local.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN		<p>A.6.3.- Reducir los daños asociados al consumo de sustancias adulteradas</p>	<p>A.6.2.2.- Fomentando la responsabilidad en caso de consumo mediante campañas informativas a los jóvenes y a la población general.</p> <p>A.6.2.3.- Creando mensajes que resalten los aspectos positivos de los beneficios que se obtienen, tanto individuales como sociales, por la adopción de programas y campañas de reducción del riesgo y del daño.</p> <p>A.6.2.4.- Potenciando en el curriculum de todos los niveles educativos, incluido el universitario, contenidos que aborden la responsabilidad en el consumo desde la especificidad de las sustancias y los contextos.</p> <p>A.6.3.1.- Instaurando medidas de control y penalización de ventas de bebidas alcohólicas adulteradas.</p> <p>A.6.3.2.- Estableciendo mecanismos para la provisión de información sobre la composición de las sustancias decomisadas.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
A. PREVENCIÓN	<p>A.7. Retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos y sustancias no prescritas así como otras actividades adictivas</p>	<p>A.7.1.- Evitar que los menores se inicien en el consumo de drogas y otras adicciones</p> <p>A.7.2.- Trabajar con aquellos/as niños/as y jóvenes que requieran una atención individualizada.</p> <p>A.7.3.- Promover que los niños no fumen, beban alcohol, tomen medicamentos o jueguen compulsivamente, por lo menos, antes de los 18 años.</p>	<p>A.7.1.1.- Realizando programas de prevención en la educación primaria, especialmente utilizando el programa DINO.</p> <p>A.7.1.2.- Concienciando a los padres de su papel como modelos por medio de actividades formativas y de reflexión.</p> <p>A.7.1.3.- Realizando campañas de información y sensibilización especialmente dirigidas a los niños.</p> <p>A.7.2.1.-Potenciando que la respuesta de los órganos de decisión de la Escuela ante la conflictividad escolar se base en acciones educativas.</p> <p>A.7.2.2.- Promoviendo la acción conjunta profesor-orientador-asociaciones (como mediadores sociales), de cara a la detección, y seguimiento de aquellos/as niños/as que presenten especiales características de riesgos.</p> <p>A.7.3.1.- Cumpliendo lo establecido en el artículo 26 de la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas sobre la venta de tabaco y alcohol.</p> <p>A.7.3.2.- Trabajando en los centros y espacios donde se encuentran los colectivos especialmente vulnerables.</p> <p>A.7.3.3.- Actuando en los puntos de venta de alcohol ilegal en zonas juveniles.</p> <p>A.7.3.4.- Controlando el acceso a salones de juego a menores 18 años.</p> <p>A.7.3.5.- Colaborando con las Fuerzas de Seguridad desde las instituciones educativas y sanitarias para una mejor atención en el momento de detección de casos.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</p>	<p>B.1. Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, desde un modelo de atención integrada, coordinado con la Red Sanitaria y de Servicios Sociales y adaptado a las necesidades individuales</p>	<p>B.1.1.- Prestar atención a través de la red asistencial a todas las adicciones y formas de consumo</p> <p>B.1.2.- Establecer cauces de coordinación con los servicios sanitarios y sociales que permitan definir las áreas competenciales y el circuito terapéutico</p>	<p>B.1.1.1.- Adaptando la red asistencial a las demandas de todas las adicciones</p> <p>B.1.1.2.- Adaptando las características de los Centros de Tratamiento Ambulatorio para atender todas las demandas de tratamiento</p> <p>B.1.1.3.- Dotando de formación a los profesionales de la red sobre el tratamiento de nuevas adicciones</p> <p>B.1.1.4.- Integrando en la red asistencial a los centros específicos de atención al juego patológico</p> <p>B.1.1.5.- Ofertando plazas en recursos de internamiento para el tratamiento de nuevas adicciones</p> <p>B.1.1.6.- Ampliando la oferta de programas en función de las necesidades que se detecten y de las necesidades individuales</p> <p>B.1.2.1.- Elaborando protocolos de actuación y derivación con Atención Primaria y Especializada de Salud, Salud Mental, Instituciones Penitenciarias, Servicios de Atención al Niño, Servicios Sociales Comunitarios y Movimiento Asociativo</p> <p>B.1.2.2.- Creando Comisiones Interdepartamentales para la coordinación y seguimiento de las actuaciones</p> <p>B.1.2.3.- Utilizando los datos del sistema de información y registro compatible con el resto de servicios implicados en la atención a drogodependientes</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</p>		<p>B.1.3.- Disponer de una mínima oferta de programas en toda la red asistencial evitando desequilibrios territoriales</p> <p>B.1.4.- Unificar el modelo y metodología de intervención en los distintos programas de atención</p> <p>B.1.5.- Disponer de instrumentos que permitan evaluar la actividad asistencial de los distintos recursos de la red.</p>	<p>B.1.3.1.- Definiendo los recursos y programas que integran la red asistencial para optimizar la coordinación</p> <p>B.1.3.2.- Elaborando una cartera de servicios de todos los recursos asistenciales</p> <p>B.1.4.1.- Definiendo operativamente los distintos programas de intervención por objetivos, población diana, actuaciones, criterios de inclusión, exclusión, derivación y evaluación</p> <p>B.1.4.2.- Homogeneizando el circuito asistencial y los procesos terapéuticos</p> <p>B.1.5.1.- Diseñando una historia clínica unificada</p> <p>B.1.5.2.- Elaborando protocolos de actuación consensuados</p> <p>B.1.5.3.- Unificando los instrumentos de diagnóstico de las distintas adicciones</p> <p>B.1.5.4.- Rediseñando el Sistema Andaluz de Información en Drogodependencias para adaptarlo a las nuevas necesidades.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA		<p>B.1.6.- Ofrecer intervenciones a aquellos drogodependientes que no desean o no pueden abandonar el consumo reduciendo sus consecuencias.</p>	<p>B.1.6.1.- Prestando información y orientación desde los recursos asistenciales sobre las consecuencias del consumo, así como sobre formas de consumo menos perjudiciales</p> <p>B.1.6.2.- Incrementando la oferta de programas de reducción de riesgos y daños, en toda la red, procurando que la mayoría de usuarios no queden excluidos</p> <p>B.1.6.3.- Impulsando recursos y programas de apoyo (Centros de Encuentro y Acogida, Unidades Móviles, Programas de Intercambio de Jeringuillas y Salas de consumos higiénicos)</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA</p>	<p>B.2- Facilitar e incrementar la accesibilidad y la permanencia de los usuarios en la Red sanitaria y social</p>	<p>B.2.1.- Diseñar estrategias de reducción del riesgo y del daño para la captación de usuarios</p> <p>B.2.2.- Diseñar estrategias de captación de afectados y de atención inmediata para el tratamiento a determinados perfiles de consumidores.</p>	<p>B.2.1.1.- Creando una red de Centros de Encuentro y Acogida (CEA) integrados y coordinados con el resto de la red asistencial andaluza, basados en el estudio previo de necesidades de las poblaciones concretas.</p> <p>B.2.1.2.- Dotando a los CEAs de salas de consumo higiénico.</p> <p>B.2.1.3.- Creando la figura del educador de calle.</p> <p>B.2.1.4.- Ofreciendo otros programas para este colectivo: formativos, laborales, de atención jurídica, salud, etc..</p> <p>B.2.2.1.- Incluyendo la atención no demorable a usuarios con necesidades especiales en todos los recursos y programas de la red</p> <p>B.2.2.2.- Impulsando horarios flexibles de atención</p> <p>B.2.2.3.- Potenciando la derivación de usuarios desde el movimiento asociativo</p> <p>B.2.2.4.- Incorporando la figura del educador de calle en los escenarios de consumo</p>



II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA		<p>B.2.5.- Garantizar la calidad de las prestaciones de los centros y servicios adecuándolos a la normativa vigente sobre autorización, requisitos materiales y funcionales, registro, acreditación e inspección.</p>	<p>B.2.5.1.- Aplicando el Decreto 87/1996 y el Decreto 102/2000 sobre autorización, registro y acreditación de entidades y centros de S.S</p> <p>B.2.5.2.- Estableciendo programas de control de calidad de los servicios</p> <p>B.2.5.3.- Desarrollando un seguimiento y revisión continuada de las actuaciones</p> <p>B.2.5.4.- Introduciendo el concepto de calidad desde la perspectiva de los usuarios</p> <p>B.2.5.5.- Introduciendo el concepto de calidad desde la perspectiva de los profesionales.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA		B.2.6.- Distribuir la dotación de recursos utilizando criterios de oferta y demanda.	<p>B.2.6.1.- Identificando zonas de mayor demanda e incidencia de consumo y acercando los recursos y programas de intervención a las mismas</p> <p>B.2.6.2.- Potenciando la participación de la iniciativa social en los recursos públicos</p> <p>B.2.6.3.- Ofertando estrategias de reducción de riesgos y daños en todos los recursos de la red</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA	<p>B.3.- Impulsar programas orientados a la promoción de la salud y dirigidos de forma prioritaria a aquellos colectivos en situación de especial riesgo</p>	<p>B.3.1.- Implementar actuaciones y recursos de prevención de la salud para consumidores en activo.</p> <p>B.3.2.- Impulsar recursos y programas asistenciales que tengan como población diana aquellos colectivos de drogodependientes que no acuden habitualmente a los dispositivos sociosanitarios, y/o se encuentran en situación de mayor riesgo de exclusión social o presentan enfermedades asociadas y conductas de riesgo.</p>	<p>B.3.1.1.- Facilitando el acceso a materiales estériles de consumo y de preservativos mediante su distribución en farmacias, Centros de Salud, CEAs y Centros de Tratamiento de Drogodependencias y Adicciones.</p> <p>B.3.1.2.- Creando dispositivos móviles en los escenarios de consumo que favorezcan la reducción de riesgos y daños.</p> <p>B.3.2.1.- Poniendo en marcha el Plan de Acción Integral en Drogodependencias en colaboración con la Consejería de Salud, dirigido a enfermos de Sida, Hepatitis, Tuberculosis y Enfermedades de Transmisión Sexual</p> <p>B.3.2.2.- Ampliando la oferta de programas de reducción de daños y de sustitutivos opiáceos</p> <p>B.3.2.3.- Contemplando y adaptando el proceso de intervención a las características especiales de colectivos como inmigrantes, temporeros, personas de etnia gitana y mujeres adictas</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA		<p>B.3.3.- Ampliar la oferta de programas dirigidos a drogodependientes internados en Centros Penitenciarios.</p> <p>B.3.4.- Aumentar la participación de los consumidores en activo en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de reducción de riesgos y daños</p>	<p>B.3.3.1.- Implantando y adaptando a los Centros Penitenciarios Andaluces los mismos programas que existen en la red asistencial normalizada</p> <p>B.3.3.2.- Desarrollando criterios homogéneos de intervención en todas las prisiones</p> <p>B.3.3.3.- Reforzando el papel de los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias</p> <p>B.3.3.4.- Prestando información adecuada sobre recursos, programas y metodología de actuación de la red de drogodependencias y adicciones al poder judicial</p> <p>B.3.3.5.- Introduciendo programas de reducción de riesgos y daños.</p> <p>B.3.4.1.- Estableciendo cauces de información y consulta con los consumidores en activo, para su participación en el diseño, implantación y seguimiento de programas.</p> <p>B.3.4.2.- Fomentando la participación de los consumidores en los estudios que se realicen para este colectivo.</p> <p>B.3.4.3.- Promoviendo la organización de asociaciones de consumidores.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
B. ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA		<p>B.3.5.- Ofrecer programas específicos de intervención con menores drogodependientes.</p> <p>B.3.6.- Prestar atención específica a drogodependientes y otras adicciones con patología psiquiátrica asociada.</p>	<p>B.3.5.1.- Diseñando un Programa de Atención a Menores Drogodependientes y especialmente a los que tienen medidas de protección o reforma</p> <p>B.3.5.2.- Elaborando protocolos de coordinación con los Servicios de Atención al Niño y con la Dirección General de Infancia y Familia</p> <p>B.3.6.1.- Garantizando la prestación de una atención coordinada entre los dispositivos de drogodependencias y de Salud Mental</p> <p>B.3.6.2.- Elaborando protocolos vinculantes entre Salud Mental y drogas y otras conductas adictivas</p> <p>B.3.6.3.- Utilizando recursos normalizados de Salud Mental: Equipos Básicos, Unidades de Agudos, Comunidades Terapéuticas y FAISEM</p> <p>B.3.6.4.- Desarrollando sesiones clínicas conjuntas</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL	C.1. Facilitar el proceso de cambio en personas con problemas de drogodependencias y adicciones con dificultades de integración social a través de estrategias que permitan alcanzar el desarrollo de sus habilidades sociales, culturales y educativas	C.1.1.- Definir nuevas líneas de actuación de los recursos y programas de Incorporación Social, potenciando su adaptación a la realidad actual.	<p>C.1.1.1.- Detectando necesidades a partir del análisis de los recursos y programas que actualmente posee el Plan Andaluz sobre drogas y adicciones en materia de Incorporación Social. (Centros de Día, Centros de Tratamiento Ambulatorio, Comunidades Terapéuticas, Pisos de Apoyo al tratamiento, Pisos de reinserción, Red de Artesanos, Programa Arquímedes, Programa Interreg...).</p> <p>C.1.1.2.- Revisando y adaptando la normativa vigente que regula tanto la acreditación de los centros de drogodependencias y adicciones, como y los programas de incorporación sociolaboral existentes, propiciando su adecuación a la realidad actual.</p> <p>C.1.1.3.- Definiendo un instrumento de recogida de datos sociales.</p> <p>C.1.1.4.- Definiendo la figura del responsable de Incorporación Socio-laboral en los centros de tratamiento.</p> <p>C.1.1.5.- <b>Creando un servicio de asesoramiento jurídico-legal para la atención a los usuarios.</b></p> <p>C.1.1.6.- Creando instrumentos de protocolo para la realización de diagnósticos sociales, seguimiento individual e historial personal y planificando siempre los objetivos de incorporación conjuntamente con los usuarios.</p> <p>C.1.1.7.- Promoviendo y apoyando la creación y desarrollo de empresas de Inserción Social fundamentalmente a través del movimiento asociativo.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL		<p>C.1.2.- Insertar las estrategias y actuaciones de incorporación social dentro del circuito terapéutico desde la el inicio o toma de contacto del drogodependiente con la Red de recursos, potenciando el protagonismo de cada persona en su propio proceso.</p>	<p>C.1.2.1.- Desarrollando itinerarios personalizados y flexibles de incorporación social en materias de formación, ocio, vivienda, empleo, desde el momento que el usuario toma contacto con la red.</p> <p>C.1.2.2.- Teniendo en cuenta la diversidad de las poblaciones, de los entornos sociales y de los contextos personales, conjuntamente con la persona, a la hora de definir su itinerarios de incorporación.</p> <p>C.1.2.3.- Diseñando programas y actuaciones adaptados a cada realidad comunitaria.</p> <p>C.1.2.4.- Realizando un diagnóstico social que delimite los diferentes niveles de incorporación y los ritmos terapéuticos de cada individuo.</p> <p>C.1.2.5.- Garantizando medidas complementarias que propicien la utilización de recursos normalizados de educación, cultura, ocio y tiempo libre.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL		<p>C.1.3.- Marcar itinerarios de incorporación desde el ámbito de lo social con relación a los diferentes perfiles de la población que atendemos, prestando especial atención a poblaciones con características especiales como reclusos, ex-reclusos, inmigrantes, transeúntes, minorías étnicas, etc.</p>	<p>C.1.3.1.- Desarrollando programas específicos y coordinando los recursos y programas de otros planes para menores</p> <p>C.1.3.2.- Desarrollando programas específicos y coordinando los recursos y programas para mujeres.</p> <p>C.1.3.3.- Desarrollando programas específicos y teniendo en cuenta los programas y recursos de otros planes para inmigrantes.</p> <p>C.1.3.4.- Desarrollando programas específicos y teniendo en cuenta los programas y recursos de otros planes para minorías étnicas.</p> <p>C.1.3.5.- Desarrollando programas específicos y teniendo en cuenta los programas y recursos de otros planes para reclusos y ex-reclusos.</p> <p>C.1.3.6.- Desarrollando programas específicos y teniendo en cuenta los programas y recursos de otros planes para cualquier otro colectivo excluido que pueda demandar atención específica.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL	C.2. Promover que la Comunidad facilite el proceso de incorporación social y admita en las redes normalizadas a personas con problemas de drogodependencias y adicciones	<p>C.2.1.- Sensibilizar a empresas, sindicatos, profesionales, organismos y a la comunidad,... en materia de Inserción sociolaboral de personas con problemas de drogodependencias y adicciones.</p> <p>C.2.2.- Sensibilizar a los poderes judiciales y administrativos para que faciliten la incorporación social de los drogodependientes</p>	<p>C.2.1.1.- Realizando campañas específicas de sensibilización.</p> <p>C.2.1.2.- Creando un servicio de asesoramiento ESPECÍFICO (empresas, sindicatos, profesionales ) para atender las demandas en materia de Incorporación Sociolaboral.</p> <p>C.2.1.3.- Promoviendo conjuntamente con otros planes sociales la creación de un sello distintivo de calidad que certifique a estas empresas y a los productos que colaboren en materia de Incorporación Sociolaboral.</p> <p>C.2.1.4.- Favoreciendo la creación de foros y estructuras que faciliten el contacto y coordinación de las distintas entidades y sectores sociales de la comunidad y el abordaje de cuestiones de interés común.</p> <p>C.2.2.1.- Promoviendo desde la Administración Andaluza y el movimiento asociativo el cumplimiento de las penas alternativas a las prisiones.</p> <p>C.2.2.2.- Apoyando la petición de indultos de drogodependientes rehabilitados de aquellas personas que cometieron delitos a causa de su drogodependencia.</p>



II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL		<p>C.2.5.- Adecuar los procesos formativos y de empleo, que se diseñen desde la red pública de atención a las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, a las nuevas condiciones del mercado laboral, los nuevos yacimientos de empleo y la incorporación de las nuevas tecnologías.</p>	<p>C.2.4.3.- Fomentando en las cuotas mínimas de empleo público la introducción de colectivos excluidos..</p> <p>C.2.4.4.- Flexibilizando la actual normativa de Formación Profesional Ocupacional para poder incluir a este colectivo.</p> <p>C.2.4.5.- Potenciando la implicación del tejido empresarial y sindical en materia de incorporación sociolaboral.</p> <p>C.2.5.1.- Ofreciendo acciones formativas en concordancia con los estudios de mercado en materia de oferta de empleo y nuevos yacimientos, publicados por el Instituto de Estadística de Andalucía.</p> <p>C.2.5.2.- Introduciendo contenidos sobre nuevas tecnologías en las acciones formativas como herramienta de incorporación sociolaboral.</p> <p>C.2.5.3.- Potenciando desde los Centros de Día la puesta en marcha de Programas de Formación Profesional Ocupacional como herramienta de incorporación sociolaboral.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL			<p>C.2.5.4.- Adaptando a la realidad local los procesos formativos que se diseñen y desarrollen.</p> <p>C.2.5.5.- Fomentando la participación de las Corporaciones Locales y de los Agentes Sociales y Económicos en la planificación de las acciones de empleo y formación.</p> <p>C.2.5.6.- Difundiendo y promoviendo la presentación de iniciativas en materia de formación y empleo a los distintos planes estratégicos que ponga en marcha la Unión Europea en materia de formación y empleo.</p> <p>C.2.5.7.- Potenciando iniciativas de fomento de empleo de personas con problemas de adicción a través de subvenciones a la contratación, incentivos fiscales, financiación a nuevas empresas y cualquier otra medida que favorezca la creación de empleo.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL	C.3. Garantizar la atención de las necesidades sociales de los consumidores de drogas y otras adicciones favoreciendo el inicio de un proceso de normalización social	<p>C.3.1.- Reforzar la coordinación con las diferentes áreas institucionales del entorno del usuario de drogas y otras adicciones</p> <p>C.3.2.- Incrementar la participación del movimiento asociativo en la red asistencial complementando las actuaciones desarrolladas desde los recursos públicos.</p> <p>C.3.3.- Impulsar la utilización de recursos de deshabitación e incorporación social.</p> <p>C.3.4.- Ofertar programas dirigidos a consumidores de drogas y otras adicciones con problemas legales.</p>	<p>C.3.1.1.- Facilitando el acceso de los mismos a los recursos normalizados de salud, empleo, educación y ocio</p> <p>C.3.2.1.- Acercando a los afectados por drogodependencias y otras adicciones a los recursos de la comunidad</p> <p>C.3.3.1.- Redefiniendo y adaptando a las necesidades actuales los programas y recursos destinados a la Incorporación Social</p> <p>C.3.4.1.- Ofertando asesoramiento jurídico a todas las adicciones desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio y desde el movimiento asociativo.</p> <p>C.3.4.2.- Extendiendo el Programa de Intervención en comisarías a todas las provincias andaluzas.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL	<p>C.4. Promover estrategias específicas de intervención para la incorporación social de drogodependientes en activo con especiales dificultades para acceder a las redes normalizadas</p>	<p>C.4.1.- Realizar un diagnóstico de la situación actual en la que se encuentra el colectivo.</p> <p>C.4.2.- Poner en marcha, contando especialmente con la colaboración del movimiento asociativo, experiencias pilotos en materia de formación y empleo, teniendo en cuenta las distintas iniciativas puestas en marcha en otros países.</p> <p>C.4.3.- Aumentar la participación de los consumidores en activo en la planificación, implementación y evaluación de las acciones de reducción del riesgo y del daño.</p>	<p>C.4.1.1.- Conociendo la forma de vida y recursos a los que acceden estos usuarios.</p> <p>C.4.2.1.- Conociendo las distintas propuestas y experiencias puestas en marcha en países como Holanda, Suiza o Inglaterra.</p> <p>C.4.2.2.- Coordinando con los servicios Sociales Comunitarios actuaciones para este colectivo.</p> <p>C.4.2.3.- Poniendo en marcha a través de los distintos agentes sociales, iniciativas de formación y empleo, adecuadas a sus especiales características.</p> <p>C.4.3.1.- Estableciendo cauces de información y consulta con los consumidores en activo, para su participación en el diseño, implantación y seguimiento de programas.</p> <p>C.4.3.2.- Fomentando la participación de los consumidores en los estudios que se realicen para este colectivo.</p> <p>C.4.3.3.- Promoviendo su participación en las estructuras de las asociaciones específicas en drogodependencias.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
C. INCORPORACIÓN SOCIAL		<p>C.4.4.- Realizar una estrategia de comunicación adecuada y coherente con las características de los usuarios</p>	<p>C.4.4.1.- Informando de los recursos y programas de reducción de riesgos y daños y atención a las drogodependencias y adicciones, aprovechando el contacto de los usuarios a través de estos programas.</p> <p>C.4.4.2.- Incorporando a los Centros de Encuentro y Acogida servicios de información sobre Incorporación Sociolaboral, como programas de empleo, asesoramiento jurídico,, etc</p> <p>C.4.4.3.- Recogiendo las aportaciones que sobre incorporación social puedan hacer las asociaciones específicas.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>	<p>D.1. Incrementar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones preventivas, asistenciales y de incorporación social, facilitando la planificación y la toma de decisiones</p>	<p>D.1.1.- Obtener y analizar datos suficientes sobre las creencias, actitudes, comportamientos y consecuencias del consumo de drogas y otras adicciones, así como los cambios en las tendencias de los patrones de comportamiento que puedan observarse.</p> <p>D.1.2.- Detectar a tiempo la aparición de nuevos patrones de consumo de drogas y nuevas adicciones.</p>	<p>D.1.1.1.- Revisando el estudio sociológico “Los Andaluces ante las Drogas.”</p> <p>D.1.1.2.- Realizando cada dos años estudios sociológicos con muestreo por censos sobre el juego patológico, consumo de drogas y otras adicciones en el medio escolar y en el medio laboral.</p> <p>D.1.1.3.- Revisando e informatizando la recogida de datos del Indicador Tratamiento, a través de la FIBAT.</p> <p>D.1.1.4.- Poniendo en marcha un procedimiento de recogida de datos de los casos admitidos a tratamiento por Juego Patológico.</p> <p>D.1.2.1.- Poniendo en marcha procedimientos cualitativos y cuantitativos de obtención de información en los ámbitos clave: adicción a la heroína, abuso de alcohol en jóvenes, consumo de psicoestimulantes, tabaquismo y otras conductas adictivas.</p> <p>D.1.2.2.- <b>Creando un sistema de información específico para los consumidores en activo.</b></p> <p>D.1.2.3.- Complementando la información con la recogida de datos en los medios de comunicación social claves.</p> <p>D.1.2.4.- Complementando la información con los datos de las demandas de información telefónica y de Internet.</p> <p>D.1.2.5.- Incorporando nuevas tecnologías de la información.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>		<p>D.1.3.- Disponer de una información complementaria, coordinada e integral sobre los patrones de consumo de drogas y sus consecuencias.</p> <p>D.1.4.- Proporcionar información veraz y actualizada sobre el consumo de drogas y otras adicciones, tanto a los profesionales como a los ciudadanos andaluces.</p>	<p>D.1.3.1.- Complementando la información actual con la recogida de datos en otras fuentes como el sistema sociosanitario, toxicológico y judicial.</p> <p>D.1.3.2.- Poniendo en marcha un foro periódico e interdisciplinar de profesionales diversos.</p> <p>D.1.3.3.- Realizando una selección flexible y abierta de las fuentes de información.</p> <p>D.1.3.4.- Poniendo en marcha sistemas de recogida de datos para los Indicadores de Urgencias y Mortalidad.</p> <p>D.1.4.1.- Mejorando y ampliando el Centro de Documentación de la Oficina del Comisionado para las Drogodependencias.</p> <p>D.1.4.2.- Poniendo en marcha del Observatorio Andaluz sobre Drogas y Adicciones.</p> <p>D.1.4.3.- Actualizando permanentemente el directorio de centros y recursos.</p> <p>D.1.4.4.- Actualizando el servicio de teléfono gratuito de información sobre drogas.</p> <p>D.1.4.5.- Poniendo en marcha canales de información electrónicos dirigidos especialmente a la población adolescente.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA			<p>D.1.4.6.- Editando periódicamente una revista de información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.</p> <p>D.1.4.7.- Editando publicaciones con los resultados más relevantes generados por la actividad científica sobre drogas y adicciones.</p> <p>D.1.4.8.- Actualizando permanentemente la página web y el correo electrónico del Comisionado para las Drogodependencias.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>	<p>D.2.- Incrementar el conocimiento y la capacitación de los profesionales y sectores sociales con relación al fenómeno de las drogodependencias y otras adicciones que permitan una mejor respuesta en sus distintos ámbitos de actuación</p>	<p>D.2.1.- Definir con precisión los destinatarios a los que se dirigen los programas de formación en drogodependencias y otras adicciones.</p> <p>D.2.2.- Impulsar el desarrollo de una línea de formación de los profesionales andaluces del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.</p>	<p>D.2.1.1.- Realizando estudios de necesidades formativas de profesionales y agentes sociales del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.</p> <p>D.2.2.1.- Firmando convenios con universidades andaluzas y otras instituciones docentes para la puesta en marcha de programas de formación permanente inicial con alumnos universitarios, que permitan disponer de un docente responsable de estos programas en cada Universidad</p> <p>D.2.2.2.- Firmando convenios con universidades andaluzas y otras instituciones docentes para el diseño e implementación de cursos postgrado – on-line, semi-presenciales y presenciales -, destinados, prioritariamente, a profesionales y futuros profesionales en drogodependencias y otras adicciones.</p> <p>D.2.2.3.- Fomentando el intercambio y la formación de profesionales andaluces en instituciones internacionales con prestigio en drogodependencias.</p> <p>D.2.2.4.- Formalizando acuerdos, convenios y otras fórmulas de cooperación con instituciones docentes para la realización de actividades de formación en drogodependencias y otras adicciones y la puesta en marcha de redes de formación permanente de profesionales.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>		<p>D.2.3.- Impulsar el desarrollo de una línea de formación de los agentes comunitarios andaluces y, especialmente, de los movimientos sociales juveniles</p>	<p>D.2.2.5.- Incluyendo en los programas de formación específica temas concretos: tabaquismo, abuso de alcohol en jóvenes, consumo de psicoestimulantes, adicción a la heroína, así como nuevos consumos y adicciones sin sustancias.</p> <p>D.2.2.6.- Poniendo en marcha programas de formación en nuevas tecnologías aplicadas a adicciones.</p> <p>D.2.3.1.- Formalizando convenios de colaboración para la formación de profesionales de la información con la RTVA y otros medios de comunicación según marca el artículo 11.6 de la ley 4/97 de Prevención y Atención en materia de Drogas.</p> <p>D.2.3.2.- Apoyando la puesta en marcha de intervenciones, programas y campañas de promoción de la salud, educación sobre drogodependencias y adicciones, sensibilización, fortalecimiento del tejido social y educación en valores en el ámbito comunitario.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>		<p>D.2.4.- Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre la filosofía y metodología de la reducción del daño en consumo de drogas y adicciones sin sustancia.</p>	<p>D.2.4.1.- Incluyendo, en todas las actividades formativas promovidas desde el II PASD contenidos teóricos y metodológicos de reducción de riesgos y daños en los ámbitos educativo, comunitario y laboral.</p> <p>D.2.4.2.- Promoviendo y realizando actividades formativas específicas de reducción de riesgos y daños destinadas a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias, a los profesionales sanitarios del SAS, al colectivo docente, a los profesionales de las policías locales, a los mediadores juveniles y a otros agentes sociales.</p> <p>D.2.4.3.- Formando en teoría y metodología de reducción de riesgos y daños, a los educadores de calle.</p> <p>D.2.4.4.- Incluyendo, entre las tareas del coordinador asistencial de los centros de tratamiento, funciones de promoción de formación teórico-metodológicas en reducción de riesgos y daños de los equipos asistenciales de sus centros de referencia.</p> <p>D.2.4.5.- Editando materiales formativos sobre reducción de riesgos y daños para su utilización en las actividades educativas en las que se incluyan contenidos de este enfoque.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		<p>D.2.5.- Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre prevención en drogodependencias y adicciones sin sustancia en los ámbitos laboral, educativo y comunitario.</p>	<p>D.2.5.1.- Incluyendo, en las actividades formativas promovidas desde el II PASDA contenidos teóricos y metodológicos de prevención primaria y secundaria, en los ámbitos educativo, comunitario y laboral.</p> <p>D.2.5.2.- Realizando programas de formación a nivel local, provincial y regional adaptados al contexto de los usuarios de los programas.</p> <p>D.2.5.3.- Incluyendo, entre las tareas de los responsables de la implementación de programas, la promoción e implicación en actividades de formación.</p> <p>D.2.5.4.- Favoreciendo encuentros para el intercambio de experiencias, la organización de conocimientos dispersos y la elaboración de propuestas de actuación.</p> <p>D.2.5.5.- Aumentando las actividades formativas en materia de prevención y Educación para la Salud dirigidas a profesionales de la red asistencial andaluza.</p> <p>D.2.5.6.- Aumentando las actividades formativas en materia de prevención y Educación para la Salud dirigidas a orientadores, mediadores, agentes de intervención, profesorado y miembros de los EOE.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA			<p>D.2.5.7.- Editando material propio de la Comunidad Andaluza para la Educación Secundaria que reúna unos determinados criterios de acreditación mínimos.</p> <p>D.2.5.8.- Introduciendo una asignatura optativa en materia de prevención y Educación para la Salud durante la formación inicial en los estudios de Magisterio, Ciencias de la Educación, Psicopedagogía, Psicología, Educación Social así como otros en los que valore la adecuación de la misma.</p> <p>D.2.5.9.- Realizando actividades de formación específica para miembros de APAs y resto del colectivo de padres.</p> <p>D.2.5.10.- Introduciendo módulos o bloques de prevención en la formación que reciben los agentes y mediadores comunitarios.</p> <p>D.2.5.11.- Realizando actividades de formación específica para agentes y colectivos del movimiento asociativo.</p> <p>D.2.5.12.- Elaborando materiales diversos y soportes informativos actualizados, dinámicos que puedan ser divulgados en los centros de trabajo y que contengan información significativa para los trabajadores acerca de los riesgos del consumo</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA			<p>D.2.5.13.- Elaborando materiales formativos para su utilización en la creación de módulos sobre la prevención laboral.</p> <p>D.2.5.14.- Introduciendo contenidos acerca de los riesgos del consumo en el ámbito laboral en la formación que se ofrece desde el INEM y otras entidades, especialmente en la formación a parados de larga duración y de jóvenes en busca del primer empleo.</p> <p>D.2.5.15.- Introduciendo formación laboral en los programas de formación a los profesionales de Centros de Drogodependencias y Adicciones.</p> <p>D.2.5.16.- Mejorando la difusión de publicaciones sobre nuevas sustancias y consumos.</p> <p>D.2.5.17.- Incrementando el número de publicaciones sobre nuevas sustancias y consumos.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>		<p>D.2.6.- Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre atención socio-sanitaria en drogodependencias y adicciones sin sustancia.</p> <p>D.2.7.- Proporcionar la formación necesaria a los sectores adecuados sobre incorporación sociolaboral en drogodependencias y adicciones sin sustancia.</p>	<p>D.2.6.1.- Promoviendo la realización de actividades formativas específicas de atención socio-sanitaria destinadas a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias y adicciones, a los profesionales sanitarios del SAS y a agentes sociales, basadas en sus necesidades formativas y en las características de la realidad local – tipos de sustancias, patrones de consumo, problemas sociosanitarios prevalentes, etc. – donde se realicen.</p> <p>D.2.6.2.- Incluyendo en los programas de formación específica contenidos de trastornos psicopatológicos asociados al consumo de sustancias y otras conductas adictivas y de diagnóstico dual.</p> <p>D.2.6.3.- Introduciendo en las actividades formativas de atención socio-sanitaria dirigidas, especialmente, a profesionales de la red asistencial andaluza, contenidos de evaluación de procesos y resultados.</p> <p>D.2.7.1.- Promoviendo la realización de actividades formativas específicas de incorporación sociolaboral destinadas a los profesionales de la red asistencial de drogodependencias, a los profesionales sanitarios de Atención Primaria, a los profesionales de la policía local, a los mediadores juveniles y agentes sociales.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		<p>D.2.8.- Garantizar la coordinación necesaria de las acciones puestas en marcha en materia de formación en drogodependencias y adicciones desde el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones</p>	<p>D.2.7.2.- Diseñando programas de formación específicos para profesionales y agentes sociales directamente implicados en acciones de incorporación sociolaboral en población drogodependiente y adictos sin sustancias - agentes de desarrollo local, agentes de empleo y formación, etc..</p> <p>D.2.7.3.- Incluyendo, entre las tareas de los responsables de la implementación de programas, funciones de promoción de formación de los equipos asistenciales de sus centros de referencia.</p> <p>D.2.7.4.- Realizando acciones formativas e informativas para empresarios y Empresas de Trabajo Temporal.</p> <p>D.2.7.5.- Publicando un libro blanco que recoja los métodos y usos de incorporación sociolaboral más adecuados a la realidad social y laboral de Andalucía.</p> <p>D.2.8.1.- Creando comités interdisciplinares de coordinación y evaluación de las acciones formativas implementadas en cada provincia.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
<p>D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA</p>	<p>D.3 Fomentar la producción e innovación científicas acerca del uso de sustancias, de drogodependencias y otras adicciones, mejorando y consolidando el conocimiento científico y abriendo nuevas perspectivas a la prevención, asistencia e integración social</p>	<p>D.3.1.- Impulsar el desarrollo de nuevas líneas de investigación que mejoren el conocimiento científico sobre consumo de drogas, drogodependencias y adicciones.</p>	<p>D.3.1.1.- Financiando investigaciones científicas sobre sustitutivos en cada una de las sustancias susceptibles de crear adicción.</p> <p>D.3.1.2.- Financiando investigaciones científicas sobre reducción de riesgos y daños en adicciones sin sustancia.</p> <p>D.3.1.3.- Becando tesis doctorales sobre investigaciones científicas en prevención del abuso del alcohol en jóvenes y del consumo de psicoestimulantes.</p> <p>D.3.1.4.- Financiando investigaciones científicas sobre trastornos psicopatológicos relacionados con las drogodependencias y adicciones.</p> <p>D.3.1.5.- Priorizando las investigaciones científicas sobre nuevas modalidades terapéuticas especialmente aquellas destinadas al tratamiento de las adicciones a la heroína, a la cocaína, al alcohol y a la nicotina.</p> <p>D.3.1.6.- Financiando investigaciones científicas aplicadas de carácter etnográfico.</p> <p>D.3.1.7.- Financiando investigaciones científicas sobre la influencia del género en las drogodependencias y otras adicciones.</p> <p>D.3.1.8.- Promoviendo acuerdos con empresas fabricantes y distribuidoras de bebidas alcohólicas y productos de tabaco destinadas a fomentar la investigación de sustancias sustitutivas de los elementos más nocivos presentes en esas sustancias.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		<p>D.3.2.- Impulsar el desarrollo de nuevas perspectivas metodológicas en el estudio de consumo de sustancias, drogodependencias y adicciones.</p> <p>D.3.3.- Fomentar la innovación en el estudio del consumo de sustancias y las adicciones así como en la respuesta social y sanitaria.</p>	<p>D.3.2.1.- Ofreciendo apoyo y colaboración a las universidades y otras instituciones investigadoras andaluzas.</p> <p>D.3.2.2.- Creando y poniendo en marcha instituciones específicas para la investigación científica en drogodependencias y adicciones en Andalucía.</p> <p>D.3.2.3.- Mediante el estudio de los estilos de vida asociados a las drogodependencias y adicciones.</p> <p>D.3.3.1.- Impulsando la creación de grupos mixtos de investigación científica, entre universitarios y otros profesionales.</p> <p>D.3.3.2.- Creando un foro con la participación de técnicos y agentes comunitarios para el estudio y desarrollo de nuevas estrategias y el fomento de la diversidad y autonomía interdisciplinar.</p> <p>D.3.3.3.- Dando atención preferente a los nuevos conocimientos así como a los cambios que se produzcan en los diferentes sectores implicados.</p> <p>D.3.3.4.- Mediante la incorporación de la investigación en la acción como metodología de intervención en la comunidad.</p>

II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

ÁREAS	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIAS
D. INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA		D.3.4.- Impulsar la creación y puesta en marcha de un sistema integrado para la búsqueda de fuentes de financiación para la investigación científica en drogodependencias y otras adicciones.	D.3.4.1.- Creando un servicio de asesoramiento y apoyo a la investigación científica en drogodependencias y otras adicciones encargado de la búsqueda de diversas fuentes de financiación nacionales e internacionales.

### 3.- MEDIDAS Y PROGRAMAS DE LA ADMINISTRACIÓN AUTONOMA ANDALUZA QUE COMPLEMENTAN Y APOYAN AL II PLAN SOBRE DROGAS Y ADICCIONES

#### 3.1.- CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

##### 3.1.1.- INSTITUTO ANDALUZ DE LA JUVENTUD

DECRETO 83/1999, DE 6 DE ABRIL, SOBRE INICIATIVAS DE FUTURO PARA JÓVENES ANDALUCES

##### PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- CAPITULO II. ASOCIACIONISMO E INFORMACIÓN.  
Para promover la participación activa de los jóvenes en la sociedad se incentivará la creación y funcionamiento de asociaciones juveniles, mediante la información, el asesoramiento, la formación y la concesión de ayudas y subvenciones.
- CAPITULO VII. VIDA SANA, OCIO Y DEPORTE.  
Con objeto de potenciar las condiciones más adecuadas para la promoción de la salud entre la juventud andaluza se crea, adscrita a la Consejería de la Presidencia, una Comisión para la coordinación de propuestas e iniciativas en las siguientes materias: Medio Ambiente, Deportes, Sexualidad, Tráfico, Drogodependencias, Alimentación y Hábitos de vida saludable.
- Al objeto de que la juventud andaluza pueda ampliar las fórmulas de ocio y tiempo libre, la Junta de Andalucía colaborará con los Ayuntamientos en la apertura de espacios y equipamientos públicos, así como en la programación y desarrollo de actividades.
- La Junta de Andalucía, a través de sus respectivas Consejerías, fomentará en colaboración con ayuntamientos y asociaciones juveniles, la realización de actividades de deporte para todos, con el fin de acercar la práctica deportiva a la población joven en general.

3.1.2.- INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER

II PLAN ANDALUZ PARA LA IGUALDAD DE LAS MUJERES

INCORPORACIÓN SOCIAL

- Establecer ayudas para mujeres con cargas familiares no compartidas y en situación de emergencia social.

3.2.- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

3.2.1.- LEY 1/1998, DE 20 DE ABRIL, DE LOS DERECHOS Y LA ATENCIÓN AL MENOR

PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- Las administraciones públicas de Andalucía realizarán programas informativos y formativos destinados específicamente a los menores, salvaguardando el derecho a la recepción de información veraz, plural y respetuosa con los principios constitucionales, según lo dispuesto en el artículo 5.2 de la Ley orgánica 1/1996. Igualmente, fomentarán que los medios de comunicación social en sus difusiones para menores resalten los valores democráticos y solidarios, con especial atención al respeto a la propia dignidad humana.
- Título II. De la Protección. Capítulo I. Criterios de Actuación: Se fomentarán las medidas preventivas a fin de evitar situaciones de desprotección y riesgo para los menores.
- Título II. De la Protección. Capítulo II. Medidas de Prevención y de Apoyo a la Familia: Se promoverán planes integrales dirigidos a la promoción de la infancia y a la prevención de las situaciones de riesgo.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Título II. Del Desamparo, la Tutela y la Guarda. Capítulo III. Desamparo y Tutela: Se consideran situaciones de desamparo la drogadicción o el alcoholismo habitual del menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores, así como la drogadicción

habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.

- Título II. Del Desamparo, la Tutela y la Guarda. Sección 4ª. Del Internamiento en Centro de Protección. Capítulo VI: Sin perjuicio de las funciones que conforme a lo previsto en el presente título puedan corresponderles, compete a las administraciones públicas de Andalucía la responsabilidad en el seguimiento de las medidas por ellas adoptadas para la protección de los menores, así como de los recursos necesarios para la adecuada aplicación de tales medidas durante la vigencia de las mismas. En el caso de la adopción, el apoyo necesario por parte de la administración competente podrá continuar con posterioridad a su constitución.

### 3.2.2.- MANUAL DE INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL NIÑO

#### ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Coordinación Interinstitucional en protección de menores. Niveles Implicados: Una Administración Pública que dispone de una serie de servicios básicos, gratuitos y dirigidos al conjunto de la población, cuyo objetivo consiste en garantizar la promoción de la calidad de vida y la satisfacción de los derechos fundamentales de todos los individuos. Estos son: los Servicios Sociales Comunitarios, Sistema Judicial, Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Servicios de Salud, Servicios Educativos, Instituciones Colaboradoras con los Servicios de Atención al Niño y otros Servicios Públicos y de Voluntariado.

### 3.2.3.- PLAN INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD GITANA

#### PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- Desarrollar programas de educación para la salud dirigidos a la mujer gitana.

#### ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Intensificar los programas sanitarios sobre vacunaciones, dietética y nutrición, higiene, planificación familiar, atención geriátrica, toxicomanías y otros que se consideren necesarios.

#### INCORPORACIÓN SOCIAL

- Promover el acceso a los distintos sistemas de protección social de las comunidades gitanas a través de programas integrales de intervención con éstas junto a la participación de las corporaciones locales y la administración central.

#### 3.2.4.- PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL DE JUZGADOS Y AUDIENCIAS (P.A.S.J.A)

#### INCORPORACIÓN SOCIAL

- La Ley de Servicios Sociales de Andalucía, en su artículo 11, encomienda al Sistema Público Andaluz de Servicios Sociales la atención a los "grupos con conductas disociales, para incidir en la prevención y tratamiento social de la delincuencia y la reinserción social de los exreclusos".
- Este programa tiene como objeto el desarrollo del Programa Social en Juzgados y Audiencias, bajo la dependencia del Instituto Andaluz de Servicios Sociales para la atención a la población que se encuentre en algunas de las siguientes situaciones procesales: detenida en los juzgados de guardia, en régimen de libertad provisional o en situación de remisión condicional.

### 3.3.- CONSEJERÍA DE SALUD

#### 3.3.1.- II PLAN ANDALUZ DE SALUD

#### PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- Se intensificarán las actividades informativas sobre los riesgos del alcohol y tabaco y los efectos beneficiosos de una dieta saludable, con especial incidencia en los jóvenes. Igualmente, en todos los Distritos de Atención Primaria se realizarán actividades, en los centros docentes, sobre los hábitos alimentarios, dieta y ejercicio físico para la prevención de enfermedades cardiovasculares. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Educación)

- A lo largo del período 1999-2002, los Institutos de Educación Secundaria desarrollarán actividades de Educación en Valores como marco idóneo y privilegiado para promover la Educación para la Salud y la enseñanza de actitudes frente al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud).
- Durante el período 1999-2002 los Institutos de Educación Secundaria desarrollarán actuaciones en el marco de la Educación en Valores sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y programas de educación afectivo-sexual. (Consejería de Educación).
- Información y comunicación permanente con la sociedad sobre la evolución de estos problemas, para generar una respuesta social: Campañas conjuntas, intervenciones en medios e informes de salud.
- La concreción de actividades dirigidas a colectivos en situación de mayor riesgo frente a estos problemas: jóvenes y familias en situación de precariedad y vulnerabilidad.
- La priorización de este tema en las actividades de Educación para la Salud.
- Para el año 2003, solo el 30% de la población mayor de 16 años se declarará fumadora. (Consejería de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Educación).
- Para el año 2003, como mínimo el 75% de los jóvenes andaluces, con edades comprendidas entre los 16-25 años, se declarará no fumador. (Consejería de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Educación).
- Para el año 2003, el 65% de la población mayor de 12 años se declarará abstinentes en el consumo de alcohol. (Consejería de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Educación).
- Antes del año 2003, el 75% de los jóvenes andaluces, de entre 16-20 años, se declarará abstinentes en el consumo de alcohol. (Consejería de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Educación).
- Durante el período 1999-2002 se intensificarán las actuaciones de información sanitaria y de educación para la salud entre los colectivos con prácticas de riesgo, (usuarios de Drogas por Vía Parenteral), acerca de la prevención de la Hepatitis-C. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Asuntos Sociales).

## ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Entre los años 1999-2002 disminuirá un 10% el porcentaje medio anual de fumadores diarios en los grupos de edad de 14 a 34 años, con respecto a 1996, que presentaba un porcentaje de 34,6% (según los datos de la encuesta bianual: “Los Andaluces ante las Drogas”). (Consejería de Salud. Consejería de Educación. Consejería de Asuntos Sociales).
- Se seguirá garantizando el acceso a los programas de mantenimiento con Metadona al 100% de la población adicta a la heroína por vía parenteral que tenga tal indicación. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias).
- Para el año 2003, el 50% de la población andaluza tendrá acceso al consejo para dejar de fumar desde las consultas de atención primaria (mediante captación oportunista). (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud).
- La orientación y el incremento de la capacidad de los Servicios de Salud de Atención Primaria y Especializada, estableciendo una continuidad en la atención junto a los servicios específicos de otros sectores, como son los Centros Provinciales de Drogodependencias.
- El impulso de programas de deshabituación, especialmente referidos a las denominadas dependencias legales: tabaco y alcohol.
- La extensión de los programas de seguimiento y de reducción de daños y riesgos, una vez establecida la dependencia: Metadona, seguimiento de adherencia a tratamiento y de problemas derivados del consumo.
- Definir un modelo de cooperación intersectorial para la atención a problemas fronterizos que requieren atención sanitaria y social en colaboración con otros Departamentos o Administraciones con responsabilidad en la materia (determinado sector de personas mayores, de personas que presentan deficiencia mental o trastornos neurológicos, drogodependientes, etc..).

## INCORPORACIÓN SOCIAL

- El impulso, en el conjunto de la población, de la comprensión de estos problemas, para originar unas actitudes de respeto a la dignidad del drogodependiente y del entorno de los afectados.

- El desarrollo de una política decidida que respalde iniciativas destinadas a la articulación de apoyos y cuidados a las familias afectadas, a través de convenios, convocatorias de ayudas, impulso de las asociaciones, ONGs, .....
- En el período 1999-2002, se definirá un modelo de coordinación intersectorial con Servicios Sociales, Trabajo, Justicia y otras instituciones implicadas para reforzar los cuidados y la reinserción social, mediante los mecanismos oportunos. (Consejería de Salud. Consejería de Asuntos Sociales. Consejería de Trabajo e Industria. Consejería de Gobernación y Justicia. Servicio Andaluz de Salud).

### INFORMACIÓN, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

- Impulsar, entre los profesionales implicados en la atención a estos pacientes y a su entorno familiar, una actitud favorable a la prestación de cuidados y apoyo a través de técnicas como el counselling y otras similares.
- El incremento de los cursos de formación necesarios para la articulación de las estrategias anteriores.

### REDUCCIÓN DE LOS DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO

- Se seguirá facilitando el acceso a los medios necesarios para prevenir la transmisión del VIH (jeringuillas y agujas de un solo uso, preservativos), que están disponibles, antes del año 2000, para el 100% de las personas/grupos en situaciones de riesgo, reforzando los esfuerzos en este sentido realizados hasta el presente. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud).
- Potenciar aquellos instrumentos que permitan a la población general y a los colectivos en situación de mayor riesgo, obtener, junto a otros sectores, una reducción progresiva del impacto de las drogodependencias en la salud de los andaluces.
- El seguimiento de problemas derivados del consumo: el SIDA, otras enfermedades transmisibles, deterioro de la salud mental y la violencia familiar, centrada en los malos tratos a las mujeres y a los niños.
- Para el año 2003 se deberá estabilizar la tendencia creciente de la infección tuberculosa. Para ello, antes del año 2001, en el 100% de las personas pertenecientes a grupos o

situaciones de riesgo elevado de padecer o transmitir la infección/enfermedad tuberculosa, captados por los programas sanitarios (infectados por VIH, toxicómanos, reclusos, colectivos cerrados y profesionales laborales de riesgo) se habrá descartado la infección tuberculosa. (Servicio Andaluz de Salud).

- Se integrarán los Programas de Reducción de Daños, en los Centros Penitenciarios andaluces, para lo cual se revisará el actual Convenio vigente con el Ministerio de Justicia. (Consejería de Salud. Dirección General de Instituciones Penitenciarias).
- Durante el período comprendido entre los años 1999-2002, la Consejería de Salud, conjuntamente con otros sectores implicados, desarrollará un conjunto de estrategias tendentes a la disminución progresiva de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en jóvenes, en especial en grupos de riesgo. (Consejería de Salud. Dirección General de Tráfico. Consejería de Asuntos Sociales. Comisionado para las Drogodependencias).
- Para la etapa comprendida entre 1999-2002, se desarrollarán y extenderán, progresivamente, la cobertura de los servicios de salud y los programas de prevención del riesgo en las enfermedades transmisibles y en las derivadas del uso de drogas por vía parenteral con una especial atención a sectores en situaciones de riesgo y en las zonas de mayor incidencia. (Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud).

### 3.4.- CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

#### 3.4.1.- LEY DE SOLIDARIDAD EN EDUCACIÓN

##### PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- En el proceso de desarrollo y avance de la sociedad la educación se configura como un importante instrumento para impulsar la lucha contra las desigualdades y le corresponde al sistema educativo establecer los mecanismos que contribuyan a prevenirlas y compensarlas, cualquiera que sea el motivo que las originen, y promover la transformación social a través de su compromiso solidario con las situaciones de desventaja en las que se encuentran colectivos y grupos que reciben los beneficios del sistema.

- Programas de compensación educativa y social: de colaboración y apoyo familiar para la identificación de las necesidades educativas especiales, la prevención y la atención educativa y compensadora.

#### ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Otras medidas de compensación socioeducativa: aquellos tratamientos de rehabilitación y terapias funcionales de carácter asistencial que, a instancias de los correspondientes servicios sanitarios, necesite este alumnado serán atendidos en coordinación con la familia y los centros educativos.
- El alumnado que por decisiones judiciales no pueda asistir a un centro educativo será atendido en aulas específicas en los propios centros donde esté internado.

#### INCORPORACIÓN SOCIAL

- Impulsar la coordinación y colaboración de las distintas administraciones, instituciones, asociaciones y organizaciones no gubernamentales, para la convergencia y desarrollo de las acciones compensadoras y de solidaridad establecidas en la Ley.
- Programas de compensación educativa y social: de garantía social vinculados a la demanda laboral del entorno, dirigidos a la promoción educativa y la inserción laboral de los jóvenes que se encuentren en situaciones de desventaja.
- Actuaciones de compensación para el alumnado en situación sociocultural desfavorecida. La Consejería de Educación y Ciencia garantizará que los centros incluyan en sus proyectos medidas de compensación educativa que posibiliten la integración social, la normalización educativa y la reducción del desfase escolar.

### 3.4.2.- PLAN DE APOYO A CENTROS DOCENTES DE ZONAS DE ACTUACIÓN EDUCATIVA PREFERENTE DE CAPITALES DE PROVINCIAS Y POBLACIONES DE MÁS DE CIEN MIL HABITANTES

#### INCORPORACIÓN SOCIAL

- Ampliar la oferta educativa de los centros para proporcionar una respuesta ajustada a las demandas de la población a la que atienden: la oferta de Programas de Garantía Social ligados a las demandas laborales del entorno puede suponer una alternativa de gran eficacia para aquellos alumnos que no han conseguido la titulación básica. La estructura y finalidad de estos programas va a suponer, sin duda, una alternativa válida para que determinados colectivos de jóvenes puedan insertarse social y laboralmente.
- En todas las zonas incluidas en el Plan se realizará una oferta suficiente de Programas de Garantía Social para dar respuesta al alumnado que no obtenga la titulación de Graduado en Educación Secundaria. Será requisito para acceder a estos programas el cumplir 16 años de edad en el año natural en el que se inicia el mismo. Estos programas se podrán realizar en los Institutos de Educación Secundaria o bien a través de la colaboración de organizaciones públicas o privadas sin ánimo de lucro.
- Facilitar que los centros realicen una oferta formativa, fuera del horario lectivo, que se adapte a las necesidades específicas del alumnado, contribuyendo a su formación integral y a la corrección del déficit cultural de su entorno social y familiar.

### 3.5.- CONSEJERÍA DE OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

#### 3.5.1.- III PLAN ANDALUZ DE VIVIENDA Y SUELO (1999 – 2002)

#### INCORPORACIÓN SOCIAL

- Transformando la infravivienda. Esta medida está destinada a colectivos desfavorecidos y se trata de mejorar las edificaciones de uso residencial y sus condiciones de habitabilidad, al tiempo que busca solucionar las situaciones de hacinamiento.

- Plan de Erradicación del Chabolismo. Destinado a eliminar los asentamientos de chabolas mediante dotación de viviendas alternativas y con medidas de acompañamiento social, de salud, educación y formación.

### 3.6.- CONSEJERÍA DE EMPLEO Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

#### 3.6.1.- PROGRAMAS EUROPEOS: PIC EQUAL

##### INCORPORACIÓN SOCIAL

- La Estrategia Europea por el Empleo se articula a través de cuatro ejes:

##### Eje 1. Capacidad de Inserción Profesional.

- Prestar especial atención a las necesidades de las personas con discapacidad, las minorías étnicas y otros grupos e individuos desfavorecidos elaborando políticas preventivas y activas que faciliten su integración en el mercado de trabajo.
- Facilitar el acceso y la reincorporación al mercado de trabajo de las personas que sufren dificultades para integrarse o reintegrarse en un mercado de trabajo que debe estar abierto a todos.
- Fomentar la creación y mantenimiento de servicios integrados de asesoramiento y acompañamiento para el acceso al empleo:

Promover un sistema personalizado de acompañamiento antes, durante y después del proceso de inserción, ofreciendo itinerarios individualizados adaptados a las características de cada persona y fomentando su implicación a lo largo de todo el proceso.

Coordinar su actuación con otras entidades públicas, privadas, agentes económicos y sociales que intervengan en el proceso de inserción, a fin de optimizar los recursos existentes.

Promover acciones de difusión y sensibilización en el entorno social y laboral que fomenten las oportunidades de empleo de las personas con dificultades especiales.

Aplicar y mejorar metodologías de captación de las personas más desfavorecidas para animarlas a participar en los itinerarios de inserción.

Acompañar los procesos de generación de actividad independiente y de empleo solidario (autoempleo, economía social, empresas de inserción...) surgidos del desarrollo de los itinerarios de inserción.

- Abrir el proceso de creación de empresas a todos, proporcionando los instrumentos necesarios para la creación de empresas y para la identificación y explotación de nuevas posibilidades para la creación de empleo en las zonas urbanas y rurales.

### 3.7.- CONSEJERIA DE GOBERNACION

3.7.1.- DECRETO 410/2000, DE 24 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE CREA EL REGISTRO DE CONTROL E INTERDICCIONES DE ACCESO A LOS ESTABLECIMIENTOS DEDICADOS A LA PRÁCTICA DE LOS JUEGOS Y APUESTAS Y SE APRUEBA SU REGLAMENTO

3.7.2.- DECRETO 1/2002, DE 9 DE ENERO, POR EL QUE SE APRUEBA EL I PLAN INTEGRAL PARA LA INMIGRACIÓN EN ANDALUCÍA.

#### PREVENCIÓN DEL CONSUMO

- El registro del control e interdicciones de acceso a los establecimientos dedicados a la práctica de juegos y apuestas se crea con la finalidad esencial de ser un instrumento a utilizar tanto para la prevención de la adicción a juego como para contribuir a la rehabilitación de las personas afectadas de alteraciones psíquicas por la referida adicción.



ANEXO I:

CAMPAÑAS REALIZADAS POR EL COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS  
PERÍODO 1987-1999

AÑOS	IDENTIFICACION	OBJETIVOS	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE	MEDIOS UTILIZADOS	ENTIDADES CORRESPONSABLES
1987	Campaña: "ENTRE LA DROGA Y TU HIJO ESTÁS TU"		Padres/Madres	Televisión	
1989	Campaña: "5 Spot de 2"		Población General	Televisión	
1990	Campaña: "HOMBRES Y MUJERES LIBRES DE DROGAS"		Población General	Televisión	
1992	Campaña: "UN AMIGO NUEVO" (Reinserción)		Población General	Televisión	
1996, 1997	Campaña: "100% LIBRE DE DROGAS"		Jóvenes	Televisión Carteles Pegatinas Camisetas Postales Calendarios de Bolsillo Marquesinas de Autobuses	
1997	Campaña: "SIN PASTILLAS NI ALCOHOL TE LO PASAS MEJOR"	Sensibilizar sobre los riesgos del consumo de alcohol y drogas sintéticas	Población General	Carteles Spot Cine Cuñas de Radio	
1997	Campaña: "ENAMÓRAME SIN DROGAS, NATURALMENTE" (14 de febrero)	Informar de los riesgos del consumo de drogas. Reducción del daño. Fomentar el Voluntariado. Acercamiento a ambientes de diversión	Jóvenes	Carteles Postales Camisetas Pegatinas Calendarios de Bolsillo	CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ANDALUCIA, ENLACE, ANTARIS, CAVA Y OTROS

AÑOS	IDENTIFICACION	OBJETIVOS	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE	MEDIOS UTILIZADOS	ENTIDADES CORRESPONSABLES
1998, 1999	Campaña: "ENAMÓRAME SIN DROGAS" (14 de febrero)	Informar de los riesgos consumo de drogas. Reducción del daño. Fomentar Voluntariado. Acercamiento ambientes de diversión	Jóvenes	Carteles Postales Camisetas Pegatinas Calendarios de Bolsillo	CONSEJO DE LA JUVENTUD DE ANDALUCIA, ENLACE, ANTARIS, CAVA Y OTROS
1997 1998	Campaña: "UN DÍA SIN HUMO" (31 de mayo)	Informar de los riesgos del tabaquismo	Población General Jóvenes	Carteles Postales Prensa Pegatinas	A.E.C.C.
1998	Campaña: "VAMOS A AYUDAR A LOS MENORES A VIVIR MEJOR" (Información Ley 4/97)	Informar sobre la Ley 4/97 de drogas. Proteger a los menores.	Población General Jóvenes	Carteles Postales Pegatinas Prensa TV y Radio	
1997 1998 1999	Campaña: "UN DÍA SIN ALCOHOL: PRUEBA TU LIBERTAD"	Sensibilizar sobre los riesgos del consumo de alcohol	Población General	Carteles Camisetas Prensa Radio Tripticos	F.A.A.R. CONSEJO DE LA JUVENTUD. CAVA.
1996 1997 1998 1999	Campaña: "UN DÍA SIN JUEGO DE AZAR" "¿A QUE JUEGAS?"	Informar de los riesgos de juegos de azar. Reducción del daño.	Población General  Jóvenes	Carteles Prensa Tripticos Camisetas	F.A.J.E.R.
1995 1996 1997 1998 1999	Campaña: "ATENCIÓN PASTILLAS" (Reducción del Daño)	Informar de los riesgos del consumo de drogas sintéticas	Mediadores Juveniles Voluntarios Sociales Jóvenes, Ambientes de Diversión	Carteles, Folletos Tripticos Camisetas "LOBO" Prensa de Jóvenes Cuñas de Radio	ENLACE, ANTARIS, JSS, CAVA, COOR. RENACER, CONSEJO DE LA JUVENTUD, CANAL SUR

AÑOS	IDENTIFICACION	OBJETIVOS	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE	MEDIOS UTILIZADOS	ENTIDADES CORRESPONSABLES
1995 1996 1997 1998 1999	Campaña: "¿UNA COPA?" (Reducción del Daño. Alcohol)	Informar de los riesgos del consumo de alcohol.	Mediadores Juveniles Voluntarios Sociales Jóvenes, Ambientes de Diversión	Carteles Tripticos Prensa de Jóvenes Cñas de radio	F.A.A.R.  CANAL SUR
1996 1997 1998 1999	Campaña: "¿PORROS?" (Reducción del Daño. Cannabis)	Informar de los riesgos del consumo del cannabis	Mediadores Juveniles Voluntarios Sociales Jóvenes, Ambientes de Diversión	Carteles Tripticos Prensa de Jóvenes Cñas de Radio	CANAL SUR
1996 1997 1998 1999	Campaña: "PASA DE LA RAYA" (Reducción del Daño. Cocaína)	Informar de los riesgos del consumo de cocaína.	Mediadores Juveniles Voluntarios Sociales Jóvenes, Ambientes de Diversión	Carteles Tripticos Prensa de Jóvenes	CANAL SUR
1997 1998 1999	Campaña: "¿FUMAS?" (Reducción del Daño. Tabaco)	Informar de los riesgos del consumo del tabaco. Facilitar la superación del tabaquismo. Reducción del daño.	Jóvenes  Fumadores	Carteles, Folletos Postales, Tripticos Programa para Dejar de Fumar Reclamo en Prensa Spot de TV	A.E.C.C.  CANAL SUR
1997 1998 1999	Campaña: "CUIDADO CON EL BICHO" (Reducción del daño. Heroína)	Informar de los riesgos del consumo de heroína. Reducción del daño.	Consumidores y Potenciales Consumidores	Cómic Tripticos Carteles	COMITÉS ANTISIDA ENLACE ANTARIS OTROS
1999	Campaña: "TU MOVIDA, UNA AVENTURA INTELIGENTE" (Día Mundial contra el Abuso de las Drogas)	Desdramatizar el problema de drogas, fomentar el autocontrol personal	Población General  Jóvenes	Carteles/Calendarios Postales Camisetas Prensa	

## ANEXO II

### CATALOGO DE RECURSOS DE ATENCION A LAS DROGODEPENDENCIAS

- Centros de Tratamiento Ambulatorio: Son recursos dedicados a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción del drogodependiente en régimen abierto. Estos centros deben contar con un equipo terapéutico en el que figurarán, como mínimo, un médico y un psicólogo.
- Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Centros de desintoxicación de carácter residencial: Ofrecen asistencia sanitaria al drogodependiente y deberán garantizar la permanente presencia de personal sanitario titulado superior o titulado de grado medio de modo constante.
- Comunidades Terapéuticas, entendidas como centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen asistencia orientada a la deshabituación de la conducta adicta, a la rehabilitación del hábito de comportamiento del drogodependiente y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas, deberán contar con un equipo técnico en el que figuren, como mínimo, un médico y un psicólogo, encargado de elaborar y ejecutar el programa de deshabituación y rehabilitación.
- Centros de Dispensación de Opiáceos: Son recursos de atención primaria de salud que se encargan de la dispensación de la metadona y del seguimiento de patologías orgánicas asociadas.
- Pisos de Apoyo al Tratamiento: Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes en su proceso terapéutico, con el fin de lograr la integración familiar y social.
- Pisos de Reinserción: Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes que se encuentran en una fase posterior de su proceso terapéutico, que facilitan su incorporación social y normalización.

- Centros de Día: Son centros en los que se realizan actividades para favorecer la incorporación social de los drogodependientes que se encuentran en procesos de deshabituación.
- Centros de Encuentro y Acogida: Son aquellos recursos que, en régimen de internamiento temporal y/o ambulatorio plantean su intervención en el ámbito social, sanitario y terapéutico a demanda, con el objetivo de paliar o minimizar las consecuencias derivadas del consumo de drogas, mediante actuaciones dirigidas a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbimortalidad del drogodependiente.

## ANEXO III

### NORMATIVA ESPECIFICA EN MATERIA DE DROGAS

1. Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas. (BOJA N° 83, 19 de Julio de 1997)
2. Decreto 72/1985, de 3 de Abril, por el que se crea el Comisionado para la Droga, de la Junta de Andalucía. (BOJA N° 49, de 20 de Mayo)
3. Decreto 73/1985, de 3 de Abril, por el que se crean los Patronatos Provinciales para la Droga y los Centros Provinciales de Toxicomanías. (BOJA N° 49, de 20 de Mayo)
4. Orden de 11 de Septiembre de 1985, por el que se establece la estructura del Comisionado para la Droga. (BOJA N° 99, de 19 de Octubre)
5. Decreto 180/2000, de 23 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Asuntos Sociales. (BOJA N°62, de 27 de mayo)
6. Decreto 234/2000, de 23 de mayo, por el que se dispone el nombramiento de Don Andrés Estrada Moreno como Comisionado para las Drogodependencias. (BOJA N°62, de 27 de mayo)
7. Decreto 87/1996, de 20 de Febrero por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. (BOJA N° 39, de 28 de Marzo)
8. Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización , registro, acreditación e inspección de los servicios sociales de Andalucía. (BOJA N° 33, de 18 de marzo)
9. Orden de 29 de Febrero de 1996, por la que se regula el registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales. (BOJA N° 40, de 30 de Marzo)
10. Orden de 29 de Febrero de 1996, por la que se regula los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía, en desarrollo del Decreto 87/1996, de 20 de Febrero. (BOJA N° 41, de 3 de Abril)

11. Decreto 70/1999, de 16 de Marzo, de prórroga del plazo de adaptación de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía a las condiciones materiales y funcionales mínimas. (BOJA N°34, de 20 de Marzo)
12. Orden de 28 de julio de 2000, conjuntas de las Consejería de Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios Sociales de Andalucía y se aprueban el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. (BOJA N°102, de 5 de septiembre)
13. Orden de 29 de Febrero de 1996, por la que se regula la acreditación de los Centros de Atención a Drogodependientes. (BOJA N° 40, de 30 de Marzo)
14. Decreto 16/1994, de 25 de Enero, sobre autorización y registro de centros y establecimientos sanitarios. (BOJA N°14, de 5 de Febrero)
15. Decreto 162/90, de 29 de Mayo, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos. (BOJA N° 51, de 19 de Junio)
16. Orden de 2 de Enero de 2001, por la que se regulan y convocan subvenciones en el ámbito de la Consejería para el año 2001. (BOJA N° 5, de 13de Enero)
17. Orden de 5 de junio de 2000, por la que se regulan los convenios con entidades privadas para el desarrollo de programas asistenciales y de incorporación social en materia de drogodependencias. (BOJA N°77, de 6 de julio)
18. Orden de 27 de Febrero de 1996, por la que se convocan y regulan programas en materia de reinserción social para drogodependientes. (BOJA N° 35, de 19 de Marzo)
19. Orden de 11 de septiembre de 2000, por la que se regulan y convocan subvenciones dirigidas al fomento de empleo de drogodependientes en proceso de incorporación social. (BOJA N°115, de e de octubre)
20. Orden de 23 de marzo de 2000, por la que se convocan los VI Premios Andaluces de Investigación en materia de drogodependencias. ( BOJA N° 46, de 18 de abril)

21. Decreto 68/1994, de 22 de Marzo, por el que se establecen medidas especiales en materia de Drogodependencias. (BOJA N° 51, de 16 de Abril)
22. Decreto 177/1999, de 31 de Agosto, por el que se modifica el Decreto 68/1994, de 22 de marzo, por el que se establecen medidas especiales en materia de drogodependencias.
23. Orden de 31 de mayo de 1994, por la que se regula la Comisión de Participación sobre Drogodependencias de Andalucía. (BOJA N° 87, de 11 de Junio)
24. Orden de 11 de Octubre de 1996, por la que se modifican algunos artículos de la de 31 de mayo de 1994, por la que se regula la Comisión de Participación sobre Drogodependencias en Andalucía. (BOJA N° 128, de 7 de Noviembre)
25. Decreto 68/1990, por el que se aprueba el Programa Especial de Intervención sobre drogodependencias en barriadas de actuación preferente y zonas de alta incidencia. (BOJA N°91, de 2 de Noviembre)
26. Ley 2/1986, de 19 de abril, del Juego y Apuestas de la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA N°35 , de 25 de abril)
27. Decreto 491/1996, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Máquinas Recreativas y de Azar. (BOJA N°135, de 23 de noviembre)
28. Decreto 513/1996, de 10 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento del Juego del Bingo. (BOJA N°144, de 14 de diciembre)
29. Decreto 410/2000, de 24 de octubre, por el que se crea el Registro de Control e Interdicciones de acceso a los Establecimientos dedicados a la práctica de los juegos y apuestas y se aprueba su Reglamento. (BOJA N°130, de 11 de noviembre)
30. Acuerdo del 23 de febrero de 1998, del Consejo de Gobierno por el que se crea la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias.
31. Resolución de 7 de septiembre de 1998, del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, por la que se clasifica como de Asistencia Social la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias, y se aprueban sus Estatutos y se confirma el Patronato. (BOJA N°109, de 26 de septiembre)

32. Ley 1/2001, de 3 de mayo, por la que se modifica la Ley 4/1997, de Prevención y Asistencia en Materia de Drogas. (BOJA N°59, de 24 de mayo)
33. Decreto 128/2001, de 5 de junio, por el que se regula la composición y el funcionamiento del Consejo Asesor sobre Drogodependencias. (BOJA N°66, de 9 de junio)
34. Decreto 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/97, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas.



### Equipo Redactor

*Acejas Hernández, Carmen*  
*Arenas Domínguez, Fernando*  
*Ballesta Gómez, Rosario*  
*Bellido Jiménez, Víctor*  
*Calderón Llorente, Domingo*  
*Castillo Manzano, Alfredo*  
*Guzmán Cuevas, Javier*  
*Herrera Menchen, M<sup>a</sup> del Mar*  
*Marsset Fernández, Miguel*  
*Nuñez de la Torre, Nicolás*  
*Torres Garriga, Jaime*  
*Villar Arévalo, Lourdes*

### Coordinación Técnica

*Ballesta Gómez, Rosario*

### Secretaría

*Hoyos Gil, Ana María*  
*Ocaña Amaya, Carmen*

### Agradecimientos

- *Aguilar Alés, Remedios*
- *Aguilar Silva, Encarnación*
- *Aguilera Luna, José Luis*
- *Alvarez Campo, Pedro*
- *Alvárez, Raúl*
- *Araque Serrano, Francisco*
- *Arranz Fera, Beatriz*
- *Asención Márquez, Patricio*
- *Bautista Morente, Matilde*
- *Benjumea Pino, Pedro*
- *Bermudo Albala, Valle*
- *Bermudo Sanz, Natividad*
- *Blanco Medina, Daniel*
- *Brupal Puig, M<sup>a</sup> Teresa*
- *Calatrava González, M<sup>a</sup> Angeles*
- *Camacho Herrera, Antonio*
- *Cañizares Márquez, Fidel*
- *Cañuelo Higuera, Bartolomé*
- *Carrasco González, Ana M<sup>a</sup>*
- *Carrasco Limón, Francisco*
- *Casado Jurado, Vicente*
- *Castro Granada, M<sup>a</sup> Guía*
- *Clemente García, Juana*
- *Cubero González, Elena*
- *De la Villa Márquez, Guadalupe*
- *De los Riscos Casasola, Lola*
- *Delgado Esteban, Natividad*
- *Díez Salaber, Juan*
- *Fernández García, Elena*
- *Fernández Merino, Juan Carlos*
- *Fernández Ortega, Virtudes*
- *Fernández-Gaitan Angulo, Gloria*
- *Frasquet Romero, Francisco*

## Agradecimientos

- *Fuente, Luis de la*
- *García Minguez, Jesús*
- *Gil Navarro, Silvia*
- *González Regalado, Josefina*
- *González, Carlos*
- *Grau Selles, Margarita*
- *Gutierrez Real, Carmen*
- *Gutierrez, José Luis*
- *Herrera Carrasco, Rosario*
- *Lagares Rosado, José*
- *Lainez, Joaquín*
- *León Fuentes, José Luis*
- *López Medel, Raquel*
- *Luque García, Francisco*
- *Marenco Gallego, M<sup>a</sup> Angeles*
- *Márquez Luque, Valentín*
- *Martín Pozas, Jesús*
- *Martínez Hernández, Javier*
- *Millán Jiménez, Ara*
- *Miranda Plata, M<sup>a</sup> Plata*
- *Molina, Blanca*
- *Monje Moreno, Isidro*
- *Montes Sánchez, Sara*
- *Moreno Jiménez, Pilar*
- *Moreno Roldán , Antonio*
- *Muñoz González, Pilar*
- *Oliva Rodríguez , M<sup>a</sup> Oliva*
- *Orozco, Flor*
- *Padilla Ruíz, Manuel Jesús*
- *Paneque Gil, Francisco*
- *Quintero Escudero, Ascención*
- *Ramírez López, Juan Fco.*
- *Real Gil, Ana Isabel*
- *Repetto Jiménez, Manuel*
- *Robles Lozano, Luis*
- *Rodríguez Cejas, M<sup>a</sup> Angeles*
- *Rodríguez Jiménez, Victoria*
- *Roldán Soto, Inmaculada*
- *Romo Aviles, Nuria*
- *Ruíz del Fresno, Covadonga*
- *Ruíz Martinez, Manuel*
- *Salcedo Megales, Damián*
- *Santos Garridos, Cinta del Rocio*
- *Sierra Luque, Francisco*
- *Tenorio Iglesias, José*
- *Tirado Rodríguez, Pastora*
- *Torres Sánchez, Antonio*
- *Torró García-Morato, Cristina*



