



# **VI PLAN DE ADICCIONES**

## **DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI**

### **2011-2015**

**DIRECCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS**

**DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO**

---

# INDICE

## **1.- REFLEXIÓN DIAGNÓSTICA (Pág. 4)**

- 1.1.- REFERENCIAS TEORICAS (Pág. 5-15)
- 1.2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL USO DE DROGAS Y OTROS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS (Pág. 15-38)
- 1.3.- DATOS DESDE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES (Pág. 38-72)
- 1.4.- CONCLUSIONES (Pág. 72-79)

## **2.- HITOS, AVANCES Y RECURSOS (Pág. 80)**

- 2.1.- HITOS (Pág. 81-83)
- 2.2.- DATOS GENERALES DE LOS RECURSOS EXISTENTES AL FINALIZAR EL V PLAN (Pág. 83-85)
  - 2.2.1.- Control de la oferta (Pág. 85-87)
  - 2.2.2.- Prevención Universal (Pág. 87-90)
  - 2.2.3.- Prevención Selectiva (Pág. 90-92)
  - 2.2.4.- Prevención Indicada (Pág. 92-94)
  - 2.2.5.- Asistencia (Pág. 94-98)
  - 2.2.6.- Prevención determinada e Inserción (Pág. 99-109)
  - 2.2.7.- Coordinación y Apoyo (Pág. 109-117)
  - 2.2.8.- Recursos específicos frente a las adicciones sin sustancia (Ludopatías y otras) (Pág. 117-118)

## **3.- MARCO POLITICO O FILOSOFÍA DEL VI PLAN (Pág. 119)**

- 3.1.- LINEAS POLÍTICAS DE ACTUACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS (Pág. 120)
- 3.2.- MARCO LEGAL DEL PLAN (Pág. 120-124)
- 3.3.- PRINCIPIOS RECTORES O LOS VALORES DEL VI PLAN (Pág. 125-127)
- 3.4.-OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN (Pág. 127-128)
- 3.5.-LA MISION DEL VI PLAN (Pág. 128)
- 3.6.- LOS ESPACIOS Y COLECTIVOS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA (Pág. 128-129)
- 3.7.- LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL VI PLAN (Pág. 129-130)
- 3.8.- CONEXIÓN DEL VI PLAN CON OTROS PLANES DE LA ADMINISTRACIÓN VASCA Y CON LAS ESTRATEGIAS EUROPEAS Y LA ESTRATEGIA NACIONAL (Pág. 130-134)

## **4.- LINEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES (Pág. 135)**

- 4.1.- CONTROL DE LA OFERTA (Pág. 136-141)
- 4.2.- PREVENCIÓN UNIVERSAL (Pág. 142-153)
- 4.3.- PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA (Pág. 153-166)
- 4.4.- ASISTENCIA TERAPEUTICA (Pág. 166-174)
- 4.5.- PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL (Pág. 174-186)
- 4.6.- COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES (Pág. 186-195)

## **ANEXO I (Pág. 196)**

1. Análisis del gasto por línea (Pág. 197-201)
2. Análisis del gasto por entidad (Pág.202-209)

## **ANEXO II (Pág. 210)**

Resultados Generales y Presupuestos de la Evaluación de los Proyectos Desarrollados en el Ejercicio 2009 (Pág. 211-234)

## **ANEXO III (PÁG. 235)**

### **Anexo III-1: (Pág. 236-238)**

Diagnóstico compartido por:

- La Estrategia Europea en Materia de Lucha contra las Drogas (2005-2012),
- La Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016) y su Plan de Acción Sobre las Drogas (2009-2012)
- y el VI Plan de Drogodependencias de la CAPV.

### **Anexo III-2: (Pág. 239-244)**

Líneas políticas y filosofías compartidas por:

- La Estrategia Europea en Materia de Lucha contra las Drogas (2005-2012),
- La Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016) y su Plan de Acción Sobre las Drogas (2009-2012)
- y el VI Plan de Drogodependencias de la CAPV.

### **Anexo III-3: (Pág. 245-259)**

Acciones compartidas por:

- La Estrategia Europea en Materia de Lucha contra las Drogas (2005-2012),
- La Estrategia Nacional Sobre Drogas (2009-2016) y su Plan de Acción Sobre las Drogas (2009-2012)
- y el VI Plan de Drogodependencias de la CAPV.

## **ANEXO IV (PÁG.260)**

### **Delimitaciones competenciales y económicas de los Programas del VI Plan de Adicciones**

- I. Línea de control de la oferta (Pág. 261)
- II. Línea de prevención universal (Pág. 262-263)
- III. Línea de prevención selectiva e indicada (Pág. 263-265)
- IV. Línea de asistencia (Pág. 265-266)
- V. Línea de prevención determinada, inclusión e incorporación social (Pág. 266-268)
- VI. Línea de coordinación y apoyo a profesionales (Pág. 268-271)

## **CAPÍTULO 1.- REFLEXIÓN DIAGNÓSTICA**

---

Las adicciones constituyen una realidad muy compleja, dada la interacción de elementos que se produce tanto en sus orígenes como en su proceso y culminación.

Los comportamientos adictivos han sido una de las primeras preocupaciones de la ciudadanía y en la actualidad, aunque este nivel de alarma ha descendido, siguen siendo un tema que suscita interés habida cuenta de la frecuencia con que aparece en los medios de comunicación.

Esta presencia ha promovido la aparición de constructos sociales, estereotipos, representaciones sociales y estereotipos sobre el fenómeno de la droga y su consumo, que recogiendo una parte de la verdad la deforman, recargando algunos aspectos y olvidando otros elementos nucleares.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el uso de drogas o la práctica del juego son comportamientos habituales ya que la mayoría de las personas usa algún tipo de droga, como el alcohol, o juegan a la Lotería del Estado, y no tienen ni tendrán problemas derivados de dichos comportamientos. Esto, junto a esas representaciones sociales y estereotipos, a menudo crean confusión que se resuelve a través de prejuicios morales, de forma que la persona adicta es considerada viciosa y no una persona con problemas, con una enfermedad y con dificultades para desarrollar una vida normal.

A menudo los propios prejuicios establecen *categorías diagnósticas* en función de su condición y de la clase social a la que pertenece la persona, de la sustancia que consume o del juego que practique, sorteando los elementos esenciales que promueven que una persona, independientemente de su condición y de la sustancia utilizada o del juego que practique, avance hacia la adicción.

Los profesionales tenemos la obligación de acercarnos al fenómeno con la mayor objetividad posible, de forma que orientemos las intervenciones a partir de las evidencias, de las teorías contrastadas y de las posibilidades reales que nos ofrece nuestro medio. Es por eso que este Plan comienza con una reflexión diagnóstica que debe ayudar a poner en marcha intervenciones eficaces.

### **1.1.- REFERENCIAS TEÓRICAS**

Los inicios del uso de una sustancia o de la práctica del juego vienen motivados por una serie de factores diferentes a los que influyen en su continuidad o mantenimiento y, por supuesto, distintos a los que intervienen en el desarrollo de una adicción.

Hay excepciones debidas condiciones de alta exclusión o de grave enfermedad mental o de desatención familiar que hacen que los comienzos en el uso de drogas o en otras conductas adictivas sean muy tempranos, sin embargo en la mayoría de los casos los inicios acontecen en la adolescencia y primera juventud, ya que en esas edades concurren grandes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Se pugna por abandonar un estatus de niño/niña-dependiente, y se acometen comportamientos que, estando a su alcance son privativos de los adultos, como fumar, beber alcohol o jugar dinero en las máquinas de los bares. Estos comportamientos tienen ese significado de iniciación, de experimentación, de satisfacción de la curiosidad por lo prohibido.

Una vez que esas etapas de iniciación y de experimentación se van cubriendo, los consumos entran en una nueva fase: una parte de la juventud los abandona, mientras otra continúa practicándolos de forma restringida, manteniéndose en cotas moderadas, tal como ocurre con buena parte de los consumos de alcohol o del juego. Un tercer grupo o sector seguirá insistiendo e incluso, dentro de éste, una parte se dirigirá hacia comportamientos de mayor riesgo.

Por lo que se sabe, el paso desde los comportamientos moderados hacia los de riesgo, y lo que esto supone de uso reiterado, habitual o frecuente, no se debe al azar, pero tampoco obedece a unas causas precisas, sino que va a estar influenciado por una serie de factores de riesgo.

Los factores de riesgo se definen como elementos, características o circunstancias internas y/o externas cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. En este caso actúan favoreciendo el consumo problemático de drogas u otras conductas susceptibles de genera una adicción, es decir, sitúan a la persona en una posición de vulnerabilidad.

Hay definidos muchos factores de riesgo que dependen de diversos niveles de la realidad humana, pero hay un acuerdo bastante unánime sobre las importantes particularidades de estos factores de riesgo:

- Dependiendo del número de factores de riesgo que concurren en una persona y de su potencial -porque no todos tienen la misma fuerza-, esta persona tendrá más o menos probabilidades -o riesgos- de generar un comportamiento problemático, pero como tal, una probabilidad no equivale a una certeza.
- Los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues tienen relación recíproca y dinámica entre ellos, es decir, que unos factores de riesgo primarios o distantes actúan sobre otros más secundarios o superficiales y todos ellos incrementan su potencia. También se producen sinergias entre diferentes factores aumentando su potencial.
- La presencia de un solo factor difícilmente va a derivar en abuso, por el contrario, normalmente, concurren varios factores que interactúan entre sí para dar lugar a esa conducta.
- Por otro lado, no es necesaria la presencia de todos los factores de riesgo para que se produzca el comportamiento desviado.

La variedad de características y circunstancias personales y sociales hace que se pueda llegar a la adicción a través de procesos muy diferentes, esto supone que no siempre tienen que estar presentes los mismos factores de riesgo. Sin embargo si se puede considerar que se necesitan tres grupos de elementos:

- Un medio que promueva el uso de drogas u otras conductas susceptibles de genera una adicción: ese medio puede ser toda una cultura, tal y como ocurre con nuestra sociedad y el alcohol y los juegos de azar, o puede ser un medio muy restringido, como sucede en el caso del uso de la heroína. En cualquier caso, el medio tiene que existir y el sujeto estará inmerso o, al menos, tendrá contacto con él.
- Una persona predispuesta a consumir habitualmente o adoptar otro comportamiento adictivo por motivos muy diversos: grave malestar emocional, una enfermedad mental, ciertas características personales etc., y que está en contacto con ese medio que favorece el consumo.

- La relación personal entre el sujeto y la sustancia; desde las sensaciones que percibe hasta el efecto fisiológico que le produce.

### 1.1.1.- FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

Referimos los factores de riesgo individuales a aquellos propios del individuo sin que exista apenas capacidad de influencia desde el entorno. Hay tres variables especialmente relevantes:

**Los factores biológicos:** Las sustancias adictivas refuerzan positivamente la conducta por los beneficios que producen, lo mismo que otras conductas naturales producen placer y refuerzan su repetición y, a su vez, la adicción produce un refuerzo negativo (síndrome de abstinencia). En algunas personas la sensibilidad de sus mecanismos de recompensa hace que con un uso leve adquiera una dependencia, mientras que otras personas con un consumo mucho más intenso no generen una adicción

**Trastornos mentales:** En la actualidad existe una estrecha relación entre los/as pacientes toxicómanos/as y la enfermedad mental (patología dual, comorbilidad...). En principio, todo aquello que produzca sufrimiento puede favorecer el uso de sustancias, y algunas personas con patología mental sin diagnosticar pueden utilizar drogas a modo de *automedicación*, como es el caso de la esquizofrenia o la depresión que pueden hacer uso de ellas para encontrar algún tipo de alivio o de recompensa ante el sufrimiento.

Hay que tener en cuenta que, en otros casos, la enfermedad mental no es tanto la causa sino la consecuencia de la dependencia y de los largos periodos de consumo. A caballo de estas dos concepciones está la idea de que **las drogas actúan como desencadenantes de trastornos mentales latentes**.

A pesar de lo poderosos que puedan parecer dichos elementos, hay que tener en cuenta que estas personas pueden seguir caminos muy diferentes, de forma que en un extremo nos encontramos con que sus dificultades puedan ser diagnosticadas y tratadas o, en el extremo opuesto, nos encontramos a personas abandonadas a su suerte.

### 1.1.2.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES

Se denominan así a ciertas características del ámbito de la personalidad y que son influenciadas desde el entorno inmediato. Dentro de ellas se han señalado los siguientes cinco grupos de elementos.

**Las actitudes, creencias y valores:** Las expectativas, creencias y actitudes, que constituyen lo que se denomina cognición social, es el factor con el que el consumo establece una relación más ajustada, ya que tener una actitud favorable al uso de drogas o al juego, resultado de la ecuación entre beneficios y perjuicios, junto con la percepción de que lo normativo es consumir o jugar, produce una intención de hacerlo que constituye la causa más inmediata de consumo (Bandura: la conducta es el resultado de la interrelación del aprendizaje, los procesos cognitivos y el ambiente social).

**Habilidades sociales:** Son las capacidades de interacción social, los recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad expresando las propias opiniones y sentimientos. Las personas con más dificultades para interaccionar, manifestar y defender

sus opiniones serán más vulnerables a la influencia-presión del grupo, de forma que si en el grupo al que se pertenece se consume o se juega, éstas tienen mucho riesgo.

**Autoconcepto, autoestima y autoeficacia:** Las investigaciones sobre estos conceptos arrojan resultados contradictorios, por lo que se ha tratado de proporcionar una explicación más plausible y en vez de hablar de un pobre autoconcepto quizás sea más preciso referirse a un autoconcepto equilibrado en el sentido de que las personas que arrojan una valoración positiva con respecto a las entidades pro-sociales (familia, escuela, grupo, tiempo libre, etc.), correlacionan con comportamientos normativos y aceptados (moderados), mientras que quienes correlacionan muy bajo con ellas, pueden buscar una “recompensa” en las relaciones con “otros iguales diferenciales” en los que los comportamientos no-normativos son bien aceptados y valorados y, por lo tanto, pueden tener también un autoconcepto alto o incluso muy alto pero desajustado.

**Autocontrol, Impulsividad y Presentismo:** La impulsividad, la escasa percepción del riesgo y el bajo autocontrol, junto con otras actitudes cercanas como el presentismo, el no valorar las consecuencias de los actos, la toma de decisiones poco meditada, una búsqueda de la gratificación inmediata, un hedonismo superlativo, una baja capacidad para demorar las gratificaciones, la necesidad por experimentar sensaciones nuevas e intensas, el ansia de estimulaciones fuertes, etc., constituyen elementos fundamentales para entender las conductas de riesgo y están relacionadas estrechamente con el consumo habitual de drogas y la práctica de otros comportamientos susceptibles de crear dependencias.

**Vivencias negativas** como la soledad, entendida como un sentimiento profundo, es un factor que aparece con frecuencia entre las personas jugadoras problemáticas, una soledad que se concreta, habitualmente, en la ausencia de la familia y que no es infrecuente en los casos de alcoholismo.

### 1.1.3.- LA INFLUENCIA DE LOS MICRO-GRUPOS

La persona está inserta en una serie de instancias que ejercen una gran influencia sobre ella. Se trata básicamente de la familia, la escuela, el trabajo, el grupo de iguales y el barrio. Esta influencia, a su vez, se muestra en dos dimensiones: la influencia sobre las características personales por un lado y los valores y las actitudes ante las sustancias y las conductas de riesgo.

**La familia,** cuando funciona adecuadamente, reduce los riesgos al cimentar características personales positivas, pero contribuirá a establecer características personales de riesgo cuando en ella se producen desajustes graves como son los malos tratos o, en menor medida, cuando ejerce modelos educativos desajustados (carencias afectivas y de comunicación, falta de apoyo emocional, autoritarismo, control y disciplina muy rígida, permisividad, padres y madres indiferentes, ausentes o periféricos, superproteccionistas...).

.- La familia también influye como transmisora de modelos de comportamiento, a través del modelado y de la transmisión de actitudes y valores de forma directa. La observación de la conducta y las actitudes de padres, madres y hermanos/as ante el consumo de alcohol o de otras drogas o del juego van a ejercer una influencia notable.

**La escuela.** El consumo problemático de drogas aparece relacionado estrechamente con dificultades en el medio escolar (bajo rendimiento, absentismo, desinterés hacia las actividades escolares, desapego emocional hacia el centro escolar...) Sin embargo, esta



relación no debe entenderse siempre como causa-efecto en una u otra dirección, sino que a menudo es el resultado del mismo proceso, ya que los factores de riesgo personales señalados también están asociados con las dificultades escolares, por lo que unos y otros se potencian.

**El grupo de iguales-pares.** El grupo de amigos y amigas se ha manifestado como una de las variables con una correlación más alta para el uso de drogas en la adolescencia. Con la entrada en la adolescencia la atención de la persona se va desplazando de la familia a las amistades, con quienes se comparten intereses similares que proporcionan a la persona adolescente una nueva identidad social y puntos de referencia para organizar una nueva vida (más autónoma). Desde ahí, estará en permanente búsqueda de la aceptación del grupo; sin embargo, lo que esto no explica es el trasfondo, es decir, cómo surgen esos intereses que unen.

**El barrio.** En cuanto a los modelos que ofrecen el barrio, el pueblo o la zona, nos encontramos con barrios en los que hay una gran accesibilidad a las sustancias de consumo y donde se ven con normalidad consumidores/as habituales de sustancias ilegales, también de adictos/as e incluso de traficantes. En ese caso, los valores relativos al uso de drogas propios del barrio pueden ser de permisividad y percibirse éstos como comportamientos normalizados.

**El trabajo.** También está relacionado con el uso de drogas y con el desarrollo de conductas adictivas por dos motivos fundamentales: en un caso porque las condiciones de trabajo favorecen el uso de drogas o la exposición al juego, por ejemplo (el tedio, el trabajo por turnos, las malas condiciones,...) y, por otro lado, porque en determinadas profesiones se promueven valores favorables al uso de drogas y/o el juego.

#### 1.1.4.- LA INFLUENCIA MACRO-SOCIAL

La sociedad promueve factores de riesgo a través de cuatro grandes vectores que tienen una influencia directa sobre el consumo o indirecta promoviendo el desarrollo de ciertos factores de riesgo; a menudo todos estos vectores se refuerzan entre sí:

Directamente la promoción del uso de drogas:

- La oferta y disponibilidad, que permiten una total accesibilidad a las sustancias (las drogas legales) y a otros productos de consumo factibles de crear adicciones como el juego y favoreciendo su utilización.
- Los usos de drogas y otros comportamientos susceptibles de crear adicciones están envueltos en un entramado de valores, estereotipos y mitos que los hacen atractivos para determinados grupos, que van desde los más claros como los que asocian el consumo de sustancias al placer, a los más subliminales que vinculan el uso de algunas sustancias como la cocaína o el whisky añejo o determinadas formas del juego como casinos, por ejemplo, con el estatus social y el prestigio personal.

Indirectamente, creando condiciones que promueven factores de riesgo:

- La sociedad presiona a la ciudadanía para conseguir un reconocimiento y un prestigio social, pero por un lado se promueven valores banales, superficiales carentes de compromiso social, mientras que por otro se centra dicho prestigio en el éxito económico y profesional, esto contribuye a desechar otras posibilidades de reconocimiento social basadas en procesos solidarios, de forma que una parte de la

ciudadanía abandona sus responsabilidades ciudadanas e incluso familiares en pro de otras conductas que proporcionan un mayor prestigio.

- Los valores y las exigencias sociales dificultan la integración de los segmentos más débiles, relegándolos a posiciones marginales y la pobreza es uno de los factores más relacionados con la salud y con las adicciones.

### 1.1.5.- LA INTERACCIÓN DE FACTORES EN LA SOCIALIZACIÓN

Teniendo en cuenta que todos estos factores por separado no puede explicar los consumos problemáticos, y teniendo en cuenta que muchos de estos factores no están aislados sino que interaccionan con otros produciendo sinergias de influencia, una serie de autores/as han ido configurando diversos **modelos explicativos** a partir de diversos factores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que muchos de estos modelos no son excluyentes, se apoyan en unas ideas pero no siempre descartan otras. Si hiciéramos un extracto entre los modelos nos encontraríamos con una serie de ideas con bastante consenso:

Algunos de estos modelos explican el consumo problemático de drogas como parte de otros comportamientos desviados propios de ciertos grupos de jóvenes y adolescentes entre los que se encontrarían los comportamientos violentos, la comisión de algunos delitos, las relaciones sexuales de riesgo, incluso la anorexia, a los que bien se podría incluir en la actualidad otras conductas relacionadas con la práctica de los juegos de azar y otro tipo de apuestas.

El uso habitual y problemático de drogas (no el mero uso de drogas) está estrechamente relacionado con la pertenencia a grupos de adolescentes y jóvenes que podríamos denominar *diferenciales*, donde estos comportamientos están bien vistos, son normales y, hasta cierto punto, alentados. De hecho, el pertenecer a un grupo que consume o el tener amistades consumidoras es la variable que más correlaciona con el consumo de drogas.

La pertenencia a dichos grupos no se produce por casualidad, sino que los grupos se forman por intereses y afinidades comunes. En principio, parece que se produce por una fractura en los procesos de socialización convencional hacia las entidades pro-sociales como la familia, la escuela, el barrio, etc. A partir de ahí se van configurando estos grupos de adolescentes y jóvenes que no “encajan” y que van asentando sus propios valores y comportamientos diferenciales.

Los motivos de esta fractura son diversos y es ahí donde los diversos modelos muestran algunas discrepancias:

- La pobreza y la pertenencia a familias en alta exclusión, en cuyo caso el conflicto no siempre se produce con la familia sino que, a veces, es de la propia familia la que sostiene el conflicto con otras instancias de socialización, como la escuela o el barrio.
- Las dificultades escolares y el desarraigo en el entorno académico.
- La distancia-tensión entre metas sociales de éxito y consumo y el acceso a medios muy modestos para alcanzar dichos fines.
- Las deficiencias en el proceso de socialización familiar, que en muchos casos no hace referencia a la pobreza sino a desajustes que pueden ser muy graves como son los malos tratos o, más leves como las carencias afectivas y de comunicación, falta de apoyo emocional, autoritarismo, o la falta de supervisión... que acontecen en núcleos familiares de todo tipo.
- Las características personales deficitarias (baja autoestima, impulsividad...).

La existencia de estos grupos diferenciales y su pertenencia a ellos va a condicionar la relación de estos y estas jóvenes con la sociedad convencional, de forma que esa pertenencia les proporciona una nueva identidad que se va definiendo, de un lado, por sus actividades y estilos de vida y, de otro, por la reacción de la comunidad, que los rechaza en sus ámbitos convencionales y los identifica como jóvenes a-sociales. En esa situación de rechazo y aislamiento, estos grupos de jóvenes sólo pueden relacionarse con otros grupos en similares circunstancias, lo que no sólo reforzará su integración en el grupo diferencial, fortaleciendo su identidad de persona desviada, sino que actuará como defensa a su situación, insistiendo en su comportamiento, reforzando su conducta y su sentimiento de pertenencia.

Hay que tener en cuenta que, si bien los/as adolescentes y jóvenes de familias en exclusión o en situaciones carenciales graves tienen muchas probabilidades de formar parte de estos grupos diferenciales, esto no es exclusivo de ellos, sino que también ocurre en otros grupos de clase media y clase alta, pero que dadas sus características personales y/ o familiares no consiguen incorporarse a recorridos pro-sociales (la escuela, el tiempo libre...), por lo que dentro de su ámbito también constituirán o formarán parte de grupos diferenciales.

#### **1.1.6.- OTRAS CONSIDERACIONES SOBRE EL PROCESO DE CONSUMO**

Los modelos explicativos del consumo de drogas se han elaborado fundamentalmente para describir los procesos de consumo entre la adolescencia y la juventud, por lo que no hay apenas teorías explicativas similares para el colectivo adulto, aunque una parte de los factores de riesgo señalados anteriormente puedan servir para describir algunos procesos en esta franja etaria, sobre todo si dejamos de lado aspectos relativos al proceso de socialización que acontecen en la familia y escuela y si los centramos en los que se producen en el entorno laboral, de amistades y del barrio.

Es importante, llegados a este punto, tener en cuenta que para entrar en contacto con sustancias que provocan un gran rechazo social, como es el caso de la heroína, se requiere la confluencia de muchos y muy poderosos factores de riesgo. Sin embargo, cuando nos referimos a drogas legales o a conductas que están aceptadas socialmente como los juegos de azar, es posible que con relativamente pocos factores de riesgo, o con factores de riesgo menos potentes, se puedan ir generando estilos de vida bastantes normalizados que favorezcan un consumo habitual, tal como puede pasar con el alcohol o la práctica de ciertos juegos de azar como las *tragaperras*, o como puede estar pasando con el cannabis y con la cocaína, cuyo consumo es plenamente aceptado por muchos sectores sociales, que proporcionan una escasa percepción del riesgo, lo que favorece un consumo habitual.

#### **1.1.7.- LA ADICCIÓN Y OTROS PROBLEMAS**

Hasta ahora se han explicitado los factores que inducen o favorecen el consumo y los que actúan a favor de un consumo reiterado o habitual, pero eso en ningún caso puede confundirse con la dependencia, que se define como una enfermedad que afecta al sistema nervioso central (SNC) repercutiendo negativamente en el comportamiento.

Para que se produzca dicha enfermedad es necesario, además del uso reiterado y frecuente de una sustancia, la confluencia de una serie de características fisiológicas, personales y ambientales.

El consumo reiterado y frecuente de una droga afecta al sistema nervioso provocando una serie de cambios en el sistema dopaminérgico que alteran los circuitos del estrés y del placer. Estos cambios perduran en el tiempo como consecuencia de la agresión farmacológica ocasionada por el consumo reiterado. Ahora bien, para que esa alteración sea significativa como para producir la adicción, han de influir variables como el tipo de sustancia, la frecuencia de uso de la misma, pero también entrarán en juego aspectos como la vulnerabilidad fisiológica y la ambiental.

El uso de la sustancia, además, se acompaña con frecuencia de otro tipo de perjuicios para la salud física y/ o mental de la persona, así como de otro tipo de problemas relacionales, todo lo cual supone una gran pérdida en la calidad de vida de la persona usuaria de drogas.

A pesar de que la adicción representa el paradigma de los problemas asociados al uso habitual de drogas o al juego reiterado, no constituyen el único problema, sino que estos comportamientos pueden ocasionar otras dificultades como son accidente de tráfico, laborales y domésticos, violencias, pérdidas en la salud física y mental, así como en la calidad de vida, el bienestar y la integración.

### 1.1.8.- ALGUNAS PRECISIONES DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

En 1980 la American Psychiatric Association (APA) reconoció al juego patológico como una enfermedad psiquiátrica nosológicamente independiente. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS -1992) lo definió como un trastorno caracterizado por la presencia de frecuentes y reiterados episodios de participación en juegos de apuestas.

Tanto la APA como la OMS consideran el juego patológico como **un trastorno de control de los impulsos**. En este grupo el DSM-IV incluye otras afecciones como la piromanía, la cleptomanía y la tricotilomanía, sin embargo, otras teorías abren su reflexión a otras interpretaciones, así también se considera que la ludopatía pertenece al espectro de los **trastornos obsesivo-compulsivos**, conformado por trastornos que implican un pobre control de los impulsos. Desde otras perspectivas tienden a considerar la ludopatía como una **conducta adictiva** (la ludopatía “adicción sin sustancia”) y, como sucede con el consumo de sustancias, es una conducta que persiste a pesar de las consecuencias adversas que origina (OMS, 1993), entre las que destacan la ansiedad, la depresión y la alta comorbilidad hallada entre este trastorno y otros trastornos adictivos, especialmente la adicción al alcohol. Otros lo consideran un **trastorno afectivo**, dada la gran relación entre el juego y los cuadros depresivos.

Lo mismo que en el caso de las drogodependencias, hay muchas personas que hacen uso de elementos capaces de crear adicción como el juego pero solo una parte genera problemas derivados de dicha práctica. De hecho, la clasificación más operativa, la de Labrador y Becoña (1994), distingue entre:

- El jugador/a social: Juega por entretenimiento o satisfacción. Tienen un control total sobre su conducta.
- El jugador/a problema: Juega de forma diaria o frecuentemente, con un gasto habitual de dinero que en ocasiones le genera problemas. Tiene menos control sobre sus impulsos

- El jugador/a patológico: Se caracteriza por una dependencia emocional y una pérdida de control respecto al juego. Presenta conductas de juego descontrolado.
- El jugador/a profesional: Es quien vive del juego. Participa en juegos donde es importante la habilidad y no arriesga en el puro azar ni se implica de forma emocional.

Se tiende a aceptar, lo mismo que en las drogodependencias, que no hay una causa ni un conjunto de causas, sino que existen una serie de **factores predisponentes que favorecen el juego problemático**; algunos de ellos son muy similares a los que se plantean en el ámbito de las drogodependencias.

#### **Características personales:**

- Búsqueda de sensaciones.
- Locus de control externo: pensamiento supersticioso.
- Baja autoestima, sentimiento de inferioridad, falta de responsabilidad.

#### **Variables biológicas:**

- Déficit de noradrenalina.
- Problemas de diferenciación hemisférica.
- Aumento en la síntesis y liberación de serotonina u opiáceos.

#### **Factores socio-ambientales:**

- Oferta y disponibilidad de los juegos, difusión en los medios.
- Disponibilidad y acceso al juego.
- Grupos de iguales y limitación de alternativas para pasar el tiempo libre, (salones recreativos). Incentivan el aprendizaje vicario.
- Influencia de valores sociales que asocian la felicidad al consumo.
- Difusión de los diferentes juegos en una cultura. Las actitudes y costumbres, así como las leyes y regulaciones culturales.

#### **Factores familiares:**

- Antecedentes de madres/padres jugadores/as o alcohólicos/as.
- Disciplina familiar inadecuada.
- Exposición al juego durante la adolescencia.
- Gran importancia al dinero, a lo material.
- Falta de hincapié en el ahorro y en la planificación.
- En el caso de las mujeres, tener un marido con dependencia alcohólica.

#### **Factores de aprendizaje:**

- Condicionamiento operante.
- Condicionamiento clásico.
- Aprendizaje vicario.

También se consideran una serie de **factores que refuerzan el juego problemático**:

- Refuerzos positivos: ilusión de éxito, dinero, poder, emoción. Reforzamiento intermitente y de razón variable.

- Refuerzos negativos: la persona realiza una conducta para librarse de sensaciones o emociones desagradables.
- Estímulos: sonidos, luces, música, que el jugador asocia con sensaciones agradables.
- Alteraciones cognitivas: Llevan al jugador a establecer una serie de creencias irracionales acerca del juego. Los sesgos cognitivos más importantes son:
  - La ilusión de control.
  - Atribuciones diferenciales en función del resultado.
  - Sesgo confirmatorio.

Se tienen identificadas una serie de características que hacen que unos juegos sean más capaces que otros de producir adicción:

- El juego debe ser fácilmente accesible.
- El juego debe estar aceptado socialmente.
- La apuesta debe ser de coste reducido.
- El hecho de jugar no debe dar a entender que la persona sea jugador/a.
- Entorno que produzca bienestar o donde se pueda pasar desapercibido.
- Si en el entorno se puede beber alcohol, lo hará más adictivo.
- Debe estar presente la suerte.
- La recepción del premio debe ser inmediata.
- La recepción del premio debe hacerse notar (ruidos, algarabía...).
- Debe favorecer la creencia de que no sólo interviene la suerte.
- Debe requerir una cierta pericia.
- Debe permitir crear una relación espacial y personal entre quien juega y el juego en sí.
- Si el premio es grande, mejor, aún cuando esto no es determinante.

La mayor concurrencia de estas variables hace que las máquinas recreativas con premio (*tragaperras*) sean uno de los juegos más adictivos.

Para Custer (1984), el juego suele comenzar en la adolescencia, transcurriendo un promedio de cinco años desde las primeras apuestas hasta la pérdida total de control. Todo ello se desarrolla en tres fases:

1. Fase de ganancias: La persona juega poco, hay ganancias, lo cual aumenta su optimismo y autoestima.
2. Fase de pérdidas: Dado el optimismo de la fase anterior el/la jugador/a cada vez arriesga más, lo que incrementa las pérdidas. El factor más importante de cara a convertirse en jugador/a patológico/a es la susceptibilidad a obtener dinero de cualquier forma. Ya no se juega para ganar dinero, sino para recuperar lo perdido.
3. Fase de desesperación: El/la jugador/a sólo vive para jugar. Se despreocupa de sus obligaciones, abandona el trabajo, se incrementa el nerviosismo y se siente física y psicológicamente agotado/a y desesperado/a. Todo ello origina en estas personas un estado de pánico a causa de las deudas, problemas de depresión o ideas de suicidio.
4. Los autores Lesieur y Rosenthal (1991) añaden una fase más: Fase de desesperanza o abandono: Los/as jugadores/as asumen que nunca podrán dejar de jugar y aún sabiendo que no van a ganar juegan hasta quedar agotados/as. De acuerdo con Lesieur (1984) se puede caracterizar una espiral de deterioro típica en el comportamiento de los/as jugadores/as que acaban convirtiéndose en patológicos. Esta espiral consiste en querer conseguir más dinero

para apostar más, obligados cada vez por la necesidad de recuperar más cantidad, lo cual les conduce a la ruina económica y personal.

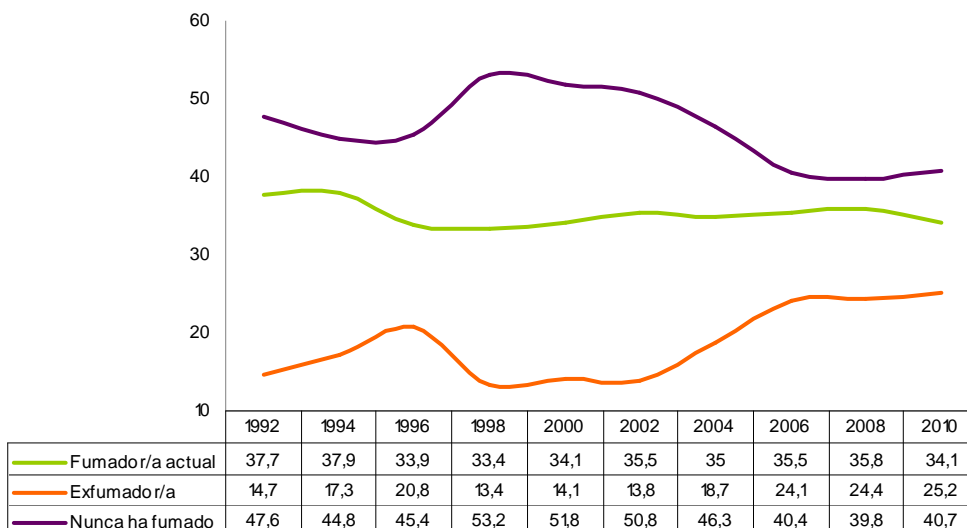
## 1.2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL USO DE DROGAS Y OTROS COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

### 1.2.1.- EL TABACO

El Gráfico 1 nos muestra como apenas existen variaciones en estas casi dos décadas en cuanto a la proporción de personas fumadoras. Sin embargo sí han cambiado los factores que hacen que este número permanezca constante:

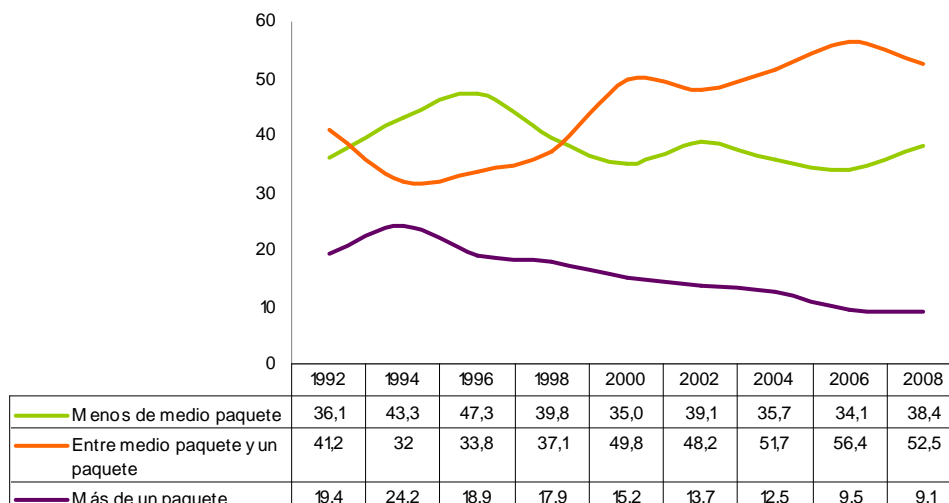
- Uno muestra un aspecto muy positivo: hay un gran número de personas que han sido fumadoras y han sido capaces de dejarlo.
- Lo negativo es la curva que señala que se siguen incorporando nuevas generaciones al uso del tabaco, incluso con más fuerza que antes.

Gráfico I.1.- Evolución de la prevalencia de consumo de tabaco por tipología de consumidor. 1992-2010 (%)



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010"

Gráfico I.2.- Evolución de la distribución de los fumadores actuales en función de la intensidad de consumo. 1992-2008 (%)



Fuente: Informe de Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2008"

El gráfico I.2, que recoge la frecuencia de consumo de los/las fumadores/as, apunta una tendencia positiva en cuanto que ha ido disminuyendo paulatinamente la proporción de personas fumadoras de más de una cajetilla.

Este dato, que en principio es positivo, tiene también un grado de incertidumbre, ya que las personas que fuman siguen habitualmente un proceso que va desde un bajo consumo en las fases de inicio hasta un uso más intenso en fases posteriores y, por lo tanto, una parte de lo que muestra es el peso de las personas que se están iniciando, el cual puede crecer.

Tabla I.1.- Proporción de personas fumadoras habituales, ocasionales, exfumadoras y no fumadoras por sexo y grupo de edad 2010 (% de la población)

SEXO	Nunca ha fumado	Ex-fumador/a	Fumador/a ocasional	Fumador/a habitual
Mujeres	47,1	22,5	5,2	25,3
Varones	34,3	28,0	5,2	32,5
EDAD				
15-19	64,9	8,3	10,2	16,6
20-24	44,1	8,6	7,4	39,9
25-29	41,0	13,6	7,9	37,5
30-34	42,5	19,7	6,2	31,6
35-44	38,6	20,9	4,2	36,4
45-54	29,9	33,2	3,5	33,4
55-64	37,3	38,6	5,3	18,8
65-74	49,4	33,4	3,4	13,8
Total	40,7	25,2	5,2	28,9

Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010"



En el informe nos encontramos con otros datos muy reveladores al respecto:

- Entre las mujeres hay un menor consumo de tabaco, pero también hay menos ex-fumadoras, teniendo un mayor peso el grupo de personas que nunca han fumado.
- Sin embargo, hombres y mujeres caminan muy parejos en cuanto al uso del tabaco desde los 15 a los 45 años, momento en el que se separan porque a partir de esas edades nos encontramos con que crece la proporción de mujeres que no han fumado.
- El mayor número de fumadores y fumadoras habituales se establece a partir de los 20 años y permanece hasta los 54, siendo el grupo de edad de 25 a 29 años (39,9%) el que concentra la mayor proporción de fumadores habituales. El descenso a partir de esas edades tiene dos explicaciones, que son: el menor consumo por parte de las mujeres a partir de los 45 años y el peso de los ex-fumadores, sobre todo varones, también a partir de 45 años.

**Tabla I.2.- Evolución del consumo de cigarrillos en población escolar de Donostia/San Sebastián perteneciente a ESO y ESPO (Bachiller y FP) (En porcentajes), escolares mayores de 14 años.**

	Donostia / San Sebastián							
	1981	1985	1987	1991	1996*	2002	2006	2009 PCPI(***)
NO FUMO	51,4	65,7	65,8	66,6	57,8	61,6	62,6	33,7
- 10 AL DÍA	28,7	20,1	21,0	20,7	32,3	28,1	27,4	36,8
11/20 AL DÍA	16,8	12,9	11,0	10,9	6,3	5,3	6,7	14,1
+ 20 AL DÍA	2,7	1,1	1,9	1,2	2	4,7	2,1	6,9
N	2.781	2.668	2.543	2.479	429	1.763	562	418

Fuente Drogas y Escuela VII

(\*) Para el estudio de la evolución únicamente se ha tenido en cuenta los datos de Donostia de BUP, FP y COU.

(\*\*) Para el estudio de la evolución únicamente se han tenido en cuenta los datos de 3º,4º de ESO, Bachiller y FP.

(\*\*\*) Estudiantes de de Centros de Iniciación Profesional de la CAV.

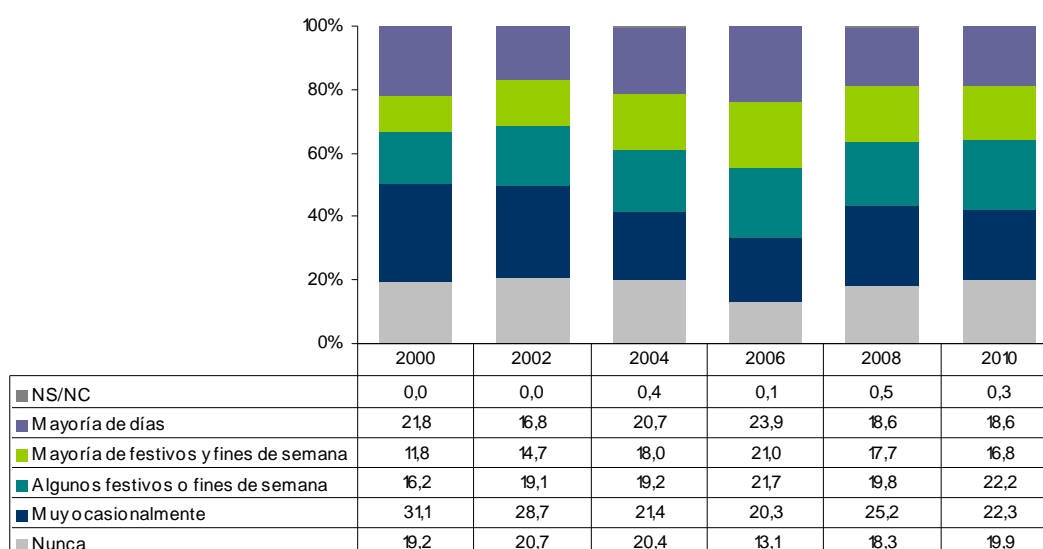
En lo que respecta a los alumnos y alumnas de enseñanza secundaria, la tabla I.2 nos muestra que apenas ha habido variaciones en cuanto al uso del tabaco entre dicho colectivo desde hace 25 años, al menos en los extremos entre las personas que no fuman y las que fuman más del paquete al día.

Estas informaciones subrayan los escasos cambios en las tendencias del consumo de tabaco -a excepción incremento de personas ex-fumadoras-, a pesar de las campañas informativas y las nuevas medidas legislativas.

### 1.2.2.- EL ALCOHOL

Como se puede apreciar en el gráfico I.3, la evolución en cuanto al uso de alcohol no muestra una trayectoria clara; no se apuntan grandes diferencias y cuando aparecen es en años intermedios. En 2002 parece que hay un mayor consumo y en el 2006 se señalan los niveles de menor consumo, para luego repuntar y equilibrarse, mientras que las cinco categorías de ocasiones de consumo muestran en 2010 valores muy similares.

Gráfico I.3. Evolución de las ocasiones consumo de alcohol entre la población total. 2000-2010 (%)



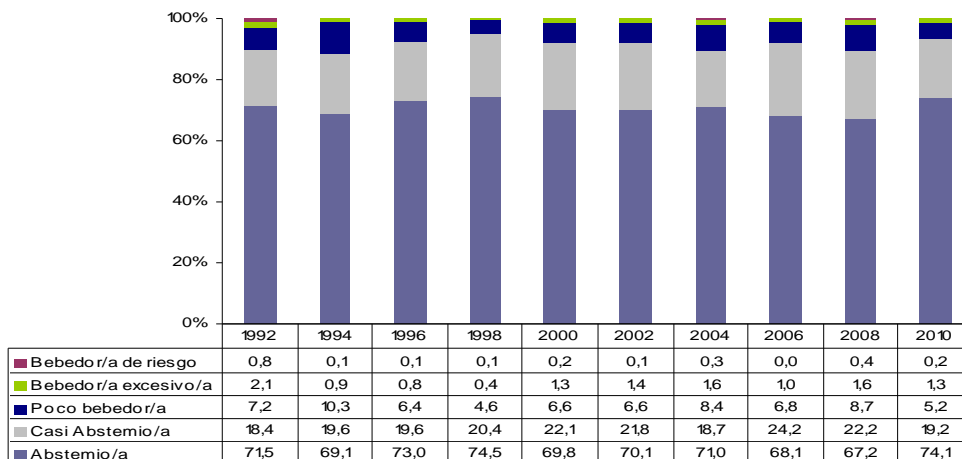
. Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010"

### EL CONSUMO DE ALCOHOL EN DÍAS LABORABLES

El consumo de riesgo y excesivo en días laborables se sitúa en el 2%, esto es, una de cada 50 personas de la población entre 15 y 75 años. Estos niveles de consumo se concentran en los varones a partir del grupo de edad de entre los 35-44 años.

La comparación de los datos de consumo de alcohol en días laborales entre 1992 y 2010 no muestra grandes cambios, aunque hay una ligera tendencia hacia la moderación en el periodo intermedio de 1998-2002 para luego ir incrementándose levemente, de forma que en 2008 se registra la proporción más baja de personas abstemias de toda la serie (67,2%), pero las personas que desocupan esta categoría se reparten entre los estamentos más moderados, manteniéndose estables las proporciones de personas bebedoras excesivas y de riesgo.

Gráfico I.4. Evolución de la distribución de la población en función de la cantidad de alcohol consumido en días laborables 1991-2010(%)

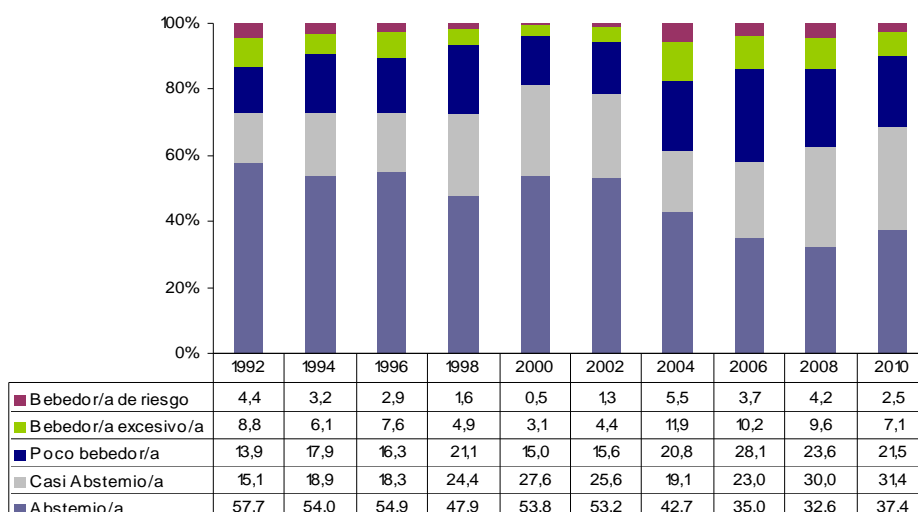


Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010"

#### EL CONSUMO DE ALCOHOL EN FINES DE SEMANA

La evolución del consumo los fines de semana muestra una cierta estabilidad en la década de los 90 hasta 2002, momento a partir del cual se reduce progresiva y significativamente la proporción de abstemios/as para incrementarse todas las categorías de bebedores/as, incluidas las de riesgo y excesivos cosa que no ha ocurrido con los consumos en días laborales. Las cuotas más altas de consumo se alcanzan en 2004 y luego van descendiendo.

Gráfico I.5. Evolución de la distribución de la población en función de la cantidad de alcohol consumido en fines de semana.1992-2010 (%)



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010"

A través de los datos aportados en la tabla I.3 podemos tener una idea del conjunto de la población que puede estar en una situación de riesgo relacionada con el consumo de alcohol, ya que contabilizando su consumo en días laborales y en fin de semana, el dato arroja un cómputo de un 5,7% de población que mantiene un consumo de riesgo alto. Aplicando los criterios de la encuesta de Salud, tenemos que un mínimo de un 1,7% de población bebe en exceso los días laborables. La referencia entre estas dos cifras puede ayudarnos a situar el problema.

Tabla: I.3.- Distribución de la población según niveles de riesgo de consumo de alcohol por sexo y según criterios de medida en Euskadi y Drogas y en la Encuesta de Salud

CATEGORIA	Nivel de riesgo contabilizando el consumo de diario y el de fin de semana					
	ABSTEMIOS	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	TOTAL	
MUJER	43,0	48,1	5,9	3,1	100	
VARON	20,7	59,7	11,2	8,4	100	
TOTAL	31,9	53,9	8,5	5,7	100	
	Nivel de riesgo de consumo de alcohol en días laborales según la Encuesta de Salud					
	ABSTEMIOS	Bebedor Ocasional	Bebedor Moderado	Gran Bebedor	Bebedor excesivo	TOTAL
MUJER	28,3	56,3	12,2	2,0	1,2	100
VARON	14,1	47,4	30,7	5,5	2,3	100
TOTAL	21,2	51,9	21,4	3,7	1,7	100
	Nivel de riesgo de consumo de alcohol en fines de semana según la Encuesta de Salud					
	ABSTEMIOS	Bebedor Ocasional	Bebedor Moderado	Gran Bebedor	Bebedor excesivo	TOTAL
MUJER	28,3	43,7	20,2	4,5	3,3	100
VARON	14,1	32,2	37,1	10,9	5,7	100
TOTAL	21,2	38,0	28,7	7,7	4,5	100

Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2008"

En lo que respecta al sexo, las diferencias son claras y no dejan lugar a dudas: entre las mujeres hay un menor consumo de alcohol, hay el doble de mujeres abstemias y casi la mitad de bebedoras de riesgo y excesivas en comparación con la población masculina.

#### EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ESCOLARES Y JÓVENES

El consumo de alcohol entre la población escolar muestra una evolución bastante similar a la del conjunto de la población y estaría marcada por:

- El abandono de un consumo en días de labor al comienzo de la década de los 80 y su sustitución por un consumo concentrado los fines de semana.
- Una cierta estabilización en el uso del alcohol entre los años 85 y 96
- A partir de 1996 desciende el número de personas abstemias y se dispara la de consumidoras excesivas y de riesgo los fines de semana, mientras que en los días laborales no hay cambios significativos.

Se constata que el incremento en el consumo surge en la población escolar unos años antes (entre 1996 y 2002) de que se aprecie en la población adulta (entre 2002 y 2004), lo que tiene sentido como una cierta predicción.

**Tabla I.4. Consumo de alcohol en la población escolar de Donostia mayor de 14 años, perteneciente a ESO, ESPO y FP, 1981-2006 (En %).**

	Gr. Alcohol puro	1981	1985	1987	1991	1996	2002	2006
<b>DIAS LABORABLES</b>								
Abstemio	0	57,8	80,8	82,1	90,4	85,1	91,6	78,8
Casi abstemio	<24gr.	34,4	16,5	16,3	8,4	9,6	5,4	11,9
Poco bebedor	25-64 gr.					2,6	1,6	2,1
Bebedor excesivo	65-120 gr.	1,5	0,9	1,1	0,8	2,1	0,4	1,9
Bebedores de riesgo	> 120 gr.	0,2	0,3	0,5	0,4	0,7	0,3	1,0
Bebe sin indicar cantidad***		6,5	-	-	-	-	0,7	4,2
<b>FIN DE SEMANA</b>								
Abstemio	0	41,1	33,4	36,2	35,2	33,3	25,6	23,4
Casi abstemio	< 24gr.	42,7	46,1	45,5	40,9	15,4	9,2	11,7
Poco bebedor	25-64 gr.					17,0	22,1	22,1
Bebedor excesivo	65-120 gr.	6,2	12,3	11,4	14,3	15,9	19,6	16,8
Bebedores de riesgo	> 120 gr.	2,2	4,6	6,9	9,6	18,4	16,5	24,5
Bebe sin indicar cantidad**		7,8	-	-	-		6,6	1,5
N		2781	2668	2668	2479	429	1763	562

Fuente Drogas y Escuela VII

\*Los estudios de 1981, 1985, 1987, 1991 y 2002 se realizaron únicamente en Donostia. Los estudios de 1995 y 2006 se realizaron para toda la Comunidad Autónoma Vasca. A su vez, los estudios desde 1981 hasta 1991 se realizaron en población mayor de 14 años, sin embargo en 1996 la muestra se amplió para el alumnado de 12 y 13 años. Para poder efectuar la comparabilidad se ha tomado la muestra correspondiente a Donostia en el caso de los estudios de 1996 y 2006. Asimismo, en los años 1996, 2002 y 2006 se ha eliminado de la muestra los escolares de edad inferior a los 14 años.

\*\* Son los estudiantes que señalan beber en distintas preguntas del cuestionario pero que no responden a la pregunta que mide la graduación alcohólica, con lo que no puede saberse qué cantidad de alcohol ingieren.

Las diferencias que se observan entre varones y mujeres del alumnado de Enseñanzas Medias no son, sin embargo, las mismas que se observan entre la población general, si bien entre semana los chicos beben más, en los consumos de fin de semana no hay distancias entre unos y otras, incluso cabe destacar que hay menos chicas abstemias que chicos abstemios, y que éstas les superan a ellos en todas las categorías de consumo excepto en la más alta (de riesgo), la única en la que los chicos están más representados.

**Tabla I.5.- Consumo de alcohol en escolares en la CAPV, 2006, según género y edad (En %).**

	SEXO			EDAD			
	TOTAL	Hombre	Mujer	De 12 a 13	De 14 a 15	De 16 a 18	19 y +
TOTAL	4.519	2.382	2.104	1.143	1.125	1.479	740
<b>CONSUMO DE ALCOHOL EN DIAS LABORABLES</b>							
Abstemios	79,9	75	85,4	91,6	82,9	77,5	62
Casi abstemios	8	10,6	5,2	2,4	3,9	8,4	22,1
Poco bebedores	2,9	3,7	2	0,8	2,1	3,4	6,3
Bebedores excesivos	1,2	1,6	0,7	0,1	1,2	1,7	1,8
Bebedores de riesgo	0,8	1,2	0,4	1,1	0,7	0,9	0,6
Bebe pero no contesta	7,2	7,9	6,4	3,9	9,2	8,2	7,2
<b>CONSUMO DE ALCOHOL EN FINES DE SEMANA</b>							
Abstemios	33,4	34,7	31,9	76,8	34	12,5	7,1
Casi abstemios	9,5	8,3	10,8	7,4	13	8,8	8,8
Poco bebedores	17	15,8	18,5	4,9	18,4	24,8	18,4
Bebedores excesivos	15,9	14,6	17,3	3,2	14,4	23,7	22,2
Bebedores de riesgo	20,4	22,3	18,4	3,7	14,9	27,4	40,9
Bebe pero no contesta	3,7	4,2	3,1	4	5,2	2,8	2,7

Fuente Drogas y Escuela VII

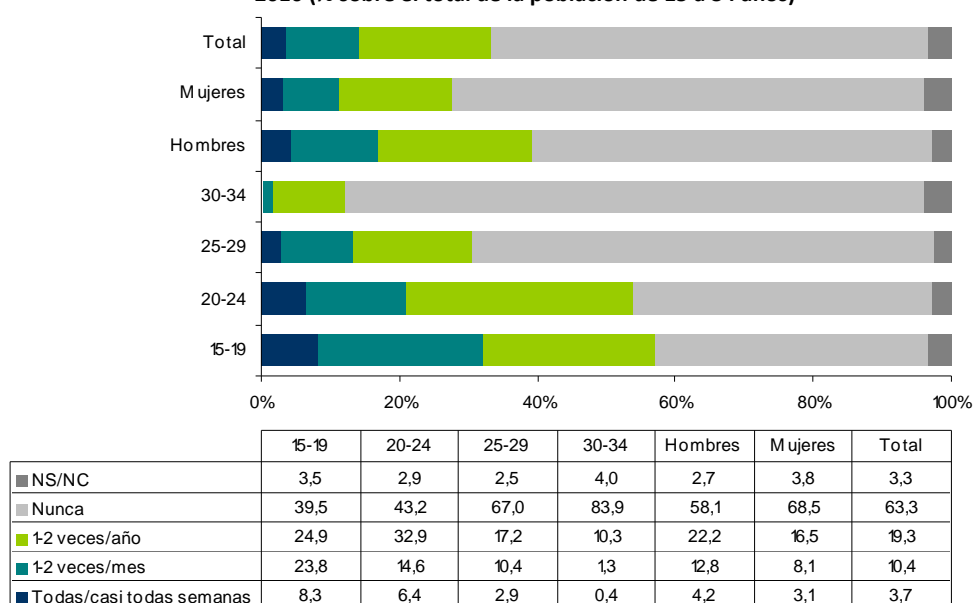
En lo concerniente a la edad está muy claro cómo en la medida que las personas van haciéndose mayores disminuye drásticamente el número de abstemios/as, de forma que entre quienes tienen más de 16 años, sólo un 12,5% no bebe. Pero también crecen las cantidades consumidas, aunque sólo en el fin de semana.

Es de destacar ese 2% que bebe en exceso entre semana, cantidad que se equipara bastante al consumo de riesgo en adultos.

## EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA CALLE

“Ir de litros” o hacer “botellón”, a pesar de su constante presencia en los medios de comunicación, no es una práctica generalizada. De hecho, no llega a un 15% el porcentaje de quienes lo practican una vez al mes y esta actividad tiende a concentrarse en el grupo etario más joven, favorecido por factores económicos (bajo coste) y porque son excepcionales los locales de hostelería que suministran alcohol a menores, por lo que va desapareciendo con la edad.

**Gráfico I.6.- Consumo de alcohol en la calle en el último año por parte de los jóvenes, por grupos de edad y sexo. 2010 (% sobre el total de la población de 15 a 34 años)**



. Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, “Euskadi y Drogas 2010”.

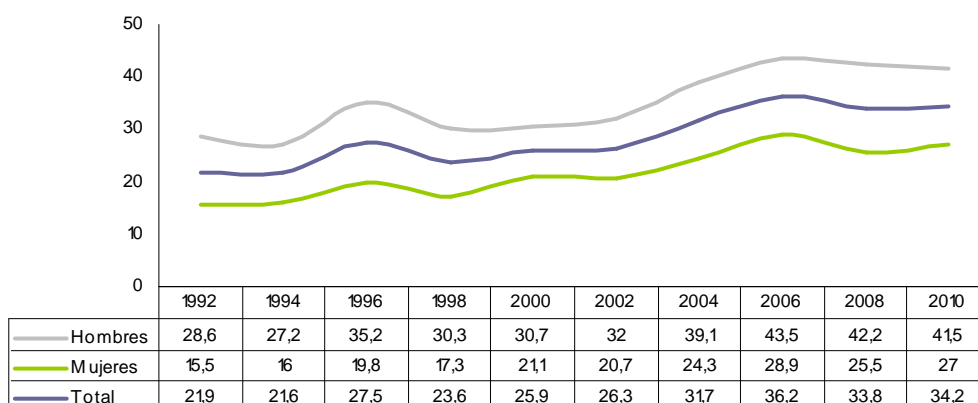
Por otra parte, a pesar de la innegable importancia del consumo de alcohol y otras drogas por parte de menores y a pesar de la alarma que crea dicho consumo, hay que tener en cuenta que no es éste el colectivo que más consume, entre otras cosas porque el uso del alcohol antes de los 18 años se concentra sobre todo los fines de semana.

### 1.2.3.- EL CANNABIS

Los derivados del cannabis son las sustancias ilegales de mayor consumo. De hecho, un tercio de la población ha consumido cannabis o alguno de sus derivados en, al menos, una vez en su vida. Esta proporción ha ido creciendo paulatinamente desde que tenemos los primeros datos en el año 92, si bien el cénit se ha alcanzado en 2006 para luego retroceder

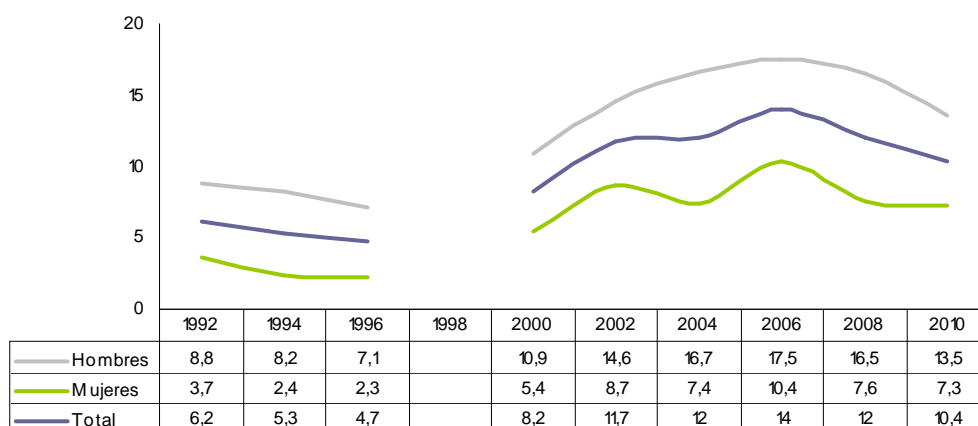
levemente y estabilizarse (el retroceso es más un efecto muestral que real ya que en el conjunto de la población cada vez habrá más personas que han probado).

**Gráfico I.7. Evolución de las tasas de consumo experimental (alguna vez en la vida) de cannabis en la CAPV. 1992-2010. (% de la población)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

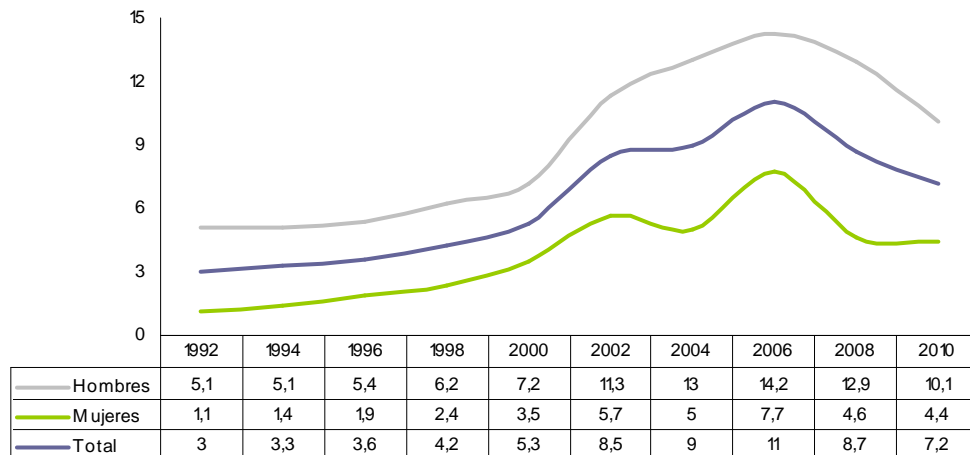
**Gráfico I.8.- Evolución de las tasas de consumo reciente (último año) de cannabis en la CAPV. 1992-2010 (% de la población)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

En cuanto a los consumos de cannabis reciente (último año) y actual (último mes) se aprecia claramente un incremento hasta el año 2006, a partir del cual le sucede un retroceso, tal como viene recogido en los gráficos I.8 e I.9. Curiosamente el retroceso es más acusado entre los varones mientras que las mujeres lo cual produce un efecto gráfico de "acercamiento" entre las dos categorías, que hasta la fecha mantenían las mismas distancias, de manera que las curvas eran paralelas perfectas.

Gráfico I.9. Evolución de las tasas de consumo actual (último mes) de cannabis en la CAPV. 1992-2010 (% de la población)



Fuente: Euskadi y Drogas 2010

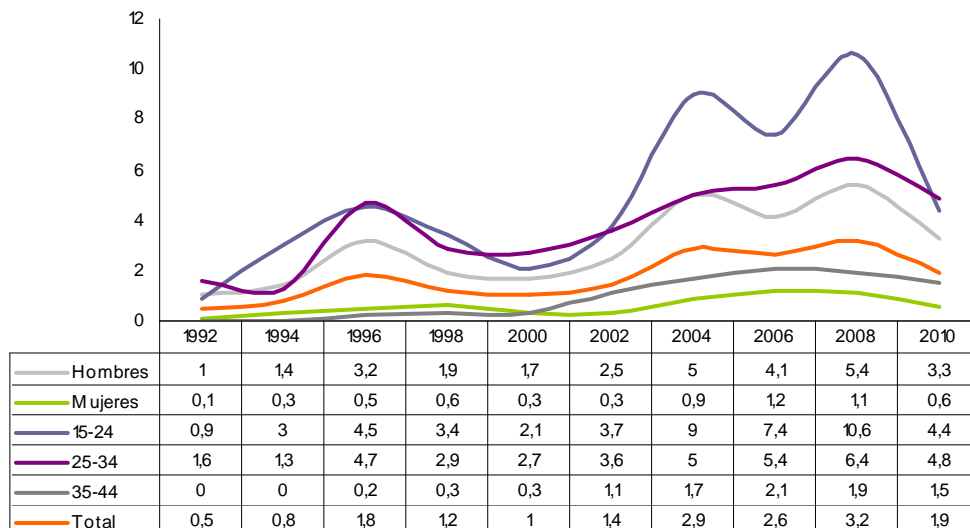
El consumo diario de cannabis que seguía creciendo en 2008, ha sufrido en 2010 un notable retroceso, que se concentra en el grupo de 15ª 24 años ya que entre ellos se reduce por debajo de la mitad, mientras que en los otros grupos de edad la disminución es mucho menor; de forma que hay unos pocos consumidores más de cannabis diario en el grupo de edad de 25-34 años, que entre los de 15-24.

Como en las otras dos frecuencias anteriores el descenso es mucho más notable en el caso de los varones que entre las mujeres, aunque proporcionalmente sea al contrario.

Habrà que estar atento a la evolución de estos parámetros en posteriores mediciones, pero si esto se confirma con la misma intensidad, podría ser interesante conocer los posibles factores que estén influyendo en el proceso: Puede ser la influencia directa de las políticas e intervenciones preventivas dado el incremento de las mismas en los últimos años, unidas a la percepción de los efectos negativos de un consumo intenso, que pueden estar promoviendo una toma de conciencia de los riesgos. También pueden estar influyendo factores espurios como la situación económica negativa, ya que afecta principalmente a los más jóvenes y eso está condicionando su poder adquisitivo en todo tipo de productos.



**Gráfico I.10.- Evolución de las tasas de consumo diario de cannabis en el último mes por sexo y grupos de edad 1992-2010 (% de la población)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

Si comparamos los datos de la población general con los de la población de enseñanzas medias podemos observar que las cifras recogidas en el estudio escolar son sensiblemente superiores y que los índices de la población general han tardado 25 años (1981-2006) en alcanzar las de los alumnos y alumnas de la ESO y ESPO.

**Tabla I.6.A.- Evolución del consumo de drogas ilegales "alguna vez en la vida" en la población de Donostia mayor de 14 años perteneciente a ESO, ESPO y FP. (En %)**

"Alguna vez en la vida"	1981	1985	1987	1991	1996	2002	2006
Porro (cannabis)	36,1	35,6	33,5	33,1	41,3	57,6	54,2

Fuente Drogas y Escuela VII

Para el año 1996 se ha tomado la muestra correspondiente a Donostia, ya que el estudio fue realizado en toda la CAPV. En los años 1996 y 2002 se ha eliminado de la muestra al alumnado menor de 14 años al objeto de garantizar la comparabilidad con los estudios llevados a cabo desde 1981.

(\*\*\*) Estudiantes de de Centros de Iniciación Profesional de la CAV.

Tabla I.6.B.- Comparación evolutiva del consumo de hachís 1996-2006 (En %)

		1996	2006	variación
Consumo "a lo largo de la vida"	Nunca	62,9	54,1	-8,8
	De 1 a 2 ocasiones	8,6	9,0	+0,4
	De 3 a 5 ocasiones	4,4	4,1	-0,3
	De 6 a 9 ocasiones	4,4	3,6	-0,8
	De 10 a 19 ocasiones	4,9	5,0	+0,1
	De 20 a 39 ocasiones	4,0	5,7	+1,7
	En 40 ó más ocasiones	9,5	17,1	+7,6
	Ns/nc.	1,3	1,3	-
Consumo "en el último año"	Nunca	68,0	60,9	-7,1
	De 1 a 2 ocasiones	8,3	7,8	-0,5
	De 3 a 5 ocasiones	4,7	4,5	-0,2
	De 6 a 9 ocasiones	4,2	3,9	-0,3
	De 10 a 19 ocasiones	4,1	4,7	+0,6
	De 20 a 39 ocasiones	2,6	3,4	+0,8
	En 40 ó más ocasiones	5,2	11,3	+6,1
	Ns/nc.	2,8	3,6	+0,8
Consumo "en el último mes"	Nunca	78,2	70,3	-7,9
	De 1 a 2 ocasiones	7,2	7,0	-0,2
	De 3 a 5 ocasiones	3,7	3,6	-0,1
	De 6 a 9 ocasiones	2,2	3,9	+1,7
	De 10 a 19 ocasiones	2,3	3,3	+1
	De 20 a 39 ocasiones	1,5	2,6	+1,1
	En 40 ó más ocasiones	2,2	5,6	+3,4
	Ns/nc.	2,7	3,7	+1

Fuente Drogas y Escuela VII

Como se puede apreciar en la Tabla I.6.B. no sólo ha crecido la proporción de estudiantes que han probado el cannabis, sino que además se ha incrementado la proporción de jóvenes estudiantes que hacen un uso más intensivo, de hecho la proporción de alumnos y alumnas que consumen en más de 20 ocasiones al mes se ha duplicado pasando el 3,7% al 8,2%.

No se han realizado estudios posteriores para seguir viendo la evolución, pero sería interesante observar si el proceso continúa en la misma dirección que ha tomado en la población general o no.

Tabla I.7.- Prevalencia de consumo de cannabis en diferentes periodos de tiempo entre Estudiantes de secundaria (12 a 18/19 años) de la CAPV en función del sexo, 2006. (En %)

	TOTAL	Hombre	Mujer
A lo largo de la vida	44,6	45,7	43,5
Consumo reciente: Durante el último año	35,5	38,2	32,7
Consumo actual Durante el último mes	26,0	29,8	21,9
Consumo diario	5,6	8,7	2,2

Fuente: Drogas y Escuela VII

(\*\*\*) Estudiantes de de Centros de Iniciación Profesional de la CAV

Como se puede observar en la tabla I.7, las frecuencias de consumo entre escolares son superiores a las que se observan en la población general, a pesar de que entre éstos tienen

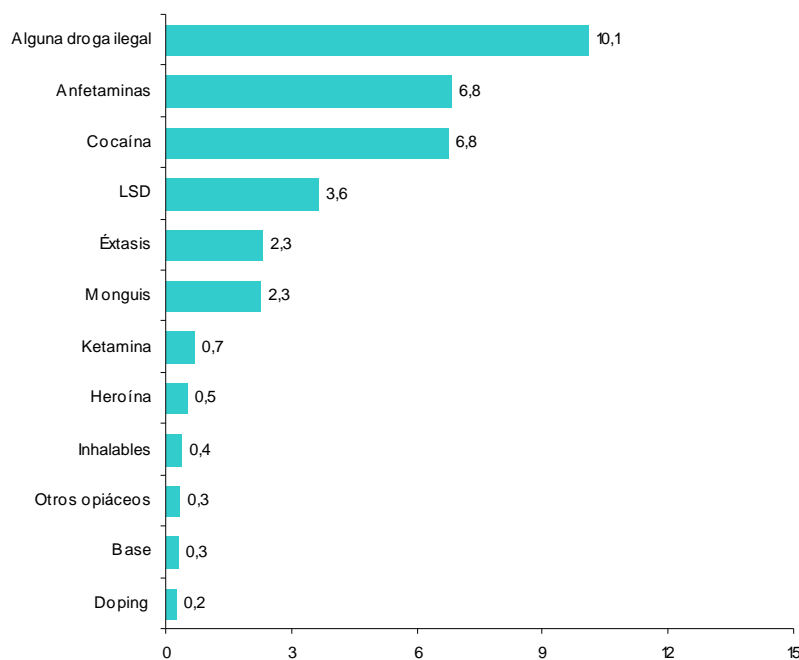
un peso importante los/as menores de 14 años que, como es lógico, presentan niveles de consumo muy bajos.

Las mujeres muestran menores niveles de consumo; si bien en la experimentación no hay grandes diferencias, éstas se acrecientan en la medida en que nos adentramos en usos más habituales, de forma que en la última categoría de consumo diario hay cuatro varones por cada mujer.

#### 1.2.4.- LAS OTRAS DROGAS ILEGALES

El 10,1% de la población vasca ha declarado en 2010 haber consumido en algún momento de su vida alguna droga ilegal, aparte del cannabis. Las sustancias de mayor consumo fueron la cocaína y las anfetaminas, pero frente a lo que pudiera esperarse de las pastillas (éxtasis), éstas ocupan una posición más relegada.

Gráfico I.11.- Prevalencia del consumo experimental (alguna vez en la vida) de drogas ilegales en la CAPV (%) en 2010



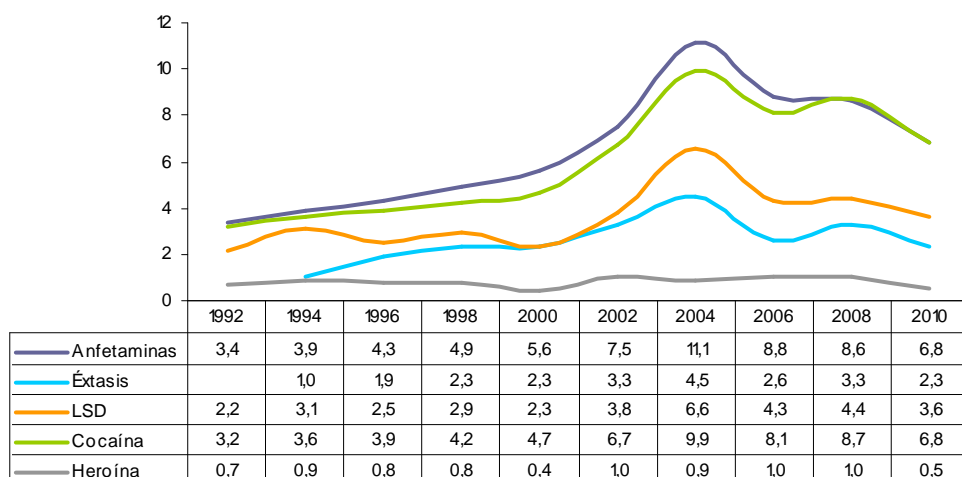
Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

En cuanto a la evolución se aprecia un progresivo incremento de las personas que han probado sustancias ilegales, si bien el cénit se alcanzó en 2004 para luego sufrir un retroceso perceptible en la siguiente medición y de ahí iniciar proseguir una tendencia más estable, una inclinación leve.

Este retroceso, como apuntamos en el caso del cánnabis, es más un efecto muestral que real (en el conjunto de la población cada vez habrá más personas que han probado), pero dado

que se mantiene en tres mediciones sucesivas, es posible que el incremento señalado en 2004 no fuera en la realidad tan elevado y que posteriormente se haya ajustado más a la realidad y/o que realmente se haya producido un efecto de contención en el consumo, ya que además de percibirse en las tres últimas mediciones, también se manifiesta en todas las sustancias, incluida la cocaína, que venía manteniendo un crecimiento moderado pero firme.

**Gráfico I.12.- Evolución de la prevalencia del consumo experimental (alguna vez en la vida) de las sustancias ilegales en la CAPV (%)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

Como se puede comprobar, entre el alumnado de secundaria se observan niveles de experimentación sensiblemente superiores a los de la población general, aunque en lo que respecta a la evolución ésta sea muy similar.

**Tabla I.8.- Evolución del consumo de drogas ilegales “alguna vez en la vida” en la población de Donostia mayor de 14 años perteneciente a ESO, ESPO y FP. (En %)**

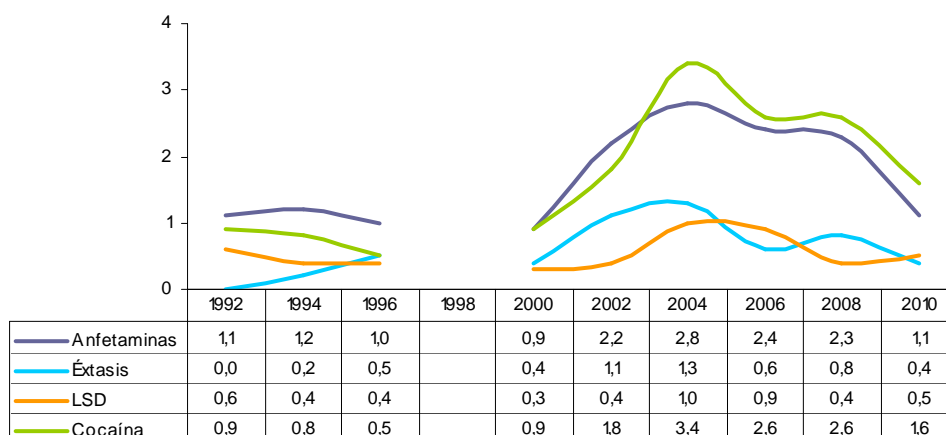
“Alguna vez en la vida”	1981	1985	1987	1991	1996	2002	2006
Porro (cannabis)	36,1	35,6	33,5	33,1	41,3	57,6	54,2
Alucinógenos (LSD)	4,1	5,1	3,6	2,4	4,9	5,4	9,3
Anfetaminas, speed	7,7	5,4	6,2	7,3	7,2	12,6	10,9
Cocaína	1,5	3,0	3,2	3,3	4,2	8,6	12,2
Heroína	0,9	0,8	0,8	0,2	0,7	0,7	1,6
Inhalables	-	-	-	1,8	3,3	-	4,1
Barbitúricos (tranquilizantes)	-	-	-	0,8	4,2	-	-
Éxtasis y similares	-	-	-	-	6,6	6,6	8,1
Éxtasis líquido o GBH	-	-	-	-	-	-	0,3
Otras	-	-	-	0,9	-	1,4	-
N	2.781	2.668	2.668	2.479	429	1.763	562

Fuente: Drogas y Escuela VII

Para el año 1996 se ha tomado la muestra correspondiente a Donostia, ya que el estudio fue realizado en toda la CAPV. En los años 1996 y 2002 se ha eliminado de la muestra al alumnado menor de 14 años al objeto de garantizar la comparabilidad con los estudios llevados a cabo desde 1981.

Al adentrarnos en los consumos tanto recientes como actuales las proporciones de la población consumidora tienden a reducirse sensiblemente y solo las dos sustancias de uso más extendido, cocaína y anfetaminas, mantienen un nivel apreciable.

**Gráfico I.13.- Evolución de la prevalencia del consumo reciente (último año) de las sustancias ilegales en la CAPV 1992-2010 (% de la población)**

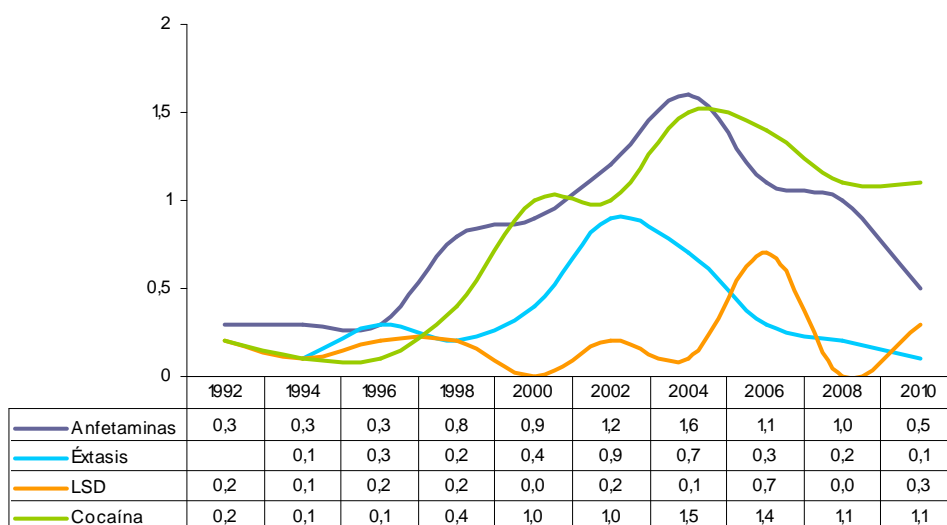


Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, “Euskadi y Drogas 2010”.

En lo que respecta a la evolución, después de las crestas alcanzadas entre 2002 y 2006 aparecen posteriores fases que están entre el descenso y la estabilidad. La impresión que puede dar y que habría que ir observando es como si el uso de estas drogas se fuera

concentrando en la población usuaria habitual y fueran desapareciendo los consumidores más ocasionales y esporádicos.

**Gráfico I.14.- Evolución de la prevalencia del consumo actual (en el último mes) de las sustancias ilegales en la CAPV. 1992-2010 (% de la población)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

Tabla I.9.- Prevalencia de consumo de cocaína, anfetaminas, éxtasis y LSD en la CAPV en función del sexo, 2010.  
(% de la población)

	TOTAL	Hombre	Mujer
<b>COCAINA</b>			
Consumo experimental: a lo largo de la vida	6,8	9,4	4,1
Consumo reciente: durante el último año	1,6	2,5	0,7
Consumo actual: durante el último mes	1,1	1,5	0,6
<b>ANFETAMINAS</b>			
Consumo experimental: a lo largo de la vida	6,8	9,2	4,5
Consumo reciente: durante el último año	1,1	1,6	0,6
Consumo actual: durante el último mes	0,5	0,9	0,1
<b>EXTASIS</b>			
Consumo experimental: a lo largo de la vida	2,3	3,1	1,5
Consumo reciente: durante el último año	0,4	0,8	0,0
Consumo actual: durante el último mes	0,1	0,3	0,0
<b>LSD</b>			
Consumo experimental: a lo largo de la vida	3,6	5,0	2,3
Consumo reciente: durante el último año	0,5	0,9	0,1
Consumo actual: durante el último mes	0,3	0,5	0,1

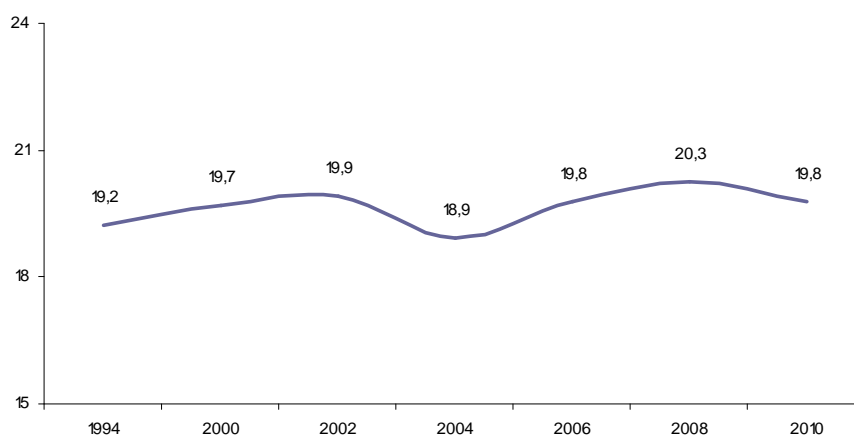
Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

Las mujeres tienen un nivel de consumo sensiblemente inferior a los varones en todas las sustancias. El ratio varía bastante en función de la sustancia y sobre todo en la frecuencia de uso, ya que al incrementarse las ocasiones la distancia entre ambos colectivos crece. Resulta común que la proporción sea de una mujer consumidora por cada tres varones que consumen drogas.

#### 1.2.5.- LA EDAD DE INICIO

Si tenemos en cuenta la población general, la edad de inicio en el uso de drogas ilegales viene manteniendo una cifra muy estable, algo superior a los 19 años. No hay una tendencia clara aunque se observan algunas ligeras variaciones pero ni desciende vertiginosamente ni se sitúan por debajo de la minoría de edad, como a menudo se sostiene.

**Gráfico I.15.- Evolución de la edad media de inicio en el uso de cualquier droga ilegal (excepto el cannabis) en la CAPV. 1994-2010**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias, "Euskadi y Drogas 2010".

Un dato a tener en cuenta es que el año en el que la edad de inicio es la más baja (2004, 18,9 años), es también el año en el que los consumos de las drogas ilegales crecen notablemente y constituyen el cenit del consumo. Eso es otro indicio de que probablemente hay un cierto peso de las diferencias muestrales y no sólo de un crecimiento real en el consumo, porque de ser así la tendencia sería a ir descendiendo la edad de inicio y no a remontar.

Si nos centramos en los/as estudiantes de secundaria, éstas medias sí representan valores sensiblemente inferiores, aunque hay que tener en cuenta que se mide a las personas que han probado las sustancias ilegales antes de los 18 años pero no contabilizan a las personas que prueban después.

**Tabla I.10.- Edad media de inicio de consumo de sustancias ilegales. En % entre el alumnado de Secundaria CAPV, 2006**

Base: Han probado	2006
Probar Hachís	14,27
Probar Anfetaminas	15,15
Probar LSD	15,40
Probar Cocaína	15,42
Probar Éxtasis	15,43
Probar Heroína	14,48

Fuente: Drogas y Escuela VII

Ahora bien, en cualquier caso, si comparamos las variaciones en estos 10 años nos encontramos con que apenas han cambiado las edades de inicio y que incluso en muchos casos han ascendido, todo ello dentro de unos márgenes muy pequeños.



**Tabla I.11.- Comparación evolutiva de la edad de inicio al consumo de sustancias ilegales. 1996-2006. En % entre alumnos de Secundaria de la CAV**

		1996	2006
Edad de inicio al consumo de LSD	Base: han probado	352	344
	Media	15.34	15.40
Edad de inicio al consumo de ÉXTASIS	Base: han probado	302	249
	Media	15.37	15.43
Edad de inicio al consumo de ANFETAMINAS	Base: han probado	384	513
	Media	15.22	15.15
Edad de inicio al consumo de MARIHUANA Y HACHÍS	Base: han probado	1671	2064
	Media	14.76	14.27
Edad de inicio al consumo de COCAÍNA	Base: han probado	270	510
	Media	15.48	15.42
Edad de inicio al consumo de HEROÍNA	Base: han probado	130	154
	Media	14.31	14.48

Fuente: Drogas y Escuela VII

De los datos que estamos proporcionando se puede concluir que la iniciación al consumo de drogas no es algo exclusivo de adolescentes y de una primera juventud, sino que se prolonga algo más, si bien la primera experimentación con cannabis es algo propio de esa primera juventud

### 1.2.6.- ADICCIONES SIN SUSTANCIA (EL JUEGO)

En el ámbito de otras adicciones no existen estudios periódicos, por lo que lo que la fuente más precisa se refieren al juego y están aportados por la investigación realizada por la consultoría INVESCO para el Dpto. de Interior del G.V. (*Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.).

En la siguiente tabla se recogen los datos sobre la prevalencia obtenidos en estudios realizados en diversas comunidades autónomas.

**Tabla I.12.- Datos sobre el número de personas jugadoras patológicas y problemáticas realizados en el Estado, según la localización y el año.**

AUTOR	AÑO	COMUNIDAD	MUESTRA	INSTRUMENTO	j. Patológico	j. Problema
Cayuela	1990	Catalunya	1230	SOGS (*)		2.5%
EAJA	1990	Catalunya			2.34%	
Becoña	1991	Galicia	1615>18 años	Entrevista clínica	1.73%	1.60%
Becoña	1993	Galicia	1028<16años	Cuestionario propio.SOGS(*)	1.36%	2.04%
Legarda	1992	Sevilla	598	SOGS (*)	1.67%	5.18%
Irurita	1994	Andalucía	4977<18 años	Cuestionario propio	1.80%	4.40%
Becoña Fuentes	1995	Galicia	1028	SOGS (*)	1.36%	2.04%
JARCA	1996	Algeciras	419	SOGS (*)	1.91%	3.82%
López	1999	Aragón			2.6%	6.6%

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V

(\*) Cuestionario de juego patológico "South Oaks Gambling Screen" desarrollado por Lesieur y Blume en 1987.

La extrapolación provisional de los anteriores estudios del Estado indicaría que la prevalencia de jugadores/as problemáticos/as se encuentra entre el 2% y 6,6% de la población, mientras que la de jugadores/as patológicos/as se sitúa entre el 1-2%. En cuanto a la tasa de prevalencia de la ludopatía en Europa, la mayoría de las investigaciones consideran que la tasa se halla entre el 1 y el 2% de la población.

Según el estudio, en la C.A. de Euskadi mencionado obtendríamos una tasa de prevalencia de jugadores/as problemáticos/as de un 2,5% la misma cifra que la obtenida es el estudio realizado en Catalunya durante 1990 por Cayuela, R. (30), pero muy por debajo de las cifras de los estudios de Legarda para Sevilla con el 5,1% (1992), Irurita para el conjunto de Andalucía con el 4,4% (1994) y López para Aragón con el 6,6% (1999).

Lo mismo que en los estudios epidemiológicos sobre drogas no se puede hablar de personas drogodependientes, tampoco se puede hablar de personas ludópatas, aunque sí se establecen estimaciones de personas con problemas de juego.

Se analizan cuatro elementos de juego privado que concentra el mayor número de jugadores y jugadoras y, por supuesto, la casi totalidad de jugadores/as con problemas y ludopatías:

- Las máquinas recreativas con premios en metálico tipo BB y BC que tienen permiso para ser instaladas en establecimientos de hostelería.
- Los salones recreativos que pueden instalar esas mismas máquinas más las de tipo BS, cuyos premios en metálico son muy superiores a las anteriores.
- Las salas de Bingo, que además del propio juego admiten máquinas de tipo BG
- Los casinos que además de los juegos de mesa admiten también todas las máquinas más las de tipo "C" exclusivas para este ámbito.

## LA HOSTELERÍA Y LAS MÁQUINAS RECREATIVAS CON PREMIOS EN METÁLICO TIPO BB Y BC

El número de máquinas de tipo "B" distribuidas y operativas en la C.A.E. en 2008 es de 11.644.

Los datos obtenidos del trabajo de campo desarrollado por medio de la observación directa sobre 324 personas ofrecen los siguientes resultados:

- Son jugadores y jugadoras el 9% de la población mayor de 18 años de la C.A.E., es decir, de un total de 148.916 personas.
- Tienen algún problema con el juego el 28,4% de los que usan este tipo de máquinas. Serían 42.29 personas que corresponde al 2,4% de la población de más de 18 años de la CAV.

El porcentaje de personas jugadoras problemáticas en las áreas metropolitanas (capitales y proximidades) es once puntos más elevado que la media total (Tabla I.13).

**Tabla I.13.- Datos sobre el número de personas jugadoras problemáticas con máquinas en hostelería según la localización (en%).**

HABITAT	PERSONA JUGADORA	JUGADOR/A CON PROBLEMAS
Metropolitano	28,9 %	39,1 %
Urbano	64,8 %	24,7 %
Rural	6,3 %	17,6%
TOTAL	100 %	Media de jugador/a problema 8,4%

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.

La relación entre varones y mujeres es de cuatro varones por cada mujer.

La distribución por edades no es la misma entre ambos sexos; ellas son algo más jóvenes, porque las menores de 50 años suponen el 78%, mientras que entre ellos son el 57%.

En cuanto a la ocupación, hay que destacar que la mayoría son personas en activo, ya que el peso de personas en paro o pensionistas es escaso. Entre las mujeres destacan las amas de casa, mientras que los varones tienden a concentrarse en las actividades manuales.

**Tabla I.14.- Datos sobre el número de personas jugadoras problemáticas con máquinas en hostelería según sexo, edad y ocupación (en%).**

<b>EDAD</b>	<b>MUJERES 20%</b>	<b>HOMBRES 80%</b>
18-25 años	3,1	5,0
26-40 años	39,1	24,6
41-50 años	35,9	27,3
51-65 años	16,5	28,6
Más de 66 años	6,4	14,5
TOTAL	100	100
<b>OCUPACIÓN</b>	<b>MUJERES 20%</b>	<b>HOMBRES 80%</b>
Trabajo de oficina, comercial	21,9	13,1
Actividad manual, gremios, taller	23,4	56,9
Estudiante	—	1,2
Ama de casa	34,4	—
Paro, sin actividad	12,5	6,9
Pensionista	7,8	19,6
Otros no clasificables	—	2,3
TOTAL	100	100

Fuente Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008, Dpto. de Interior del G.V.

## **LOS SALONES DE JUEGO Y LAS MAQUINAS RECREATIVAS CON PREMIOS EN METÁLICO TIPO BB, BC Y BS**

Extrapolando los datos de las observaciones realizadas al conjunto de la CAV, se estima que la cifra de jugadores y jugadoras/día en los salones de juego es de 3.990 personas.

Según los datos facilitados por los establecimientos y corroborado por medio de la observación directa, el porcentaje de personas con problemas de juego que utilizan los salones asciende al 27,5%. Con esos datos se puede estimar en 1.097 las personas con prácticas de juego problemático en los salones de juego, lo que supone un 0,062% de las personas de más de 18 años de la CAV.

El juego en sala tiene componentes distintos a los de hotelaría: hay aparatos con premios más elevados, apenas hay personas que solo juegan la calderilla o las vueltas de la consumición; los clientes van a por máquinas perfectamente identificadas y la mayoría juega muy habitualmente, todos los días o varias veces por semana.

El porcentaje de personas con problemas en las áreas metropolitanas (capitales y proximidades) es once puntos más elevado que la media.

**Tabla I.15.- Datos sobre el número de personas jugadoras problemáticas con máquinas en salones recreativos según localización (en%).**

ZONA	% de personas jugadoras	% de personas con problemas
Metropolitano	28,3	29,8
Urbano	71,7	26,5
Rural	0,0	0,0
TOTAL	100 M	27,5

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.

La proporción de mujeres es mayor que la que encontramos en los bares; algo más de una por cada tres varones. Las edades en las que se concentran más de la mitad de los jugadores y jugadoras oscilan entre los 26 y los 40 años, luego son algo más jóvenes que quienes juegan en las máquinas de hostelería.

**Tabla I.16.- Datos sobre el número de jugadores/as con máquinas en salones recreativos según sexo, edad y ocupación (en%).**

SEXO	PORCENTAJE
Mujer	36 %
Hombre	64 %
EDAD	PORCENTAJE
26-40 años	54,5 %
41-50 años	13,6%
51-65 años	31,8%
OCUPACIÓN	PORCENTAJE
Actividad manual, gremios, taller	58%
Trabajo de oficina, comercial	22%
Resto: Estudiante Ama de casa Paro, sin actividad Pensionista	20%

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.

## LOS BINGOS

La investigación estima que el número de personas que juega al día por Bingo es de 269, que por los 20 establecimientos de la CAV suponen 5.380 personas, de las cuales el porcentaje de personas con problemas asciende al 14,2%, unas 686 personas residentes en la CAV.

La mayoría de las personas que acuden al bingo son mujeres (55%) y casi todas tienen más de 41 años, destacando el grupo de entre 51 y 65 años (47,3%) que son amas de casa.

**Tabla I.17.- Datos sobre el número de jugadores/as en salas de Bingo según sexo, edad y ocupación (en%).**

EDAD	MUJERES 55%	HOMBRES 45%
18-25 años	2,1	3,3
26-40 años	8,0	9,0
41-50 años	17,5	20,9
51-65 años	54,6	48,3
Más de 66 años	17,9	18,5
TOTA L	100	100
OCUPACIÓN	MUJERES 55%	HOMBRES 45%
Trabajo de oficina, comercial	29,0	39,8
Actividad manual, gremios, taller	10,9	27,3
Estudiante	0,6	1,3
Ama de casa	45,4	—
Paro, sin actividad	0,9	2,5
Pensionista	13,1	29,1
Otros no clasificables	—	—
TOTAL	100	100

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.

En general, se trata de una clientela habitual, sobre todo en el caso de las mujeres, que acuden una o varias veces por semana a jugar. Los fines de semana acuden principalmente a la noche, mientras que entre semana se juega a la tarde en mayor medida.

El juego en cuadrilla o en pareja es muy frecuente. Para muchas personas estos establecimientos son un lugar donde relacionarse y pasar la tarde/noche. Algo que refuerza esta idea es que la proporción de pensionistas, tanto mujeres como varones, es importante y mucho mayor que en las otras modalidades de juego.

## LOS CASINOS

En la CAV hay dos establecimientos de este tipo (Casino Nervión de Bilbao y El Kursaal de Donostia-San-Sebastián).

Durante el año 2007 utilizaron estos dos Casinos 97.313 personas, lo que hace una media diaria de 267 personas (170 personas en el Casino de Bilbao y 97 personas en el de Donostia). La cifra de residente en la CAV se sitúa en el margen de 62.697 personas (el 64,4% del total de personas de los dos casinos). Extrapolando estos datos al conjunto de la población mayor de 18 años, hablaríamos de 172 personas de la CAV.

Esta actividad la practican dos tipos de personas muy diferenciadas. Por un lado, la clientela ocasional que la asume con un componente lúdico incuestionable (una tarde o noche diferente) y, por otro, la clientela habitual (personas que acuden 3/4 veces al mes). El porcentaje de clientes habituales asciende al 80%. Es entre este último grupo donde existe una alta proporción de personas que presentan un patrón de juego problemático.

Por los datos obtenidos del trabajo de campo se estima que las personas con juego problemático suponen aproximadamente el 40% de quienes juegan habitualmente. Por lo tanto, y de forma aproximada, podemos hablar de 55 personas. Como contraste objetivo, el número de prohibiciones de entrada en casinos (recogido en la última memoria sobre el juego del Gobierno Vasco) afecta a 15 personas.

El 75,5% son hombres y el 24,5% mujeres, la mayoría de mediana edad (entre 31 y 65 años).

La clientela que acude a estos establecimientos tiene una amplia capacidad de gasto e invierte grandes cantidades de tiempo y dinero en el juego, aunque se trata de un juego discontinuo que se alterna con el consumo y las relaciones sociales hechas en el propio local.

Es el único ámbito de juego donde se puede decir que existe un pequeño número de personas a las que se podría aplicar el calificativo de “jugador/a profesional”, aunque evidentemente no parece posible que vivan de ello.

### **1.3.- DATOS DESDE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**

Los datos que se presentan a continuación provienen del dispositivo asistencial, de los diversos recursos con los que cuenta la red pública (centros públicos y privados concertados) para atender a las personas con problemas de drogodependencia.

Debe tenerse en cuenta las limitaciones que presentan estos indicadores, ya que no todas las personas con drogodependencia acuden a un tratamiento y las personas que asisten a tratamiento no siempre se dirigen a estos dispositivos, pudiendo recurrir a consultas y centros privados que no remiten sus datos a Osakidetza, habitualmente buscando una mayor privacidad. En el caso de la dependencia al alcohol, es además frecuente que se recurra a grupos de autoayuda, los cuales tampoco envían información a Osakidetza.

Hay cuatro grupos de datos:

- Los de las personas en tratamiento en diversos recursos
- Los datos de las nuevas demandas de tratamiento en el año
- Los datos de otros recursos asistenciales no terapéuticos
- Los datos desde las asociaciones que tratan las ludopatías

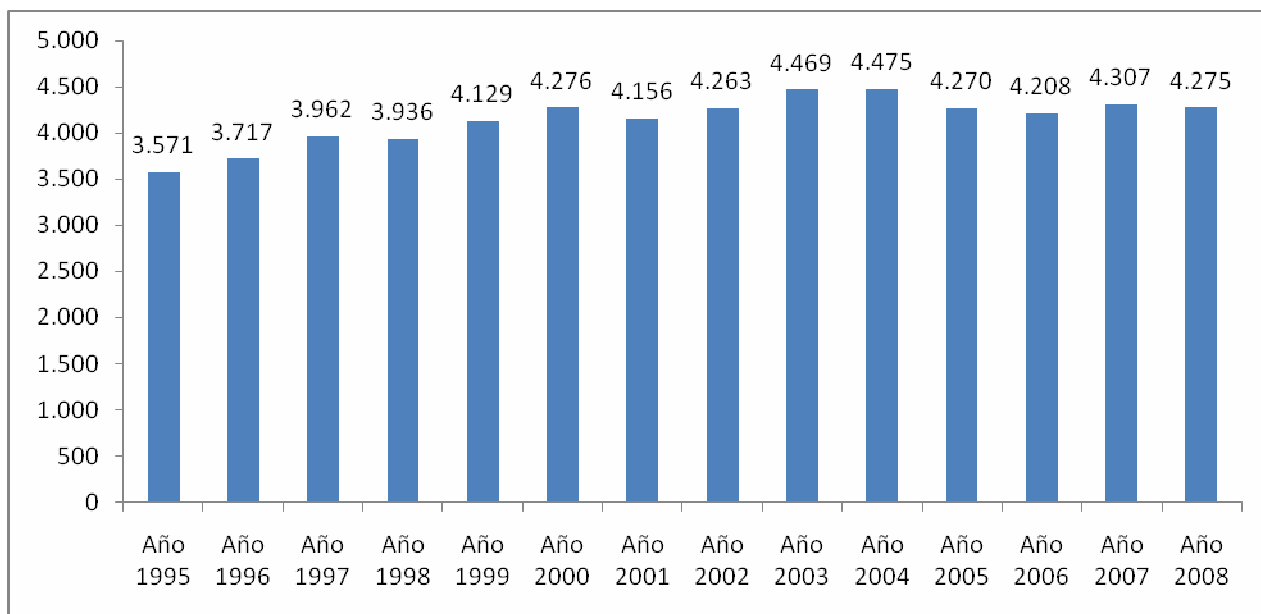
#### **1.3.1.- INDICADORES DE TRATAMIENTO**

##### **A) LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO**

El número total de personas atendidas por alcoholismo en los centros de salud mental ha ido creciendo hasta los años 2003-2004, años en los que se alcanzan las cifras más altas, para luego descender ligeramente e iniciar una estabilización.

Podríamos decir, por lo tanto, que sí ha crecido considerablemente (+25%) la cantidad de personas atendidas en una década, pero que luego se ha entrado en una fase de estabilidad.

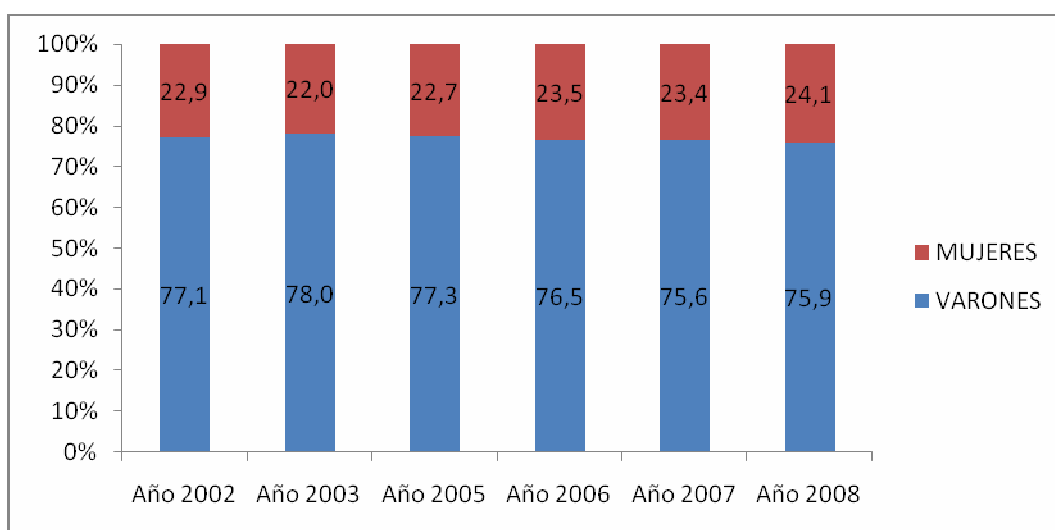
**Gráfico I.16. Evolución de las personas en tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 1995-2008**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV de 2008 y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

Desde 1997, prácticamente dos personas por cada mil residentes en la CAPV vienen participando en algún tratamiento ambulatorio por dependencia del alcohol.

**Gráfico I.17.- Evolución del peso del género en tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 2002-2008**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La proporción de mujeres y hombres en tratamiento se mantiene muy estable, entre el 22,0% y el 24,1%, aunque con una ligera tendencia a crecer el peso de las mujeres, si bien habrá que ir observando este proceso ya que los pocos años en los que se ha recogido este dato proporcionan una perspectiva muy limitada.

Gráfico I.18.- Evolución del peso de la edad en el tratamiento ambulatorio por alcoholismo en la CAPV 2002-2008



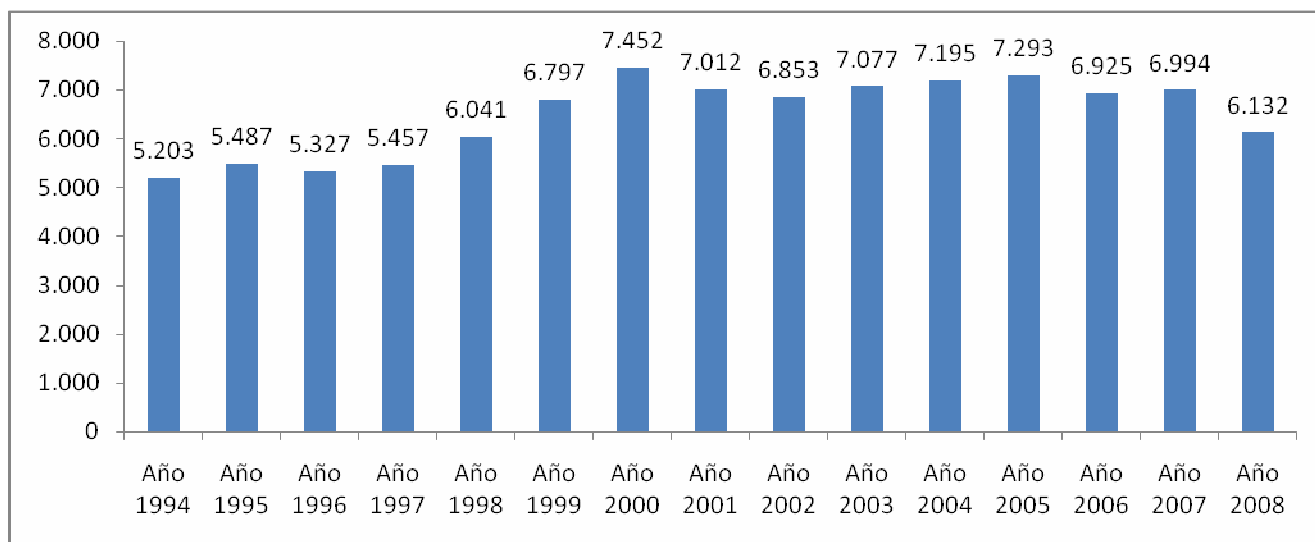
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La tendencia en cuanto a la edad de las personas en tratamiento, como en el caso del sexo, muestra una gran estabilidad, a pesar de la precaución con la que hay que contemplar series de datos tan cortas.



## B) LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO POR TOXICOMANIAS NO ALCOHOLICAS

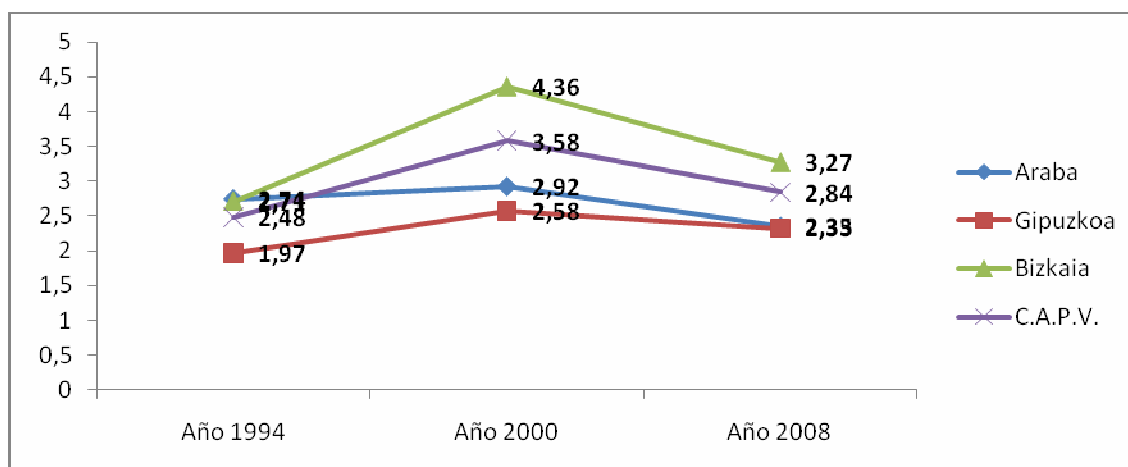
**Gráfico I.19.- Evolución del número de personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV (1994-2008)**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

En la actualidad hay más de 6.000 personas en tratamiento por toxicomanías no alcohólicas en modalidad ambulatoria. Se observa una tendencia al incremento progresivo y contundente desde 1994 hasta el 2000, un 43%, pero a partir de esa cumbre se ha ido produciendo un pequeño pero paulatino descenso.

**Gráfico I.20.- Evolución de la tasa de personas (%) en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas según el Territorio Histórico (1994/2000/2008)**



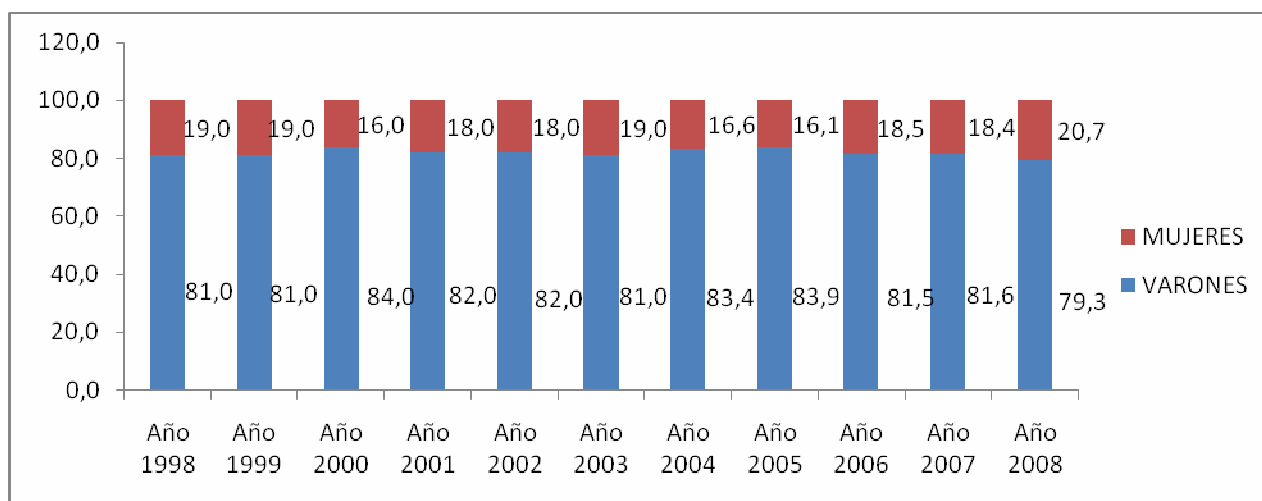
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

Nota: tasa por mil habitantes, realizadas en base al conjunto de la población vasca para esos años

En lo que respecta a la tasa por mil habitantes nos encontramos con que el territorio de Bizkaia ha ido acumulando una mayor proporción de pacientes-toxicómanos, de forma que si en Araba hay un paciente por cada 425 habitantes en Bizkaia lo hay cada 305. Es importante constatar como esa concentración ha ido acumulándose en el territorio vizcaíno hasta llegar al máximo observado entre 1999 y 2000, para luego relajarse.

Cabe preguntarse, a la vista de estos datos, si dicha concentración ha sido el resultado de una mayor problematidad en este territorio, o un mayor acogimiento de las personas toxicómanas una vez desarrollada la dependencia, lo cual a su vez puede ser debido a que en Bizkaia hay un mercado negro mejor abastecido, sobre todo en el área metropolitana de Bilbao, o porque en dicha área hay una mayor densidad de recursos específicos para drogodependientes ( sala de consumo higiénico, Hontza, centros de baja exigencia...)

**Gráfico I.21.- Evolución de la distribución por género de las personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas (1998-2008)**

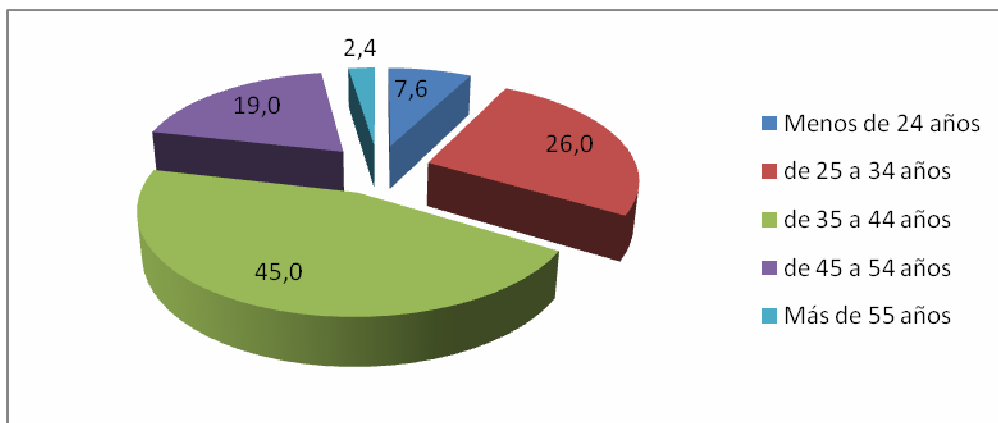


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La distribución por sexo de las personas atendidas de forma ambulatoria muestra unos valores constantes, en los que las mujeres no superan el 20,7 %, ni desciende del 16,5% y, además, no ofrecen una tendencia clara por cuanto las oscilaciones suceden en años intermedios y se corrigen de uno a otro año.

En lo que respecta las series de la variable edad son muy cortas por lo que no se ha valorado su inclusión; únicamente se ha insertado el reparto por grupos de edad del último año, en el que se observa el gran dominio del segmento de 35 a 5 años, seguido del inmediato más joven (25 a 34) y la escaso peso de los menores de 24 años.

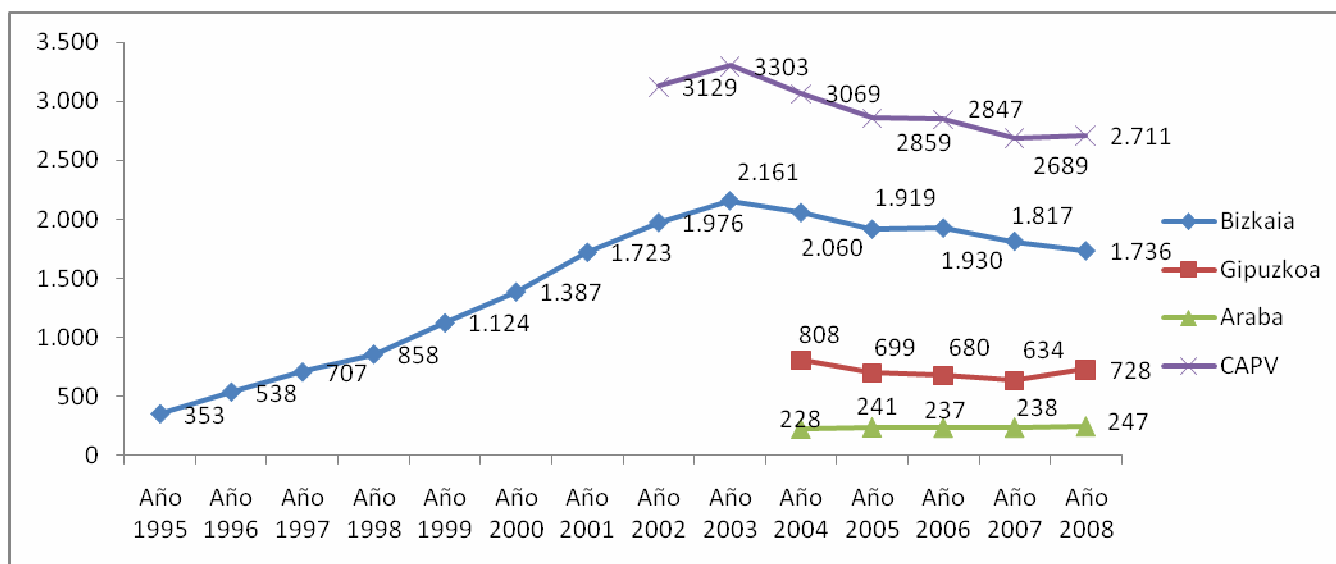
**Gráfico I.22.- Distribución por tramos de edad de las personas en tratamiento ambulatorio por toxicomanías no alcohólicas en la CAPV en 2008**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV del 2008

La tendencia mostrada en los centros de tratamiento con metadona (Gráfico I 23), a pesar de su parcialidad (hasta 2001, año en que se incorporan las notificaciones de Gipuzkoa y Araba), se observa una tendencia creciente hasta 2002; fecha a partir de la cual va descendiendo el volumen de tratamientos con este agonista.

**Gráfico I.23. Evolución del número de personas atendidas en centros de dispensación de metadona (1994-2008)**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

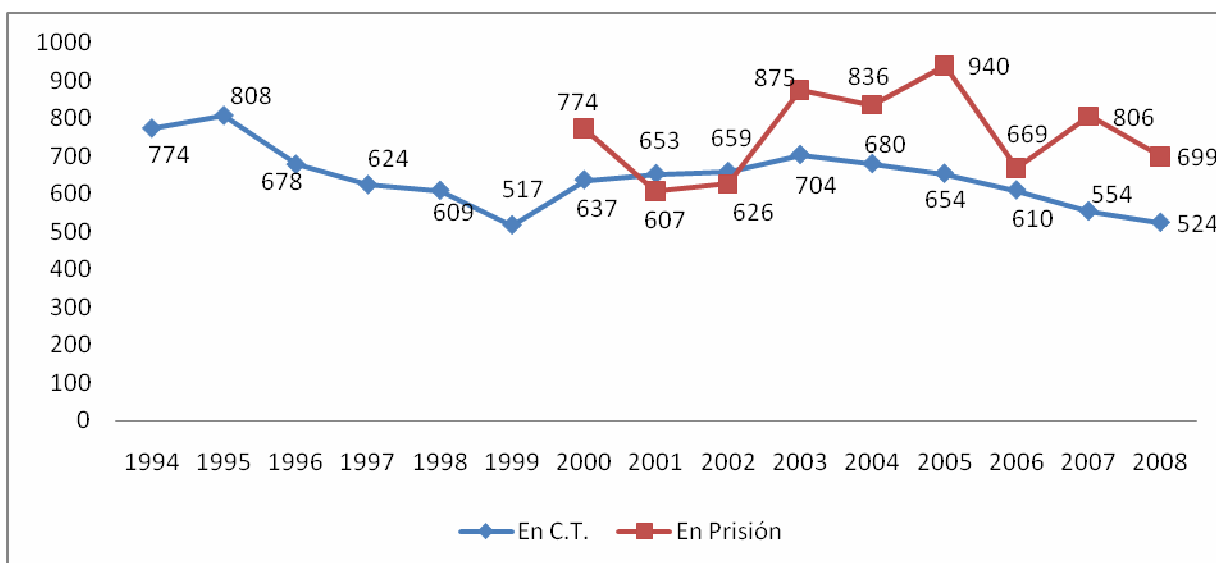
Desde el inicio de la serie, solo se ha dispuesto de información referente al número de usuarios de Bizkaia. A partir de 2001, se incorporaron los datos del conjunto de la CAPV y solamente desde el año 2003 se contemplan los casos cuantificados para los tres territorios históricos.

En esta evolución hay una clara coincidencia de fechas con lo que se ha observado en el tratamiento ambulatorio, en el que se alcanza la cuota máxima de personas atendidas en el 2000. Sin embargo, a partir de entonces, mientras que el tratamiento desarrollado en los centros de dispensación de metadona desciende paulatinamente, el tratamiento ambulatorio muestra una tendencia más estable. Esto apunta una circunstancia que veremos más adelante y es el descenso del tratamiento por heroína y el incremento del tratamiento por cocaína.

Las cifras de tratamiento a través de los recursos residenciales apuntan un ciclo diferente al observado en el tratamiento ambulatorio, ya que el máximo de atenciones se alcanza en 1995 para descender muy rápidamente hasta 1999 (-36%), año en que se llega al mínimo, volviendo a remontar hasta el 2003 para iniciar seguidamente otro acusado descenso.

De alguna forma, la tendencia en el tratamiento ambulatorio y en Comunidad Terapéutica son casi complementarias, pero con la particularidad de que el tratamiento ambulatorio va ganando terreno frente a la comunidad terapéutica, que ha pasado de suponer casi el 15% de todas las personas atendidas en 1995 al 8,5% en el último ejercicio contemplado (2008).

**Gráfico I.24.- Evolución del número de personas atendidas en los Programas de Intervención en Toxicomanías en Comunidades terapéuticas y en los centros Penitenciarios de la CAV. 1994 / 2000-2008 (Valores absolutos)**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Dpto. de Sanidad del GV y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

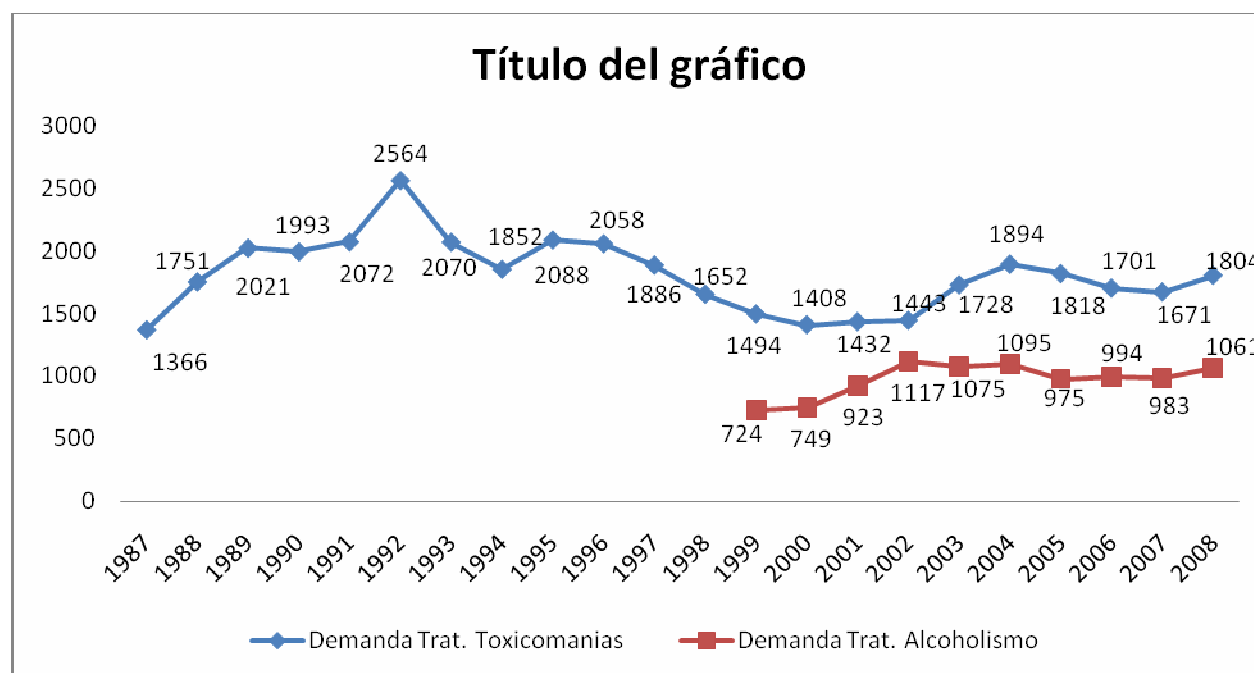
En lo que respecta a la atención a personas usuarias de drogas en centros penitenciarios, no se muestra una tendencia clara a lo largo de esta primera década del siglo, sino que por el contrario se dibuja un perfil en dientes de sierra en el que el número de personas atendidas oscila entre un mínimo de 607 y un máximo de 940 (54%).

### 1.3.2.- CASOS NUEVOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO

Existe toda una línea de trabajo puesta en marcha a finales de la década de los 80 que recoge las admisiones para el inicio de tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas. Este programa se inició en todo el Estado bajo el nombre de Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT). En este programa vuelcan los datos los centros públicos dependientes de Osakidetza y los privados pertenecientes a la red concertada. Hasta 1996 se recogen los casos de personas admitidas por consumo de heroína y/o cocaína; posteriormente se incorporan otras sustancias como el alcohol.

Este indicador es el más preciso, ya que recoge el número de personas que inician o reinician un tratamiento en un año determinado, contabilizándose únicamente la primera admisión a tratamiento en ese año, pese a que se hubiera producido más de un episodio asistencial por parte de una misma persona, de forma que se eliminan las duplicidades si una persona es admitida a tratamiento más de una vez en el mismo año. Esto permite un tipo de análisis diferente al de los epígrafes precedentes, que hablan del número de personas en tratamiento a lo largo del año. Además se recogen una serie de datos sobre estas personas, de forma que nos permiten conocer mejor al colectivo.

Gráfico I.25.- Evolución del número total de casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en la CAPV (1987-2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010  
 Nota. A partir de 1999, inclusive, se incluye el alcohol en el análisis

Las admisiones por toxicomanías no alcohólicas han seguido un proceso irregular, en un primer momento fueron creciendo hasta 1992, fecha a partir de la cual se inicia un

descenso progresivo pero templado, hasta el periodo 2002-2004 con un ascenso importante, hasta que vuelve a iniciarse un decrecimiento ligero, que parece frenar en el último año.

**Tabla I.18.- Evolución del número de casos admitidos a tratamiento distinguiendo alcohol y otras drogas**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Alcohol</b>				724	749	923	1117	1075	1095	975	994	983	1061
<b>Otras drogas</b>	2058	1886	1652	1494	1408	1432	1443	1728	1894	1818	1701	1671	1804
<b>Total inicios de tratamiento</b>	2058	1886	1652	2218	2157	2355	2560	2803	2989	2793	2695	2654	2865

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010.

Nota. A partir de 1999, inclusive, se incluye el alcohol en el análisis

Por su parte, las admisiones a tratamiento por alcoholismo crecen hasta 2002 y a partir de ahí se van reduciendo muy levemente, entrando en una fase de meseta.

El proceso seguido entre las personas tratadas y las admitidas a tratamiento por alcoholismo es muy similar, con un periodo de crecimiento durante los años 2002, 2003 y 2004 en el que coinciden las cifras más altas, tanto de tratamiento como de inicios de tratamiento, para luego ajustarse levemente y mantenerse constantes. Es por eso que la ratio de nuevas personas en tratamiento en relación con el total de personas tratadas permanece bastante estable desde 2003, después de haber sufrido un notable incremento hasta dicho año.

**Tabla I.19.- Personas tratadas ambulatoriamente al año por alcoholismo, personas admitidas a tratamiento ambulatorio y porcentaje que representan sobre el total de personas tratadas.**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Personas tratadas</b>	4129	4276	4156	4263	4469	4475	4270	4208	4307	4257
<b>Admitidas a tratamiento</b>	724	749	923	1117	1075	1095	975	994	983	1061
<b>% Admitidas / tratadas</b>	17,5	17,5	22,0	26,2	24,1	24,5	22,8	23,6	22,8	24,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

En lo que respecta a los inicios de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas se observa, en esos cinco años, un descenso importante hasta 2000 (-32%). A partir de entonces comienza un aumento hasta 2004 (+34,5), seguida de una fase de descenso muy lenta para luego estabilizarse.

**Tabla I.20.- Personas tratadas ambulatoriamente al año por toxicomanías no alcohólicas, personas admitidas a tratamiento ambulatorio y porcentaje que representan sobre el total de personas tratadas**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>En tratamiento</b>	5327	5457	6041	6797	7452	7012	6853	7077	7195	7293	6925	6994	6132
<b>Inicio Trato</b>	2058	1886	1652	1494	1408	1432	1443	1728	1894	1818	1701	1671	1804
<b>Admitidas /Tratadas</b>	38,6	34,6	27,3	22,0	19,0	20,4	21,1	24,4	26,3	24,9	24,6	23,9	29,4

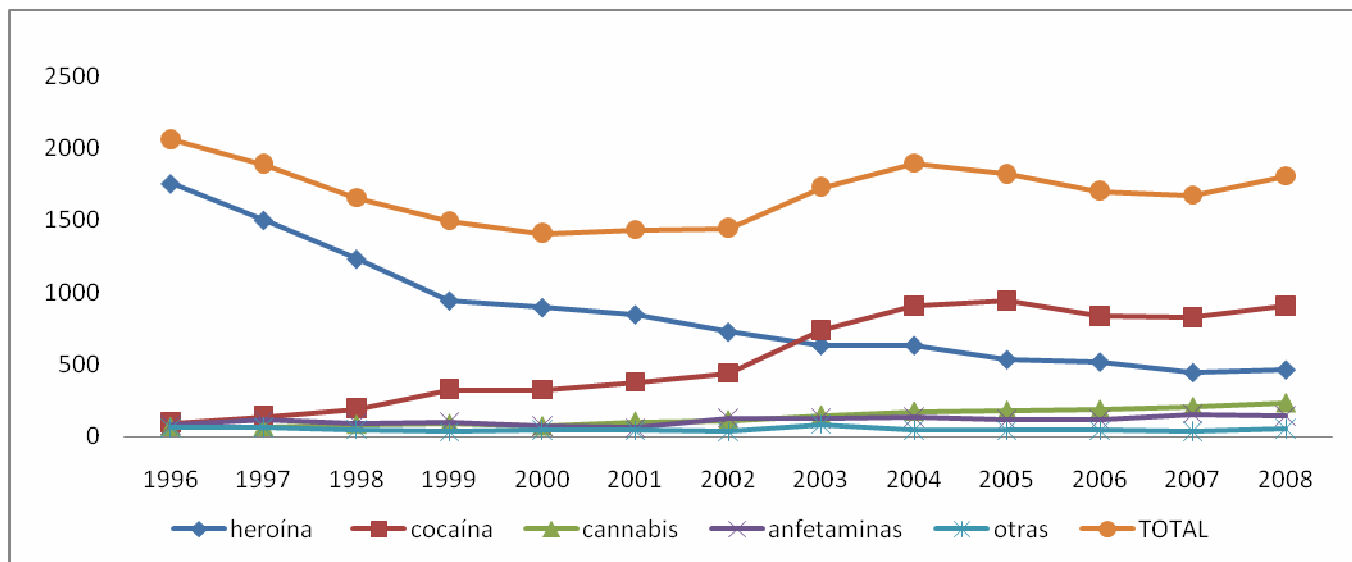
Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

Relacionando las nuevas altas con el número de personas tratadas por toxicomanías no alcohólicas nos encontramos con una relación inversa, ya que al contrario de lo que se podría suponer, cuando va descendiendo el número de personas admitidas crece el número de personas en tratamiento, de forma que en los momentos de menos altas (2000, 2001 y 2002) nos encontramos con el mayor número de personas en tratamiento. A partir de esos años se produce el proceso inverso, es decir, se va incrementando el número de personas admitidas mientras se reduce el número de personas en tratamiento. De esta forma, los ratios entre ambos datos no sólo no se mantienen constantes sino que hay una variación importante: desde un máximo del 38,6% hasta un mínimo de 19,0 para luego comenzar a crecer hasta el 29,4 %.

El tipo de sustancia que induce la demanda de tratamiento puede aportar algo de luz a los cambios de tendencia:

- La reducción del peso del colectivo de heroína-dependientes, que ha pasado de representar, en 1996, el 85,3% de los inicios de tratamiento al 25,9% en 2008.
- El incremento de los casos relacionados con el consumo de la cocaína, que suponía el 4,6% en 1996 y que creció hasta al 51,8% en 2005.
- En los años 2002 y 2003 hay un cambio de tendencia, dejando de ser la heroína la droga más señalada en los inicios de tratamiento (la demanda de tratamiento pasa de 728 a 636 personas) y ocupando su lugar la cocaína (la demanda pasa de 438 a 735 personas).

Gráfico I.26.- Evolución del número de casos admitidos a tratamiento por sustancias (1996-2008)



	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
heroína	1755	1502	1233	945	897	849	728	636	636	538	521	448	467
cocaína	95	139	195	326	322	377	438	735	902	941	833	826	904
cannabis	68	68	84	90	73	106	115	150	177	183	189	208	235
anfetaminas	79	113	92	99	72	60	129	123	135	117	116	154	143
otras	61	64	48	34	44	40	33	84	44	39	42	35	55
<b>TOTAL</b>	<b>2058</b>	<b>1886</b>	<b>1652</b>	<b>1494</b>	<b>1408</b>	<b>1432</b>	<b>1443</b>	<b>1728</b>	<b>1894</b>	<b>1818</b>	<b>1701</b>	<b>1671</b>	<b>1804</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La disminución en la demanda de tratamiento desde 1992 ha venido provocado por el descenso de solicitudes por parte de las personas heroínómanas. El hueco dejado por estas personas no ha sido ocupado por otras personas drogodependientes hasta el 2003/2004 en que su lugar es ocupado por personas adictas a la cocaína, incrementando las cifras de nuevos inicios de tratamiento.

Ahora bien, a partir de 2004-2005 comienza una reducción en las nuevas demandas, lo cual coincide con que también se reducen las solicitudes de tratamiento por consumo de cocaína. A pesar de que la demanda de tratamiento por cannabis y por anfetaminas-*speed*, mantiene un crecimiento gradual y permanente, su cuantía no es lo suficiente para cubrir los huecos que van dejando las otras dos.

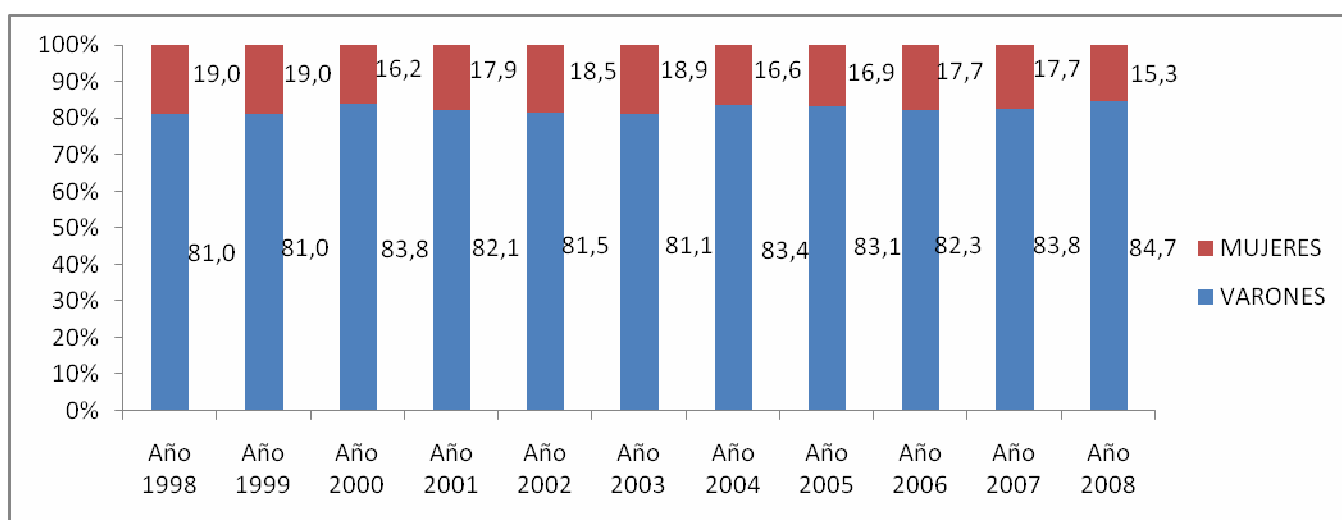


Con respecto a las sustancias que podríamos denominar de menor importancia en cuanto a su incidencia sobre la demanda de tratamiento podemos apuntar dos ideas:

- No está claro que el cannabis esté produciendo tal volumen demanda porque hay muchas personas que se acercan al tratamiento para librarse de las sanciones derivadas de la aplicación del artículo 25 de la LOPSC-91.
- La pequeña importancia de las solicitudes por problemas de drogas como el LSD, el éxtasis (MDMA) y sus derivados, las cuales tienen una incidencia mínima con respecto a la demanda que provocan otras.

Si tenemos en cuenta también al alcohol y el peso relativo de las diversas sustancias nos encontramos con que es éste el que mantiene la proporción más estable con respecto a las otras dos (heroína y cocaína) en cuanto al volumen de demandas de tratamiento.

**Gráfico I.27.- Evolución de la distribución por género de los casos admitidos a tratamiento por toxicomanías no alcohólicas (1998-2008)**

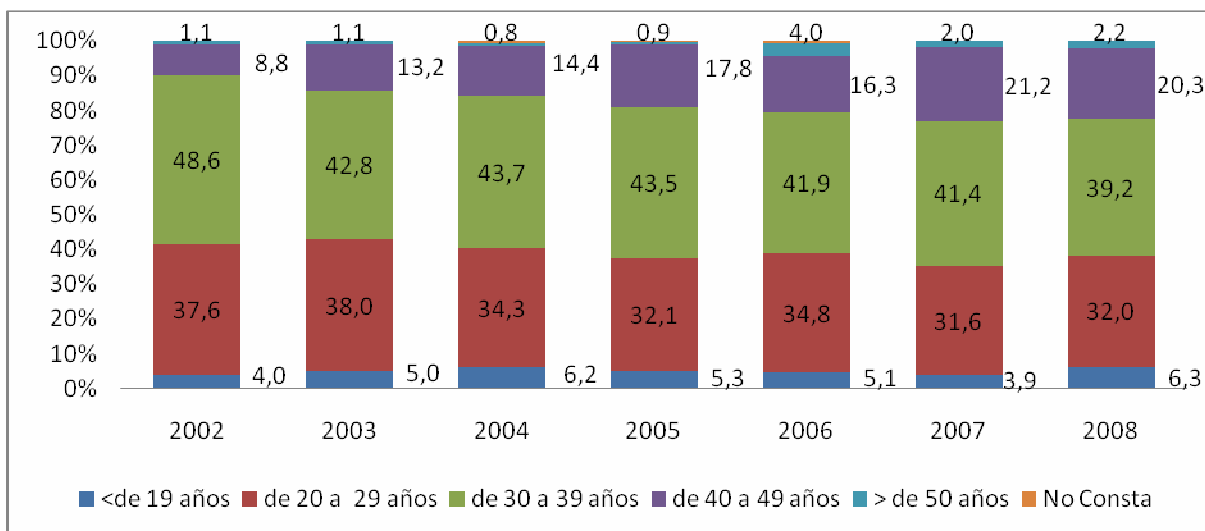


Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La proporción de mujeres entre las personas admitidas a tratamiento por toxicomanías no alcohólicas muestra una gran estabilidad, manteniéndose en estos 10 años entre el 19% y el 16,2% sin que aparezca una tendencia clara, que en todo caso podría apuntar una ligera propensión a su reducción.

La posibilidad de analizar la evolución de la edad sólo cabe desde el año 2002, por lo que conviene hacerlo con mucha prudencia. Pese a ello sí parece observarse una cierta tendencia al envejecimiento, vista la reducción personas menores de 30 y de 40 años que solicitan tratamiento a favor de quienes tienen más de 40 aunque, aún, casi tres cuartas partes de quienes demandaron tratamiento en 2008 tenían menos de 40 años.

**Gráfico I.28.- Evolución de la distribución por edades de los casos admitidos a tratamiento por toxicomanías no alcohólicas (2002-2008)**



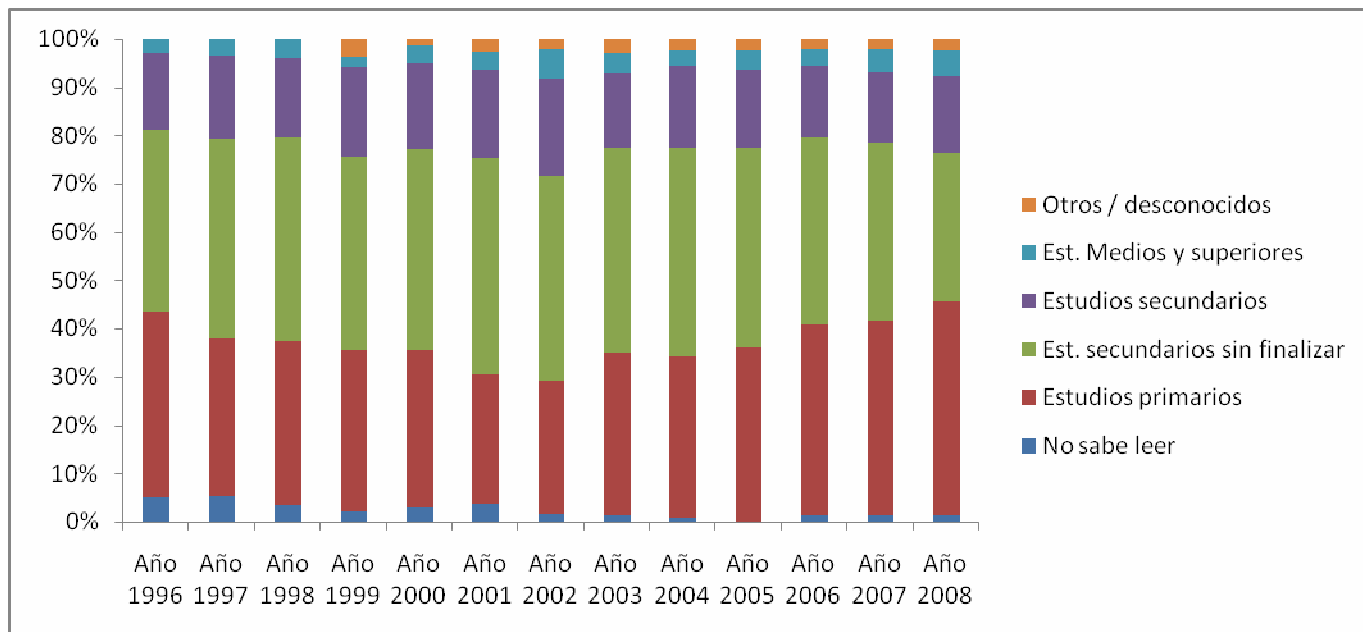
Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

El nivel de estudios no ha variado sustancialmente a lo largo de los diez años analizados, aunque se aprecia una tendencia a la desaparición de las personas analfabetas. Por lo demás, siguen dominando las personas con estudios primarios y con estudios secundarios sin terminar.

La entrada de personas con problemas por el uso de la cocaína no ha incrementado la proporción de personas con estudios medios y superiores. De esto podemos concluir dos lecturas:

- Que el mito de que la cocaína es algo de elites no es cierto, puesto que también hay personas con problemas derivados de la cocaína entre la ciudadanía de la clase media y media-baja.
- Que puede haber una cifra de personas de clase media-alta con problemas derivados del consumo de cocaína que no se tratan en los dispositivos públicos, sino que buscan el anonimato de las consultas y los centros privados.

Gráfico I 29.- Evolución del nivel de estudios alcanzado por las personas que solicitan tratamiento (1996-2008)

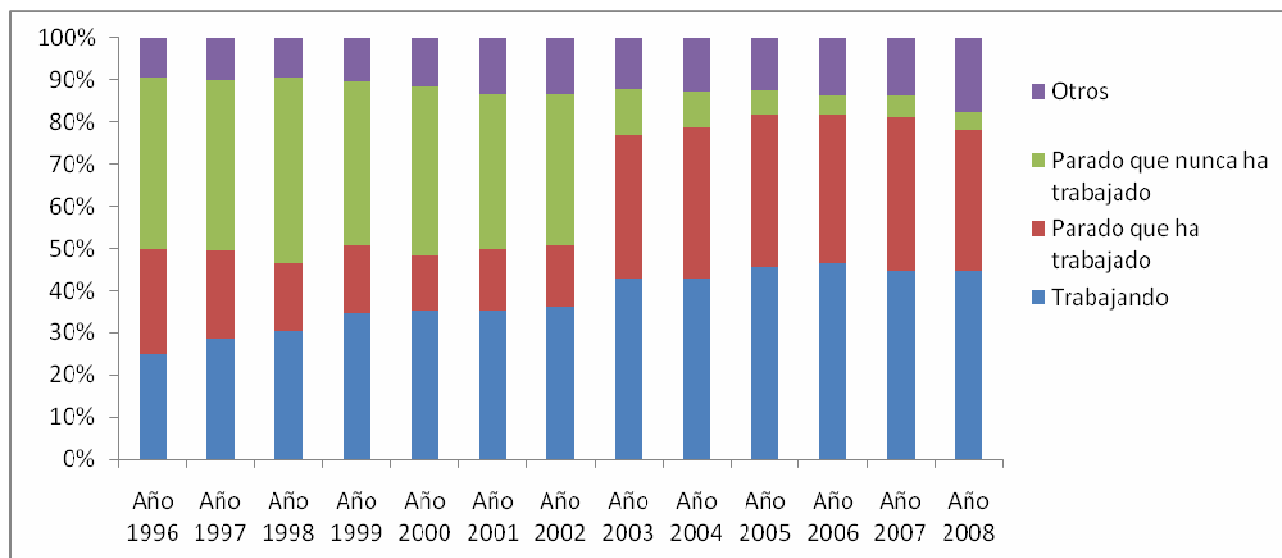


	Año 1996	Año 1997	Año 1998	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008
No sabe leer	5	5,2	3,4	2,1	2,9	3,7	1,6	1,3	0,7	1,1	1,4	1,4	1,4
Estudios primarios	38,8	32,6	34,1	33,5	32,6	26,9	27,6	33,6	33,5	35,8	39,3	40,2	44,2
Est. Secund. sin finalizar	38	41,6	42	40,1	41,7	44,8	42,4	42,5	43,2	40,7	38,9	36,9	30,7
Estudios secundarios	16	17,2	16,4	18,5	17,8	18,2	20,2	15,4	17	16,2	14,7	14,5	15,9
Est. Medios y superiores	3	3,4	4,1	2,1	3,6	3,7	6,1	4,2	3,2	3,8	3,5	4,9	5,5
Otros / desconocidos	0	0	0	3,7	1,4	2,7	2,1	3	2,4	2,4	2,1	2	2,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La entrada de pacientes con problema de cocaína sí parece influir sobre la situación ocupacional ya que se observa una tendencia clara a la desaparición de las personas *paradas que nunca han trabajado*, a costa de las otras dos categorías: la de quienes tienen trabajo, que desde el 2002 son mayoría, y la de los/as *parados/as que han trabajado*. Estos cambios se producen de forma gradual hasta 2002/2003, años en los que desaparecen los *parados* y *paradas que nunca han trabajado* coincidiendo con la entrada a tratamiento de personas consumidoras de cocaína.

Gráfico I.30.- 3 Evolución de la situación laboral de las personas que solicitan tratamiento (1996-2007)



	Año 1996	Año 1997	Año 1998	Año 1999	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008
Trabajando	24,9	28,5	30,5	34,6	35,2	35,4	36,5	43,2	43,4	45,6	46,4	44,6	44,7
Parado ha trabajado	24,8	20,9	16,0	16,2	13,0	14,5	14,8	34,5	36,2	36,3	35,2	36,6	33,2
Parado nunca ha trabajado	40,9	40,7	44,2	38,8	40,3	36,7	36,1	10,9	8,5	5,5	4,6	5,0	4,5
Otros	9,4	9,9	9,3	10,4	11,5	13,4	13,6	12,4	12,9	12,6	13,6	13,7	17,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

También es significativo el crecimiento de la cuarta categoría la de “otros”, que engloba sobre todo a los pensionistas por motivos de salud y a los jubilados.

Los cambios observados en cuanto a la situación ocupacional se deben tanto a la pujanza de las nuevas personas demandantes de tratamiento (cocaína, cannabis y anfetaminas), como a la bonanza económica vivida desde mediados de los 90, que ha permitido absorber a casi toda la mano de obra disponible.

Si relacionamos las sustancias de consumo con la situación ocupacional y los estudios nos podemos reafirmar en lo señalado con anterioridad, en el sentido de que muchas de las personas con problemas con la cocaína no pertenecen a los estratos sociales más acomodados, sino que por el contrario son personas que partían de una situación bastante modesta en cuanto a su cualificación pero que se han visto beneficiados por una economía pujante, lo que les ha permitido acceder a cierto nivel de ingresos y gastos.

A continuación vamos a cambiar de registro y a observar una división muy importante entre las personas que solicitan la intervención terapéutica por primera vez (“casos nuevos”) y quienes ya la habían solicitado en otra ocasión, a quienes denominamos “reinicios”.

En la tabla siguiente se aprecia cómo la proporción de reinicios, que al final de la década anterior eran dos tercios de los que iniciaban el tratamiento descendió hasta 2005, por debajo de la mita, para luego equilibrarse, y este efecto es en gran parte debido al peso de la cocaína, el cannabis y las anfetaminas con respecto a la heroína.

A pesar del peso de las personas con problemas con la cocaína, esta influencia no es perfecta porque:

- Hay personas heroínómanas que solicitan tratamiento por primera vez y porque
- los reinicios en personas cocainómanas no son una excepción, como lo eran en la década anterior sino que en los últimos años viene representando más del 40%.

En la tabla I.20 se observa que, para el conjunto de los inicios de tratamiento, el peso de la heroína no ha dejado de caer prácticamente en todo el periodo, si bien es posible que ese proceso de caída esté llamado a término. Algo similar cabe decir de la cocaína: tras incrementar su peso en las demandas de forma muy notable, parece haberse estabilizado en torno al 50%. El cannabis, por su parte, sigue incrementando su peso en el volumen de demandas de tratamiento, tanto de forma numérica como proporcional, aunque siempre con la incertidumbre de los motivos reales de esta solicitud

**Tabla I.21.- Evolución de la distribución de las personas admitidas a tratamiento según hayan tenido tratamiento previo en función de la sustancia que causa la demanda (1996-2008)**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total admitidos/as por toxicomanías no alcohólicas</b>	<b>2.058</b>	<b>1.886</b>	<b>1.652</b>	<b>1.494</b>	<b>1.408</b>	<b>1.432</b>	<b>1.443</b>	<b>1.724</b>	<b>1.894</b>	<b>1.818</b>	<b>1.701</b>	<b>1.671</b>	<b>1804</b>
Heroína	85,3	79,6	74,6	63,3	63,7	59,3	50,5	36,8	33,6	29,6	30,6	26,8	25,9
Cocaína	4,6	7,4	11,8	21,8	22,9	26,3	30,4	42,5	47,6	51,8	49,0	49,4	50,1
Cannabis	3,3	3,6	5,1	6,0	5,2	7,4	8,0	8,7	9,3	10,1	11,1	12,4	13,0
Otros	6,8	9,4	8,5	8,9	8,2	7,0	11,2	12,0	9,5	8,6	9,3	11,3	11,0
<b>Total sin tratamiento previo</b>	<b>33,7</b>	<b>34,5</b>	<b>31,6</b>	<b>38,0</b>	<b>37,1</b>	<b>37,6</b>	<b>39,7</b>	<b>47,6</b>	<b>49,6</b>	<b>51,5</b>	<b>48,1</b>	<b>47,1</b>	<b>46,4</b>
Heroína y otros opiáceos	70,2	63,8	45,7	35,7	41,6	31,2	25,4	12,8	9,4	9,6	11,4	7,3	8,94
Cocaína	8,9	15,8	22,3	37,8	34,7	41,2	40,0	57,8	61,1	64,3	57,1	59,2	58,87
Cannabis	8,5	8,8	13,0	12,0	9,1	16,6	16,3	15,6	15,2	15,9	17,0	22,5	19,34
Otros	12,5	11,7	19,0	14,4	14,6	11,1	18,4	13,8	14,3	10,2	14,4	10,9	12,85
<b>Total reinicios</b>	<b>66,3</b>	<b>65,5</b>	<b>68,4</b>	<b>62,0</b>	<b>62,9</b>	<b>62,4</b>	<b>60,3</b>	<b>52,4</b>	<b>50,4</b>	<b>48,5</b>	<b>51,9</b>	<b>52,9</b>	<b>53,6</b>
Heroína y otros opiáceos	93,4	89,8	85,9	76,3	75,9	73,2	63,2	59,7	55,7	49,1	46,9	44,2	39,78
Cocaína	2,7	3,8	6,7	12,5	16,1	17,8	24,0	31,2	35,9	40,1	40,4	42,9	43,65
Cannabis	0,9	1,4	1,3	2,6	3,0	2,3	3,1	3,1	4,1	4,5	5,5	4,3	7,40
Otros	3,0	4,9	6,2	8,6	5,0	6,7	9,7	6,1	4,4	6,2	7,1	8,6	9,17

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

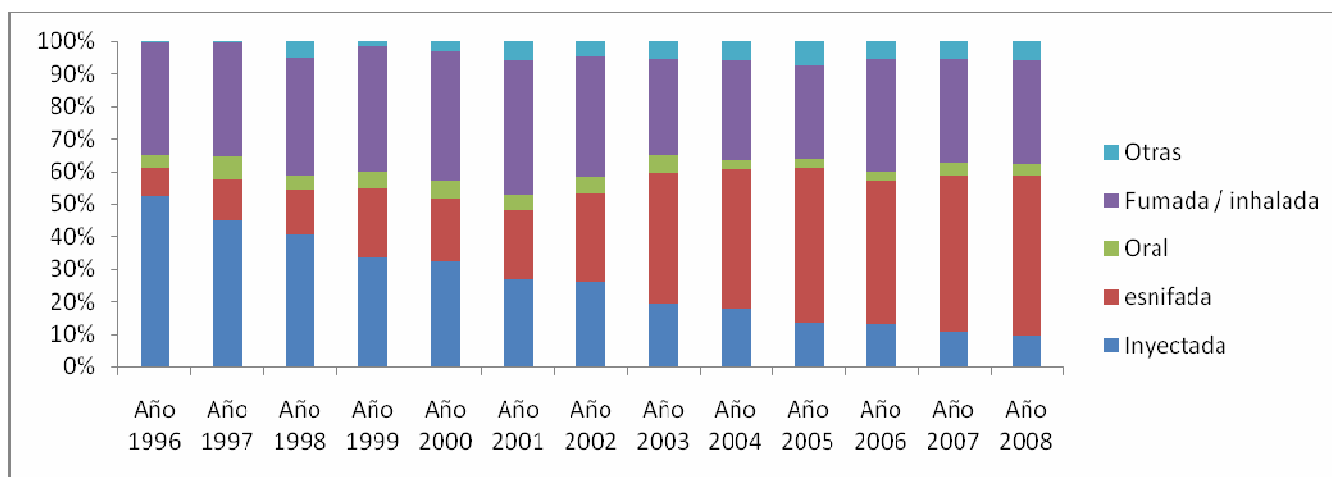
En los ‘casos nuevos’ se aprecia, además de la drástica reducción de la heroína, una cierta estabilización de la cocaína, en torno a un 60% de casos.

Entre los reinicios, la heroína sigue siendo mayoritaria, pero ya apenas hay diferencias entre ésta y la cocaína, que ha observado también un crecimiento muy importante en un plazo muy breve, por lo que los numerosos episodios de recaídas provocan una vuelta al tratamiento (reinicio). Por el contrario, el cannabis muestra unos niveles muy bajos de reinicio.

La vía de consumo también ha sufrido una transformación muy importante, ya que en el año 1996 la vía parenteral suponía algo más de la mitad, cifra que doce años después no llega a un 10% de los casos.

En este proceso se han producido dos influencias: por un lado el modelo de consumo de la cocaína, mayoritariamente esnifada, y, por otro lado, la progresiva sustitución del consumo de la heroína por inyección a su consumo fumado o inhalada, que se mantiene proporcionalmente constante durante todos estos años en un tercio.

Gráfico I.31.- Evolución de la vía principal de consumo de las personas admitidas a tratamiento (1996-2008)

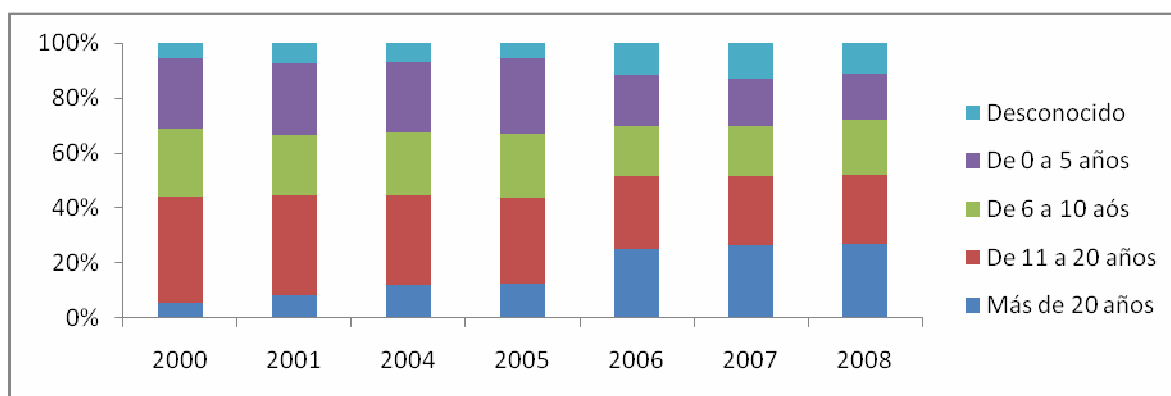


	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Inyectada</b>	52,3	45,0	42,9	31,4	32,3	26,6	25,8	19,4	17,9	13,4	12,9	10,8	9,5
<b>esnifada</b>	8,7	12,4	14,7	20,0	19,4	21,4	27,3	40,2	42,6	47,5	44,4	47,9	49,2
<b>Oral</b>	4,2	7,0	4,6	4,6	5,4	4,8	5,3	5,3	2,7	2,8	2,5	3,8	3,4
<b>Fumada / inhalada</b>	34,7	35,1	38,7	36,5	39,9	41,2	36,8	29,5	30,7	28,7	34,9	32,1	32,0
<b>Otras</b>	0,2	0,5	5,3	1,3	3,0	6,0	4,8	5,6	6,1	7,6	5,4	5,4	5,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La evolución del tiempo de consumo en las personas que demandan tratamiento muestra un cambio notable entre los años 2005 y 2006, dentro de la tendencia ya existía de incremento de las categorías temporales más largas (*más de 20 años de consumo*).

Gráfico I.32.- Evolución del tiempo de consumo de las personas admitidas a tratamiento (2000-2008)



	2000	2001	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Más de 20 años</b>	5,4	8,4	12,2	12,4	25,2	26,4	26,9
<b>De 11 a 20 años</b>	38,7	36,3	32,6	31,4	26,2	25,2	25,4
<b>De 6 a 10 años</b>	24,6	22,1	22,6	23	18,4	18,3	19,9
<b>De 0 a 5 años</b>	25,5	25,7	25,7	27,4	18,4	17,3	16,6
<b>Desconocido</b>	5,8	7,6	6,9	5,8	11,8	12,8	11,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

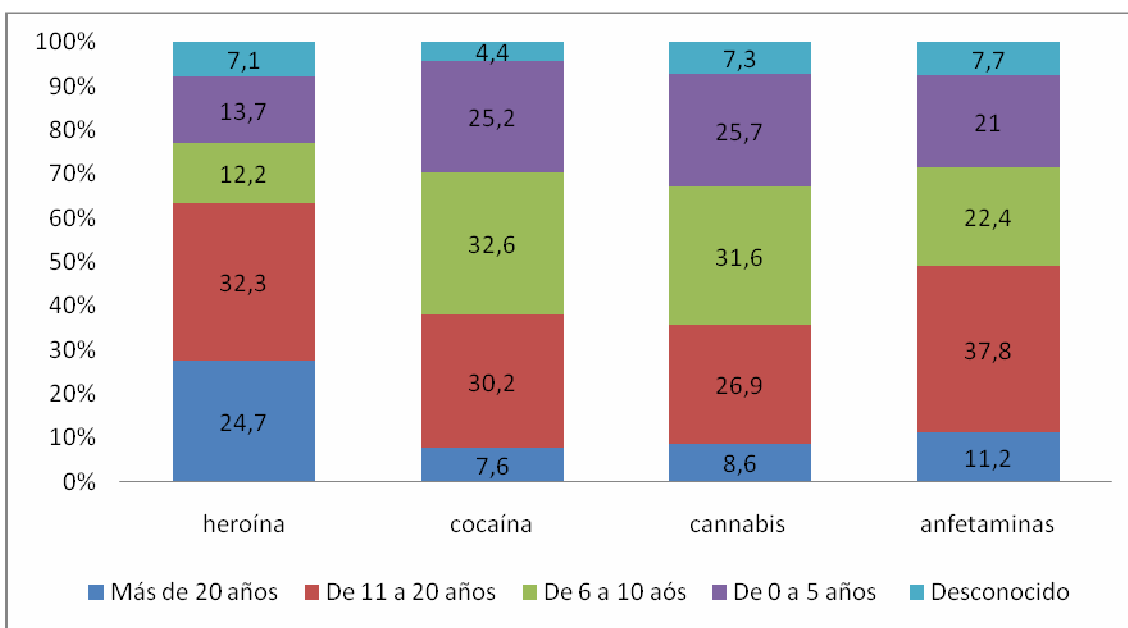
Efectivamente las personas que llevan de más de 20 años de consumo se han duplicado pasado a ser un octavo a ser una cuarta parte de las personas demandantes, mientras que otro cuarto lo constituyen las personas que llevan consumiendo entre 11 y 20 años, lo que significa que la mitad lleva más de 10 años relacionándose con las drogas, mientras que quienes reducen esta relación a menos de 10 años han pasado de ser la mitad a ser un tercio.

Si estos cambios se hubieran producido a lo largo de estos años se podría hablar de un proceso “natural” de envejecimiento de la población demandante pero en este caso el cambio se produce prácticamente en un año, mientras que al año siguiente dicho cambio se consolida.

No hemos constatado ningún otro elemento relacionado directamente con esto, en todos estos años; por ejemplo, no hay cambios significativos en cuanto a la edad, lo que podría llevarnos a pensar en un *desembarco* importante de veteranos y veteranas consumidoras de heroína, sin embargo, no hay variaciones en este sentido y la causa puede estar en la confluencia de ciertos vectores: el descenso de las solicitudes de tratamiento por parte de

personas usuarias de cocaína que se ha producido en estos dos años, ya que en este colectivo, y como se aprecia en el gráfico I.37, dominan ampliamente (60%) quienes llevan menos de 10 años consumiendo; pero también por el envejecimiento de las personas adictas a la cocaína que demandan tratamiento, en la tabla I.20 se muestra que el 43% de los reinicios se producen entre consumidores y consumidoras de cocaína.

**Gráfico I.33.- Duración del consumo de las personas admitidas a tratamiento según la sustancia que causa la admisión (2008)**



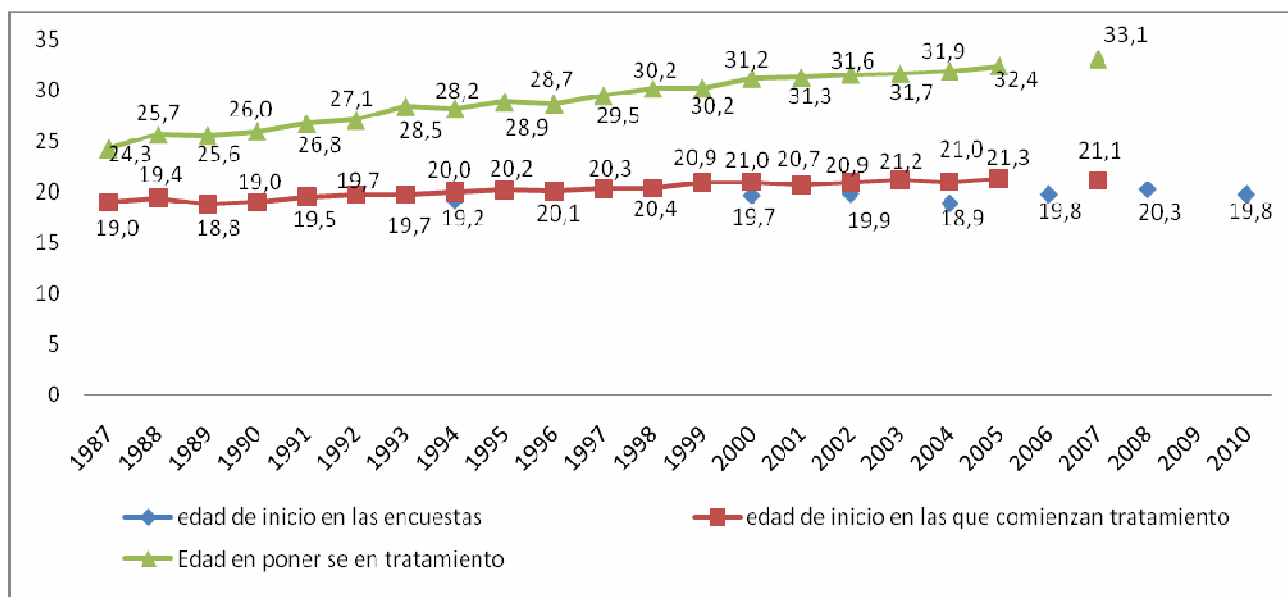
Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

El tiempo de consumo está estrechamente relacionado con la sustancia consumida, siendo particularmente alta entre quienes consumen heroína y la mezcla de heroína y cocaína, que además llevan más de 15 años de consumo, el 53% y el 46% respectivamente, mientras que las personas usuarias de las otras drogas tienden a concentrarse en torno las etapas intermedias de menos de entre 6 y 20 años de consumo.

Según aparece en el gráfico contiguo (Gráfico I.34), la media de edad de las personas admitidas a tratamiento en la CAPV ha ido incrementándose ininterrumpidamente desde 1987, hasta alcanzar los 33 años de edad; en esos 20 años se ha retrasado en casi una década (8,8 años). Por el contrario, la edad media de inicio del consumo se ha mantenido muy estable, de forma que se ha retrasado dos años en estos 20 otros.



Gráfico I.34.- Evolución de la edad media de inicio en el tratamiento y de la edad de inicio en el consumo de drogas de las personas que solicitan tratamiento (1987-2007)

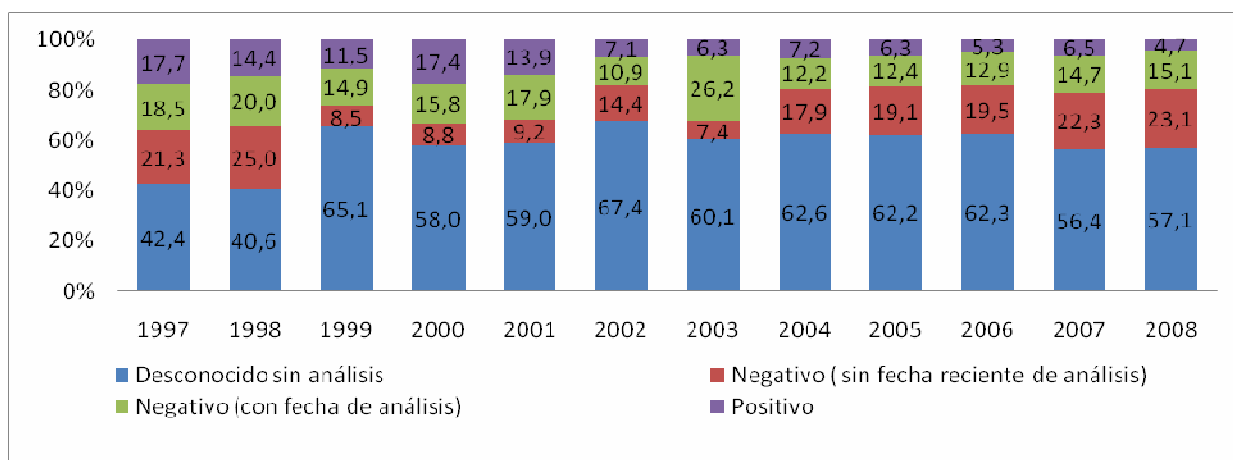


Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010 y del "Euskadi y Drogas 2010".

Estos dos fenómenos ha provocado que se amplíe mucho la distancia entre un hecho y otro, de forma que hace 20 años las personas consumidoras se ponían en tratamiento **tras cinco años de consumo**, mientras que en la actualidad lo hacen **tras doce años de relación con la sustancia**, con lo que esto significa de agravamiento del problema.

Respecto a la edad media con la que se iniciaron en el consumo estas personas, es muy próxima a la que la población general admite como edad de inicio (*edad de inicio en las encuestas*) y, en ambos casos, se observan muy pocas variaciones y una tendencia a retrasar la edad de inicio.

Gráfico I.35.- Evolución de la situación serológica frente al VIH de las personas admitidas a tratamiento (1997-2007)



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

En el gráfico I.35 se aprecia claramente cómo se ha reducido la presencia del SIDA entre las personas admitidas a tratamiento en estos 12 años, porcentaje que ha descendido desde el 17,7% al 4,7%. No obstante, también hay que reconocer la importante cifra de personas que dicen desconocer su situación serológica frente al virus y su crecimiento.

### 1.3.3.- INDICADORES DESDE ENTIDADES NO TERAPEUTICAS

#### A) LAS URGENCIAS POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El indicador “Urgencias” es otro de los datos aportados por el SEIT de la CAPV y recoge exclusivamente los episodios de urgencia donde se mencionan la existencia previa de un consumo de drogas en los hospitales del Territorio Histórico de Bizkaia y solamente en 12 semanas del año, por lo tanto no es tan importante el número de casos como su evolución.

En 2007 se han contabilizado 332 casos, que es la cifra más alta registrada desde el inicio de esta serie en la que se observa una clara tendencia creciente, al incrementarse en un 41% desde 2003 al inicio de la serie.

Confirmando esta tendencia se puede observar cómo ha crecido también la Tasa por cada 10.000 habitantes con respecto a la población de Bizkaia, que ha pasado de 2,1 episodios de urgencia en 2003 a 2,9 en 2007.

Gráfico I.36.A - Evolución de los episodios de urgencia en los que se menciona el consumo de sustancias psicoactivas. Número de casos

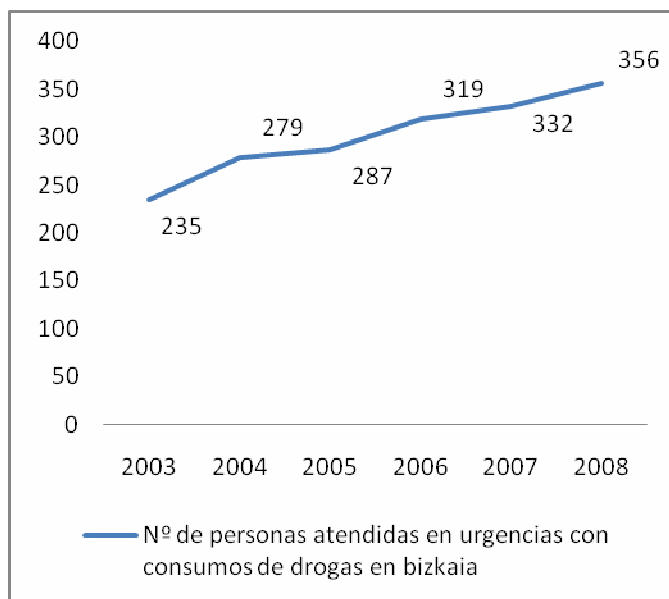
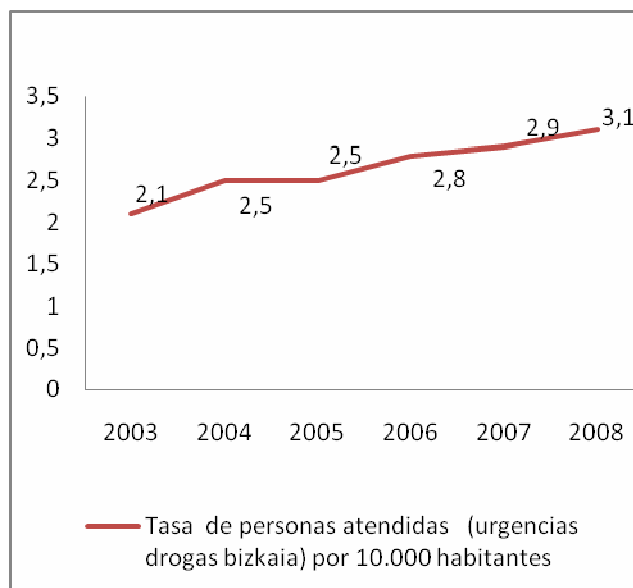


Gráfico I.36.B Tasa por 10.000 habitantes. Bizkaia (2003-2008), del número de casos ( urgencia drogas Bizkaia)



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

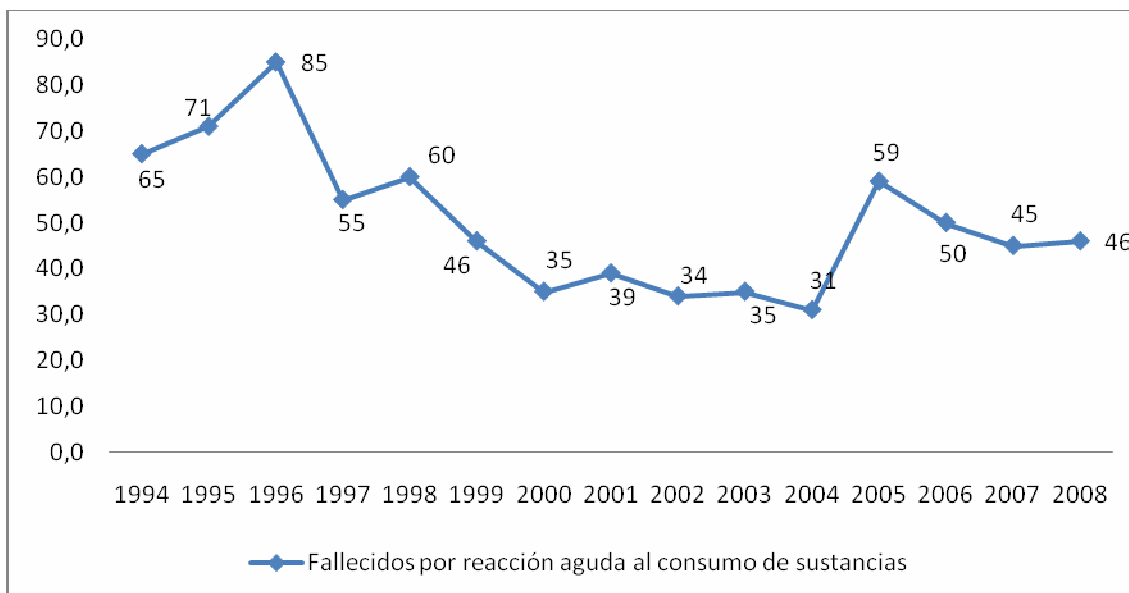
Con respecto a las sustancias relacionadas con dichos episodios hay que mencionar que es posible que en cada persona atendida pueda encontrarse más de una sustancia, de ahí que su suma porcentual sea mayor que el 100%. Las sustancias más mencionadas en 2008 y su tendencia es la siguiente:

- Hipnóticos y sedantes, 62,0%, con tendencia de crecimiento
- Cocaína, 27,8 %, con tendencia de crecimiento
- Alcohol, 37,6%, No se aprecia una tendencia clara
- Cannabis, 14,4%. Sigue una tendencia muy estable
- Otras sustancias, 14,8%, con tendencia estable
- Heroína y opiáceos, 7,6%, con tendencia decreciente

#### B) FALLECIMIENTOS POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El número de personas fallecidas por reacción aguda ante el consumo de drogas ha venido experimentando una reducción desde 1996 hasta el año 2004 para luego volver a los niveles de mediados de finales de los años 90, aunque va reduciéndose en los últimos años.

**Gráfico I.37.A- Evolución del número de personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en la CAPV (1994-2008)**



**Gráfico I.37B. Evolución de la tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes\* por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en la CAPV (1994-2008)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

La tasa de mortalidad por reacción adversa a las drogas fue en 2008 de 2,1 personas por cada 100.000 habitantes, lo que muestra un descenso con respecto a la tasa de 2005 y 2006, aunque siga por encima de los valores registrados en los cinco primeros años de esta década, pero muy por debajo de los 4,1 puntos de 1996.

**Tabla I.22 1.- Evolución del número de personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias Psicoactivas según género en la CAPV (1994-2000)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Total</b>	65	71	85	55	60	46	35	39	34	35	31	59	50	45	46
Hombres	57	59	73	49	53	38	30	34	30	31	25	49	41	36	33
Mujeres	8	12	12	6	7	8	5	5	4	4	6	10	9	9	13

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

El porcentaje de mujeres entre las personas fallecidas no llega al 30% en ninguno de los años analizados y se mantiene relativamente estable sin que se observe ninguna tendencia ni hacia la reducción, ni hacia el incremento.

La heroína ha sido la sustancia que ha estado más presente en los fallecimientos por reacciones agudas, hasta que en el año 2000 es reemplazada por las benzodiacepinas y últimamente también por la cocaína.

**Tabla I.23.- Evolución de la distribución\* de sustancias detectadas en las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas (1994-2000) (%)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Heroína	94,8	94,5	88,2	80,0	81,5	67,4	57,1	69,2	58,8	42,9	35,5	62,7	46,0	51,1	26,1
Otros opiáceos	6,4	20,3	16,4	1,8	22,3	30,4	48,6	33,4	44,1	48,6	48,4	28,8	40,0	11,1	-
Benzo-diacepinas	48,7	63,5	43,5	54,5	50,1	58,0	43,0	77,1	85,2	62,8	82,0	86,4	72,0	82,2	50,0
Alcohol	34,6	21,6	28,2	12,7	31,5	30,0	37,1	35,9	20,6	28,6	16,1	25,4	34,0	24,4	32,6
Cocaína	23,0	32,4	22,3	30,9	40,7	34,7	34,3	28,2	41,2	57,1	45,2	55,9	54,0	53,3	54,3
Anfetaminas	1,2	4,0	2,3	3,6	13,0	2,1	5,7	5,1	5,9	0,0	19,4	1,7	8,0	11,1	13,0
Cannabis	9,2	9,8	16,4	16,4	16,7	15,2	14,3	15,4	23,5	17,1	38,7	20,3	24,0	31,1	10,9
MDMA	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	2,1	8,6	0,0	5,9	0,0	3,2	1,7	2,0	0,0	0,0
Otras	9,9	11,5	23,0	5,4	0,0	10,8	0,0	18,1	8,0	44,9	32,4	46,2	6,0	40,0	--

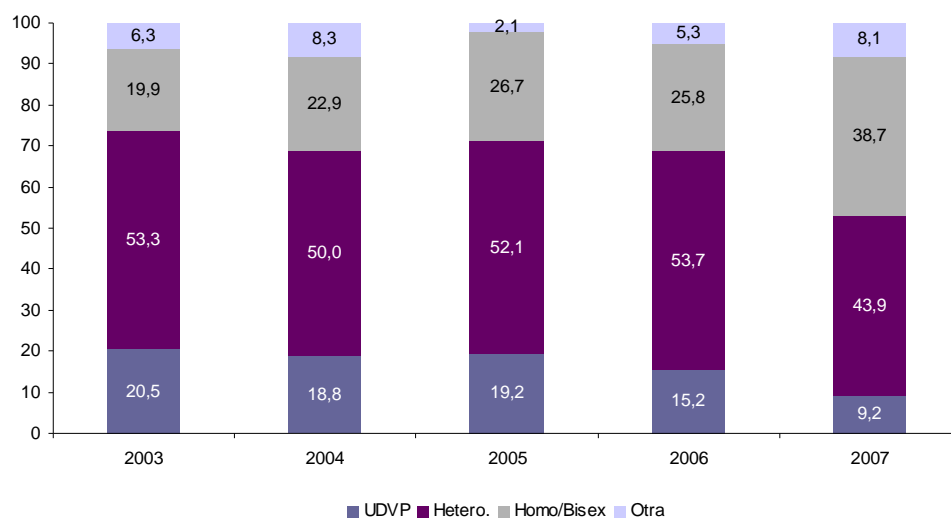
Fuente: Elaboración propia a partir de los informes del Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) en la CAPV (2008) del Dpto. de Sanidad del GV. y del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010

### C) EL SIDA

La proporción de usuarios/as de drogas por vía parenteral que daba positivo en la prueba del SIDA se ha ido reduciendo considerablemente en el plazo de los últimos cuatro años recogidos en la serie, pasando del 20,5% al 9,2%.

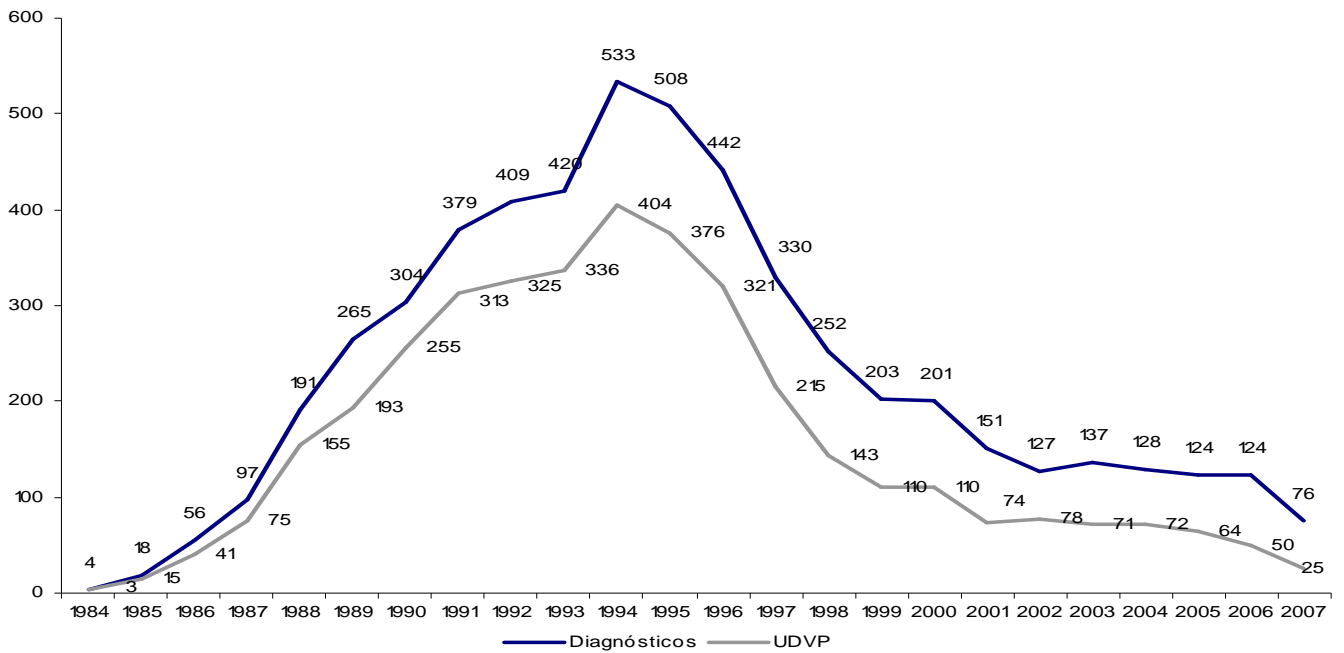
Este dato reafirma el proporcionado por SEIT con respecto a las demandas nuevas de tratamiento y el SIDA.

**Gráfico I.38.- Evolución de la distribución de los nuevos casos de infectados según la categoría de transmisión (2003-2007)**



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2008

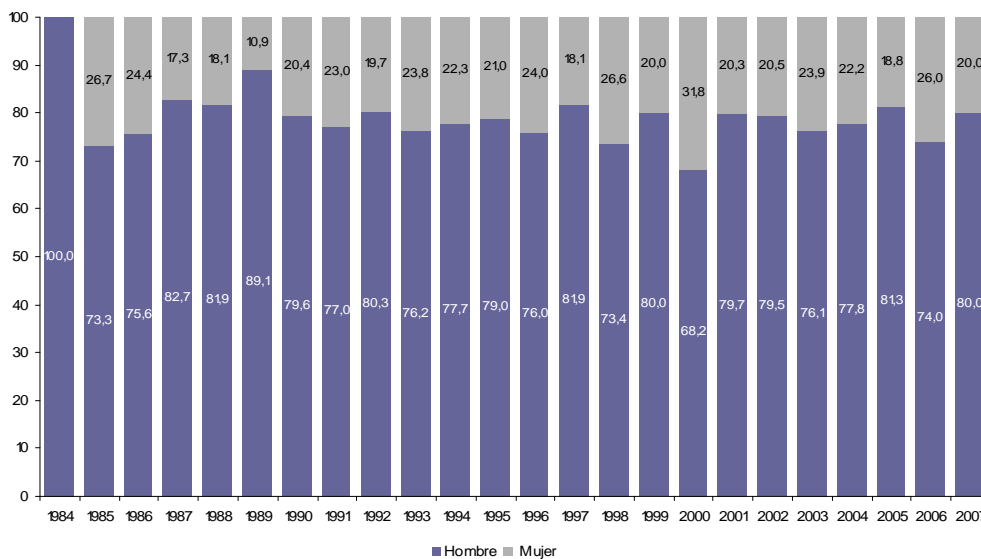
Gráfico I.39.- Evolución de los nuevos diagnósticos de SIDA en la CAPV por categoría de transmisión UDVP (1984-2007)



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2008

Al comienzo de la detección de la enfermedad, el número de personas detectadas de SIDA y de usuarios/as de drogas por vía parenteral (UDVP), caminaban muy parejos, sin embargo al entrar en la década de los 90 se fue abriendo una brecha que se ha mantenido de forma muy homogénea, de manera que desde entonces son dos líneas paralelas que desde mediados de esa década muestran una línea inequívocamente descendente.

Gráfico I.40.- Evolución de la distribución de los casos acumulados de SIDA de los UDVP según sexo (1988-2007)



Fuente: Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2008

El gráfico contiguo muestra la proporción de mujeres con Sida en el colectivo de Usuarios/as de drogas por vía parenteral (UDVP). Él no define una tendencia clara, ya que las oscilaciones extremas tienen cierta envergadura -del 10,9% al 31,8%-. Ahora bien, si dejamos de lado ambas mediciones nos encontramos con una variación mucho menor, la cual sitúa la media en el 22% de mujeres, cifra que es muy pareja a la de la proporción de mujeres que demandan tratamiento.

#### D) HONTZA

El centro Hontza nace fundamentalmente para atender a personas toxicómanas en una situación de alta exclusión y, en muchos casos, en condiciones de sin-hogarismo, de ahí que ofrezca un **Servicio de Pernocta** con 17 literas en el que además brinda otras prestaciones como una sala de aseo, devolución de ropa, desayuno, taquilla, e intercambio de jeringuillas.

Hontza tiene, además, otros dos servicios complementarios: **La Sala de Paso**, (intercambio de jeringuillas, alimentación básica, ducha, atención sanitaria básica, ocio y apoyo socio educativo) y **La Sala de Proximidad**, que se traduce en trabajo de calle.

Tabla I.24.- Personas atendidas por Hontza y por su servicio de Pernocta a través de los años.

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>TOTAL</b>	869	100	613	100	451	100	703	100	759	100	549	100
<b>Pernocta</b>	227	26,1	192	31,3	202	44,8	170	24,2	134	17,7	189	34,4

(Fuente: datos de Hontza en el Estudio sobre el impacto del centro Hontza en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. Nuevas necesidades detectadas.)

Tabla I.25.- Personas atendidas por Hontza según la antigüedad de contacto con el servicio

Tiempo de relación	%
Personas nuevas durante 2009	45,5
1 año (2008)	14
2 años (2007)	10
3y 4 años (2006/2005)	9
5 y más años (2004/2003)	22

(Fuente: datos de Hontza en el Estudio sobre el impacto del centro Hontza en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. Nuevas necesidades detectadas.)

Casi la mitad de las personas son usuarias nuevas que han entrado en contacto con Hontza el mismo año, un tercio tienen entre un año y cuatro de contacto, mientras que el quinto restante lleva más de 5 años de contacto con la institución.

Tabla I.26.- Personas atendidas por Hontza y según sexo

AÑO	VARONES %	MUJERES %
2009	81	19
2008	85,5	14,2
2007	88	12
2006	82	18
2005	81	19
2004	81	19

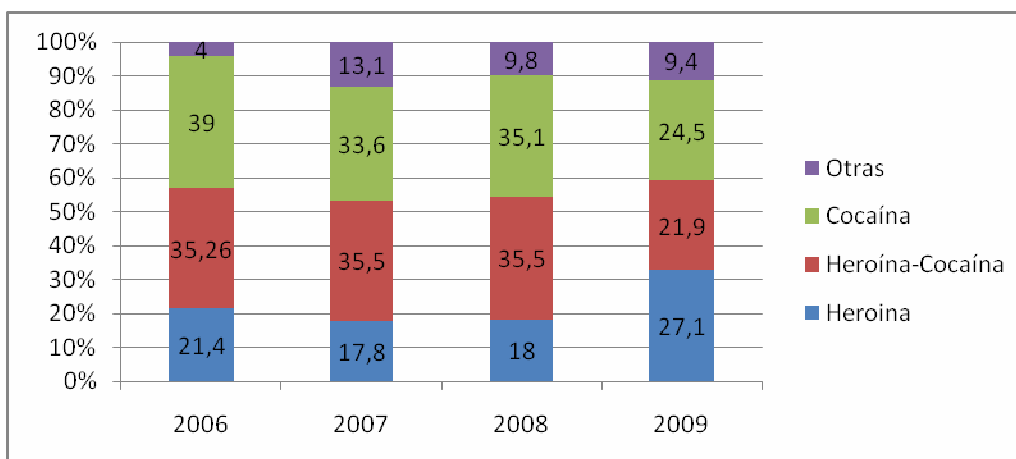
(Fuente: datos de Hontza en el *Estudio sobre el impacto del centro Hontza en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. Nuevas necesidades detectadas.*)

A pesar de que el servicio de pernocta tiene una reserva de tres literas exclusivamente para mujeres, el ratio entre varones y mujeres no ha variado sustancialmente, y aunque en unos años se situó por debajo del 15%, posteriormente se ha restablecido en torno al 19%; cifras más acordes con la proporción real de mujeres con problemas de drogodependencias.

Las sustancias consumidas muestran algunos aspectos a destacar:

- La droga más consumida ha sido la mezcla de heroína y cocaína seguida del consumo de la cocaína sola, sin apenas diferencias. En tercer lugar aparece mencionada la heroína.
- En 2009 la heroína da un vuelco y vuelve a ser la droga principal, aunque no hay grandes diferencias entre los tres tipos de consumo.

Gráfico I.41.- Evolución del tipo de sustancia consumida por las personas usuarias de Hontza (2006-2009)



(Fuente: datos de Hontza en el *Estudio sobre el impacto del centro Hontza en la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas. Nuevas necesidades detectadas.*)

Otras características que se pueden perfilar en los usuarios y usuarias de Hontza son:



- Por edad, la gran mayoría se concentra en torno a los 30-50 años, con una cierta tendencia a envejecer. Las mujeres tienden a ser algo más jóvenes
- La procedencia de las personas atendidas es estatal en más de un 70% de los casos, , exceptuando los años 2007 y 2008 en los que se constató un aumento significativo de personas inmigrantes de origen magrebí
- Una gran mayoría, en torno al 70%, son personas que viven en la CAPV pero no tienen vivienda, es decir , son transeúntes

Se llevó a cabo un estudio con una muestra de 47 personas usuarias de diversos albergues y centros para personas sin hogar. Algunos datos que describen el perfil de éstas son:

- Varones, un 89% y mujeres, un 11%
- De entre 35 a 54 años hay un 63,7% de usuarios/as
- El 74,5% ha nacido en el Estado, más de la mitad (55%) en Bizkaia y casi dos quintos (38%) en Bilbao
- Por lo tanto, la mayoría (81%) está de forma legal en la CAPV
- La gran mayoría es politoxicómana, pero indagando sobre las sustancias se conoce que más de la mitad dice ser heroínómana (57,5%), seguida por quienes consumen alcohol (23,5%) y cocaína (15%)
- La ludopatía aparece en un 8,5% de los casos
- Un tercio (34%) dice haber sufrido malos tratos, la mitad de ellos propiciados por los propios progenitores
- Un 40 % manifiesta ser enferma mental, aunque solo el 30% está diagnosticada.

#### E) MEDICOS DEL MUNDO- SALA DE CONSUMO SUPERVISADO

(Datos extraídos del Informe. Memoria de Médicos del Mundo sobre la sala de consumo- 2003-2009)

La asociación Médicos del Mundo (MdM) viene realizando diversas intervenciones socio-sanitarias con las personas usuarias de drogas (trabajo de calle, intercambio de Jeringuillas, talleres...). A finales de 2003 abrió la Sala de Consumo Supervisado (Sala de Inyección y de Inhalado) ubicada en Bilbao con el objetivo principal de disminuir los riesgos asociados al consumo de drogas por vía intravenosa, tanto para las personas usuarias como para la comunidad.

El centro está concebido como un espacio de *bajo umbral* o *exigencia cero* en el que, mediante diferentes formas de intervención, se trata de disminuir la marginalidad derivada del consumo de drogas, reconociendo a la persona usuaria en sus derechos y obligaciones y ofreciendo alternativas que reduzcan los riesgos asociados al consumo de drogas.

Casi 2.000 personas han pasado por la Sala de Consumo de MdM. La cifra tan baja del primer año de debe a que el servicio abrió sus puertas muy a finales de año. Los dos primeros años ha sido cuando más expedientes se han abierto, luego van descendiendo paulatinamente.

Las proporción de mujeres es de casi el 17%, y esta ratio se mantiene constante, lo cual concuerda con los datos de otros servicios en cuanto a la proporción de mujeres con consumos problemáticos.

Las cifras más altas de utilización de la sala corresponden a los años 2007 y 2008, y durante estos años se perfila claramente una tendencia creciente hasta 2008, con un ligero descenso en el último ejercicio.

Relacionando este dato con el anterior se puede decir que existe bastante fidelización, ya que en la medida que se iban haciendo nuevos expedientes personales iba creciendo el número de usuarios y usuarias, sumándose a los apuntados en años precedentes.

La media de edad entre los varones del Estado español es la más alta de los cuatro grupos considerados y permanece bastante constante, en torno a los 36 años, con una ligera tendencia hacia el envejecimiento. En el extremo opuesto, por juventud, están las mujeres extranjeras, seguidas de los varones extranjeros. En estos grupos la variabilidad anual es más grande, pero también hay que tener en cuenta que son pocas personas.

En sólo un año la población extranjera ha superado la cifra del 23%, y aunque se nota una mayor proporción según van transcurriendo los años, su cuantía sigue siendo minoritaria, tanto entre los varones como en el caso de las mujeres.

El tipo de sustancia relacionada con el consumo ha ido variando en estos años. En 2004 hay un equilibrio entre las tres sustancias: heroína, cocaína y mezcla

- En 2005 la cocaína ocupa un primer lugar
- A partir del 2006 es la heroína la primera, seguida por la cocaína
- La mezcla siempre ha estado en tercer lugar pero sin grandes diferencias con la que ocupa el segundo lugar.

La vía de consumo también muestra un proceso a tener en cuenta:

- La heroína mantiene una trayectoria bastante homogénea en cuanto a la inyección como vía preferente de consumo. Ha sido la dominante al principio, pero porque la sala sólo ofertaba esa posibilidad. Luego, el consumo fumado ha ido creciendo sin que la vía parenteral descienda
- Entre los usuarios y usuarias de cocaína ha dominado la inyección, y aunque ha ido descendiendo, este último año se ha igualado con la fumada. Curiosamente, la modalidad esnifada no tiene relevancia en la sala de consumo.
- La mezcla ha seguido un proceso similar al de la cocaína

La edad de inicio en el consumo varía un poco en cuanto a los años, pero teniendo en cuenta las historias abiertas y que éstas tienen más importancia en los primeros años, se observa una igualdad en los tramos de edad más jóvenes, menos de 18 y de 18 a 25 años, lo cual bien nos podría dar una media de inicio de unos 20 años, muy similar a la que se obtiene tanto por los estudios epidemiológicos como por el SEIT.

Si cotejamos esta edad con la edad media de utilización de la sala, que se sitúa entre los 33 y 34 años, vemos que son personas que llevan unos 12 ó 13 años consumiendo. Estos datos son muy parejos a los que nos proporciona el SEIT.

Un dato importante es que, entre los/as nuevos/as usuarios/as de la sala a quienes se ha abierto expediente en 2008 y 2009, la edad de inicio se ha concentrado en los menores de 18 años, lo cual puede ser un indicador de vulnerabilidad a tener en cuenta.

La situación con respecto a la vivienda (Gráficos 14) muestra que la gran mayoría tiene vivienda, casi siempre la casa familiar, pero también hay quien vive de alquiler. Las personas que carecen de hogar constituyen un núcleo que no ha llegado al 20 %.

Entre las últimas personas registradas, las tendencias apuntan que son personas que viven fuera de la familia, que tienen vivienda propia pero en alquiler y que la propiedad es pequeña, aunque también ha ido creciendo en los últimos años el sinhogarismo, superando el 15% los casos que presentan esta circunstancia residencial. El resto de posibilidades (okupas, instituciones...) son muy poco relevantes.

Otros datos del perfil de las personas usuarias de la sala son:

- Dominan las desempleadas, aunque puede estar creciendo el volumen de personas en activo. Coincidiendo con lo relacionado con la vivienda, hay muy pocas personas que declaran vivir de la mendicidad.
- La mayoría tiene estudios primarios y son una proporción muy pequeña quienes tienen estudios universitarios (6%)
- La gran mayoría está soltera

### 1.3.4.- LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO POR LUDOPATIAS

Como en el caso de los estudios epidemiológicos, en el ámbito de otras adicciones no existen recogida de datos sobre la asistencia a personas con adicciones sin sustancia, por lo que la fuente más precisa se refieren al juego y están aportados por la investigación realizada por la consultoría INVESCO para el Dpto. de Interior del G.V. (*Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V.) y a las memorias de las tres entidades privadas sin ánimo de lucro de cada uno de los tres territorios que trabajan con las personas con ludopatías .

La adicción al juego produce una serie de problemas

- Psicológicos: depresión y ansiedad.
- Físicos: mareos, dolores de cabeza, insomnio,...
- Familiares: aislamiento, mentiras, venta de objetos,...
- Escolares: absentismo, bajo rendimiento...
- Sociales: falta de relaciones sociales, evitan el contacto con amistades, lo que incluso puede derivar en una situación de alta exclusión (mendicidad, sinhogarismo...)
- Legales: sobre todo robos para mantener la adicción
- Consumo de drogas: sobre todo de alcohol.

Otro problema que aparece relacionado con el juego es el de los malos tratos, que es detectado con cierta frecuencia en el caso de las mujeres que acuden a tratamiento por ludopatía.

No se considera improbable tampoco que entre determinados grupos de jugadores/as se produzca una situación de codependencia, es decir, que además del problema con el juego se padezcan problemas por el consumo de sustancias: bien con medicamentos utilizados como paliativos (tranquilizantes, ansiolíticos...), o con sustancias ilegales que están en el ambiente del juego, como la cocaína, aunque no hay una evidencia clara al respecto. Hay que tener en cuenta que uno de los problemas asociados con cierta frecuencia, sobre todo entre los hombres, es el de la hiperactividad y el déficit de atención y entre los jóvenes destaca el uso de videojuegos y máquinas. Este tipo de características personales

(impulsividad y falta de control) favorecen el uso habitual de drogas, como ya se ha mencionado.

Normalmente las personas acuden al tratamiento cuando la situación es incontrolable y existen deudas, siendo habitual que acudan obligados/as o bajo presión de la familia o la pareja, quienes también se encuentran en una situación límite. Con frecuencia no son conscientes de que tienen un problema, lo que anula la motivación para llevar adelante el tratamiento.

En la CAV. Existen tres asociaciones de tratamiento de la ludopatía, una en cada Territorio Histórico. Se fundaron en la década de los noventa, por lo que cuentan con una cierta trayectoria en este campo.

Los datos que se presentan a continuación provienen de las tres asociaciones de rehabilitación de juego problemático presentes en los Territorios de la Comunidad Autónoma. Aunque son datos objetivos, no están exentos de cierto sesgo por dos motivos:

- Recogen solamente a las personas jugadoras que han tomado conciencia de su enfermedad/problema y que intentan hacer frente a su patología.
- Las personas que acuden tienen un estatus económico-social medio y medio-bajo y parece ser que las personas con este problema que gozan de un mayor estatus o de más recursos económicos acuden generalmente a tratamientos privados.

Además de estas dificultades, que son comunes a otros dispositivos asistenciales, las condiciones en las que trabajan estas tres asociaciones no ha permitido implantar un sistema de recogida de datos uniforme y adecuadamente diseñado, lo que obstaculiza enormemente acceder a un diagnóstico de cierta exigencia, sin embargo, dado el esfuerzo que se ha realizado por recoger esta información y teniendo en cuenta su valor orientativo, no hemos querido dejar de reflejarlas y ponerlas en valor.

En Bizkaia, durante los últimos 14 años se ha atendido a unas 5.000 personas por problemas relacionados con el juego, lo que supone una media de unas 360 personas al año. Si esto lo extrapolamos a la CAV, podríamos deducir que aproximadamente unas 670 personas llaman todos los años a la puerta de estas asociaciones reclamando ayuda para tratar su adicción al juego

Las asociaciones han comprobado que entre 2006 y 2007 se ha producido un significativo incremento en el número de personas que ha demandado ayuda: en Gipuzkoa estiman un incremento del 25% y en Araba del 29%. En Bizkaia no se pudieron recoger estos datos.

En su última memoria, la de 2009, Ekintza-Aluviz, que es la asociación de Bizkaia, recoge que las personas atendidas por ellos ese año fue de 416 personas con ludopatías, si lo extrapolamos a toda la CAV nos saldría la cantidad de personas.

Los autores del estudio han considerado de interés comparar las cifras facilitadas por las asociaciones con los resultados del trabajo epidemiológico de campo realizado, por lo que en la medida de lo posible se adjuntarán ambas cifras.

Sólo un 13% de las personas tratadas son mujeres, aunque realmente el número de jugadoras patológicas se estima, a través del estudio epidemiológico, que es mayor (un 20%).

Tabla I.27.- Distribución de la proporción de mujeres y varones en tratamiento y comparación con los datos proporcionados por el estudio epidemiológico (en %)

Datos (%) de las asociaciones por Territorio	Porcentaje de Hombres	Porcentaje de Mujeres	TOTAL
Bizkaia	85 %	15 %	100
Gipuzkoa	88 %	12%	100
Araba	92 %	8 %	100
Porcentaje del estudio epidemiológico	80 %	20 %	100

Fuente Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008, Dpto. de Interior del G.V.

También es muy significativo que el 99% de los hombres que acuden a estas asociaciones vayan acompañados por sus madres o mujeres, mientras que las mujeres, a diferencias de éstos, acuden solas o acompañadas de una hija o una amiga íntima.

La mayor ocultación de la patología entre las mujeres se atribuye a dos motivos:

- Una mayor estigmatización social.
- Una mejor gestión a la hora de manejar el dinero que se gastan en el juego. No suelen contraer deudas, sino que destinan una parte de sus ingresos (o los ingresos familiares) al juego, y cuando ese dinero se termina lo abandonan una temporada.

Otro elemento diferencial entre las mujeres y los hombres es que éstos viven sus problemas de adicción de una forma más naturalizada, mientras que ellas padecen frecuentemente depresiones asociadas a su dependencia (mayor estigmatización social, una visión familiar del problema y un mayor sentimiento de vergüenza).

Entre los hombres se dan más casos de hiperactividad y déficit de atención. Entre la población menor destaca el uso de videojuegos y máquinas. En ciertos casos también se dan otras adicciones y uso de drogas (sobre todo cocaína, speed y hachis), lo cual está relacionado a su vez con el hecho de que sean personas compulsivas.

Tabla I.28.- Distribución de la proporción de personas por grupos de edad en tratamiento y comparación con los datos proporcionados por el estudio epidemiológico (en %)

Datos (%) de las asociaciones por Territorio				Porcentaje del estudio epidemiológico	
EDAD	BIZKAIA	GIPUZKOA	ARABA	EDAD	
-20	4 %				
21-30	24 %	19 %	26 %	18-25 años	5 %
31-40	33 %	36 %	42 %	26-40 años	27 %
41-50	23 %	19 %		41-50 años	29%
51-60	13 %	13 %		51-65 años	26 %
Más de 60	2 %	13%		Más de 66años	13 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	TOTA L	100 %

Fuente Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008, Dpto. de Interior del G.V.

Con respecto a la edad, según se puede apreciar en la tabla adjunta, no hay grandes discrepancias entre lo que se puede observar a través del estudio y los datos que proporcionan las asociaciones: el núcleo fuerte de las personas con problemas de juego y en tratamiento se sitúa entre los 30 y los 60 años, edades en las que se asumen la mayoría de las responsabilidades de trabajo, vida autónoma y familia propia.

La edad muestra bastante unanimidad entre los datos proporcionados por el estudio y por las asociaciones, a pesar de la diferencia de criterio a la hora de establecer las categorías. La información corrobora, de alguna forma, lo recogido con respecto a la ocupación: por lo que se ve, la proporción de estudiantes y pensionistas y jubilados/as es relativamente pequeña con respecto a la de la población activa.

En lo que respecta a los estudios se muestra una distribución bastante similar a la poblacional general aunque puede existir una cierta sub-representación de población universitaria, en parte por lo que se ha comentado con respecto a la procedencia social más modesta que acude a las asociaciones.

**Tabla I.29.- Distribución de la proporción de personas por ocupación y formación. Comparación con los datos proporcionados por el estudio epidemiológico (en %)**

Datos (%) de las asociaciones por Territorio				Porcentaje del estudio epidemiológico	
Gipuzkoa		Bizkaia			
Activo	56	E. Primarios	47	Trabajo de oficina, comercial	15
Parado	24	E. Secundarios	45	Actividad manual, gremios, taller	50
Jubilado	10	E. Universitarios	8	Estudiante	1
Pensionista	6			Ama de casa	7
Estudiante	4			Paro sin actividad	8
				Pensionista/jubilado	17
				Imposible precisar	2
TOTAL	100	TOTAL	100	TOTAL	100

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V

Desde las entidades se apunta que el perfil va cambiando, aunque quizás es más correcto decir que se está desdibujando el perfil tradicional de hombres con cargas familiares, cuyo único problema era el juego y que podían desarrollar una vida más o menos normal. Hoy en día, aunque éstos siguen presentes, van incorporándose otros colectivos de personas más jóvenes (un 55% tiene entre 28-38 años), sin cargas familiares y a menudo con problemas de drogas, de organización personal y con problemas mentales.

Tabla I.30.- Distribución de la proporción de personas por tipo de juego. (en %)

Bizkaia: Tipo de juego	Hombre	Mujer	Total	Gipuzkoa: Tipo de juego	Total
Máquinas recreativas con premio	17,6	28,6	19,3	Máquinas	72
Multijuego	59,6	23,2	54,0	Máquinas y otros juegos	23
Bingo	0,65	10,7	2,2	Máquinas y móvil	1
Casino	0,65	0	0,6	Móvil	1
Quinielas	1,6	0	1,4	Apuestas on line	1
Recreativas con premio+Bingo	1,9	21,4	5,0	Internet	1
Recreativas con premio+quinielas	9,1	8,9	9,1	Casino	1
Recreativas con premio+Cartas	8,5	0	7,2		
Recreativas con premio+Videojuegos	0,3	0	0,3		
Bingo+cartas	0	0	0		
Bingo+cupón	0	7,1	1,1		
N	307	56	363		

Fuente *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V

Según los datos recogidos, la mayor parte de las personas con ludopatía se dedican al multijuego, es decir, son dependientes de más de un tipo de juego. Ahora bien, la incidencia de las máquinas en el problema constituye la columna vertebral de los casos tratados, bien en exclusiva o combinado con otro tipo de juegos de azar.

En el extremo opuesto están las apuestas del Estado, las loterías y quinielas, que apenas generan ludopatía. Sus propias características así lo prevén (falta de inmediatez y de estímulos externos...)

En una situación intermedia está el bingo, mucho más asociado a las mujeres como puede verse en la tabla y corroborando los datos obtenidos en el estudio.

Entre las personas tratadas hay pocas que presentan un problema por ludopatía asociado al juego en los casinos, lo cual puede deberse a dos factores: la escasa incidencia de la práctica de juego en estos lugares, que son muy pocos, o al hecho de que este tipo de juego es más propio de clases altas quienes acuden a otros recursos para tratar su adicción.

También se señala en el informe que la evolución de las personas adictas a las máquinas recreativas suele ser menos favorable, entre otras cosas por la gran distribución de dichos aparatos por los locales de hostelería, con lo que supone de incitación constante al juego.

Aunque por ahora son pocas, también están comenzando a aparecer personas con problemas con el juego on-line. Como perfil o características de estas personas se apunta que se trata de personas de alto nivel técnico-cultural, capaces de manejar con soltura las nuevas tecnologías y que nunca jugarían en un lugar público.

Tabla I.31.- Distribución de la proporción de personas según el tiempo de dependencia antes de ponerse en tratamiento según asociación. (en %)

GIPUZKOA			ARABA	
Tiempo de dependencia	%	% Agrupación Araba	Tiempo de dependencia	%
Menos 1 año	6	6	Menos 1 año	8
Entre 1-10 años	70	74	Entre 1-10 años	77
11-19 años	15	20	Más de 11 años	15
Más de 20 años	5			
TOTAL	100	100		100

Fuente: Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008, Dpto. de Interior del G.V

La mayoría de las personas que acuden a consulta han empezado siendo jugadores/as sociales que han ido aumentando la frecuencia del juego por diversos motivos: el hecho de que en un momento determinado hayan ganado algún premio, el tipo de ocupación o el tiempo disponible y de ocio gestionado en los bares es otro de los elementos facilitadores, aunque se sospecha de otros factores más complejos para explicar el mantenimiento del hábito, tal y como se ha apuntado en las primeras páginas de este capítulo.

En determinado momento el impulso de jugar ya no se controla, y lo que ha sido un entretenimiento se convierte en un hábito patológico, lo cual suele ocurrir en un espacio relativamente corto de tiempo. A pesar de las limitaciones de los datos recogidos, se puede apreciar que un tercio de las personas tratadas no dejan pasar más de dos años desde que se inician hasta que desarrollan la patología, y en el otro extremo, entre un 20% y un 15%, tardarían más de 10 años en hacerse adictos. El grupo más grande lo constituirían las personas que llevan entre dos y diez años de evolución en el juego.

Otros datos importantes que se nos aportan en las memorias con respecto al tratamiento son que:

- Los abandonos del tratamiento, que se sitúan en el 15%
- Las recaídas, que suponen el 8%
- Que el 80% de quienes acuden con regularidad al tratamiento se rehabilitan y no sufren recaídas.

#### 1.4.- CONCLUSIONES

##### HACIA UNAS CIFRAS DEL PROBLEMA

Como se ha visto, una proporción elevada de personas hace o ha hecho uso de drogas como el alcohol, el tabaco y el cannabis, o de otras actividades que como los juegos de azar son capaces de generar dependencia. Ahora bien, parece que hay una distancia importante entre haber experimentado, consumir ocasionalmente, haber consumido, jugar de vez en



cuando y consumir habitualmente, usar drogas con mucha frecuencia, tener dependencia o tener un problema con el juego.

A la hora de analizar los datos nos encontramos con dos tipos de cifras, las proporcionadas por los estudios epidemiológicos (las encuestas de población) y las que facilitan los centros de tratamiento y vamos a intentar cotejarlas.

Hay que tener en cuenta que los estudios epidemiológicos a través de preguntas a la población en general no permiten conocer si esa persona es adicta o no, sino sólo la frecuencia de consumo; por otro lado, las cifras de asistencia solo se refieren a las personas tratadas, pero poco sabemos del resto de personas que tienen problemas y no se están tratando o no se están tratando en esos centros.

Nos encontramos, además, con que en el caso de las drogas podemos comparar los datos de ambas fuentes en un mismo año, 2007, puesto que la investigación Euskadi y Drogas 2008 realizó el trabajo de campo en 2007, mientras que entre las secuencias de datos proporcionada por el Departamento de Sanidad un hace también referencia a dicho año.

En la investigación del juego patológico hay una distancia entre ambas fuentes, pero como no hay otras posibilidades, nos atendremos a lo único disponible.

## El alcohol

Según el estudio epidemiológico, la estimación máxima nos viene a decir que el 5,7% de la población de entre 15 y 74 años es bebedor/a de alto riesgo según la media de consumo en los períodos de “entre semana” y “fin de semana”. Mientras que la estimación mínima señala que el 1,7% de la población es bebedora excesiva a diario. (pág. 15 del presente informe). Tomamos esta última posibilidad para hacer los cálculos:

**Tabla I.32.- Comparación entre el número de personas con consumos excesivos de alcohol y en tratamiento por alcoholismo.**

Porcentaje de personas que beben excesivamente	N= Personas entre 15 y 74 años residentes en la CAV	Total de Personas que beben excesivamente residentes en la CAV	N= personas en tratamiento por alcoholismo	Ratio de personas en tratamiento por el de personas que beben excesivamente
1,7	1.690.766	28.743	4307	6,67

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010 y de Euskadi y Drogas 2008

El cuadro I.32 nos dice que según la hipótesis mínima, el 1,7% de las personas de entre 15 y 75 años bebe en exceso, lo que llevado a números absolutos son 28.743 personas. Sin embargo, sólo hay en tratamiento 4.307, lo que significa que por cada persona en tratamiento hay un 6,67 de ellas que beben en exceso.

## Drogas ilegales

En cuanto a las otras drogas, se han recogido distintas frecuencias de consumo para establecer el volumen de personas que pueden estar llevando a cabo consumos problemáticos, que son:

- Para el cannabis, los/as consumidores/as diarios
- Para la cocaína, quienes la consumen mensualmente
- Para las anfetaminas, personas que las consumen mensualmente
- Para la heroína, quienes la han probado.

Tabla I.33.- Comparación entre el número de personas con consumos problemáticos de drogas y en tratamiento por toxicomanías no alcohólicas.

Porcentaje de personas con usos problemáticos	N= Personas entre 15 y 74 años residentes en la CAV	Total de Personas que consumen en exceso en la CAV	N= personas en tratamiento por cada sustancia (*)	Ratio de personas en tratamiento por las que consumen en exceso
Cannabis = 3,2	1.690.766	54.104	871	62,1
Cocaína 1,1		18.598	3.798	4,9
Anfetas = 0,5		8.454	645	13,1
Heroína= 1,0		16.908	2894	5,8

(\*) Esta es una estimación sobre el total de personas que están en tratamiento en ambulatorio, en Comunidad Terapéutica y en cárcel, a partir de los datos de SEIT referentes a la demanda de nuevos casos al año, ya que solo estos indica la sustancia que origina el tratamiento.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010 y de Euskadi y Drogas 2008

La mecánica es la misma que en el caso del alcohol, aunque los resultados no son los mismos en el caso del cannabis, que es una sustancia que tiene un peso relativamente pequeño en el conjunto de personas tratadas por toxicomanías no alcohólicas. Las anfetaminas, aunque comparten con el cannabis el peso en cuanto al tratamiento, tiene unos niveles de consumo mucho más minoritarios, por lo que la ratio entre personas consumidoras y personas tratadas se reduce considerablemente.

Con respecto a la heroína y a la cocaína los datos son bastante cercanos entre sí, además se aproximan a ese ratio de 6,7 personas bebedoras excesivas por cada persona tratada por alcoholismo.

## El juego problemático

La cifra de personas tratadas está mucho más sesgada aquí que en el caso de las drogas, ya que no se dispone de un dispositivo de recogida de datos como el establecido para las

drogas y por otra parte, los recursos para el tratamiento de las ludopatías tienen una estructura mucho más reducida.

Tabla I.34.- Comparación entre el número de personas con juego problemáticos y en tratamiento por ludopatía.

Porcentaje de personas con juego problemático	N= Personas mayores de 18 años residentes en la CAV	Total de Personas con juego problemático residentes en la CAV (*)	N= personas en tratamiento por ludopatía (**)	Ratio de personas en tratamiento por el de personas con juego problemático
2,0	1.843.232	44.130	785	56,22

(\*) En el estudio del juego no se ha preguntado a las personas la frecuencia de juego sino que se han realizado observaciones en diferentes espacios de juego y se ha estimado el número de jugadores, obteniéndose una cifra de jugadores problemáticos.

(\*\*) Sólo contamos con el dato de la asociación de Bizkaia para el 2009 y de ahí hemos estimado para toda la CAV.  
Fuente: Elaboración propia a partir del *Informe del Juego en la CA de Euskadi 2007-2008*, Dpto. de Interior del G.V

El dato vendría a reflejar que por cada persona en tratamiento por ludopatía hay otras 56 personas jugadoras problemáticas.

## PERSONAS EN TRATAMIENTO

Hemos reunido en un mismo cuadro la cantidad de personas que están en tratamiento por alcoholismo y toxicomanías en la CAV en todas las modalidades y en diversos espacios.

La cifra de esta década oscila entre las 11.630 y las 13.186 personas. Las variaciones no indican una tendencia clara, aunque resaltan los bajos números del último año. Lo que si se puede son los cambios importantes en cuanto a las sustancias.

Tabla I.36.- Número total de personas atendidas por toxicomanías y alcoholismo en las diferentes modalidades según el año.

Tratamiento	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
(*)Ambulatorio toxicomanías	7452	7012	6853	7077	7195	7293	6925	6994	6132
(*)Comunidad Terapéutica	637	653	659	704	680	654	610	554	524
Prisión	774	607	626	875	836	940	669	806	699
<b>Total Toxicomanías</b>	<b>8863</b>	<b>8272</b>	<b>8138</b>	<b>8656</b>	<b>8711</b>	<b>8887</b>	<b>8204</b>	<b>8354</b>	<b>7355</b>
<b>Alcoholismo Ambulatorio</b>	<b>4276</b>	<b>4156</b>	<b>4263</b>	<b>4469</b>	<b>4475</b>	<b>4270</b>	<b>4208</b>	<b>4307</b>	<b>4275</b>
<b>TOTAL TRATO.</b>	<b>13.139</b>	<b>12.428</b>	<b>12.401</b>	<b>13.125</b>	<b>13.186</b>	<b>13.157</b>	<b>12.412</b>	<b>12.661</b>	<b>11.630</b>

(\*) En estos dos datos habrá algunas duplicidades ya que en el mismo año, una parte de las personas en tratamiento de forma ambulatoria ingresarán en una C.T.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del Informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias 2010 y de Euskadi y Drogas 2010

El volumen anual de personas en tratamiento por drogodependencias representa en números relativos:

- Entre el 0,55 y 0,60 % de toda la población de la CAV, es decir en torno a una de cada 170 personas.
- Entre el 0,85 y el 0,90 % de la población de 18-65 años, que es la que por edad está en tratamiento. Esto es: una de cada 115 personas de esa edad está en tratamiento por adicción a alguna sustancia. Y el porcentaje podría acercarse alcanzaría el 1% si contabilizáramos también a las personas en tratamiento por ludopatías

### TENDENCIAS OBSERVADAS

- Según lo que nos dicen las series de datos epidemiológicos, la tendencia observada es que se ha venido incrementando el consume de casi todas las sustancias, hasta los últimos años de la década de 2000. Esto no significa que el problema crezca de igual manera, ya que lo que se incrementan, en la mayoría de los casos, son los consumos iniciáticos, exploratorios, esporádicos y ocasionales, mientras que los usos más habituales no crecen en la misma proporción.

- En lo referente al uso del alcohol en días laborables, se ha reducido el número de personas abstemias, pero crece el de cuasi-abstemias y poco bebedoras, mientras que las bebedoras excesivas de diario permanecen estables oscilando entre el 1% y el 2%.
- Los consumos en los fines de semana, reducen drásticamente la proporción de personas abstemias, pero en este caso no solo se incrementan las categorías moderadas sino también la de bebedores excesivos y de riesgo; ahora bien en 2010 se ha producido una evolución hacia la moderación.
- El cannabis, la droga ilegal más consumida, muestra también una tendencia clara de extensión en su consumo, de tal manera que lo que decíamos hace 30 años de los/as estudiantes de medias lo decimos hoy de toda la población: un tercio ha experimentado con ella. También ha ido creciendo la proporción de personas que consumen a diario, concentrada, sobre todo, en varones de menos de 24 años, sin embargo en el último año ha descendido su uso y la proporción de consumidores entre 25 y 35 años iguala a la corte anterior (15-24 años).
- Las drogas sintéticas, en concreto el éxtasis, con todo lo que supusieron a principios y mediados de los 90, no han tenido un gran recorrido y el LSD lleva un camino parecido. Las hipótesis para explicar esto son variadas y no siempre excluyentes: es posible que se hayan pasado de moda o que la frecuente adulteración que presente haya desanimado a los usuarios, es posible que su uso no se haya masificado sino que se haya concentrado en ciertos grupos, es posible que sus usuarios lo dejen después de un tiempo o que hayan orientado el consumo hacia otras dos sustancias con más éxito, las anfetaminas y la cocaína....
- La cocaína y las anfetaminas llevan un camino parejo, sus consumos han venido creciendo de forma paulatina hasta que de 2000 a 2004 se ha producido un incremento muy notable para luego ir descendiendo, y eso ocurre en todas las categorías de consumo (experimental, reciente y actual).

- Finalmente, la heroína mantiene una constante con pocas variaciones. Es una línea plana, como si con ella no fuera lo que puede estar ocurriendo a su alrededor, ahora bien, hay que tener en cuenta que tiene una existencia tan minoritaria que poco más se va poder decir.
  - Se produce una curva ascendente en varias sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas...) que toman como referente el periodo 2002/2004/2006, ahí llegan a su cumbre para luego descender lentamente, casi como si estuvieran dibujando una meseta.
- La demanda de tratamiento por alcoholismo parece que va a permanecer estable, manteniéndose como la sustancia que ocasiona la mayor demanda.
- El número de personas en tratamiento por alcoholismo permanece bastante estable a lo largo de estos años, con un crecimiento moderado año tras año hasta 2002, 2003 y 2004 son los que acumulan las mayores demandas, siendo 2004, el que se alcanza la cota más alta para luego ir descendiendo muy levemente.
- La demanda de tratamiento de drogas ilegales se mantiene bastante estable en números absolutos, si exceptuamos el último año en el que retrocede, y las variaciones se observan en las sustancias que empujan hacia el tratamiento:
- En cuanto al tratamiento de las toxicomanías no alcohólicas, la mayor cantidad de personas en tratamiento se contabilizan en el año 2000; año en el que se alcanza una meseta que dura hasta 2005, momento a partir del cual se reduce algo la cantidad de personas en tratamiento.
  - Las demandas de tratamiento por toxicomanías tienen un incremento espectacular en un año (27%) y un descenso también espectacular al año siguiente (otro 27%), es el año 1992. Nos preguntamos si pudieron influir otros factores espurios (Olimpiadas de Barcelona, Expo de Sevilla y Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana).
  - La demanda asistencial por drogas ilegales toca suelo en 2000 (curiosamente el año en el que hay más personas en tratamiento); a partir de entonces vuelve a repuntar hasta 2004 en que se estabiliza. Este repunte se debe a la influencia de las personas adictas a la cocaína, que ocupan el primer lugar de la demanda sobrepasando al de las personas heroína-dependientes.
- Hay muchos indicios que apuntan hacia la disminución de la presencia de la heroína en la demanda de tratamiento:
- En el periodo 2002/03/04, deja de ser la sustancia que demanda más inicios de tratamiento a favor de la cocaína.
  - La proporción de personas con dependencia a la heroína que solicitan un tratamiento por primera vez sólo es del 7%, mientras que aparece como protagonista en el 44% de las personas reincidentes.
  - La demanda de Metadona está sufriendo un retroceso paulatino desde 2002.
  - En el centro de pernocta de baja exigencia Hontza no hay diferencias numéricas entre personas consumidoras de heroína, de cocaína y alternancia (cocaína y heroína).

- En la sala de consumo ocurre algo similar, con pequeñas variaciones de un año a otro: los tres mantienen niveles muy parecidos
  - Hay un envejecimiento de esta población, que en su mayoría lleva más de 16 años de consumo.
  - El peso de la heroína sobre las urgencias y sobre los episodios agudos ha remitido y ya no es la sustancia más relacionada con estos acontecimientos.
- La cocaína ha ocupado el lugar de la heroína en cuanto al volumen de personas tratadas y a las demandas de tratamiento, pero sobre ella también hay que decir que:
- En el periodo 2002/03/04, cuando la cocaína ocupa el lugar de la heroína en las demandas de tratamiento, el cómputo general de solicitudes se incrementen notablemente.
  - Comienza a haber un número importante de personas consumidoras de cocaína que recae, de hecho en 2007 el 43% de los reinicios de tratamiento eran por el consumo de cocaína y esto ha ocurrido en relativamente pocos años.
  - Es muy probable que las personas usuarias de cocaína configuren dos grupos diferentes, uno que va a tener una adicción a la cocaína exclusivamente y otro que va alternar su consumo con el de heroína, este último con un alto grado de riesgo de exclusión social.

## REFLEXIONES EN TORNO A LOS DATOS

La heroína-dependencia se ha reducido considerablemente en los últimos años pero no creemos que vaya a desaparecer por dos motivos:

- Sigue existiendo un colectivo que se inicia en el consumo, más reducido que en otras épocas pero sigue presente.
- Hay un colectivo importante de personas consumidoras de cocaína que está dando el paso al consumo de heroína y que consumen ambas de forma alterna. Es muy posible que una parte luego avanzarán hacia la heroína de forma exclusiva
- Es notorio el colectivo de personas que alternan el consume simultáneo de heroína y cocaína, detectados ya con cierto peso en las demandas de tratamiento y en los servicios no-terapéuticos (Hontza y Sala de Consumo Supervisado).

Habida cuenta de lo que ha ocurrido con la rápida crecida del consumo ocurrida en la primera mitad de la década para luego descender paulatinamente, da la impresión de que el consumo se va a mantener en aquellas personas que practiquen los usos más habituales, pero que vaya descendiendo el número de personas con usos más ocasionales y esporádicos.

Dado que los datos de mayor consumo se sitúan en torno a 2004, y como en drogas como la cocaína tiene que transcurrir entre 4 y 8 años para ponerse en tratamiento, todo hace pensar que todavía pueden aumentar la demandas de tratamiento. Estas demandas no parece que vayan a provocar una gran oleada, ya que los consumos tampoco han tenido un crecimiento espectacular, sólo sensiblemente superior.

El principal problema va a venir provocado por la heterogeneidad del colectivo de personas adictas. Haciendo una revisión de lo ocurrido se encuentra que, en el pasado, el principal problema fue el alcohol, al que se sumó en los setenta el consumo de heroína, y que a este consumo se ha añadido el de la cocaína y el policonsumo, sobre todo de heroína y cocaína, mientras se producía este proceso entre los pacientes cada vez hay más patología dual y el uso de las anfetaminas y el cánnabis siguen creciendo dentro de las demandas de tratamiento. Por otra parte aparecen conductas patológicas de adicciones sin sustancias de las que la ludopatía es la más notable, pero a la que se pueden ir sumando otras.

Las mujeres constituyen un 20 % de las personas con problemas de drogas y este es un dato comprobable en: el análisis de las personas en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol, de los datos de tratamiento de las toxicomanías no alcohólicas, de las nuevas demandas de tratamiento, del perfil de personas que utilizan la sala de consumo, las que utilizan Hontza, etc.

La drogodependencia no es algo exclusivo de gente joven y de gente marginal ni el consumo de cocaína es exclusivo de “gente acomodada”:

- Una parte importante de las personas que demandan tratamiento y que utilizan la sala de consumo están trabajando o han trabajado.
- Una parte importante de las personas demandantes de tratamiento son personas con hogar propio y la mayoría disponen de vivienda, no son personas sin hogar.
- Posiblemente, las personas que utilizan los recursos públicos (los centros de Osakidetza, la red de centros concertados y la sala de consumo), son de clase media-media y media-modesta, ya que apenas hay personas con estudios superiores.
- La mayoría de los/as demandantes de tratamiento por cocaína no tiene estudios universitarios, aunque tiene trabajo.

Aparecen señales que apuntan a ciertos colectivos con un riesgo mayor. Es decir, volvemos a la idea inicial de que el incremento del consumo va a afectar a muchas personas pero sólo unos grupos, algunos colectivos, van a tener niveles con consumo superiores y son los que necesitan una mayor protección porque son los que en un futuro pueden llenar las salas de espera de los centros de tratamiento.

Las edades de inicio se mantienen muy estables, tanto en la población general como entre las personas que demandan tratamiento, y se sitúa en torno a los 20 años.

El tabaco a pesar de los esfuerzos que se realizan para reducir su uso utilizando tanto medidas legales como proyectos preventivos, sobre todo porque no desciende su inicio en la adolescencia:

- Sigue manteniéndose como una de las drogas de iniciación y/o de experimentación en la adolescencia, su uso ocasional va a ir promoviendo un uso más frecuente sin la necesidad de que intervengan otros factores de riesgo.
- Es quizás la única sustancia en la que un uso relativamente corto puede hacer aparecer la dependencia. Se han divulgado algunas ideas referentes a las sustancias con las que se está empapando el tabaco, de forma que éste aumente su capacidad adictiva.

## **CAPÍTULO 2.- HITOS, AVANCES Y RECURSOS**

---



## 2.1.- HITOS

La sociedad vasca no ha sido ajena al fenómeno de las drogodependencias y desde el comienzo de las instituciones propia en el año 1980 se pusieron en marcha diversas iniciativas para dar respuesta a los problemas derivados de los consumos de drogas.

En este capítulo vamos a exponer, a grandes rasgos, los recursos actuales orientados hacia la superación de estos problemas no sin antes enumerar los hitos o hechos clave y fundamentales que se han producido en el ámbito de las drogodependencias y que permiten comprender que la actual estructura es fruto de tres décadas previas de trabajo por parte de diversas instituciones: el Gobierno Vasco, las tres Diputaciones y los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma Vasca, liderados en toda esta trayectoria histórica por personas de diversas ideologías políticas y en circunstancias estructurales y económicas diversas.

- Una de las primeras decisiones que se tomó tras la constitución del primer Gobierno Vasco en 1980 fue la creación del “DAK”<sup>1</sup> (Centro Coordinador de Drogodependencias- Droga Arazoen Kordinakundea) en 1981.
- En enero de 1982 se presenta y aprueba el “Plan de Actuación en el Ámbito de las Drogodependencias”; un documento que, más que un Plan rector y organizador de la acción tal y como se concibe en la actualidad, constituyó una declaración de principios de lo que se “debía hacer”.
- En 1983 se produce el segundo despliegue de la Ertzaintza, que asume entre sus cometidos la reducción de la oferta de drogas.
- En 1984 se crea la “Comisión Interdepartamental” para la Acción contra las Drogodependencias”, coincidiendo con la puesta en marcha de la “Comisión Parlamentaria de Drogodependencias” del Parlamento Vasco. Los diversos análisis de situación realizados por ambos órganos derivan en una serie de recomendaciones entre las que figura, por un lado, la propuesta de descentralizar la oferta de servicios en materia de drogodependencias en función de competencias y, por otro, la de mantener una estructura de coordinación e impulso. Dichas recomendaciones se concretaron en:
  - La creación, en 1986, de la “Oficina del Lehendakari para la Lucha contra las Drogodependencias”, lo que posteriormente sería la Secretaría General de Drogodependencias adscrita a la Lehendakaritza, que, a su vez, sustituye al DAK en sus funciones de impulso y coordinación.
  - La integración del DAK en Osakidetza, también en 1986, de forma que todos los servicios asistenciales o de tratamiento de las toxicomanías pasan a ser competencia de la Red General de Salud de la CAPV
- En 1985 se hace efectiva la Ley de Territorios Históricos, de tal forma que todos los servicios sanitarios dependientes de las Diputaciones, incluidos los dedicados al alcoholismo y otras toxicomanías, pasan a integrarse en el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza.
- En 1987 se hace una reflexión estratégica que deriva en la plasmación del documento “Libro Blanco de las Drogodependencias de Euskadi”. Es a partir de este momento, ya en

---

1

1987, cuando se comienza a trabajar de forma sistemática con planes anuales de drogodependencias.

- En noviembre de 1988 el Parlamento Vasco aprueba por unanimidad la Ley 15/1988, sobre “Prevención, Asistencia y Reinserción en Materia de Drogodependencias”.
- Entre 1989 y 1990 comienza el desarrollo de un amplio espectro de programas:
  - Los de prevención comunitaria, desarrollados por los equipos locales con el apoyo del Gobierno Vasco y con el objetivo de aplicar diversos programas de prevención comunitaria de las drogodependencias. A día de hoy se cuenta con 45 equipos estables que trabajan en esta línea.
  - Los programas asistenciales de toxicomanías en las cárceles vascas.
  - Los programas de contratación a personas ex-toxicómanas.
  - Los programas de asistencia social a las personas detenidas por delitos relacionados con las drogas.
- En 1990 se aprueba y entra en funcionamiento el I Plan Trienal, que organiza la intervención en drogodependencias hasta 1992. Es este Plan el que inicia una serie de documentos planificadores de carácter trienal.
- En junio de 1991 se constituye el primer “Consejo Asesor de Drogodependencias”.
- En 1991 en Bizkaia y en 1992 en Álava y Guipúzcoa, se ponen en marcha los programas de objetivos intermedios con la dispensación de metadona como terapia sustitutiva para los problemas de adicción a la heroína.
- En el año 1993 se aprueba el II Plan Trienal de Drogodependencias con vigencia para el periodo 1993-1995.
- En 1995 se inicia la descentralización del programa de objetivos intermedios culminando su expansión en 1997, lo que permite una ampliación y diversificación de la red de centros dispensadores de este agonista opiáceo.
- En 1996 la Secretaria General de Drogodependencias, adscrita inicialmente a Presidencia (Lehendakaritza), pasa a ser una Secretaría anexa al Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social.
- Es en 1996 cuando se aprueba el III Plan Trienal de Drogodependencias con vigencia para el periodo 1996-1998.
- En Junio de 1998 se aprueba una nueva Ley de Drogodependencias (Ley 18/1998), reformulación de la anterior, sobre “Prevención, Asistencia e Inserción en Materia de Drogodependencias”.
- Cumpliendo el mandato de la nueva ley 18/1998 de 25 de junio, las entidades locales elaboran y ponen en marcha sus propios planes locales de drogodependencias.
- En 1999 comienza el diseño del IV Plan y una de las prioridades es estructurar la intervención diseñando adecuadamente las intervenciones y organizándolas en líneas de las cuales debían sustentar los programas.
- En el periodo 2000-2002 se aplica el IV Plan Trienal de Drogodependencias, en el que se proponen y comienzan a desarrollarse iniciativas de prevención selectiva destinadas a grupos de adolescentes y jóvenes pertenecientes a subgrupos de mayor riesgo, así como

programas de prevención indicada dirigidos a jóvenes altamente vulnerables con consumos de drogas pero no drogodependientes .

- En 2002 la Secretaría de Drogodependencias pasa denominarse Dirección de Drogodependencias y queda adscrita al Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Se asumen nuevas competencias (gestión de la orden de subvenciones de las actuaciones en materia de drogodependencias) y se adopta e impulsa la estrategia de Reducción de Riesgos y Daños en la política de actuación sobre las drogas y las drogodependencias.
- En el 2004, previa propuesta y acuerdo del Pleno del Consejo Asesor de Drogodependencias, el Parlamento Vasco aprueba que en lo sucesivo los Planes de Drogodependencias adopten una vigencia quinquenal y no trienal como venían siendo aplicados.
- En febrero de 2005 el Parlamento Vasco Aprueba el V Plan de Drogodependencias de la CAV 2004-2008. El Plan avanza positivamente en la organización de servicios y recursos, determinando ocho líneas estratégicas concretas que recogerían 44 programas y proponiendo la recogida sistemática de una evaluación intermedia del proceso de aplicación de estos programas.

## **2.2.- DATOS GENERALES DE LOS RECURSOS EXISTENTES AL FINALIZAR EL V PLAN**

(Para este informe se ha utilizado el V Plan de drogodependencias de la CAV y las evaluaciones anuales y final de dicho Plan así como la del IV Plan)

Como se recoge en la tabla II.1, el V Plan ha supuesto un notable incremento de los proyectos anuales ejecutados, así como del número de entidades implicadas en su desarrollo.

Hay que tener en cuenta que en la evaluación del IV Plan no se contabilizaron las entidades de iniciativa social, lo cual reduciría, en parte, la diferencia con el V Plan. Sin embargo, los proyectos desarrollados por éstas se contabilizaron a través de las entidades públicas que las financiaron.

El V Plan organizó la intervención a través de las siguientes líneas:

- 2.2.1.- Control de la Oferta, con 6 programas
- 2.2.2.- Prevención Universal, con 7 programas
- 2.2.3.- Prevención Selectiva, con 5 programas
- 2.2.4.- Prevención Indicada, con 6 programas
- 2.2.5.- Asistencia, con 6 programas
- 2.2.6.- Prevención Determinada/Reducción de Daños, con 5 programas
- 2.2.7.- Inserción, con 4 programas
- 2.2.8.- Apoyo y coordinación, con 5 programas

**Tabla II.1.- Organismos informantes y proyectos a la finalización del IV Plan y el V Plan**

ORGANISMOS	Proyectos fin IV Plan	Proyectos fin V Plan	Organismos implicados fin del IV Plan	Organismos implicados fin del V Plan
<b>DIRECCIONES Y DPTOS. DE GOBIERNO VASCO</b>			<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Proyectos GOBIERNO VASCO</b>	<b>47</b>	<b>55</b>		
<b>DIPUTACIONES FORALES</b>			<b>3</b>	<b>3</b>
<b>Proyectos DIPUTACIONES FORALES</b>	<b>20</b>	<b>32</b>		
<b>AYTOS Y MANCOMUNIDADES</b>			<b>39</b>	<b>55</b>
<b>Proyectos de AYTOS Y MANCOMUNIDADES</b>	<b>228</b>	<b>275</b>		
<b>ENTIDADES DE INICIATIVA SOCIAL (*)</b>			No recogido	<b>46</b>
<b>PROYECTOS DE INICIATIVA SOCIAL</b>	No recogido	<b>110</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>295</b>	<b>472</b>	<b>53</b>	<b>116</b>

(\*) En la evaluación del IV Plan no se recogieron ni el número de entidades de iniciativa social ni el número de proyectos desarrollado por éstas, aunque sus proyectos se contabilizaron a partir de los datos facilitados por las entidades públicas que los financiaban.

Esta nueva organización supuso un cambio con respecto al IV Plan, el cual organizaba toda la intervención en función de 5 líneas de actuación: control de la oferta, prevención, asistencia, inserción y apoyo.

En la tabla II.2 se presentan los proyectos anuales en función de cada línea de actuación y lo que representan éstos, proporcionalmente, en la totalidad de los proyectos. Como se puede apreciar ha habido un notable crecimiento en todos los segmentos, aunque éste no ha resultado proporcional:

- En principio, el crecimiento más llamativo en términos proporcionales se produce en las intervenciones de las líneas de “Inserción” y de “Prevención Determinada-Reducción de Daños”, aspecto que se debe, por un lado, al impulso dado a dichas intervenciones y, también, a una recogida de información más exhaustiva de las intervenciones de inserción “no específicas” o destinadas a colectivos en situación de vulnerabilidad en general.
- La “Asistencia” reduce el número de programas, lo cual responde en mayor medida a una cuestión organizativa más que real, ya que los recursos asistenciales son estables.
- Se mantienen en cifras bastante similares los programas de Reducción de la Oferta y los de Apoyo y Coordinación, y aunque crecen, la proporción permanece estable.
- Se incrementan los programas de “Prevención”, sobre todo porque se incorporan nuevas experiencias entre las que destacan las orientadas hacia la “Reducción de Riesgos”, pero también las que postulan los otros dos niveles de prevención “nuevos”: La prevención “selectiva” y la “indicada”.

Tabla II.2.- Número de proyectos por línea de intervención, al fin del IV Plan y al fin del V Plan

Líneas de Actuación	Proyectos fin IV Plan	Proyectos fin V Plan
<b>Reducción Oferta</b>	<b>4 (1,4)</b>	<b>7 (1,5)</b>
Prevenición. Universal		195 (41,3)
Prevenición. Selectiva		82 (17,4)
Prevenición. Indicada		44 (9,3)
<b>Total prevención</b>	<b>216 (78,3)</b>	<b>321 (68,0)</b>
<b>Asistencia</b>	<b>14 (5,1)</b>	<b>9 (1,9)</b>
Prevenición. Determinada- Reducción de Riesgos		35 (7,4)
Inserción	24 (8,7)	73 (15,5)
<b>Total Prevención Determinada- Inserción</b>	<b>24 (8,7)</b>	<b>108 (22,9)</b>
<b>Apoyo-Coordinación</b>	<b>18 (6,5)</b>	<b>27 (5,7)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>276 (100,0)</b>	<b>472 (100,0)</b>

### 2.2.1.- CONTROL DE LA OFERTA

En el Plan sólo se han recogido y se han plasmado las acciones realizadas desde el Departamento de Interior del Gobierno Vasco (Ertzaintza). Hay constancia de otras intervenciones en este ámbito por parte de las policías locales, sobre todo en las grandes localidades, pero sin embargo no constan en los propios planes locales.

Las intervenciones de la Ertzaintza se centran en:

**Programa de Control de la oferta de drogas ilegales:** Este cuerpo policial tiene equipos de agentes especialistas en determinados delitos de importancia y relieve, entre los cuales está el tráfico ilícito de drogas y su oferta, sin embargo no mantiene una estructura estable

**Aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana (1991):** Bajo esta ley se persigue el uso público de drogas ilegales y la tenencia de dichas sustancias. Esta intervención no se hace con un equipo especializado

**Programa de Control del uso del alcohol con respecto a la conducción de vehículos.** Este tipo de intervenciones se dirigen desde las unidades de tráfico y se desarrollan a través de tres acciones:

- Los controles de alcoholemia aleatorios en zonas y horarios donde pueden ser frecuentes este tipo de infracciones.
- La medición de la alcoholemia para conductores/as que hayan cometido infracciones de tráfico.
- La medición de alcoholemia a conductores/as que se hayan visto implicados/as en accidentes de tráfico.

La Ertzaintza también actúa de oficio ante las denuncias de venta de alcohol y tabaco a menores y ante la promoción ilegal de drogas legales.

Otro de los recursos existentes son las policías locales, sobre todo de los ayuntamientos más grandes que cuentan con recursos importantes y que actúan, sobre todo, en medidas como el control y prevención del pequeño tráfico de drogas ilegales (aunque algunas policías locales también desarrollan acciones más complejas en este ámbito), la contención del uso

de drogas en espacios públicos, el control de la venta de alcohol y tabaco a menores, y el control del alcohol y la conducción de vehículos, dentro de las vías urbanas, al igual que la Ertzaintza también actúa de oficio ante las denuncias de promoción y publicidad ilegal de drogas legales.

Sin embargo sólo una minoría de entidades locales incluyó las acciones de sus policías locales en el V Plan, mayoría de ayuntamientos, incluidos los grandes han obviado esta intervención también en sus Planes Locales.

### **RECURSOS EN PREVENCIÓN COMUNITARIA (UNIVERSAL Y SELECTIVA)**

La intervención en la línea de la prevención universal está basada en una filosofía comunitaria, lo que favorece el desarrollo de intervenciones en muchos ámbitos y a través de diversos recursos con los que cuentan los barrios y localidades. Constituye un entramado de acciones destinadas a las familias, a los centros escolares y a los distintos recursos de la comunidad.

El Departamento responsable de la Acción Social y de la Dirección de Drogodependencias del GV, a través de una orden de ayuda, apoya en los municipios o agrupaciones de municipios de más de 10.000 habitantes en la contratación de equipos técnicos de prevención. Son convenios entre el GV y las entidades locales en las que ambos tienen aportaciones económicas para sustentar los equipos, las entidades locales tienen, además, que tener aprobado o estar en vías de aprobar su plan local de prevención de drogodependencias y el GV presta una serie de apoyos de coordinación, formación, asesoramiento e información.

Estos mismos ayuntamientos y mancomunidades reciben apoyo económico del GV para desarrollar proyectos anuales de prevención, a la que pueden recurrir sin que en este caso haya limitación poblacional.

La red de recursos que está implicada en esta línea universal de intervención está constituida por 39 servicios técnicos especializados ubicados en otras tantas localidades que dan cobertura a Municipios y a agrupaciones de municipios:

- 3 en Araba: Vitoria-Gasteiz, Amurrio y Llodio.
- 13 en Gipuzkoa: Donostia-San Sebastián, Andoain, Arrasate-Mondragón, Azpeitia, Bergara, Eibar, Hernani, Hondarribia, Irún, Oñati, Tolosa y Zarautz.
- 14 en Bizkaia: Bilbao, Arrigorriaga, Barakaldo, Basauri, Bermeo, Erandio, Ermua,
- Galdakao, Gernika-Lumo, Getxo, Ortuella, Portugalete, Santurtzi y Leioa.
- 3 agrupaciones de municipios en Gipuzkoa, que comparten equipo: Aretxabaleta-Eskoriaza, la mancomunidad de Ordizia/Beasain (Lazkao, Zaldibia...) y Zumárraga-Urretxu.
- 7 Mancomunidades en Bizkaia: Arratia (Igorre, Lemoa, Zeanuri...); Merindidad del Duranguesado (Durango, Elorrio...), Las Encartaciones (Zalla, Güeñes, Sopuerta...), Lea Artibai (Markina, Ondarroa, Lekeitio...), Mungialde (Mungia, Bakio...), Txorierrri (Derio, Sondika, Zamudio...) y Uribe Kosta (Sopelana, Urduliz, Berango...).
- Un equipo del Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación de Araba constituido para atender a 48 municipios de menos de 10.000 habitantes de su territorio, que están implicados en el desarrollo del Plan de prevención de drogodependencias del Instituto Foral

Además de estos recursos otras entidades locales y ONGs desarrolla intervenciones de prevención, en muchos casos con las ayudas para proyectos de prevención del GV.

- Un grupo de 12 Municipios desarrollan actividades de prevención sin poder acogerse a las ayudas para la contratación de equipos. Tiene un Plan Local, lo cual les permite acceder a las ayudas de la Dirección de Drogodependencias para el desarrollo de proyectos y que se apoyan en entidades sociales especializadas. Los ayuntamientos en los que se desarrollan estas iniciativas son:
  - En Gipuzkoa: Astigarraga, Oiartzun, Orio, Getaria y Elgoibar. Además Pasaia desarrolla actividades pero sin acogerse a las subvenciones
  - En Bizkaia: Balmaseda, Ugao-Miraballes, Muzkiz, Orduña y Alonsotegi. Y como en el caso de Gipuzkoa, también Sestao viene desarrollando actividades pero sin acogerse a las subvenciones
- Un grupo de 14 entidades de la iniciativa social
  - Cinco que además de desarrollar sus propios proyectos atienden municipios, entre ellos los que carecen de equipo: AGIPAD, Askagintza, Etorkintza, Ortzadar y Sasoia
  - Otras cuatro que desarrollan proyectos de prevención: Edex, Hazkunde, Irudi Biziak y la Fundación Vivir sin Drogas.
  - Otras cinco con intervenciones más puntuales o no especializadas

Una parte de los proyectos de estas entidades se aplican en otros municipios que no tienen ninguna intervención propia en prevención y que sencillamente se benefician de ello, habitualmente son: Gallarta (Abanto y Zierbena), Amorebieta, Trapagarán, Deba, Ibarra, Lasarte, Legazpia, Mutriku y Zumaia.

Tabla II.4.- Esquema de los recursos de prevención comunitaria:

Territorio Histórico	Nº de Municipios atendidos	Nº de equipos técnicos	Recursos humanos	
			Personal Técnico superior o medio	Personal Auxiliar Administrativo
Araba	51	4	9	1
Bizkaia	69	20	30	12
Gipuzkoa	19	16	21	9
Total Municipios	<b>113</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>22</b>
Entidades Iniciativa social		14		

## 2.2.2.- PREVENCIÓN UNIVERSAL

Es el personal técnico de los equipos de prevención comunitaria de los ayuntamientos, así como el de los equipos de especialistas de las entidades sociales especializadas en prevención quienes constituyen el motor para la puesta en marcha y el desarrollo de las intervenciones.

Además de estos soportes, las intervenciones de Prevención Universal cuentan con otros apoyos puntuales u ocasionales de los Departamentos de Educación, Universidades e Investigación, del Departamento de Sanidad, del Departamento de Cultura a través de la Dirección de Juventud, y del Departamento de Trabajo, Justicia y Seguridad Social a través de Osalan.

La línea de Prevención Universal incluyó en su diseño 7 programas, sin embargo, en la práctica, éstos se redujeron a cuatro, puesto que uno de los programas podía aglutinar a otros tres, tal como se pueden comprobar en la Tabla II.3.

**Tabla II.3.- Programas de la línea de prevención universal y reorganización de los mismos.**

<b>PROGRAMAS INCLUIDOS EN LA LINEA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL (PU)</b>	<b>Proyectos subsumidos en programas más amplios</b>
1.- PU Ámbito educativo	1.- PU Ámbito educativo
2.,- PU Ámbito familiar	2.,- PU Ámbito familiar
3.- PU Ámbito laboral	3.- PU Ámbito laboral
4.- PU Comunitaria	4.- PU Ámbito juventud
	5.- PU Ámbito Ocio
	6.- PU Ámbito comunitario
	7.- PU Perspectiva de Género

Una de las intervenciones comunitarias a la que se dedica más esfuerzos es la de la prevención universal en el ámbito escolar. Esto hace que cerca de 100.000 alumnos y alumnas de enseñanzas regladas reciban algún tipo de intervención preventiva.

**Tabla II.5.- Centros, alumnos/as y profesores/as con actuaciones de PREVENCIÓN UNIVERSAL según nivel de estudios en 2008**

Nivel de estudios	Centros	Aulas	Alumnos/as	Profesores/as
Infantil	120	507	8.166	460
Primaria	286	2.235	42.711	2.455
ESO	268	1.664	32.718	1.917
Bachiller	96	416	8.085	450
Módulos profesionales	28	155	2.797	135
Enseñanza no reglada	31	108	1.429	122
<b>Total</b>	<b>829 (*)</b>	<b>5.085</b>	<b>95.906</b>	<b>5.539</b>

(\*) En realidad son menos de 829 centros, ya que gran parte de los centro públicos tiene primaria e infantil y por otra parte ESO y Bachiller/FP y una gran parte de los centros privados tienen niveles de estudios de Infantil, Primaria, ESO y ESPO; lo que ocurre es que en la evaluación se computan como centros diferentes atendiendo al nivel de la enseñanza impartida

La segunda intervención en cuanto al número de proyectos es la destinada a las familias con hijos/as en edad escolar, que son los proyectos de encuentros, en diversas sesiones, con madres y padres; sin embargo, y ante la dificultad recurrente de llevar a cabo dichos



proyectos, se realizan habitualmente otras actividades de carácter más puntual como son las charlas, la elaboración de boletines dirigidos a madres y padres, así como la oferta de servicios de consulta y orientación atendiendo a la demanda.

**Tabla II.6.- Proyectos formativos presenciales para madres y padres en 2008**

	Nº de Entidades locales	Nº de Centros-AMPAs	Nº de Actividades	Nº de Sesiones	Nº de Participantes
<b>Escuelas P/M</b>	62	268	376	2.240	9.666
<b>Actividades puntuales</b>		77	110	No procede	2.249

**Tabla II.7.- Proyectos de boletines para madres y padres en 2008**

Boletines para las familias			
Localidades	Número boletines al año	Tirada por número	Nº de boletines por localidad
24 (*)	63	140.890	63/24= 3

Algunas entidades locales organizan reuniones o foros participativos de profesionales expertos, representantes de entidades y de organismos especializados, miembros de los movimientos sociales (asociaciones vecinales, asociaciones de padres y madres, asociaciones culturales y deportivas...). El objetivo es recabar el asesoramiento y activar el compromiso de los y las agentes sociales en el desarrollo de intervenciones concretas.

**Tabla II.8.- Foros de participación de representantes de organizaciones locales 2008**

1.- Foros de participación de representantes de organizaciones locales			
Localidades	Encuentros	Entidades participantes	Media de entidades participantes por municipio
7	44	72	10,3

También se organizan proyectos formativos como charlas, conferencias y/o actividades puntuales para mediadores/as sociales: monitores/as de tiempo libre, participantes de movimientos juveniles, miembros de asociaciones, etc.,

**Tabla II.9.- Proyectos formativos presenciales para mediadores sociales en 2008**

	Nº de Entidades Locales	Actividades	Participantes	Media de actividades por municipio	Media de participantes por actividad
Proyectos formativos	13	20	418	1,54	20,9
Actividades puntuales	17	101	4195	5,94	41,53

También se organizan proyectos formativos como charlas, conferencias y/o actividades puntuales para mediadores/as sociales: monitores/as de tiempo libre, participantes de movimientos juveniles, miembros de asociaciones, etc.,

Finalmente, dentro de este apartado de prevención universal en el ámbito comunitario, hay que destacar la tarea más propia de trabajo con la comunidad que se desarrolla en pequeñas localidades, en este sentido es de destacar la labor de los técnicos y las técnicas de algunas mancomunidades que atienden a dichas localidades y en especial el trabajo que desarrolla el equipo de la Diputación Foral de Álava, que trabaja de forma comunitaria en una veintena de municipios con diversos núcleos de población. Esta labor no siempre es bien recogida por las estadísticas, ya que con frecuencia se organizan actividades para la comunidad en general porque no pueden dirigirse a un público muy concreto (madres y padres, educadores en el TL...) porque no hay una cantidad de población suficiente.

### 2.2.3.- PREVENCIÓN SELECTIVA

La prevención selectiva mantiene una estrategia comunitaria similar a la universal, en el sentido de que utiliza los recursos de la comunidad. El apoyo económico y la coordinación para el desarrollo de esta línea radica principalmente en los recursos propios de las corporaciones locales y en la Dirección de Drogodependencias, (proyectos de apoyo y de la Orden de Ayudas). Sin embargo a diferencia de la prevención universal el peso de los proyectos no recae tanto en los equipos técnicos locales sino en más bien en ciertas ONGs especializadas que se han implicado en esta área.

La línea de Prevención Selectiva se diseñó integrando en ella 5 programas, sin embargo en la práctica se redujeron a tres, dado que uno de los programas podía aglutinar a otros tres, tal y como se pueden ver en la Tabla II.10

Tabla II.10.- Programas de la línea de prevención selectiva y reorganización de los mismos.

PROGRAMAS INCLUIDOS EN LA LINEA DE PREVENCIÓN SELECTIVA (PS)	Proyectos subsumidos en programas mas amplios
1.- P.S. Ámbito Educativo	1.- P.S. Ámbito Educativo
2.- P.S. Ámbito Familiar	2.- P.S. Ámbito Familiar
3.- P.S. Ámbito Comunitario	3.- P.S. Ámbito comunitario
	4.-P.S. Ámbito de Ocio
	5.-P.S. Perspectiva de Género

Hay unos 20 municipios y mancomunidades que están apostando por esta área en los ámbitos comunitario, educativo -fundamentalmente en los centros escolares- y en la familia y en lo relativo a la educación en medio abierto (menores vulnerables) y otros 10 que no tienen un compromiso tan firme pero utilizan recursos de reducción de riesgos, como es la actividad Testing.

Una docena de entidades sociales están desarrollando esta área de trabajo, bien a través de proyectos educativos, bien promoviendo intervenciones más puntuales de reducción de riesgos en el ámbito comunitario.

Además de estos soportes, las intervenciones cuentan con otro apoyo inespecífico del Departamento de Educación, Universidades e Investigación a través de las ayudas a la formación no reglada: las EPAS (proyectos de Educación Permanente de Adultos) y los CIP (Centros de Iniciación Profesional).

Los proyectos más generalizados están orientados a la reducción de daños en medios festivos con dos modalidades; en una de ellas se utiliza el testado de sustancias y en otra las pruebas de alcoholemia. Además de estas intervenciones se proporciona información directa en el mismo espacio festivo.

Una parte importante de estas actividades se desarrollan dentro de los programas de fiestas de localidades de corta población, que están atendidos por equipos de de mancomunidades o por el equipo de la Diputación de Álava.

**Tabla II.11.- Proyectos de prevención selectiva en el ámbito del ocio con drogas ilegales y con el alcohol en 2008.**

Prevenición Selectiva en el ámbito del ocio con drogas ilegales					
Ayuntamientos participantes	Actividades desarrolladas	Personas informadas	Personas a las que se entrega material	Personas que entregan sustancias para análisis	Substancias analizadas
<b>37</b>	<b>45</b>	<b>7506</b>	<b>4188</b>	<b>1.393</b>	<b>939</b>
Prevenición Selectiva en ámbitos festivos con respecto al alcohol					
Ayuntamientos participantes	Actividades realizadas	Personas que se someten a testado	Test según localidad	Test según actividad	
<b>35</b>	<b>38</b>	<b>11.241</b>	<b>321,2</b>	<b>295,8</b>	

También se han promovido otra serie de intervenciones con profesionales de hostelería en el que han estado participando aproximadamente unos 150 profesionales. En el último año, la actividad se ha abierto a las comparsas que instalan txoznas en los espacios festivos.

La prevención selectiva en el ámbito escolar es la segunda actividad más promovida; hay 21 municipios y mancomunidades en los que se incluyen proyectos de prevención selectiva escolar. Una parte de estas intervenciones son de reducción de riesgos con el alumnado, pero cada vez hay más centros con intervenciones más completas en las que se trabajan otros aspectos de apoyo personal y no sólo los consumos de drogas.

**Tabla II.12.- Proyectos de prevención selectiva en el ámbito escolar en 2008.**

Centros, alumnado y profesorado con actuaciones preventivas de PREVENCIÓN SELECTIVA según nivel de estudios				
Nivel de estudios	Centros	Aulas	Alumnos/as	Profesores/as
ESO	66	325	6.392	425
BACHILLER	24	85	1.683	339
MODULOS	16	114	2.324	222
GARANTIA SOCIAL	30	122	1595	203
<b>TOTAL</b>	<b>136 (*)</b>	<b>646</b>	<b>11.794</b>	<b>1.189</b>

(\*) Como en el caso de la prevención universal escolar son, en realidad, menos de 160 centros ya que una gran parte de ellos tienen estudios de ESO y ESPO; lo que ocurre es que en la evaluación los tiene en cuenta como centros diferentes atendiendo al nivel de la enseñanza impartida.

#### 2.2.4.- PREVENCIÓN INDICADA

El V Plan planteó seis líneas de actuación en esta área, sin embargo:

- No se han desarrollado intervenciones en la línea orientada hacia barrios o zonas deprimidas; aunque existen intervenciones con minorías étnicas, las cuales quedan incluidas en la línea tres.
- Tampoco se han puesto en marcha, proyectos en el medio laboral.
- No hay constancia de intervenciones específicas destinadas exclusivamente a varones o a mujeres.

Por lo tanto se propone una reorganización de la línea en base a los siguientes programas:

**Tabla II.13.- Programas de la línea de prevención indicada y reorganización de los mismos.**

PROGRAMAS INCLUIDOS EN LA LINEA DE PREVENCIÓN INDICADA (P.I)	Proyectos subsumidos en programas más amplios
1.- P.I. Usuarios consumos problemáticos	1.- P.I. Usuarios consumos problemáticos
2.- P.I. Ámbito Familiar usuarios vulnerables	2.- P.I. Ámbito Familiar usuarios vulnerables
3.-P.I. Ámbito Laboral	3.-P.I. Ámbito Laboral
4.- P.I. Ámbito comunitario	4.- PI Jóvenes Problemas de Comportamiento y Conductas delictivas
	5.- PI Zonas Deprimidas
	6.- PI Perspectiva de Género

La prevención indicada es relativamente reciente en nuestro entorno, ya que se ha ido desarrollando desde finales de la década de los 90. Este tipo de actuación surge ante la

necesidad de atender a jóvenes y adolescentes que usan habitualmente derivados cannábicos y que se inician en el consumo de drogas de síntesis, anfetaminas y, últimamente, también cocaína; usos sobre cuyas repercusiones se sabía poco pero ya generaban una gran alerta. La iniciativa la toman algunas ONGs que se arriesgan a iniciar proyectos con cierto carácter experimental para atender a este tipo de adolescentes y a sus familias.

Por otra parte, las entidades responsables de atender a los y las menores vulnerables objeto de medidas de protección y/o de reforma por comportamientos delictivos encuentran que muchos de estos/as menores consumen drogas habitualmente y consideran que no están suficientemente preparados para hacer frente a dicho cúmulo de dificultades, por lo que contemplan con expectativas favorables estas experiencias preventivas y en muchos casos las apoyan económicamente.

El Programa “intervenciones destinadas a padres y madres con hijos e hijas en situación de alta vulnerabilidad” (Prevención Indicada de Ámbito Familiar) tiene como objetivo incrementar y mejorar las intervenciones destinadas a madres y padres de hijos e hijas con problemas de comportamiento y/o consumos de drogas y como población destinataria a las Familias con hijas e hijos consumidores de drogas que necesitan apoyo e intervención profesional. Ante esto tiene mucha lógica que los recursos para atender tanto a los casos individuales como al ámbito familiar sean los mismos.

Al contrario que los modelos de prevención universal y selectiva, ésta recae en menor medida en la comunidad y mucho más sobre profesionales especialistas, de ahí que los proyectos se desarrollen, en la mayoría de los casos, a través de la iniciativa social y que todos estos y estas profesionales formen parte de determinadas entidades que poseen proyectos terapéuticos.

Los recursos con los que se cuentan son:

- Fundación Gizakia, proyecto Hirusta (Bizkaia)
- Fundación Jeiki, proyecto Hazgarri (Araba)
- Fundación Izan, proyecto Norbera (Guipúzcoa)
- Etoraintza, proyecto Adolescentes (Bizkaia)
- Módulo psico-social de Deusto-San Ignacio (Bizkaia)
- Servicio de Salud Mental Juan Ajuriaguerra de Osakidetza-Bilbao (Bizkaia)

**Tabla II.14.- Proyectos de la línea de prevención indicada y personas y familias tratadas en 2008**

Entidades con proyectos de prevención indicada	Adolescentes y jóvenes atendidos	Familias atendidas
<b>6</b>	<b>482</b>	<b>574</b>

Las personas atendidas son, en casi dos terceras partes, varones, mientras que algo más de un tercio son mujeres. La gran mayoría proceden de la propia Comunidad Autónoma Vasca y sus edades se sitúan entre los 15 y los 24 años. Una cuarta parte de los/as menores atendidos/as tienen detrás alguna medida sancionadora del juez de menores y/o de aplicación de la ley de Seguridad Ciudadana.

A estos seis recursos hay que añadir un servicio de orientación telefónica (“A tiempo/ Deitu”) que atendió 156 llamadas relacionadas con el consumo problemático de drogas (recursos asistenciales, actuación ante consumidores, información sustancias...)

Un grupo de unos 10 ayuntamientos desarrollan proyectos de atención individualizada con menores altamente vulnerables a través de procesos que incluyen la detección de dificultades a través del centro educativo y de los servicios sociales, diagnóstico e intervención o derivación a recursos más especializados.

En algunas localidades se han venido desarrollando diversas iniciativas de trabajo con mujeres en relación al uso de psicofármacos y en concreto una de la Margen Izquierda del Nervión en Bizkaia lleva un proyecto estable en este sentido.

En cuanto al Programa de Prevención Indicada Comunitaria, destinada a menores y jóvenes con necesidades de protección especiales y/o bajo medidas sancionadoras o de reforma judicial, éste tiene por objetivo poner en marcha acciones conjuntas entre los servicios de drogodependencias y otros recursos especializados; acciones destinadas a los y las menores y jóvenes con problemas de comportamiento y comisión de delitos. En este caso se han dado algunos pasos y parece que hay algunas entidades comprometidas tales como:

- Fundación Izan, con el proyecto Norbera (Gipuzkoa) y Etorikintza, con el proyecto Adolescentes (Bizkaia). Ambas entidades atienden a menores derivados de servicios de protección y reforma.
- Gao Lacho Drom y Kaledor Kayiko, que trabajan con jóvenes de etnia gitana.

Los datos de los/as menores atendidos/as bajo estas circunstancias están incluidos en la primera línea de prevención indicada a personas usuarias de drogas. En estos proyectos se ha intervenido sobre un total de 120 adolescentes y jóvenes por año.

A éstos datos hay que sumar las otras 75 personas de raza gitana atendidas por las asociaciones Gao Lacho Drom y Kale dor Kayiko.

### **2.2.5.- LA ASISTENCIA**

Entendemos por “asistencia” toda intervención en el ámbito sanitario destinada a tratar la enfermedad adictiva y otras consecuencias para la salud asociadas al consumo de drogas realizadas por profesionales y/o entes sanitarios con acreditación de los organismos competentes para el desempeño de funciones sanitarias. A pesar de reducir con esta definición el espectro de intervenciones, y dejar fuera las acciones de apoyo no estrictamente sanitario, el concepto de asistencia sigue siendo un concepto amplio que abarca muy distintas intervenciones.

Los recursos asistenciales con los que contamos los podemos organizar en:

- Los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Toxicomanías (CTTs) o Centros de Salud Mental (CSMs).
- Servicios de Dispensación de Metadona.
- Unidad de Desintoxicación Hospitalaria [UDH].
- Comunidades Terapéuticas [CT] o Centros Terapéuticos de Media Estancia para Toxicómanos (CTMET).
- Programas de Intervención en Toxicomanías en Centros Penitenciarios [PITCT].

## Los Centro(s) de Tratamiento Ambulatorio de Toxicomanías [CTTs] o Centro(s) de Salud Mental [CSMs]

Tabla II.15.- Recursos de tratamiento ambulatorio por territorio tipo de servicio y localidad en 2008

Territorio	Centro	Servicios A - T - M <sup>(*)</sup>	Carácter	Localidad
Araba	Centro de Tratamiento de Toxicomanías	T - M	Red Pública Sanitaria	Vitoria
	Servicio de Alcoholismo y Ludopatías	A	Red Pública Sanitaria	Vitoria
	Fundación Jeiki (Proyecto Hombre)	T	Concertado	Vitoria
	CSM Aiala-Llodio	T - A	Red Pública Sanitaria	Llodio
Bizkaia	CSM Algorta (Uribe-Kosta)	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Algorta
	CSM Basauri (1 y 2)	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Basauri
	CSM Bermeo	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Bermeo
	Unidad de Drogodependencias de Barakaldo	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Barakaldo
	Unidad de Drogodependencias de Ajuriaguerra	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Bilbao
	Unidad de Drogodependencias de Novia Salcedo	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Bilbao
	CSM Otxarkoaga	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Bilbao
	MAPs de Auzo-Lan (Irala)	A - T - M	Concertado	Bilbao
	MAPS de Rekalde	A - T - M	Concertado	Bilbao
	MAPSs de San Ignacio	A - T - M	Concertado	Bilbao
	Fundación Etorikintza	A - T - M	Concertado	Bilbao
	Fundación Gizakia (Proyecto Hombre)	A - T - M	Concertado	Bilbao
	MAPs de Cruces	A - T	Concertado	Cruces
	CSM Derio	A	Red Pública Sanitaria	Derio
	CSM Durango	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Durango
	CSM Erandio	A	Red Pública Sanitaria	Erandio
	CSM Galdakao	A	Red Pública Sanitaria	Galdakao
	CSM Gernika	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Gernika
	CSM Ortuella	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Ortuella
	CSM Santurtzi	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Santurtzi
CSM Sestao	A	Red Pública Sanitaria	Sestao	
CSM Zalla	A	Red Pública Sanitaria	Zalla	
Gipuzkoa	CSM de Andoain	A - T	Red Pública Sanitaria	Andoain
	CSM de Arrasate - Mondragón	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Arrasate
	CSM de Azpeitia	A - T	Red Pública Sanitaria	Azpeitia
	CSM de Beasain	T	Red Pública Sanitaria	Beasain
	C.T. Toxicomanías Bitarte - Donostia	M	Red Pública Sanitaria	Donostia
	CSM de Donosti Oeste (Antiguo)	A - T	Red Pública Sanitaria	Donostia
	CSM de Donosti Este (Gros)	A - T	Red Pública Sanitaria	Donostia
	Asociación Agipad	A - T	Concertado	Donostia
	Fundación Izan (Proyecto Hombre)	A - T	Concertado	Donostia
	CSM de Eibar	A - T - M	Red Pública Sanitaria	Eibar

Territorio	Centro	Servicios A - T - M (*)	Carácter	Localidad
	CSM de Irún	A - T	Red Pública Sanitaria	Irún
	C.T. Toxicomanías Bitarte - Irún	M	Red Pública Sanitaria	Irún
	CSM de Rentería-Beraun	A - T	Red Pública Sanitaria	Rentería
	CSM de Zarautz	A - T	Red Pública Sanitaria	Zarautz
	CSM de Zumárraga	A - T	Red Pública Sanitaria	Zumárraga

(\*) Recoge los tres tipos de prestaciones que se proporcionará:

- 'A' = Programa de alcoholismo/
- 'T' = Programa de Toxicomanías no alcohólicas /
- 'M' = Programa de Tratamiento con Metadona)

Éstos son los recursos especializados sobre los que pivota toda la intervención asistencial de la cual se derivan otras medidas terapéuticas o de apoyo al tratamiento.

Ofrecen, en el conjunto de la CAPV, la asistencia sanitaria específica de drogodependencias en régimen ambulatorio. Constituyen una red que cuenta con un total de 41 centros, con diferentes prestaciones tal y como se presentan en la tabla adjunta II.14.

En la mayoría de los casos, los centros ofrecen los tres tipos de prestaciones mencionadas (Alcoholismo/ Toxicomanías no alcohólicas / Tratamiento con Metadona), o al menos dos de ellas, y sólo en 10 casos (24,3%) ofrecen un tipo de servicio de forma aislada. Las características más notables de esta red son:

- Cada uno de los territorios históricos cuenta con dispositivos que cubren suficientemente la demanda en función del tipo de sustancia generadora de la dependencia. Hay 4 en Araba, 22 en Bizkaia y 15 en Guipúzcoa.
- 36 servicios atienden a problemas de alcoholismo, es decir, un 87,8% de estos recursos (6 de ellos) tratan el alcoholismo de forma exclusiva.
- 32 servicios, el 78%, atienden toxicomanías no alcohólicas y de ellos sólo dos tratan toxicomanías libres de drogas y otros dos únicamente proporcionan metadona.

### Servicios de Dispensación de Metadona

Por lo general se hallan incluidos en los CTTs / CSMs. De hecho, 21 de estos recursos, es decir, el 51,2% de ellos, tienen programas de tratamiento con metadona.

Los centros que ofertan el programa de metadona (recogidos también en la Tabla) se constituyen en los referentes prescriptores y dispensadores del fármaco, aunque también existe un convenio con oficinas de farmacia de los tres territorios para diversificar la dispensación de metadona. De manera protocolizada, un responsable médico debe evaluar cada caso y prescribir y supervisar la pauta de metadona necesaria para cada sujeto; en una segunda fase, es el personal sanitario o especializado el que se ocupa de dispensar la dosis prescrita. En concreto, el número de oficinas de farmacia adscritas a este programa de dispensación se distribuyen del siguiente modo: 5 en Araba, 136 en Bizkaia y 156 en Gipuzkoa (en total, 297 en el conjunto de la CAPV).



### Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)

Habitualmente, las Unidades especializadas de Desintoxicación de sustancias psicotrópicas están localizadas, de forma preferente, en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, si bien en los hospitales psiquiátricos u otras unidades de hospitales generales también pueden practicarse esos procedimientos si fuera preciso. En algunos casos también puede conveniarse dicho servicio.

En estricto censo, sólo existe una en la CAPV; la emplazada en el Hospital de Galdakao. No obstante, las unidades de psiquiatría de agudos, enmarcadas en los hospitales generales de cada uno de los territorios históricos, pueden realizar programas de desintoxicación en un marco más general de ingreso (p.ej.: desintoxicación alcohólica o por benzodiacepinas ante un cuadro de descompensación), o de forma supraespecífica, tal y como ha venido realizando durante un tiempo el Hospital de Santiago con el programa de Desintoxicaciones Ultracortas.

Tabla II.16.- Recursos de desintoxicación hospitalaria en 2008

Provincia	Centro	Carácter	Localidad
Araba	Hospital General Santiago Apóstol	Red Pública Sanitaria	Vitoria
Bizkaia	Hospital General de Galdakao (específico)	Red Pública Sanitaria	Galdakao
	Hospital General de Basurto	Red Pública Sanitaria	Bilbao
	Hospital General de Cruces	Red Pública Sanitaria	Cruces
Gipuzkoa	Hospital Ntra. Sra. de Aranzazu	Red Pública Sanitaria	Donostia

### Comunidades Terapéuticas [CT] o Centros Terapéuticos de Media Estancia para Toxicómanos (CTMET).

Son centros residenciales de media estancia donde la intervención terapéutica se hace en régimen de ingreso prolongado. Las intervenciones tienen preferentemente un carácter psicoterapéutico y educativo socializador, aunque también tiene cabida toda intervención médica o farmacológica que sea precisa, como por ejemplo la continuidad en el mantenimiento con metadona.

En la CAPV se han venido ofertando un total de 8 recursos de Comunidad Terapéutica (Tabla 3.5.), siendo en su mayoría de tipo concertado (en el 75% de los casos). No obstante, en 2007, el centro de la red Pública de Foronda se convirtió en centro de día no residencial.

**Tabla II.17.- Recursos de desintoxicación hospitalaria en 2008**

Territorio	Centro	Entidad	Carácter	Localidad
Araba	CTME T Foronda*	Osakidetza	Red Pública Sanitaria	Foronda
	CT de la Fundación Jeiki	Fundación Jeiki (PH)	Concertado	Vitoria
Bizkaia	CT Manu - Ene	Osakidetza	Red Pública Sanitaria	Larrabetzu
	CT Paul-Enea	Fundación Gizakia (PH)	Concertado	Gordexola
	CT de Kortezubi	Fundación Etorikintza	Concertado	Kortezubi
Gipuzkoa	CT Haize-Gain	Asociación Agipad	Concertado	Donostia
	CT Sustraiak - Hernani	Fundación Izan (PH)	Concertado	Hernani
	CT de Lasao	Fundación Izan (PH)	Concertado	Zestoa

\* Reconvertida en el año 2007 en Unidad de Día.

### Programas de Intervención en Toxicomanías en Centros Penitenciarios (PITCT)

Las prisiones de la CAV cuentan con programas de atención a las toxicomanías que intervienen en su interior dispensando atención a las personas con problemas de drogodependencias privadas de libertad, ofreciendo la misma cartera de servicios que los recursos existentes en la comunidad.

Hay tres Programas de Intervención en Toxicomanías en Centros Penitenciarios gestionados por otras tantas ONGs vinculadas por convenio con la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco (Tabla A.6). Estos programas tienen diferentes niveles de acción dentro de los distintos Centros Penitenciarios y su labor mantiene siempre la coordinación con los Servicios Médicos de Instituciones Penitenciarias.

**Tabla II.18.- Programas de Intervención en Toxicomanías (PIT) en Centros Penitenciarios**

Territorio	Centro	(ONG responsable)	Carácter
Araba	PIT Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca	(Lur-Gizen)	Concertado
Bizkaia	PIT Centro Penitenciario de Basauri	(Edex)	Concertado
Gipuzkoa	PIT Centro Penitenciario de Martutene	(Agidap)	Concertado

### OTRAS INICIATIVAS: LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

En lo que respecta a otras intervenciones terapéuticas hay que destacar las intervenciones para dejar de fumar, deshabituación tabáquica, que con carácter socio-sanitario se vienen realizando, una parte de ellas, promovidas desde el Dpto. de Sanidad y a través de los ambulatorios y otras, promovidas por los ayuntamientos con metodologías muy diversas.

## 2.2.6.- LA PREVENCIÓN DETERMINADA, LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y LA INSERCIÓN

En el diseño inicial se plantearon dos áreas separadas: la prevención determinada y la inserción. En la Prevención Determinada se incluyeron aquellas intervenciones que propiamente corresponden a satisfacer las necesidades básicas de las personas toxicómanas o alcohólicas en situación de alta exclusión social, a las que se sumaron las intervenciones de Reducción de Daños.

Esta separación entre la prevención determinada, la inserción, reducción de daños y asistencia, no ha sido fácil y a bastantes profesionales les ha sonado un tanto artificial, pero ha servido para identificar, resaltar y potenciar este tipo de intervenciones con una entidad propia y no como apéndice de otras.

La cronificación de la dependencia asociada a ciertas formas de vida, y a menudo vinculada a un trastorno mental, es una realidad. Las personas con estas dificultades severas difícilmente pueden encajar en los recursos creados para la inserción de aquellas personas que han pasado por una fase de tratamiento con éxito.

Dependiendo de la concepción que se tenga de la inserción, muchos de estos recursos pueden quedar fuera o, por el contrario y como debería ser, podrían formar parte de una estructura de intervenciones creada con el objetivo de satisfacer las necesidades de personas drogodependientes y ludópatas en diferentes momentos.

Atendiendo a esta idea, se ha considerado más adecuado el diseño de una línea de trabajo de prevención determinada-reducción de daños-inserción.

No obstante, a la hora de reorganizar los recursos, nos encontramos con tres grandes dificultades:

1. Gran parte de los recursos de inserción están gestionados desde los servicios sociales y no desde servicios de drogodependencias; además, en estas dos áreas hay un número importante de entidades participando, tanto públicas, cuya labor fundamental es financiar, apoyar y supervisar los recursos, como de la iniciativa social. Esto se traduce en que las entidades tienen sus propias razones de clasificación de los proyectos, y al no estar dentro de la órbita de las drogodependencias, es difícil unificar los criterios y establecer mediciones.
2. Un grupo importante de actividades se dirige hacia colectivos amplios de personas en situación de exclusión o alta exclusión social y, por lo tanto, no son específicas para personas drogodependientes, aunque éstas pueden utilizarlas; en breve nos referiremos a esto con más detenimiento.
3. Muchas entidades llevan a cabo, en los mismos recursos y casi sin separación, diversas iniciativas y proyectos: algunas, de prevención determinada, otras, de reducción de daños y otras de inserción, que a menudo son difíciles de contabilizar por separado.

Las líneas que se han desarrollado son:

1. Recursos y programas de acceso, permanencia, acompañamiento y tutela de las personas con drogodependencias en alta exclusión a los recursos sociales y sanitarios.
2. Programas de Reducción de Riesgos y Daños.
3. Participación y acceso a las medidas básicas de inserción.

4. Acceso a redes sociales complementarias.
5. Proceso de incorporación social y acceso a redes formalizadas a drogodependientes con problemas judiciales y penitenciarios.
6. Proyectos específicos de prevención determinada e inserción para mujeres con consumos problemáticos.

## RECURSOS Y PROGRAMAS DE ACCESO, PERMANENCIA TUTELA Y ACOMPAÑAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DROGODEPENDENCIAS EN ALTA EXCLUSIÓN A LOS RECURSOS SOCIALES Y SANITARIOS

---

### ◆ Los equipos de educación de calle

Hay seis equipos de educación de calle que atienden anualmente, entre todos, a unas 1.200 personas.

Tabla II.19.- Equipos de calle e intervenciones que desarrollan

Entidad	Proyecto
Agiantza(*)	Unidad Móvil. Que se mueve por el barrio de Bilbao la Vieja-San Francisco
Askabide	Apoyo a mujeres drogodependientes que ejercen la prostitución en Bilbao
Comisión Anti-SIDA de Bizkaia	Trabajo de calle con drogodependientes en Bilbao la Vieja-San Francisco
Médicos del Mundo	Trabajo de calle con drogodependientes en Bilbao la Vieja-San Francisco
Acasgi- Comisión Anti-Sida de Guipúzcoa (*)	Trabajo de calle en Donostia-San Sebastián. No cuenta con locales, por lo que su trabajo se centra en la educación de calle.
Hontza	Programa de proximidad para acercar a las personas usuarias al propio centro.

(\*) Estos recursos desaparecen en 2007.

### ◆ Los Centros de día de baja exigencia

Hay cinco entidades, con cinco servicios, de los que se posee información en torno al número de plazas disponibles por día. En tres de ellos se conoce el número de personas atendidas al año, que asciende, en el marco de actuación de los cinco proyectos, a unas 1.000 personas.

Tabla II.20. Centros de baja exigencia y plazas disponibles.

Entidad	Programa	Nº plazas disponibles
Bizitegi	Centro de día Onartu, en Bilbao	15
C. AntiSIDA Bizkaia	Centro de día, en Bilbao	18
Sidálava	Centro de día Estrada, en Vitoria-Gasteiz	30
RAIS	Centro de día Topaleku, en Donostia-San Sebastián	20
Agiantza	Centro de día Abegi Egoítza, en Bilbao	20
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>103</b>

Estos cinco centros vienen proporcionando al año los siguientes servicios:

- Alimentación básica: 59.900 servicios, no son comidas ni cenas, sino desayunos, bebidas calientes, cafés...
- Higiene (duchas fundamentalmente) 9.600 servicios
- Lavandería 3.500 servicios
- Consigna,
- información sanitaria,
- Acompañamiento a recursos sanitarios y sociales...

#### ◆ Comedores sociales

Se trata de servicios inespecíficos que tratan de satisfacer una necesidad tan básica como la de la alimentación. Hay ofertas en las tres capitales vascas gestionadas por entidades privadas sin ánimo de lucro, en la mayoría de los casos, financiadas por las administraciones locales correspondientes y atendidas por voluntariado.

Estos servicios pueden ser considerados como “de baja exigencia”, puesto que los requisitos para el acceso son escasos. Se solicita de las personas usuarias que respondan a unas normas mínimas de comportamiento y respeto y que cumplan con los horarios establecidos.

Hay 6 servicios de este tipo que cuentan con 348 plazas y que dan una media de 356 comidas, 134 cenas y 229 desayunos. Estiman que atienden a 3.100 personas diferentes al año.

#### ◆ Servicios de Acción Social Inespecíficos-Centros de pernocta

Son recursos utilizados para la pernocta de corta estancia destinados a acoger los casos con carencias más importantes y en los que se precisa de un punto de acogida de emergencia.

Su carácter de corta estancia confiere a estos recursos unas características más próximas a las labores preventivas que a las de inserción, razón por las que son consideradas en este epígrafe.

Se engloban también aquí aquellos servicios abiertos solo en invierno para guarecer a las personas sin hogar de las inclemencias del tiempo.

**Tabla II 21.-. Centros de Pernocta. Actividades.**

ENTIDAD	NOMBRE DEL SERVICIO	ACTIVIDADES Y SERVICIOS QUE SE PRESTAN
Cáritas Diocesanas	Hontza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación entre servicios sociales, sanitarios y 3<sup>er</sup> sector.</li> <li>- Educación para la salud</li> <li>- Enfermería</li> <li>- Servicios básicos de subsistencia. Pernoctas alimentación e higiene</li> </ul>
Comisión AntisIDA de Araba	Casa Abierta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicio residencial para transeúntes</li> <li>- Cobertura de necesidades básicas</li> <li>- Centro de Día</li> </ul>
Comisión AntisIDA de Araba	Aterpe, Centro de Noche	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recurso de pernocta de baja exigencia</li> <li>- Servicios básicos de subsistencia. Pernocta, alimentación e higiene.</li> </ul>
Ayto de Vitoria-Gasteiz	Centro Municipal de Acogida Social (Estancias cortas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abierto 24 horas, espacio de acogida</li> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta, alimentación e higiene</li> <li>- Orientación e información</li> <li>- Intervenciones socioeducativas</li> </ul>
Ayto de Bilbao	Centro Municipal de Acogida Social – Albergue Elejabarri (Estancias cortas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta, higiene y lavandería</li> <li>- Orientación e información</li> <li>- Intervenciones socioeducativas</li> </ul>
Ayto de Bilbao	Albergue Mazarredo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta</li> </ul>
Ayto de Bilbao	Albergue Mazarredo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitación de espacio para la pernocta en periodos de tiempo atmosférico inclemente</li> </ul>
San Vicente Paul	Albergue Ozanam	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta e higiene</li> <li>- Orientación e información</li> </ul>
Lagun-Artean	Centro de Acogida Nocturno (Estancias cortas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta e higiene</li> <li>- Orientación e información</li> </ul>
Ayto de San Sebastián – Donostia	Centro Municipal de Acogida Social – (Estancias cortas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta, alimentación, higiene, lavandería, consigna y farmacia</li> <li>- Orientación e información</li> <li>- Intervenciones socioeducativas</li> </ul>
Ayto de San Sebastián – Donostia	Local de baja exigencia para noches frías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilitación de espacio para la pernocta en periodos de tiempo atmosférico inclemente</li> </ul>
Cáritas Gipuzkoa	Aterpe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios básicos de subsistencia: Pernocta, alimentación, higiene, lavandería, consigna y farmacia</li> <li>- Orientación e información</li> <li>- Intervenciones socioeducativas</li> </ul>

Sólo uno de los recursos apuntados es específico, el de Hontza, que se abrió precisamente para acoger a drogodependientes. Es por ello el que presta más servicios, entre ellos los de acompañamiento, enfermería y reducción de daños. El resto son recursos inespecíficos que dan cobertura al total de población en alta exclusión y sin hogar por diversos motivos (personas drogodependientes, alcohólicas, con problemas mentales, personas con ludopatías transeúntes, etc.)

## PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

### ◆ Información sobre sustancias y salud

Todas las organizaciones mencionadas anteriormente realizan actividades de Educación para la Salud con información sobre las sustancias, los modos de consumo y sus riesgos, sexo seguro, inyección segura, prevención de sobredosis, información sobre recursos de emergencia...etc. Estas actividades se realizan a través de intervenciones individuales o en pequeños grupos, en medio abierto (calle) o en los propios locales.

Hay 10 entidades que desarrollan intervenciones de información sobre el colectivo de drogodependiente en alta exclusión.

Tabla II.22 Entidades que proporcionan información sobre riesgos a drogodependientes

Agiantza	Unidad Móvil (*) y Centro de día Abegi Egoítza
Askabide	Equipo de calle
Bizitegi	Centro de día Onartu
Comisión Anti-SIDA de Bizkaia	Trabajo de calle y Centro de Atención y Emergencia Socio-sanitaria.
Cáritas Diocesanas	Hontza
Médicos del Mundo	Trabajo de calle y Sala de Consumo Supervisado
Acasgi- C. anti-Sida de Guipúzcoa.	Trabajo de calle (*).
Sidálava-C. anti-Sida Araba-Alava	Centro de día Estrada
RAIS	Centro de día Topaleku
Hontza	En los locales del centro de pernocta

(\*) Como hemos indicado estos dos proyectos desaparecen en 2007.

### ◆ Educación para la salud

La Educación/Formación de Pares estructurada y sistematizada solamente está identificada en una de las entidades, La Comisión Anti-Sida de Bizkaia, que viene realizando talleres de formación de agentes de salud.

Llevan a cabo unos 86 talleres que se desarrollan en diversos lugares; una parte en los locales de la propia entidad, pero otros que se dirigen a mujeres que ejercen la prostitución, sean o no consumidoras, se realizan en los propios clubs o pisos de trabajo.

#### ◆ Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y suministro de otros útiles

En la CAPV, existen seis organizaciones que realizan, de forma fija y continuada, el Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Son seis entidades comprometidas en otras intervenciones de prevención determinada, como se ha señalado.

Tabla II.23. Entidades y recursos que participan del programa de intercambio de jeringuilla y que proporcionan otros útiles de consumo

<b>Agiantza</b>	Unidad Móvil (*)		Suministrar Jeringuillas	Plata	Preservativos
<b>Comisión Anti-SIDA de Bizkaia</b>	Trabajo de calle y Centro de Atención y Emergencia Socio-sanitaria.	Recoger Jeringuillas	Suministrar Jeringuillas	Plata	Preservativos
<b>Cáritas Diocesanas</b>	Hontza	Recoger Jeringuillas	Suministrar Jeringuillas	Plata	Preservativos
<b>Médicos del Mundo</b>	Trabajo de calle y Sala de Consumo Supervisado	Recoger Jeringuillas	Suministrar Jeringuillas	Plata	Preservativos
<b>Acasgi- C. anti-Sida GipuzKoa.</b>	Trabajo de calle. (*)	Recoger Jeringuillas	Suministrar Jeringuillas		
<b>Sidálava-C. anti-Sida Araba-Alava</b>	Centro de día Estrada	Recoger Jeringuillas	Suministrar Jeringuillas		

(\*) Como hemos indicado estos dos proyectos desaparecen en 2007.

Estas entidades, conjuntamente, recogen unas 150.000 jeringuillas al año y entregan para su destrucción un tercio de ellas, unas 50.000, mientras mantienen contacto con unos 3.000 usuarios y usuarias de drogas por vía parenteral.

A través de las farmacias entre el programa de intercambio y la venta se distribuyen alrededor de 213.000 jeringuillas al año.

#### ◆ Sala de consumo supervisado

La Sala de Consumo Supervisado (SCS) es un dispositivo acondicionado donde las personas usuarias de drogas pueden acudir para auto-administrarse su dosis bajo condiciones de seguridad e higiene. Estas personas llevan su propia droga y en las SCS se les facilita material auxiliar estéril si lo precisan.

Los usuarios y usuarias de estos servicios, una vez consumida su dosis, pueden permanecer durante un tiempo después, lo cual permite actuar con prontitud en el caso de producirse



una reacción adversa. Asimismo, en estos dispositivos se les facilita información sobre las formas de consumo más seguras para la salud, además de otra información que permitiría el acceso a recursos de asistencia o inserción si el caso lo requiriese.

También se ofrecen otros servicios, casi como un centro de día, pues disponen de un lugar para tomar una bebida caliente y pueden recibir información y se trabajan diversos aspectos relativos a la salud, los autocuidados y los riesgos.

En la CAV hay una Sala de Consumo Supervisado (SCS) ubicada en Bilbao, junto a la entrada del barrio de San Francisco. Este recurso se abrió a finales del 2003 solo para inyecciones y posteriormente amplió la cobertura para las personas que se administran la sustancia por vía fumada. Se producen cerca de 70 consumos al día y al año asiste a unas 12 reacciones adversas y otras tantas sobredosis.

## RECURSOS BÁSICOS DE PERNOCTA, ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y VESTIDO, QUE PERMITAN INICIAR PROCESOS DE TRATAMIENTO E INSERCIÓN

### ◆ Pisos de apoyo al tratamiento

Los pisos de apoyo al tratamiento son los de una mayor especificidad, ya que están dirigidos exclusivamente a personas con problemas de consumo de drogas y alcohol en proceso de deshabituación pero que carecen de una residencia estable que les permita realizar dicho proceso.

Tabla II.24. Pisos de apoyo a tratamiento y plazas. (\*)

Entidad	Programa	Nº de plazas
Bizitegi	Peñaskal	7
Emaus	Bitartean	20
Cáritas Bizkaia	Garamendi	6
Askabide	Askarri	6
Acasgi	Piso apoyo tratamiento	10
<b>TOTAL(*)</b>		<b>49</b>

(\*) Tenemos constancia de otros 5 pisos más de otras dos organizaciones que pueden tener entre 20 y 30 plazas, pero no se ha podido recoger esta información.

Unas 200 personas son atendidas anualmente en estos recursos

### ◆ Pisos de Inserción

Los pisos de inserción tendrían un carácter inespecífico al estar dirigidos al conjunto de la población sin hogar. Sin embargo, la respuesta de las entidades responsables evaluadas revela que hay una alta proporción de personas usuarias con esa problemática. En

concreto, en tres de los siete recursos (Tabla PDI.23) hay un 100% de personas drogodependientes o alcohólicas, en otro llegan al 85% y en uno más alcanzan el 60%.

Tabla II.25. Pisos de inserción, plazas y alcance.

Entidad	Programa	Nº de plazas
Bizitegi	Langaran	6
Zubietxe	Berrisar	4
SMUS	Pisos integración social	14
Bidesari	Piso integración social	6
Cáritas Bilbao	Lurberri Etxea	38
Cáritas Bilbao	Piso Inserción	4
Cáritas Bilbao	Programa Giltza	37
<b>TOTAL</b>		<b>109</b>

Se estima que estos pisos atienden entre 180 y 200 personas al año.

#### ◆ Pisos de larga estancia

Son recursos utilizados por personas sin apenas alternativas o posibilidades para iniciar un proceso de emancipación. En gran medida, se trata de personas enfermas, sobre todo con VIH y Sida, con pocas posibilidades de integrarse en un proceso laboral, con graves deficiencias físicas y, en consecuencia, con un alto grado de dependencia.

Tabla II.26. Pisos de larga estancia y plazas

Entidad	Programa	Nº de plazas
Titular la Diputación Foral de Araba Gestión: C.C. Anti-SIDA Araba	Besakarda Etxea	14
ACASGI	Pisos acogida enfermos/as VIH	10
Zubietxe	Red de pisos protegidos	9
Siervas de Jesús	Residencia Beata María Josefa	13
<b>TOTAL(*)</b>		<b>46</b>

(\*) Tenemos constancia de otro recurso residencial pero se carece del dato de plazas y ocupación.

## ACCESO A REDES SOCIALES COMPLEMENTARIAS

---

#### ◆ Facilitar el proceso de cambio a través de programas que permitan alcanzar el desarrollo de sus habilidades sociales, culturales y educativas

Esta intervención está estrechamente relacionada con determinados centros de tratamiento que no cesan la intervención en la asistencia sino que una vez concluido el periodo terapéutico siguen prestando un apoyo para la inserción, en el cual el o la paciente es apoyado/a y orientado/a hacia recursos que le ayude a modificar las antiguas pautas de comportamiento. Son intervenciones específicas de drogodependientes y se orientan hacia la inserción ocupacional (formación y empleo) y social (recursos de ocio y tiempo libre).

Entidades con estos recursos son:

- Fundación Izan, Proyecto Hombre de Gipuzkoa, con recursos residenciales.
- AGIPAD, Gipuzkoa.
- Fundación Gizakia, Proyecto Hombre de Bizkaia, con recursos residenciales.
- Fundación Etorkintza de Bizkaia.
- Fundación Jeiki, Proyecto Hombre Araba, con recursos residenciales.

A estas intervenciones habría que sumar las de:

- Iniciativa Gitana en Gipuzkoa, que no es específica para drogodependientes pero que entre su colectivo usuario atiende a un 3% de drogodependientes.
- Gao-Lacho-Drom, que también interviene con toxicómanos/as del pueblo gitano en Vitoria-Alava a través de intervenciones psicoterapéuticas individuales, grupales y familiares.

#### ◆ Centros de Día de alta exigencia como puntales para la incorporación social

Los centros de día de alta exigencia están pensados para personas usuarias con un mayor grado de compromiso con su propio proceso de inserción. En estos programas se plantea la existencia de un horario a cumplir y una normas mínimas exigibles.

La carta de actuaciones que se ofrece desde estos centros de día es bastante amplia e incluye la atención a necesidades básicas sanitarias, de alimento y limpieza, las de formación ocupacional y laboral, los grupos de apoyo y el apoyo socioeducativo.

Tabla II.27.- Centros de día de alta exigencia.

Entidad	Programa	Nº de inicios y reinicios
Goiztiri	Centro de Incorporación social	265
Izangai	Centro de Incorporación social	183
Bizitegi	Taller Ocupacional	44
Bizitegi	Centro de día Rekalde	47
Zubietxe	Centro de día Hazkuntza	85
Adsis Bestalde	Alternativas a la exclusión para personas privadas de libertad	123
T4	Zure Enea	52
Gizakia	Centro de día	157
Gizakia	Centro de inserción	172
Cáritas Gipuzkoa	Aterpe	

TOTAL(*)		1.128
----------	--	-------

Se estima que en estos centros de día se atiende a cerca de 900 personas diferentes por año.

◆ **Programas de formación laboral, talleres ocupacionales y medidas de empleo protegido que favorezcan incorporación social**

En 2004 se abandonaron los últimos programas formativos específicos para personas drogodependientes que quedaban y éstos se incluyeron en otros más amplios dirigidos a personas en riesgo de exclusión, los cuales han dado cobertura a 288 personas.

Por el contrario, ha crecido la oferta formativa realizada por Ayuntamientos de cierta entidad (no solo capitales) y Diputaciones.

Muchas de estas ofertas formativas tienen una estrecha relación con los convenios de inserción, ya que, a menudo, la parte de las obligaciones que asume la persona en fase de inserción es, entre otras, la de asistir a proyectos formativos. Más de 6.000 personas hicieron uso de estos recursos en el 2004, pero no se conoce la proporción de personas drogodependientes o alcohólicas que utilizan dichos recursos.

En este grupo también se encuentran diversos proyectos orientados hacia la promoción laboral de personas en situación de exclusión social, los cuales incluyen convocatorias de programas de empleo, la colaboración con empresas de inserción, el asesoramiento para autoempleo, etc.. No son proyectos específicos para drogodependientes y tampoco se conoce el fragmento de drogodependientes que se benefician de ellos.

No obstante, se mantiene un proyecto creado a finales de los 80 de contratación de personas extoxicómanas por seis meses. Este programa ha ido perdiendo vigencia con el paso de los años.

**PROCESO DE INCORPORACIÓN SOCIAL Y ACCESO A REDES FORMALIZADAS A DROGODEPENDIENTES CON PROBLEMAS JUDICIALES Y PENITENCIARIOS**

◆ **Acciones dirigidas a las personas detenidas y a las personas sobre las que hay causas pendientes**

Una de las vías de intervención en este programa es el apoyo a las personas detenidas informando a la judicatura para que tome medidas conforme a las condiciones sociales del/la detenido/a. Este proyecto se denomina “Programa de Atención y Orientación Social al Detenido” (SAOS), y responde a una iniciativa del Departamento de Justicia Empleo y Seguridad Social. Es un servicio de apoyo tanto a órganos judiciales como a personas detenidas con causas judiciales pendientes y sirve de puente entre la Administración de Justicia y los diferentes Servicios Sociales.

Tabla II.28. -Programa de Atención y Orientación Social al detenido (SAOS).

Objetivos	Recursos
1.- Ampliar el nivel de información de los jueces con respecto a la situación socio-familiar de las personas encausadas y de los recursos sociales de la comunidad.	Se atienden 4 juzgados de guardia, con 4 equipos en los juzgados de:

2.- Canalizar las demandas que en este sentido puedan exponer jueces y encausados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitoria-Gasteiz</li> <li>• Donostia-SS</li> <li>• Bilbao</li> <li>• Barakaldo</li> </ul>
3.- Facilitar la comunicación entre los recursos comunitarios, los profesionales del Trabajo Social y la Admón. de Justicia.	

Según los datos recogidos, el nº de personas atendidas por el Servicio de Orientación al Detenido en el último lustro oscila entre los 2.206 y los 1.904 y casi un tercio de las personas (entre el 32 y el 33%), tienen problemas de toxicomanías o alcoholismo.

La segunda intervención se destina a estudiar y proponer la posibilidad de cumplimientos alternativos. El Servicio de Asistencia a la Ejecución Penal y a la Reinserción (SAER), es también una iniciativa de la Dirección de Derechos Humanos y Cooperación con la Justicia del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social.

**Tabla II.29. Servicio de asistencia a la ejecución penal y a la reinserción (SAER).**

Objetivos	Recursos
1.- Auxilio a los órganos judiciales de apoyo a la reinserción social de las personas sentenciadas para el cumplimiento efectivo de los fines propios de las penas la reeducación y reinserción social de los sentenciados 2.- Satisfacer las exigencias planteadas por la medida judicial, solucionando la situación legal en la que se encuentra la persona	3 dispositivos en los juzgados de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vitoria-Gasteiz</li> <li>• Donostia-SS</li> <li>• Bilbao</li> </ul>

El Servicio de Asistencia a la Ejecución Penal y a la Reinserción (SAER), viene interviniendo entre 1022 y 1329 personas en el último lustro, de los cuales entre el 70- 85% tienen problemas de alcoholismo o toxicomanías.

#### ✦ **Programas Preventivos y de Reducción de Riesgos y Daño en Centros Penitenciarios**

En esta línea de acción, el objetivo radicaría en implementar los mismos programas de reducción de riesgos y daños disponibles en la comunidad en el interior de las tres prisiones vascas, garantizando el acceso a los mismos a toda la población penitenciaria. En este contexto, las acciones a desarrollar serían:

1. Educación para la salud y formación de pares
2. Intercambio de jeringuillas y otros materiales para el consumo higiénico
3. Coordinación para la definición de planes de tratamiento e inserción

La Dirección de drogodependencias tiene un proyecto para cada una de las prisiones de la CAPV para el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y la inserción. Estos proyectos los

llevan a cabo, en cada una de las prisiones, tres entidades distintas que son las mismas que desarrollan los programas de tratamiento en prisión: Lur-Gizen en Nanclares, Edex en Basauri y AGIPAD en Martutene.

Unas 1.000 personas reclusas en las tres prisiones utilizan el Programa de Intercambio de Jeringuillas al año.

## 2.2.7.- ACCIONES DEL ÁREA DE APOYO

La Línea de apoyo está constituida por otros cinco programas:

1. Apoyo Consolidación Sistema Información Epidemiológica
2. Divulgación de la información
3. Formación de Profesionales
4. Mejora Planificación, diseño y gestión
5. Coordinación Institucional
6. Información y sensibilización a la población general (Programa no previsto en el V Plan)

### ♦ INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y APLICADA

El objetivo de esta línea es el de favorecer la investigación epidemiológica y aplicada, así como otras investigaciones que permitan conocer con mayor precisión el fenómeno de las drogodependencias.

**Tabla II.30. Instituciones responsables y entidades colaboradoras en el área de investigación**

Denominación del programa	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
Convenios de Colaboración	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Deusto de Drogodependencias (IDD) de la Universidad de Deusto	Convenio
Convenios de Colaboración	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Vasco de Criminología (IVAC)	Convenio
Ayudas a la Investigación	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Investigadores privados o equipos de investigación	Subvención
Ayudas a la Investigación	Dirección de Juventud/Departamento de Cultura	Gabinete de Prospección Sociológica/Lehendakaritza	Subvención
Análisis de las actuaciones policiales en relación con el tráfico de drogas	Departamento de Interior	Recursos propios	Recursos propios
Análisis estadístico de los consumos de drogas en el medio laboral	Osalan / Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social	Recursos propios	Recursos propios

Denominación del programa	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
Indicador Inicio de Tratamiento por drogodependencias	Dirección de Planificación y Ordenación sanitaria. Departamento de Sanidad	Recursos propios	Recursos propios
Elaboración del Indicador Urgencias por drogodependencias	Dirección de Planificación y Ordenación sanitaria. Departamento de Sanidad	Recursos propios	Recursos propios
Indicadores de tratamiento en drogodependencias y alcoholismo	Osakidetza. Salud Mental	Recursos propios	Recursos propios

Además de estos proyectos estables, dentro del V Plan se han desarrollado diversos estudios epidemiológicos de tres tipos: el de la población general que se realiza cada dos años, el de juventud, que no se realiza de forma periódica y, finalmente, los del ámbito escolar, que tampoco tienen una periodicidad definida.

**Tabla II.31.** Estudios epidemiológicos desarrollados en el periodo 2004-2007

Estudio sociológico sobre consumo de drogas en la población general de la CAV	- Informe Euskadi y Drogas: • 2004 • 2006
Estudio sobre consumos juveniles	- Informe Consumos Juveniles 2003 (SOC)
Estudio sobre consumos escolares	- Drogas y escuela VII

La Dirección de Drogodependencias ha mantenido una orden de ayudas a la investigación a través de la cual se han promovido de 7 a 12 investigaciones anuales.

#### ◆ SISTEMAS DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El objetivo de esta línea es el de consolidar y perfeccionar los sistemas de información, divulgación y difusión de investigaciones, dictámenes y otros informes propios del Observatorio Vasco de Drogodependencias (OVD) o de otras agencias, siempre dirigidos a los profesionales.

Esta línea-programa se cumplimenta a través de cinco grandes tipos de proyectos:

1. Proyecto: Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco.
2. Proyecto de Difusión de la información.
3. La edición y divulgación de los estadísticos periódicos y estables del Observatorio Vasco de Drogodependencias.
4. Publicación y difusión de estudios, investigaciones y otros materiales de la Dirección de Drogodependencias a través de la edición en las colecciones propias y el apoyo a la edición de otros.

5. Divulgación de otras investigaciones no publicadas a través de la página Web.

**Tabla II.32.** Instituciones responsables y entidades colaboradoras en el Sistema de Información Epidemiológica de las Drogodependencias

Denominación del programa	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	SIIS Centro de documentación y estudios	Convenio
Centro de Documentación de La Policía Autónoma	Departamento de Interior		
Publicaciones	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales		
Difusión de la información	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales Dpto. de Industria, Comercio y Turismo	SIIS Centro de documentación y estudios EDEX	Convenio

◆ FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS

El VI Plan establece como objetivos operativos la mejora de la capacitación de los y las profesionales de las drogodependencias en las distintas áreas de acción, para ello se mantienen una serie de proyectos formativos, a veces propios y a veces conveniados, con otras entidades. Los proyectos y las entidades implicadas y colaboradoras en la formación continuada en materia de drogodependencias aparecen en la Tabla 31, relacionados en función del tipo de actividad que desarrollan.

**Tabla II.33.-** Instituciones responsables y entidades colaboradoras en la Formación en Drogodependencias.

Denominación del proyecto	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
Oferta de cursos de profundización en drogodependencias	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Deusto de Drogodependencias	Convenio
Avances a través de seminarios y workshop	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Vasco de Criminología Instituto Deusto de Drogodependencias	Convenio
Formación continua y reciclaje dirigido a profesionales sanitarios	- Departamento de Sanidad Osakidetza - OSALAN / Servicio Vasco de Salud Laboral		Recursos técnicos propios
Formación de	Departamento de Interior.		Recursos técnicos



agentes de la Ertzaintza	Academia de la Ertzaintza		propios
Jornadas y Symposium	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Diversas	
Otros actividades	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Diversas	

◆ ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, FORMULACIÓN, GESTIÓN Y EVALUACIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS

Entre los objetivos de esta línea destaca la mejora de las intervenciones, el desarrollo de los instrumentos de evaluación adecuados para cada área y línea del Plan y el trabajo de asesoramiento y difusión de la metodología y los protocolos de recogida de indicadores básicos entre profesionales.

Otro aspecto a destacar dentro de la tercera línea del área de Apoyo es el que se refiere a la elaboración de planes locales de drogodependencias.

Tabla II.34.A.- Instituciones responsables y entidades colaboradoras en las estrategias de mejora (evaluación y desarrollo de planes locales).

Denominación del programa	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
<b>Diseño y desarrollo de un sistema estable de seguimiento de los indicadores de evaluación y asesoramiento a los y las profesionales sobre su uso</b>	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Deusto de Drogodependencias	Recursos técnicos propios
<b>Realización de las evaluaciones anuales 2003 del IV Plan y 2004 /2007 del V Plan de Drogodependencias 2004-2008</b>	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	Instituto Deusto de Drogodependencias	Convenio y Recursos Técnicos de la Dirección de Drogodependencias
<b>Desarrollo de Planes Locales de Drogodependencias</b>	Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales Ayuntamientos y Mancomunidades		

Tabla II.34.B Acciones desarrolladas en los distintos programas y alcance de las mismas.

Denominación programa	Acciones	Indicadores de la actividad
Diseño y desarrollo de un sistema estable de seguimiento de los indicadores de evaluación y asesoramiento a los y las profesionales sobre su uso	1 - Elaboración de protocolos de diseño de los proyectos	- Protocolo de diseño de proyecto
	2 - Diseño de protocolos de recogida de indicadores para el seguimiento de las actuaciones	- Protocolo de recogida de indicadores de : - Prevención Universal y Selectiva - Prevención Determinada-Inserción - Prevención Indicada
	3 - Asesoramiento a profesionales de las distintas áreas	- Reuniones de coordinación y contraste de los instrumentos con los y las técnicas de Prevención de Drogodependencias de los ayuntamientos y mancomunidades - Reuniones con las ONGs
Realización de las evaluaciones anuales 2003 del IV Plan y 2004 /2007 del V Plan de Drogodependencias 2004-2008	1 - Recogida de información de las acciones desarrolladas	- Trabajo de campo mediante cuestionario
	2 - Informe de evaluación	- Informe anual de evaluación del V Plan Trienal de Drogodependencias 2004-2008
Desarrollo de Planes Locales de Drogodependencias	1 - Elaboración de planes locales por parte de ayuntamientos y mancomunidades en cumplimiento de la Ley 18/98	- La elaboración y aprobación del Plan Local de drogodependencias es condición para solicitar la subvención para la constitución de equipos municipales de prevención
	2 - Concesión de ayudas para el mantenimiento de equipos técnicos de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias	- Se ha conveniado el mantenimiento de 40 equipos municipales

◆ COORDINACIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS

El objetivo es potenciar los procesos de reflexión, participación, cooperación y coordinación entre las instituciones, públicas y/o privadas implicadas en la atención a las drogodependencias en el País Vasco. Hay que pensar que nos encontramos con un fenómeno complejo que requiere la intervención de diversos agentes sociales, sanitarios, comunitarios, educativos, etc., por lo que la coordinación es un componente fundamental.

Tabla II.35.- Instituciones responsables y entidades colaboradoras.

Denominación del programa	Institución responsable	Entidad colaboradora	Procedimiento gestión
Seguimiento e impulso del V Plan de Drogodependencias	– Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	– Departamentos del Gobierno Vasco – Diputaciones Forales – Ayuntamientos y Mancomunidades – ONGs	Recursos técnicos propios
Impulso de las estructuras de coordinación en drogodependencias de la CAPV	– Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales – Departamento de Educación – Departamento de Sanidad – Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social	– Departamentos del Gobierno Vasco – Diputaciones Forales – Ayuntamientos de capitales – Colegios profesionales – ONGs	Recursos técnicos propios
Impulso de las comisiones de técnicos y técnicas municipales de drogodependencias	– Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	– Técnicos y técnicas municipales de drogodependencias	Recursos técnicos propios
Programa de apoyo a entidades, instituciones o personas en actividades de Educación para la Salud. Programa inespecífico de apoyo a la elaboración de proyectos en EpS.	– Departamento de Sanidad. Dirección de Salud Pública		Recursos técnicos propios
Apoyo a asociaciones	– Todas las Instituciones públicas implicadas en el Plan	– Asociaciones	Convenios y subvenciones
Desarrollo del espacio Socio-Sanitario	– Departamento de Sanidad. Dirección de Salud Pública y Osakidetza – Servicios Sociales de G.V., Diputaciones y Grandes ayuntamientos	– Otras Entidades sociales prestadoras de servicios en el ámbito asistencial y de inserción.	Recursos técnicos propios
Coordinación supra-autonómica	– Dirección de Drogodependencias. Dpto. de Vivienda y Asuntos Sociales	– Plan Nacional sobre Drogas – Observatorio europeo de las drogas y las Toxicomanías – Comunidades Autónomas	Recursos técnicos propios

**Tabla II.36.-** Acciones desarrolladas en los distintos programas y alcance de las mismas.

Denominación proyecto	Acciones
<b>Diseño, elaboración, aprobación seguimiento e impulso del V Plan de Drogodependencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación de las actuaciones de las distintas Instituciones intervinientes</li> <li>2. Evaluación y seguimiento de las intervenciones</li> </ol>
<b>Impulso de las estructuras de coordinación en drogodependencias de la CAPV y comisiones mixtas</b>	1.-Convocatoria y dinamización de las comisiones técnicas: Asistencial, inserción, jurídico-penitenciaria y prevención del Consejo Asesor de Drogodependencias.
	4. Comisión Mixta de Educación para la Salud (Departamento de Educación, Universidades e Investigación, Departamento de Sanidad, Dirección de Drogodependencias)
	5. Comisión Mixta Justicia, Sanidad y drogas
	6. Comisión de acreditación de tratamiento con opiáceos
<b>Impulso de las comisiones de técnicos y técnicas municipales de drogodependencias</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación del trabajo de prevención con los profesionales locales para el impulso de las intervenciones</li> </ol>
<b>Programa de apoyo a entidades, instituciones o personas en actividades de Educación para la Salud. Programa inespecífico de apoyo a la elaboración de proyectos en EpS.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Asesoramiento sobre actividades en Educación para la salud (EpS) a entidades a través de las Unidades de Educación para la Salud de los tres Territorios Históricos (TTHH)</li> </ol>
<b>Apoyo a asociaciones</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Apoyo y asesoramiento a asociaciones y grupos que trabajan en el ámbito de las drogodependencias</li> </ol>
<b>Desarrollo del espacio Socio-Sanitario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Foro institucional de encuentro en el que participan responsables, técnicos y expertos en el que pretende ajustar el espacio socio-sanitario. En el mencionado espacio está representados los Dptos. de Sanidad y Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco; los Departamentos de Bienestar Social y/o Acción Social de las Diputaciones así como los de los Ayuntamientos de las tres capitales y otros representantes locales</li> </ol>
<b>Coordinación supra-autonómica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas, las CCAA, el Observatorio europeo de la Droga y las Toxicomanías y otras instancias supra-autonómicas</li> </ol>

#### ◆ INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN GENERAL

No se diseñó ni se planteó, una línea en el V Plan en este sentido, aunque en algunas áreas se ha mencionado la necesidad de informar y sensibilizar a la población, como es el caso del área de Control de la Oferta o la de Prevención Universal, donde se hace referencia a

campañas de información general sobre la población. Sin embargo se han realizado una serie de campañas de sensibilización y presencia en los medios públicos.

### **2.2.8.- RECURSOS ESPECÍFICOS FRENTE A LAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA (LUDOPATÍAS Y OTRAS)**

En el caso de las adicciones sin sustancia y fundamentalmente de las ludopatías, su intervención no estaba contemplada en el V Plan por lo que no hay un estudio exhaustivo. Sin embargo, hay tres líneas de intervención que han contado con recursos específicos:

#### **♦ LA REGULACIÓN DEL JUEGO DE AZAR LEGAL**

Los juegos de azar son una actividad legal como puede ser el consumo de alcohol, pero sin embargo, al igual que éste está reglamentado por los riesgos que puede conllevar una utilización inadecuada.

El GV. A través del Dpto. de Interior mantiene una Dirección de Juegos y Espectáculos, que tiene como misión regular la actividad del juego ejerciendo su actividad reguladora sobre las siguientes variedades:

- 1.- Las maquinas recreativas con premios en metálicos de Clase A, que están a disposición de los clientes de los locales de hotelería.
- 2.- Las maquinas recreativas con premios en metálicos de Clase B, que están limitadas a salones de juego, a locales de Bingo y a Casinos
- 3.- Los salones de juego
- 4.- Las salas de Bingo
- 5.- Los casinos

Esta dirección cuenta con una brigada de la Ertzaintza, especializada en el tema que desarrolla las funciones de control de la normativa, inspección y denuncia en caso de infracción.

#### **♦ LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIONES SIN SUSTANCIA**

Una parte de las personas que muestran patologías asociadas a las adicciones sin sustancia son atendidas a través de la red de centros de salud mental, sin que haya una especialización en dicha materia.

Al margen de esta red existen tres asociaciones, que desarrollan labores de información, orientación, apoyo y tratamiento, ya que en algún caso cuentan con personal liberado para estas tareas. Cada asociación está ubicada en cada uno de los territorios históricos y han estado promovidas por personas afectadas por la adicción al juego o por sus familiares.

Estas entidades son las que han proporcionado los datos de personas asistidas durante el 2007 y que se estima en 785 personas.

La supervivencia de estas entidades, es precaria para prestar los servicios que pretenden y depende de ayudas diversas de distintas entidades públicas con responsabilidades en el bienestar social y de algunos organismos privados (cajas de ahorro).

◆ DESARROLLO DE ACTIVIDADES INFORMATIVAS

En los últimos años se ha establecido un canal de colaboración entre las ONGs y la Dirección de Juegos y Espectáculos, que ha dado lugar a una serie de actividades informativas y de sensibilización a la comunidad sobre los riesgos de la falta de control en el juego y juego problemático

## **CAPITULO 3.- MARCO POLITICO O FILOSOFÍA DEL VI PLAN**

---

### **3.1.- LINEAS POLÍTICAS DE ACTUACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS:**

- 1.- Modificación de la Ley 18/98 sobre “Prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias de la CAPV”, ocasionada por la Ley en materia de tabaco.
- 2.- Nueva Ley sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias.
- 3.- Ley 12/2008 de 5 de diciembre de Servicios Sociales:
  - Sistema Vasco de Servicios Sociales
  - Catálogo de prestaciones y servicios
  - Configuración de espacios de cooperación y coordinación entre sistemas: Sociosanitario, sociolaboral, sociohabitacional, socioeducativo, sociojudicial, sociocultural u otros.
- 4.- Incorporación al VI Plan de drogodependencias de las adicciones sin sustancia, la dispensación de heroína y el cannabis terapéutico.
- 5.- Estrategia en Salud Mental de la CAPV.
- 6.- Ley de Salud Pública (en fase de elaboración).
- 7.- Ley Municipal (en fase de elaboración).
- 8.- V. Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
- 9.- III. Gazte Plana.
- 10.- III. Plan Interinstitucional de familias.
- 11.- I. Plan de actuación del Gobierno contra la Violencia de Género.
- 12.- Plan estratégico de OSALAN.
- 13.- Plan de Salud.
- 14.- Plan de Inmigración.

### **3.2.- MARCO LEGAL DEL PLAN**

La aprobación de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales representa un avance fundamental en el proceso de universalización de los servicios sociales y de ordenación del ámbito de la intervención social en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en la medida en que el modelo de referencia es aquel en el que cada nivel institucional tiene sus propias responsabilidades e iniciativas, la financiación suficiente para llevarlas adelante y, como no podía ser de otra manera, su correspondiente autonomía para determinar sus estructuras, figuras profesionales y actividades.

Desde esta perspectiva, las políticas transversales, como es la drogodependencia se deben de apoyar en todos los ámbitos verticales que constituyen los pilares del bienestar (servicios sociales, sanidad, educación, empleo...).



Entendemos que las políticas y perspectivas transversales tienen como misión principal influir en las políticas y ámbitos verticales, velando para que dichas políticas verticales sean sensibles a las perspectivas y problemáticas transversales, con este fin -y en la medida de lo posible- las intervenciones transversales no deben sustituir a los ámbitos verticales, sólo subsidiariamente y con carácter provisional.

De igual modo, el VI Plan pretende contribuir a la necesaria clarificación del ejercicio por parte de la administración de aquello que se considera como responsabilidad pública y a su vez, a la identificación de las responsabilidades y la financiación de lo que le corresponde a cada una de las instituciones del entramado público y a una colaboración entre ellas, cada vez más, en pie de igualdad.

Estos planteamientos son también los que nos han alentado a la incorporación al VI Plan de la atención a las adicciones tanto en los distintos niveles de la intervención (control de la oferta, prevención, asistencia...), ampliando el tratamiento que se le venía dando, fundamentalmente de carácter administrativo, a través de la ley 4/1991 Reguladora del juego (conocida como Ley del Juego) y del Decreto 277/1996 de 26 de noviembre por el que se aprueba el Catálogo de juegos de Euskadi.

En esta misma dirección hay que considerar que, en el plazo de vigencia de este VI Plan, se prevé la aprobación de la Ley municipal, Ley que contribuirá a clarificar el ámbito competencial de los municipios y atribuirá a éstos la “Ordenación, planificación y gestión de los servicios sociales”.

Finalmente, hay que señalar en este punto el proyecto de elaboración de una nueva Ley de drogodependencias que bien podría denominarse **Ley Integral sobre Adicciones** y que permitirá articular los cambios y avances que se han sucedido desde la entrada en vigor de la Ley anterior la 18/1998 de 25 de junio, fundamentalmente en los siguientes aspectos, aspectos recogidos ya en el VI Plan de adicciones:

- Ley 12/2008 de 5 de diciembre de Servicios Sociales y su consiguiente Catálogo de prestaciones y servicios
- Las reformas habidas en materia de Tabaco.
- La incorporación al sistema de intervención las acciones encaminadas al control y a la reducción de las adicciones sin sustancias.
- Los avances técnicos en las estrategias de prevención, que invitan a separarla claramente de la estrategia de control de la oferta y que abunden en la importancia de una intervención equilibrada en los diversos niveles considerados actualmente por profesionales y comunidad científica (universal, selectiva, indicada y determinada).
- Los avances en las políticas en materia de Reducción de Riesgos y Reducción de Daños, así como en la prevención Determinada y en incorporación social e inclusión, una parte de las cuales conectan directamente con la Ley 12/2008 de Servicios Sociales.
- Mejorar la sincronía entre los Planes de la CAPV y las Estrategias Europeas y el Plan Nacional.

## **Competencias otorgadas a las administraciones públicas de la CAPV por la Ley 18/1998 de 25 de junio, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias**

### **Competencias generales**

Administraciones Públicas	Gobierno Vasco / Dirección de Drogodependencias	Comisión Interdepartamental de drogodependencias	Consejo Asesor de Drogodependencias	Diputaciones Forales	Ayuntamientos
<p>Art. 36.1 Ejercer las actuaciones públicas y desarrollo normativo a que hubiere lugar en aplicación de la Ley 18/1998 en materia de drogodependencias</p> <p>Art. 38 Prever los créditos destinados a la ejecución de las actividades contempladas en esta ley que sean de su competencia</p>	<p>Art. 36.2 Planificación y coordinación de las actuaciones reguladas en la presente ley</p> <p>Art. 37.1 Elaborar y remitir al Parlamento un Plan de Drogodependencias con carácter quinquenal</p> <p>Art. 39 Crear un órgano de apoyo (Comisión Inter-departamental de Drogodependencias) para asesorar al Gobierno en materia de drogodependencias</p> <p>Art. 41.1 Crear el Consejo Asesor de Drogodependencias como órgano superior de participación de los sectores sociales implicados en la lucha contra las drogodependencias</p>	<p>Art. 40.1 Coordinar las acciones del Gobierno Vasco en materia de drogodependencias</p> <p>Art. 40.2 Elaborar la propuesta del Plan de Drogodependencias</p>	<p>Art. 41.4</p> <p>a) Elaborar cuantos informes, estudios y propuestas estime convenientes</p> <p>b) Asesorar a las administraciones públicas vascas en las materias que le sean sometidas a su consideración</p> <p>c) Emitir informe preceptivo previo del Plan Trienal de Drogodependencias</p> <p>d) Analizar y opinar sobre los planes y normas que elaboren las administraciones públicas en materia de drogodependencias</p> <p>e) Elaborar un reglamento de organización y funcionamiento</p>	<p>Art. 36.3 Elaboración y desarrollo de actuaciones sobre prevención e inserción en materia de drogodependencias según prescripciones contenidas en el Plan de Drogodependencias</p> <p>Art.42 Establecer, junto con los Ayuntamientos, y en el ámbito de sus competencias, Consejos Forales y Locales de Drogodependencias con funciones análogas a las del Consejo Asesor de Drogodependencias</p>	<p>Art. 36.4 Elaboración y desarrollo del Plan Local de Drogodependencias de acuerdo a las prescripciones contenidas en el Plan de Drogodependencias</p> <p>Art.42 Establecer, junto con las Diputaciones, y en el ámbito de sus competencias, Consejos Forales y Locales de Drogodependencias con funciones análogas a las del Consejo Asesor de Drogodependencias</p>

## Competencias específicas: Prevención y Control de la Oferta

Ayuntamientos y Diputaciones	Administraciones Públicas	Gobierno Vasco / Dirección de Drogodependencias	Comisión Interdepartamental de Drogodependencias	Sanidad	Osalan	Educación, Universidades e Investigación	Servicios Sociales	Industria	Interior / Policía
<p>Art. 4.1 Elaboración de un Plan Local de Drogodependencias</p> <p>Art. 4.3 Colaboración con la Administración General de la Comunidad Autónoma en el desarrollo de actuaciones de prevención comunitaria de las drogodependencias</p>	<p>Art. 5.1 Promoción de estrategias de comunicación sobre el fenómeno de las drogodependencias</p> <p>Art. 5.2 Difusión de campañas institucionales sobre prevención de drogodependencias</p> <p>Art. 7 Determinación de programas de formación interdisciplinar de profesionales relacionados con las drogodependencias</p> <p>Art.8.2.Potenciar intervenciones preventivas para mejorar las condiciones de vida y superar los factores personales o familiares de marginación que inciden en el consumo de drogas</p>	<p>Art. 5.7 Promoción de</p> <p>a) Encuestas y estudios para conocer la incidencia, prevalencia y problemática de las drogodependencias</p> <p>b) Investigación estudio y formación en problemática social, sanitaria y económica relativa a las drogodependencias</p> <p>c) Evaluación de los programas de prevención, asistencia e inserción</p> <p>d) Mejora de los recursos documentales en materia de drogodependencias</p> <p>Art. 5.6 Mantenimiento de un Observatorio de Drogodependencias</p> <p>Art. 6.2 Incorporación de materias de educación para la salud y drogodependencias en los programas universitarios</p> <p>Art.8.2 Potenciación de intervenciones preventivas y de mejora de factores de marginación que inciden en el consumo de drogas</p>	<p>Art. 5.2 Disposición de espacios de publicidad en los medios de comunicación para la difusión de campañas institucionales sobre prevención de drogodependencias</p> <p>Art. 19 Promoción de actuaciones que eviten la publicidad ilícita en materia de drogodependencias</p>	<p>Art. 5.3 Determinación, de la frecuencia asistencial, morbilidad y mortalidad por drogodependencia</p> <p>Art. 5.4 Facilitar asesoramiento y orientación a las personas usuarias y a profesionales sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias</p> <p>Art. 11.1 Control e inspección de estupefacientes, psicótropos y medicamentos así como de laboratorios y establecimientos en las fases de producción, distribución y dispensación</p> <p>Art. 12.1 Seguimiento de la utilización de medicamentos por parte de la población</p> <p>Art.12.2 Fomentar la educación social para la prevención del uso extraterapéutico de medicamentos</p> <p>Art. 12.3 Concretar planes tendentes al uso moderado de medicamentos y detectar consumos abusivos</p> <p>Art. 12.4 Consideración de factores diferenciales entre mujeres y hombres en el consumo de medicamentos y sus consecuencias</p>	<p>Art. 5.5 Realización de actividades informativas y formativas acerca de los efectos del consumo de drogas en el ámbito laboral</p> <p>Art. 9 Promoción de programas de prevención en el medio laboral</p> <p>Colaboración de las empresas en programas públicos de asistencia e inserción</p>	<p>Art. 6.1 Colaboración junto con la administración sanitaria en la promoción de la salud en el ámbito educativo</p> <p>Colaboración en el desarrollo de programas formativos previstos en la Ley de Salud Escolar</p> <p>Fomento de la participación de la comunidad educativa y sanitaria</p> <p>Coordinación conjunta de las actuaciones previstas en el marco de los Planes Locales de Drogodependencias</p>	<p>Art. 8 Potenciación de las actuaciones de los servicios sociales en torno a la prevención de las drogodependencias</p>	<p>Art. 24.1 Fomento del uso de etiquetas informativas de toxicidad y peligrosidad de los productos domésticos o industriales y sustancias volátiles definidas como drogas (Art. 2.1.d)</p> <p>Art. 24.2 Disuasión del empleo de éstos en forma peligrosa</p>	<p>Art. 10.1 Investigación de los delitos de tráfico ilícito de drogas</p> <p>Colaboración en acciones del ámbito de la prevención de la demanda y el consumo</p>

### Competencias específicas: Asistencia

Administración Sanitaria
<p><b>En asistencia y programas específicos:</b>                      Art. 29                      a) Desarrollar la asistencia precisa de las personas con drogodependencia.                      b) Promover la realización de programas encaminados a la disminución de riesgos.                      c) Desarrollar programas específicos dirigidos a la población drogodependiente de alta cronicidad y máximo riesgo.</p> <p><b>En población reclusa drogodependiente:</b>                      Art. 32.1 Formular programas de atención integral.                      Art. 32.2 Disponer de medios materiales para que esta población pueda realizar el tratamiento en los centros penitenciarios.</p>

### Competencias específicas: Inserción

Administraciones Públicas	Gobierno Vasco/ Justicia	Servicios Sociales de Diputaciones Ayuntamientos y Gobierno Vasco	Interior/ Policía
Art. 33.4 Evaluar y adecuar los recursos destinados a la inserción.	Persona detenida e infractora drogodependiente: Art. 34.1 Mantener un servicio de asistencia y orientación social (SAOS) a la persona detenida.	Art. 33.1. Cobertura de necesidades sociales. Art. 33.2 prevención de la marginación, integración social, integración laboral. Art. 33.3 Influencia en la percepción social	Art. 34.2 Colaborar con los Servicios de Orientación Social al detenido (SAOS)

### 3.3.- PRINCIPIOS RECTORES O LOS VALORES DEL VI PLAN

En esta nueva etapa estratégica, los principios o valores de la Dirección de drogodependencias, conforme a lo establecido en la Ley 18/1998, sobre “prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias de la CAPV” y en la Ley 12/2008, de Servicios Sociales” se fundamentan en:

a) Corresponsabilidad.

La intervención en adicciones concierne a todos los poderes públicos, cada uno de los cuales, en su ámbito de competencia, ha de ser corresponsable de actuar en este campo. Dicha corresponsabilidad se efectuará mediante la adscripción por los poderes públicos de recursos financieros, humanos y materiales adecuados a la consecución de los objetivos propuestos.

b) Sostenibilidad.

Los recursos, servicios, programas y proyectos puestos en marcha deben de equilibrar la eficacia de sus resultados con su coste, haciéndolos así eficientes permitiendo que sean sostenibles.

c) Solidaridad.

La solidaridad se propiciará mediante la justa distribución de los recursos tanto entre las personas y los grupos sociales como entre los distintos ámbitos territoriales.

d) Responsabilidad Pública.

Los poderes públicos garantizarán la disponibilidad y el acceso a las prestaciones y servicios

e) Universalidad.

Los poderes públicos garantizarán el derecho a las prestaciones y servicios a todas las personas, en función de sus necesidades y sin distinción de ningún tipo.

f) Igualdad y equidad.

Las administraciones públicas vascas deberán garantizar, como mínimo, la cobertura de prestaciones y servicios, al objeto de asegurar una distribución homogénea de los recursos en el conjunto del territorio autonómico. Asimismo, garantizarán el acceso a dichas prestaciones y servicios con arreglo a criterios de equidad.

g) Proximidad.

Las prestaciones y servicios, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización.

h) Prevención, integración y normalización.

La intervención en drogodependencias se aplicará al análisis y a la prevención de las causas estructurales que originan la exclusión, procurando la integración de las personas en los ámbitos normalizados de relación.

i) Atención personalizada e integral y continuidad de la atención.

Las actuaciones en materia de drogodependencias se abordarán desde una visión comprensiva del conjunto de problemas asociados al fenómeno social de las drogas. Tanto las actuaciones específicas como inespecíficas, tendrán en cuenta todos los factores referidos a las sustancias, a la persona y al contexto de consumo y deberán garantizar la continuidad e integridad de la atención, aún cuando implique a distintas administraciones o sistemas.

j) Carácter interdisciplinar de las intervenciones.

Para intervenir eficazmente en las adicciones es preciso trabajar en red y que los centros, servicios y programas, que formen parte de la misma, compartan unos objetivos y un estilo de trabajo común basado en la coordinación y en el desempeño de unas funciones específicas y complementarias.

k) Coordinación y cooperación.

El fenómeno de las adicciones es complejo, multifactorial y mutante y requiere la mejora de la necesaria coordinación y cooperación de todas las políticas públicas, así como de las distintas instituciones implicadas entre sí.

l) Promoción de la iniciativa social.

Los poderes públicos promoverán la participación de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ámbito de las adicciones.

m) Participación ciudadana.

El establecimiento de los cauces de participación ciudadana suficientes para permitir contar con las distintas representaciones sociales del fenómeno, se antojan imprescindibles en la búsqueda de soluciones de las adicciones

n) Calidad.

Debe ofertarse, a cualquier persona que tenga una adicción, una atención gratuita, accesible, equitativa, igualitaria, universal y de calidad, sin que se haga distinción, evitando así toda práctica discriminatoria.

o) Integración de la perspectiva de género.

Se abogará por la efectiva incorporación de la perspectiva de género tomando en consideración las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

p) Integración de la multiculturalidad.

Se ha de tener en cuenta la coexistencia de culturas diversas, adaptando actuaciones que respeten la diversidad y armonicen la convivencia entre las diversas culturas.

q) Aproximación a la vulnerabilidad.

La intervención atenderá con mayor dedicación aquellos grupos de personas y a personas concretas en las que concurran mayores y más poderosos factores de riesgo, colocándoles en una situación de mayor vulnerabilidad de lo que es normal en la comunidad.

### **3.4.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN**

1.- Implicar activamente a toda la ciudadanía en el abordaje del fenómeno de uso de drogas y el juego, concretando los objetivos, acciones y agentes implicados en las redes y estructuras participativas de trabajo en cada ámbito y nivel territorial, para que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.

2.- Contemplar la transversalidad y la conexión del VI Plan con otros planes de carácter general o sectorial y coordinar las actividades que se promuevan y realicen desde las diferentes Administraciones y Organizaciones.

3.- Ofrecer una respuesta asistencial a las necesidades de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por una drogodependencia o una ludopatía, garantizando la situación de equidad respecto a otras enfermedades.

4.- Reducir la oferta y la demanda.

5.- Reducir el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada y que tienen adicciones sin sustancia en la Comunidad Autónoma del País Vasco así como retrasar la edad de inicio en las actividades que pueden generar una adicción.

6.- Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma habitual y que practican comportamientos susceptibles de crear dependencia (juego...), en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

7.- Mejorar la atención de patologías duales.

8.- Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias y ludopatías.

9.- Mejorar el actual sistema de tratamiento en las adicciones sin sustancia en general y de las ludopatías en concreto.

10.- Impulsar la investigación aplicada para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en materia de drogodependencias y ludopatías.

11.- Mejorar y asegurar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

12.- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, estableciendo para ello indicadores de calidad, eficiencia y eficacia.

13.- Analizar bajo la evidencia científica nuevos tratamientos.

14.- Avanzar y profundizar en perspectiva de género en las intervenciones promovidas por el VI Plan.

15.- Promover y desarrollar expresamente la prevención dirigida a grupos y personas vulnerables, que se conoce con los términos de prevención selectiva e indicada.

### 3.5.- LA MISION DEL VI PLAN

Siguiendo el dictado de la Ley 18/1998 Sobre Prevención, Asistencia e Inserción en Materia de Drogodependencias y de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales los principios rectores y los objetivos estratégicos enunciados; el VI Plan propone como misión:

#### **Ampliar el enfoque para abordar el fenómeno de las adicciones**

- Desarrollando la promoción de estilos de vida y valores saludables y pro-sociales.
- Promoviendo el expreso desarrollo de las intervenciones de prevención con las personas y grupos vulnerables (prevención selectiva e Indicada).
- Avanzando en las intervenciones hacia las personas altamente vulnerables y en situación de exclusión social (prevención determinada)
- Extendiendo las posibilidades de incorporación social a personas usuarias de drogas.
- Complementando los tratamientos actuales con otros nuevos, abriendo la posibilidad a otros procedimientos terapéuticos con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad.

### 3.6.- LOS ESPACIOS Y COLECTIVOS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA

<b>ESPACIOS Y COLECTIVOS DE INTERVENCIÓN PRIORITARIA</b>	
ESPACIOS DE INTERVENCIÓN	COLECTIVOS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familia</li> <li>• Centros de enseñanza reglados ( infantil, primaria , ESO y ESPO) y no reglada ( PCPI, EPA, aprendizaje a lo largo de la vida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niños y niñas, adolescentes y jóvenes.</li> <li>• Consumidores y consumidoras con usos habituales y problemáticos.</li> <li>• Colectivos y personas vulnerables</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención Sanitaria</li> <li>• Espacios lúdicos y de ocio</li> <li>• Recursos de atención a menores y jóvenes en riesgo de exclusión</li> <li>• Prisiones</li> <li>• Centros de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas en alta exclusión.</li> <li>• Personas con actividades delictivas</li> <li>• Trabajadores/as en activo</li> </ul>
--	---

### 3.7.- LAS ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL VI PLAN

ESTRATEGIAS DIRECTAS DEL VI PLAN
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Control de la oferta.</b> Medidas orientadas a disminuir la presencia y las oferta de droga y juego, ajustándolas a la legalidad vigente.</li> <li>➤ <b>Promoción de valores saludables y societarios.</b> Iniciativas destinadas a impulsar valores que disminuyan los riesgos y los comportamientos de riesgo en grupos y personas en los que no recaen situaciones sociales objetivas de vulnerabilidad.</li> <li>➤ <b>Prevención Universal.</b> Programas o acciones dirigidos a la población general o a grupos amplios de personas que no están identificadas en base a ningún factor de riesgo.</li> <li>➤ <b>Prevención Selectiva.</b> Conjunto de acciones dirigidas a grupos de población concretos que, según datos objetivos (aportados por la epidemiología u otro tipo de técnica de investigación) se halla sometido a factores de riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas o el juego, independientemente de que sean o no sean usuarios de drogas o que practiquen otra actividad capaz de crear adicción.</li> <li>➤ <b>Prevención Indicada.</b> Intervenciones conducidas a personas de alto riesgo ya que muestran consumos de drogas y otros problemas de comportamiento (entre los que puede estar el juego problemático) y cuyo objetivo no es sólo la reducción del consumo de drogas y del juego, sino también la reducción de los problemas asociados, así como el retraso del establecimiento de dichas conductas.</li> <li>➤ <b>Prevención Determinada.</b> Incluye todas las acciones ejecutadas desde servicios o recursos de prevención, asistencia o inserción destinadas a personas con problemas de drogodependencia, con el fin de mejorar sus condiciones básicas de vida y reducir los riesgos para la salud y seguridad personal derivados del uso continuado de sustancias.</li> <li>➤ <b>Asistencia terapéutica.</b> Constituida por toda la actividad desplegada hacia las personas con una adicción a una sustancia o al juego y orientada a la rehabilitación y/o mejora de sus condiciones de salud y de vida.</li> <li>➤ <b>Inclusión e incorporación social.</b> Intervenciones destinadas a integración social y dirigidas a las personas que han tenido un problema adictivo o que lo tienen actualmente pero que son susceptibles de llevar una vida normalizada.</li> <li>➤ <b>Apoyo.</b> Todo la tarea destinada a mejorar y sustentar la intervención de las entidades públicas, de iniciativa social, de profesionales y de voluntarios a través de la investigación, la difusión de los avances, la formación, la coordinación y la planificación y evaluación de las intervenciones.</li> </ul>

**ESTRATEGIAS TRASVERSALES DEL VI PLAN**

- **Reducción de riesgos y daños.** Acciones orientadas a que los consumos se hagan de forma que perjudiquen lo menos posible. Esta es una estrategia transversal utilizable en todas las intervenciones pero en general la reducción de riesgos tendría especial cabida en las intervenciones preventivas anteriores a la adicción, mientras que la reducción de daños se orienta más hacia las personas con adicciones dentro de las estrategias asistenciales, de prevención determinada e inclusión e incorporación social.
- **La perspectiva de género.** A pesar de que la prevalencia de problemas asociados a las drogas y al juego es mayor entre los varones y de que una buena parte de los elementos desencadenantes son comunes, en las mujeres concurren una serie de características diferenciadoras tanto en los factores de riesgo como en las consecuencias que no siempre son atendidas adecuadamente, lo que nos estimula a incorporar la perspectiva de género como una línea transversal de toda la intervención.
- **La inmigración**
- **La planificación en la intervención.** Promover que todas las intervenciones se realicen de forma planificada, que tengan encaje en las líneas prioritarias del VI Plan, que tengan cabida en los programas de dichas líneas y que estén diseñadas conforme a criterios formales, de manera que puedan ser evaluadas y revisadas para introducir mejoras.
- **La evaluación.** Promover la evaluación en todas las intervenciones como instrumento necesario para una gestión eficaz, teniendo en cuenta que para llevarla a cabo la evaluación debe de formar parte del propio proceso de planificación y diseño y no ser un añadido posterior.

**3.8.- CONEXIÓN DEL VI PLAN CON OTROS PLANES DE LA ADMINISTRACIÓN VASCA Y CON LAS ESTRATEGIAS EUROPEAS Y LA ESTRATEGIA NACIONAL.**

En lo que respecta a la conexión de este VI Plan con otras intervenciones distinguimos dos grandes niveles, el de coordinación con otros planes de la CAPV y el del enlace con la *estrategia de la Unión Europea en materia de lucha contra las drogas* (2005-2012), y con *La Estrategia Nacional sobre drogas* (2009-2016) y su correspondiente *Plan de Acción sobre las drogas* (2009-2012).

**A) Conexiones del VI Plan con otros planes de la CAPV**

- 1.- Incorporación al VI Plan de Adicciones, las adicciones sin sustancia, la dispensación de heroína y el cannabis terapéutico.
- 2.- Estrategia en Salud Mental de la CAPV.
- 3.- Ley de Salud Pública (en fase de elaboración).
- 4.- Ley Municipal (en fase de elaboración).
- 5.- V. Plan para la Igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE.
- 6.- III. Gazte Plana.
- 7.- III. Plan Interinstitucional de familias.

- 8.- I. Plan de actuación del Gobierno contra la Violencia de Género.
- 9.- Plan estratégico de OSALAN.
- 10.- Plan de Salud.
- 11.- Plan de Inmigración.

## **B) Conexiones del VI Plan con las estrategias de la Unión europea y de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.**

La perspectiva de las tres instituciones: La Unión Europea, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y los tres niveles institucionales que tienen responsabilidades en la ejecución del VI Plan de Adicciones de la C.A. P.V. (GV, Diputaciones y Ayuntamientos) es, evidentemente, muy diferente ya que en el entramado institucional de la C.A.P.V. hay más capacidad de incidir sobre la población a través de intervenciones directas y concretas, mientras que a más lejanía hay mayor amplitud y menor incidencia en medidas específicas y su influencia se orienta hacia la coordinación y el impulso de las políticas generales. Sólo una línea de intervención se escapa a esta realidad y es una parte de la estrategia de control de la oferta, la que se refiere a la lucha contra el tráfico, sobre todo la que se centra en la persecución del crimen organizado vinculado al tráfico de drogas a media o gran escala y al blanqueo de dinero, procedente de estas actividades.

Para explicar la relación entre **La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas** (2005-2012), **La Estrategia Nacional sobre drogas** (2009-2016) y su correspondiente **Plan de Acción sobre las drogas** (2009-2012) y el VI Plan de Adicciones de la CAPV, recurrimos a tres niveles el diagnóstico, el marco político o la filosofía y las acciones.

### a) EL DIAGNÓSTICO

En lo que respecta al diagnóstico, el documento europeo es muy genérico, y no podría ser de otro modo, ya que tiene que referirse a lo que está ocurriendo en los 25 países de la Unión y los problemas derivados del uso de drogas no ocurren de modo homogéneo, sin embargo apunta lo siguiente:

*..., han surgido nuevos problemas en algunas áreas y aún no se poseen datos que sugieran una caída significativa del consumo de drogas. No obstante, la incidencia de los daños para la salud relacionados con el consumo de drogas y el número de muertes relacionadas con la droga se ha estabilizado e incluso está en declive.*

Las aportaciones del documento del Plan Nacional sobre Drogas son mucho más concretas y coinciden con esta apreciación y lo mismo podemos decir de los datos incorporados al VI Plan de la CAPV, hay un soporte más sólido, ya que se cuenta con investigaciones periódicas propias y con sistemas de evaluación de los recursos desde hace más de veinte años. En ambos casos (Estrategia Nacional y VI Plan) se apunta un leve descenso en los consumos de drogas ilegales aproximadamente en el último lustro, un claro descenso en el consumo por vía parenteral, un incremento de las demandas asistenciales por la cocaína y un descenso por la heroína de forma que esta última ha pasado a un segundo lugar y por último a una estabilización del consumo y los problemas derivados del uso de alcohol.

Ver ANEXO III-1 diagnóstico compartido por *La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas, La Estrategia Nacional sobre drogas* y el VI Plan de Adicciones de la CAPV

b) EL MARCO POLÍTICO, LA IDEOLOGÍA Y FILOSOFÍA DE LAS ESTRATEGIAS

En lo que respecta a los aspectos más ideológicos o lo que podríamos denominar como filosofía de las estrategias, hemos considerado tres aspectos: los valores y principios estratégicos, los objetivos estratégicos y los colectivos y ámbitos de intervención preferencial.

En cuanto a los valores y principios estratégicos las contribuciones europeas giran en torno a la necesidad de la aportación de los estados y en su coordinación, sin embargo, señalan algunos valores de la intervención que son los mismos valores fundadores de la Unión:

*“Respeto a la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad, el Estado de derecho y los derechos humanos.*

Y con ellos pretende:

*Proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas, proteger la salud pública, ofrecer un nivel elevado de seguridad para el público en general y seguir un planteamiento del problema de la droga equilibrado e integrado”*

Los valores del Plan Nacional que encuentran su correspondiente en el VI Plan son:

Plan Nacional	VI Plan
La participación social	Promoción de la iniciativa social / Participación ciudadana /Solidaridad / Aproximación a la vulnerabilidad
La intersectorialidad	Corresponsabilidad/ Carácter interdisciplinar de las intervenciones
La equidad	Igualdad y equidad./ Universalidad
El enfoque de género	Integración de la perspectiva de género

Ver ANEXO III-2 Filosofía compartida por *La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas, La Estrategia Nacional sobre drogas* y el VI Plan de Adicciones de la CAPV

En lo que respecta a los objetivos estratégicos, La U.E. plantea dos áreas de objetivos:

- Unos relativos a la protección de la salud, el bienestar y la cohesión social
- Otros relativos a la seguridad

Mientras, el Plan Nacional y el VI Plan concretan mucho más y nos encontramos con los siguientes objetivos coincidentes

Plan Nacional	VI Plan
• Promover una conciencia social	.- Implicar activamente a toda la ciudadanía.
• Aumentar las capacidades y habilidades	.- Promover y desarrollar expresamente la prevención

personales de resistencia	- Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias
• Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.	- Reducir el número de personas que empiezan a utilizar drogas - Reducir el número de personas que utilizan drogas
• Garantizar una asistencia de calidad	- Ofrecer una respuesta asistencial a los afectados por drogas. - Mejorar la atención de patologías duales. - Aumentar los tratamientos en las adicciones sin sustancia.
• Mejorar y ampliar la formación de los profesionales	- Mejorar y asegurar la formación de los profesionales
• Incrementar y mejorar la investigación	- Impulsar la investigación - Analizar bajo la evidencia científica nuevos tratamientos.
• Potenciar la evaluación	- Potenciar la evaluación sistemática

Ver ANEXO III-2 Filosofía compartida por La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas, La Estrategia Nacional sobre drogas y el VI Plan de Adicciones de la CAPV

En lo que respecta a los colectivos y los contextos de intervención preferente, el documento europeo no aborda el tema, sin embargo los otros dos textos sí y con grandes coincidencias:

- La familia
- Población infantil, adolescentes y jóvenes
- La población laboral / Trabajadores en activo / Centros de trabajo
- Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad.
- La comunidad educativa / Centros de enseñanza reglados ( infantil, primaria , ESO y ESPO) y no reglada (PCPI, EPA, aprendizaje a lo largo de la vida)
- Personas que se hallan internas en centros penitenciarios / Personas con actividades delictivas y prisiones
- Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma/ Recursos de atención a menores y jóvenes en riesgo de exclusión
- Industria del ocio y del entretenimiento / Espacios lúdicos y de ocio
- Sistemas educativo sanitario y social / Atención Sanitaria

Ver ANEXO III-2 Filosofía compartida por La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas, La Estrategia Nacional sobre drogas y el VI Plan de Adicciones de la CAPV

### c) LAS ACCIONES

Los tres documentos contemplan las cuatro estrategias básicas que se reconocen por los expertos para hacer frente a los problemas derivados del uso de drogas, que son:

- El control de la oferta, que consiste en las medidas limitativas ejercidas sobre las sustancias para evitar o dificultar su fácil acceso.

- La reducción de la demanda, en la que el centro de atención son las personas y que tiene como finalidad evitar o reducir que las personas consuman. Esta estrategia a su vez contiene otras principalmente, la prevención, la asistencia terapéutica, la inserción e inclusión y la reducción de riesgos y daños.
- La coordinación.
- La acción horizontal o de apoyo, generalmente orientado hacia los profesionales, que a su vez también contienen acciones de formación, investigación y divulgación del conocimiento.

La distribución de las diversas acciones en estas estrategias varía mucho entre los autores de las tres propuestas y así en la de la Unión Europea están muy desarrolladas las acciones relativas al control de la oferta y las de coordinación y muchas de ellas tienen que ver con ambas ya que se refieren a la coordinación policial dentro de la Unión y con otros países.

Mientras que en el Plan de Acción del Plan Nacional hay un mayor equilibrio entre las cuatro estrategias y en el VI Plan de la CAPV la parte más desarrollada es la que se refiere a la reducción de la demanda, seguida del apoyo a profesionales; se debe de entender por la limitada capacidad de las policías autonómica y locales frente a las policías estatales y a las estructuras policiales internacionales (Interpol y Europol) y porque la coordinación se dirige más hacia los recursos internos, que hacia las intervenciones nacionales y mucho menos internacionales.

Es importante tener en cuenta que en todas las estrategias se desarrollan acciones diversas y que las más importantes las encontramos en los tres documentos.

**Ver ANEXO III-3** Acciones compartidas por La estrategia Europea en materia de lucha contra las drogas, La Estrategia Nacional sobre drogas y el VI Plan de Adicciones de la CAPV

## **CAPITULO 4.- LINEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES**

---

#### 4.1.- CONTROL DE LA OFERTA

##### I.- LÍNEA DE CONTROL DE LA OFERTA

**META Reducir la oferta de drogas y de actividades capaces de generar adicciones (juegos de azar, etc.) a través de su regulación y controlar el tráfico ilegal de drogas, haciendo cumplir la normativa existente**

El control de la oferta es una de las grandes estrategias básicas para frenar el consumo de drogas y se define como el conjunto de medidas dirigidas orientadas a disminuir la presencia y la oferta de droga y juego, ajustándolas a la legalidad vigente.

Cuando se habla de conjunto de medidas es porque esta estrategia no sólo pretende controlar el tráfico de drogas ilegales con intervenciones sobre los traficantes, sino que también asume otro tipo de acciones de regulación sobre sustancias legales y los juegos de azar, como el control de la publicidad y el acceso a menores.

El control de la oferta debe de tener, además, un carácter pedagógico, ya que debe de ser entendido como un sistema de normas del que se dota la propia sociedad para evitar un uso indebido de drogas y, que implícitamente significan que la comunidad no aprueba dichas formas de uso.

#### PROGRAMA I. 1º.- CONTROL DE COMERCIO ILÍCITO DE DROGAS:

##### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

A pesar de las prohibiciones sobre el tráfico de una serie de sustancias éste se produce. El consumo que esto acarrea, además de ocasionar problemas de salud a los usuarios de drogas, origina una sensación de permisividad por su accesibilidad y visibilidad, que a su vez actúan como favorecedores del consumo.

Habría que reducir esa sensación de permisividad:

- Incrementando la vigilancia sobre determinados locales de “ambiente nocturno”, especialmente donde se produce el consumo de drogas ilegales y, a menudo, el comercio ilícito.
- Vigilando el consumo de cannabis en la calle, especialmente en los entornos de centros escolares de enseñanzas medias, entradas de conciertos y espectáculos deportivos... y en locales de hotelería y de otro tipo donde se tenga constancia de que se está produciendo.
- Abundando en la coordinación entre policías locales y Ertzaintza, afín de mejorar las intervenciones.

##### OBJETIVOS

**General:** Limitar el acceso a las drogas ilegales reduciendo la tolerancia frente a su consumo y otros efectos negativos derivados de la permisividad.

**Operativo de proceso:** aplicar un sistema de presión sobre los traficantes, bien sean pequeños medianos o grandes traficantes y sobre los usuarios.



## ACCIONES

### 1º.- Control policial del tráfico ilícito de drogas a mediana y gran escala

- Mantener y en su caso incrementar el dispositivo actual de investigación de la Ertzaintza.
- Avanzar en la colaboración con la Administración de Justicia para desmontar operaciones importantes de narcotráfico y blanqueo de dinero.
- Desarrollar operativos específicos destinados a desarticular las operaciones de narcotráfico y blanqueo de dinero
- Mantener colaboraciones con policías estatales y locales para el desarrollo de operaciones de cierta envergadura.

### 2º.- Reducción de la presencia de droga en la calle

- Mantener y en su caso incrementar la presencia policial con carácter disuasorio en zonas definidas como de consumo y pequeño tráfico (menudeo).
- Identificación y detención, si procede, de las personas que lleven a cabo actividades de menudeo o pequeña venta de sustancias a los/las usuarios/as
- Mantener colaboraciones con las policías locales para el desarrollo de actividades de este nivel

### 3º.- Reducción del consumo público

- Intervenciones sobre el art.25 de la LOPSC, en cuanto a la tenencia y consumo en lugares públicos, priorizando los concurridos por un público heterogéneo (presencia de menores, familias con niños y niñas...).
- Continuar informando debidamente a los representantes legales de los menores de la incoación de un expediente sancionador por infracción del artículo 25.1 de la LOPSC sobre el menor. Además, trabajar en el desarrollo de un procedimiento con los equipos de prevención comunitaria para que, en aplicación del art.25, se ofrezca a los menores participar en actividades preventivas en sustitución de las sanciones.
- Establecer colaboraciones con las policías locales para el desarrollo de actividades de este nivel.

## INDICADORES

### Acción 1 y 2

- Nº de personas detenidas y puestas a disposición de la justicia por delitos de tráfico / características de las personas.
- Nº de decomisos / cantidad decomisada por tipo de sustancia.

### Acción 3

- Nº de personas sancionadas por consumo público o tenencia/ características de las personas. Estudiar la posibilidad de facilitar el dato del tipo de lugar donde, la persona sancionada, ha cometido la infracción del artículo 25.1 de la LOPSC.
- Ayuntamientos con proyectos alternativos a la sanción de caracteres educativo / Nº de menores que han pasado por dichos proyectos / Tipo de droga consumida / características de las personas.

## PROGRAMA I. 2º.-REGULACIÓN Y CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN TORNO A LAS ACTIVIDADES CON DROGAS LEGALES:

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Se producen una serie de infracciones con respecto a la Ley vigente de drogodependencias y de otras normativas relativas a las sustancias que tienen regulado su tráfico y uso, las más habituales son:

- de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas, asociándolos a los deportes u otros espectáculos culturales, musicales, fiestas, etc.
- de acceso a las bebidas alcohólicas y al tabaco por parte de menores, adquiriéndolos en establecimientos legales minoristas.
- De conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.
- De utilización de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos sin seguimiento médico.

Estas infracciones son favorecedoras del consumo en general y de la utilización por menores en particular, asociándose también a usos problemáticos, por lo que habría que reducir dichas infracciones, para lo cual

- Las instituciones públicas, ayuntamientos y las policías locales deben de estar debidamente sensibilizados y atentos a estas infracciones.
- En las localidades pequeñas en las que no hay policía local la Ertzaintza debería de ocuparse de esas infracciones.
- Abundar en la coordinación entre policías locales y Ertzaintza para estos temas.

### OBJETIVOS

**General.** Limitar el acceso y el uso indebido de sustancias de comercio lícito

**Operativo de proceso:** Mejorar los dispositivos de control de la promoción, del acceso y del uso indebido de alcohol, tabaco y medicamentos.

### ACCIONES

#### 1.- Control de los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos

- Mantener y en su caso mejorar el actual sistema de control y registro sobre la dispensación de los medicamentos estupefacientes y psicótopos.
- Mantener y en su caso mejora del sistema estableciendo coordinación entre Ertzaintza y Sanidad para la detección de comercio ilícito de medicamentos psicotrópicos.

#### 2º.- Control de la publicidad y de la promoción indebida de bebidas alcohólicas.

- Mejorar la normativa sobre la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas.
- Implicar a los Ayuntamientos en la elaboración de dicha normativa si hubiere lugar.
- Desarrollar un procedimiento para que las policías locales estén sensibilizadas y tengan un canal para transmitir las denuncias a las autoridades pertinentes.

- Implicar a los medios de comunicación y agencias de publicidad en el cumplimiento de la normativa sobre publicidad de bebidas alcohólicas.

### **3º.- Control de la publicidad y de la promoción indebida de tabaco.**

- Desarrollar un procedimiento para que las policías locales se sensibilicen y tengan un canal para transmitir las denuncias a las autoridades pertinentes sobre estas infracciones.
- Aplicación de la *Ley del Tabaco* en cuanto a la publicidad y promoción indebida y sanciones a los infractores.

### **4º.- Control del suministro y venta de bebidas alcohólicas de tabaco a menores**

- Diseño y puesta en marcha de una campaña destinada a informar a los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas y tabaco sobre las normativas de venta a menores.
- Información a las policías locales y a la Ertzaintza de la campaña de forma que puedan participar.
- Las policías locales y la Ertzaintza reciben instrucciones para supervisar establecimientos de venta.
- Las policías locales y la Ertzaintza intervienen de oficio ante denuncias.

### **5º.- Control del consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas en la conducción de vehículos**

- Controles de alcoholemia y drogas en zonas donde se prevé que se estén produciendo infracciones de este tipo.
- Test de alcoholemia y drogas a las personas que cometen infracciones de tráfico
- Test de alcoholemia y drogas a las personas implicadas en accidentes de tráfico
- Reparto de tareas y coordinación para la intervención en vías urbanas (policías locales) e interurbanas (Ertzaintza)

### **6º.- Control del consumo de tabaco en locales cerrados**

- Desarrollar un procedimiento para que todas las personas con capacidad de inspeccionar según *la Ley del Tabaco* (inspectores de salud y consumo...) tengan un canal para transmitir las denuncias a las autoridades pertinentes sobre estas infracciones.
- Aplicación de la *Ley del Tabaco* en cuanto a fumar en locales prohibidos y sanciones a los infractores.

## **INDICADORES**

### **Acción 1**

- Nº de medicamentos estupefacientes y psicótrpos incautados.

### **Acción 2**

- Nº de ayuntamientos con policías locales que incluyen en sus planes esta intervención.
- Nº de expedientes abiertos por promoción indebida de bebidas alcohólicas y hecho a los que se refiere.
- Localidades en las que se han abierto expedientes.
- Nº de sanciones ejecutadas/ sustancias y hechos a los que se refieren las sanciones.

### Acción 3

- Nº de ayuntamientos con policías locales que incluyen en sus planes esta intervención.
- Nº de expedientes abiertos por promoción indebida de tabaco.
- Localidades en las que se han abierto expedientes.
- Nº de sanciones ejecutadas y hechos a los que se refiere.

### Acción 4

- Se ha diseñado y se ha puesto en marcha la campaña de sensibilización.
- Nº de ayuntamientos que se adhieren a la campaña.
- Nº de ayuntamientos con policías locales que incluyen en sus planes esta intervención.
- Nº de expedientes abiertos por venta de alcohol y/o tabaco a menores.
- Localidades en las que se han abierto expedientes.
- Nº de sanciones ejecutadas/sustancia y hechos a los que se refiere.

### Acción 5

- Nº de ayuntamientos con policías locales que incluyen en sus planes esta intervención.
- Nº de controles de alcoholemia y drogas realizados / Nº de controles de alcoholemia con resultado positivos.
- Nº de test de alcoholemia a conductores y conductoras que han cometido infracciones / Nº de test de alcoholemia a conductores y conductoras que han cometido infracciones con resultado positivos.
- Nº de test de alcoholemia a conductores/as implicados/as en accidentes de tráfico /
- Nº de test de drogas a conductores/as.

### Acción 6

- Comprobar si se ha desarrollado el procedimiento para que todas las personas con capacidad de inspeccionar según *la Ley del Tabaco* (inspectores de salud y consumo,...) tengan un canal para transmitir las denuncias a las autoridades pertinentes sobre estas infracciones.
- Comprobar si se ha divulgado dicho procedimiento, comprobar que ayuntamientos y han participado, cuántos son y a qué población afecta.
- Nº de denuncias recogidas y características de las personas denunciadas en Aplicación de la *Ley del Tabaco* en cuanto a fumar en locales prohibidos/ nº de sanciones a los infractores aplicadas.

## **PROGRAMA I. 3º.- SEGUIMIENTO DE LA REGULACIÓN ACTUAL SOBRE ACTIVIDADES SUSCEPTIBLES DE CREAR ADICCIONES, EN ESPECIAL LAS QUE PROVIENEN DE LOS JUEGOS DE AZAR**

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Hay una serie de actividades que son susceptibles de producir adicciones sin que medie el uso de sustancia (adicciones sin sustancia). Los juegos en sus diversas modalidades son los mejor identificados y en concreto en aquellos en que interviene el azar y hay premios económicos, los cuales constituyen la condición para que surja el trastorno mejor diagnosticado de este tipo, la ludopatía que, a su vez, produce otros tipos de problemas sociales y personales en quienes la padecen.

Es por ello que el juego como actividad legal en nuestra comunidad, lo mismo que otras actividades que conllevan riesgos (como el consumo de alcohol o la conducción de vehículos), está sometido a una reglamentación que debe cumplirse para que pueda desarrollarse con el menor coste social.

En este VI Plan se pretende realizar el esfuerzo de incorporar las intervenciones, que se llevan a cabo, de regulación actividades susceptibles de crear adicciones, especialmente las relativas a los juegos de azar.

## OBJETIVOS

**General** Reducir los riesgos de adicciones de algunas actividades en especial las que provienen de los juegos de azar (ludopatía, etc...).

### Operativos:

- Mantener el actual dispositivo de regulación y seguimiento sobre estas actividades susceptibles de crear adicciones en especial las que provienen de los juegos de azar (ludopatía, etc...).
- Sensibilizar e incorporar a la tarea a otros Ertzaintza y policías locales.

## ACCIONES

**1º.- Proceso reglado de Inspección y de seguimiento de la aplicación de la normativa existente que regula estas actividades susceptibles de crear adicciones en especial las que provienen de los juegos de azar.**

- Proceso reglado de Inspección y seguimiento de las actividades relativas a los juegos de azar.
- Proceso reglado de Inspección y seguimiento de las actividades relativas a otras actividades susceptibles de crear adicciones.

**2º.- Protección a las personas vulnerables ante el juego**

- Desarrollo de la campaña “Apuesta por un juego responsable”
- Intensificar la información y sensibilización a otras estructuras de la Ertzaintza, en especial a las patrullas de vigilancia disuasoria y a las policías locales sobre la campaña y las normativas de prohibición a menores

## INDICADORES

### Acción 1

- Actividad de inspección desplegada.
- Nº de expedientes abiertos / localidades / Hechos, en concreto Nº de expedientes abiertos por acceso al juego a menores.
- Nº y tipo de sanciones aplicadas.

### Acción 2

- Se ha diseñado y se ha puesto en marcha la campaña.
- Se han implicado en la tarea otras unidades de la Ertzaintza.
- Se han implicado las policías locales, de que ayuntamientos.

## 4.2. PREVENCIÓN UNIVERSAL

### II.- LÍNEA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL

**META** Potenciación de los factores de protección y fomento de actitudes y hábitos saludables *para evitar los comportamientos adictivos*

La prevención universal es una estrategia que tiene como finalidad reforzar los factores de protección y que se dirige al conjunto de la población -no a grupos de riesgo-, pero sí distingue entre colectivos y ámbitos para acomodarse a ellos

Se incluyen aquí otras estrategias de promoción de valores saludables y societarios, como parte de ese refuerzo de los factores de protección.

Constituye una primera barrera de prevención que ha conseguir que haya una menor expansión de los consumos y un retraso en la edad de inicio

### PROGRAMA II.4º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR

#### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

El esfuerzo que se está realizando para promover acciones preventivas en el ámbito educativo queda reflejado en la tabla II.5, en cuanto al número y proporción de centros en los que se está interviniendo, y el alcance del alumnado, sobre todo en la enseñanza obligatoria (Primaria y ESO), que casi llega a la mitad de las personas cursando esos estudios.

Sin embargo, el uso de drogas legales e ilegales por parte del alumnado no ha descendido, si bien en 2006 se produce una cierta contención con respecto a la trayectoria que venía produciéndose son notables dos datos: el incremento de los y las estudiantes que han probado la cocaína que triplica lo acontecido hace diez años y por otro lado el de quienes consumen cannabis a diario o casi, que duplican los guarismos de hace diez años (Tablas I.6.A y I.8).

En este marco, y a pesar del trabajo realizado, hay que señalar que si bien el número de centros de enseñanza con actividades preventivas es muy importante, sin embargo, no lo es tanto el número de alumnos y alumnas que participan de dichas intervenciones. Esto significa que son relativamente pocos los colegios e institutos que tienen un proyecto de centro que integre la EpS-prevención de drogodependencias o que, al menos, tengan un planteamiento de desarrollo de actividades estructuradas para toda una etapa. En muchos casos recogemos actividades puntuales o muy parciales para solo algunos cursos de la etapa o alguno de los ciclos.

Por lo que sabemos -y esto es evidente viendo los datos de alcance- los centros aceptan el apoyo que se les ofrece, desde equipos municipales y ONGs e impulsado por la Dirección de Drogodependencias, para desarrollar actividades de prevención. Pero no parece ni tenemos recogidas en la evaluación instrucciones ni recomendaciones desde el Departamento de Educación a favor de este tipo de intervenciones, ni por supuesto en contra; esta neutralidad – que puede estar muy condicionada por la propia autonomía de los centros y del profesorado- no favorece implicaciones amplias sino más bien personales de parte del claustro y no de todo el centro.

Por otra parte a los centros se les ofertan otras muchas intervenciones en campos muy variados, en unos casos nada tienen que ver con los problemas adolescentes sino que son necesidades académicas (mejoras en el aprendizaje de informática, de idiomas...); en otros casos se refieren a dificultades del alumnado (relaciones sexuales de riesgo, violencias y bullying, etc.), entonces se establece una competencia de ofertas o de posibilidades que con frecuencia hacen que una de las intervenciones de prevención desaparezcan.

En este segundo caso, en el que el centro decida volcar sus esfuerzos sobre otras dificultades relativas al alumnado, habría que tener en cuenta toda una corriente especializada (JESSOR Y JESSOR; PETRAITYS, LUENGO, C.;...), que señala que los factores de riesgo de muchos de estos comportamientos problema son comunes, por lo que se podría ir avanzando en el

diseño de proyectos educativos con grandes áreas comunes para trabajar las habilidades para la vida, el auto-concepto en relación a las entidades pro-sociales, el control de la impulsividad, los valores positivos e integradores, la vinculación al centro escolar... y a partir de ahí trabajar áreas de dificultades concretas.

## OBJETIVOS

**General:** Potenciación de los factores de protección ante los *comportamientos adictivos* y fomento de actitudes y hábitos saludables, a través del proceso educativo que se produce en el medio escolar.

### Operativo:

- Que El Dpto. de Educación haga suya la Educación para la Salud en la Enseñanza, asumiendo el liderazgo.
- Apoyar a los centros de Enseñanza, para mejorar e incrementar la implantación de actividades y proyectos de Educación para la Salud -Prevención de comportamientos adictivos dentro de la Escuela Inclusiva.
- Mantener el número de los centros que están desarrollando intervenciones pero incrementar el compromiso de los centros con la educación para la salud-prevención de las drogodependencias, de forma que para el final del VI Plan se haya:
  - Mantenido la cifra de centros que desarrollan intervenciones en 2010 (829).
  - Incrementado el número de alumnos y alumnas a los que se llega (95.906).
  - Aumentado las intervenciones de mayor calidad, se haya elevado el nº de centros con proyectos escolares a un 25% de los centros comprometidos, se haya elevado la cifra de centros con intervenciones estructuradas a un 40% de los centros comprometidos y que sólo el 35% de ellos desarrollen actividades puntuales.

## ACCIONES

**1º. El Dpto. de Educación asume el liderazgo de la Educación para la Salud-Prevención de comportamientos adictivos en la Enseñanza Obligatoria, pero recibe los actuales apoyos de la D. Drogodependencias a través de los equipos municipales y ONG y del Dpto. de Sanidad para desarrollar este programa, a modo de un liderazgo compartido.**

- Elaborar una Propuesta de liderazgo compartido en el que queden reflejadas las funciones y las responsabilidades de cada actor: Dpto. Educación, Dpto. Sanidad-

Drogodependencias, Equipos de Prevención de Entidades Locales e Iniciativa Social especializada.

- El Dpto. de Educación será el responsable último de conceder el aval de entrada en los centros educativos de los proyectos, de sus recursos pedagógicos y de su promoción.
- Constitución en 2011 de un grupo de trabajo de la Comisión mixta de Educación-Sanidad-Drogodependencias que establezca la validez, de los proyectos que se aplicarán en la Enseñanza reglada. Aplicarlo en el 2012.
- Confección del procedimiento de aval y promoción de proyectos y recursos pedagógicos.
- Se establecerá un procedimiento para el reconocimiento del profesorado que se implique en las intervenciones.

**2º.- Desarrollar un procedimiento para cubrir eficazmente las necesidades de apoyo, de los centros para realizar proyectos e intervenciones preventivas**

- Vincularse a la Línea Estratégica 1 de *Promoción de la salud mental de la Estrategia en Salud Mental de la CAPV*, buscando la sinergia de ambas intervenciones.
- Diseñar un procedimiento para cubrir las necesidades de apoyo hasta el fin del 2011, partiendo de:
  - Que el apoyo constará de asesoramiento, formación y aporte de recursos didácticos.
  - Tendrá una especial atención a las Ciencias de la Naturaleza.
  - Se atenderán la incorporación a las nuevas tecnologías (digitalización *Eskola 2.0*).
- El procedimiento estará coordinado con la comisión de trabajo de validación
- Mientras se diseña y se pone en marcha, para no crear un vacío, se seguirá con el procedimiento vigente anterior al VI Plan.

**3º.- Avanzar en el desarrollo curricular de la línea de la EpS a partir de la idea de prevención de comportamientos problemáticos, que influya sobre los elementos comunes que actúan como factores de protección**

- Recopilación de recursos didácticos, experiencias y bibliografías 2011/2012.
- Elaboración de un currículo con contenidos y actividades promotoras de factores de protección (*control de la impulsividad, vinculaciones pro-sociales, HH. para la vida, valores positivos,...*), frente a comportamientos problemáticos (*abuso de drogas, ludopatías, violencias...*) en 2013.
- Puesta en marcha con carácter experimental en 6 centros curso 2013/2014.
- Analizar las posibilidades de establecer alianzas para el desarrollo de esta acción con la Línea Estratégica 1 de *Promoción de la salud mental de la Estrategia en Salud Mental de la CAPV*.

**4º.- Incorporación de la prevención del uso de drogas en los programas formativos de prevención de riesgos laborales en la Formación Profesional**

- Establecer un trabajo conjunto con Osalan, la dirección de formación y empleo del Dpto. Asuntos sociales, la Dirección de Formación Profesional de Educación y el Instituto Vasco de Desarrollo Curricular para plantear el proyecto.
- Recopilación de recursos didácticos, experiencias y bibliografías 2011/2012.
- Elaboración de un currículo con contenidos y actividades 2013.
- Puesta en marcha con carácter experimental en 6 centros curso 2013/2014.



## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha elaborado la propuesta de liderazgo del Dpto. de Educación; si han quedado claras las tareas del Dpto. y de las entidades colaboradoras.
- Comprobar si La comisión de EpS: ha creado un órgano para la supervisión de los proyectos y los recursos didácticos que van a los centros, y si la comisión ha analizado y validado estas intervenciones.
- Nº de iniciativas de prevención avaladas por la comisión.
- Comprobar si el Dpto. ejerce una acción de promoción de la EpS-prevención de drogodependencias en los centros y con qué tipo de acción(es).
- Comprobar si se reconoce la labor del profesorado implicado en la tarea, y de qué forma se reconoce.

### Acción 2

- Nº de centros y tipo a los que se ofrecen recursos didácticos validados, formación y asesoramiento para el desarrollo de los proyectos de centro.
- Nº de centros que aceptan y profesores/as y alumnos/as que participan / según tipo enseñanza.
- Nº de centros que hayan diseñado y puesto en marcha un proyecto de centros de EpS-prevención de drogodependencias y profesores/as y alumnos/as que participan / según tipo enseñanza.
- Nº de centros que desarrollan actividades estructuradas de EpS-prevención de drogodependencias y profesores/as y alumnos/as que participan / según tipo enseñanza.
- Nº de centros que desarrollan actividades puntuales de EpS-prevención de drogodependencias y profesores/as y alumnos/as que participan / según tipo enseñanza. Estos deben de ir disminuyendo a lo largo de cada curso, a favor de los otros dos anteriores.

### Acción 3

- Comprobar si se ha desarrollado un corpus para trabajar sobre los factores de riesgo y promover los de protección ante “conductas problema”.
- Comprobar si se ha organizado un currículo para reducir los factores de riesgo y promover los factores de protección ante “conductas problema”.
- Comprobar si se ha puesto en marcha dicho currículo, el nº de centros en los que se ha puesto en marcha y el nº de alumnos/as beneficiados/as.
- Valoraciones recogidas sobre el currículo.

### Acción 4

- Comprobar si se ha elaborado un currículo con contenido y actividades para trabajar las drogas dentro de los riesgos profesionales en la FP.
- Comprobar si se ha puesto en marcha dicho currículo.
- Nº de centros en los que se ha puesto en marcha, nº profesores/as que participan y nº de alumnos/as que se benefician.
- Valoraciones recogidas sobre el currículo.

## PROGRAMA II.5º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO FAMILIAR

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La familia está reconocida como la entidad educativa y socializadora más importante por su influencia sobre las personas desde las edades más tempranas, cuando se están formando muchos de los elementos de la personalidad, que constituirán factores de protección, si se construyen bien, o factores de riesgo ante los comportamientos problema, si no se arman adecuadamente.

Las familias con graves problemas, con alcoholismo o drogodependencias y/o enfermedades mentales en los progenitores, desestructuradas, con malos tratos, con dificultades severas de inserción en la sociedad... han sido y son uno de los elementos que más claramente han favorecido la reproducción de violencias, delincuencias y en las últimas décadas de drogodependencias en sus hijos e hijas.

Sin quitar ninguna importancia a la realidad descrita, en las últimas décadas nos encontramos con que una parte importante de las personas con consumos frecuentes de drogas provienen de familias sin graves dificultades, ni económicas, ni de integración, ni de convivencia.

Los cambios sociales ligados a este desarrollo económico y de bienestar material de vida, están obstaculizando, a una parte de las familias que no tienen dificultades ni económicas, ni de integración, para que puedan ocuparse adecuadamente de la educación de sus hijos e hijas, tal como se recoge en el II Plan Interinstitucional de Apoyo a las familias. En otros casos estos cambios pueden estar favoreciendo un giro de los intereses y prioridades vitales de algunas familias, que abandonan parte de sus funciones parentales.

Si la familia no desarrolla adecuadamente su rol educativo dicho vacío se llenará por otros medios y disminuirá o se incrementará el riesgo dependiendo de cómo se produzca el encaje con los grupos de iguales y como reinterpreten la influencia de su medio social (el barrio en el que viven, los medios de comunicación...).

Es importante que las familias que no tienen graves dificultades estén en condiciones de asumir sus responsabilidades educativas y las asuman de forma que se constituyan en un factor de protección y eviten ser una vía de arranque de factores de riesgo en menores, adolescentes y jóvenes.

### OBJETIVOS

**General:** Potenciación de los factores de protección *ante los comportamientos adictivos* y fomento de actitudes y hábitos saludables, a través del proceso educativo que se produce en el medio familiar.

**Operativo:**

- Sensibilización y apoyar a las familias con hijos e hijas menores, para que puedan involucrarse y se involucren adecuadamente en la tarea educativa, especialmente la que tiene que ver con la prevención de los comportamientos adictivos.
- Mantener el mismo nº de actividades y de alcance que en 2010 durante toda la vigencia del VI Plan (62 localidades; 268 centros; 376 encuentros +110 actividades puntuales; 11.900 participantes).

- La mejora de las intervenciones, con el desarrollo de nuevas experiencias, en 2012 unas 10 nuevas experiencias y 50 al final del VI Plan.

## ACCIONES

### **1ª.- Desarrollo de una línea de sensibilización e información familiar a través de la confluencia de mensajes homogéneos enviados aprovechando la sinergia entre esta Línea II del VI Plan de Adicciones, de la línea I de la Estrategia en Salud Mental de la CAPV ( Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores) y del Plan de Familia**

- 2012 diseño una acción de Gobierno acordada, consensuada y compuesta por mensajes enviados desde diversas instancias del GV con ascendencia sobre la familia: La Escuela, las asociaciones de P/M, sistema de la salud-Atención primaria-atención pediátrica, la red de recursos de prevención comunitaria, los mass-media públicos y la Dir. de Política Familiar y Comunitaria.
- La publicidad incluirá elementos emblemáticos identificativos que permitan ser incorporados a otras acciones realizadas en esta línea y por otros actores.
- Los objetivos a los que se incorporarían las acciones son los de:
  - Incrementar la implicación de madres y padres en la educación de los hijos e hijas, reduciendo el “delegacionismo” en el centro escolar.
  - Promover modelos educativos equilibrados entre el apoyo y los límites.

### **2ª.- Avanzar en la mejora de las condiciones para la implicación de madres y padres en la educación de hijos e hijas**

- Mejorar y ampliar las ayudas materiales para las familias dirigidas a compatibilizar la vida familiar y laboral.
- Adecuación en los horarios laborales con este fin.

### **3ª.- Mantenimiento de las actividades de sensibilización, información y formación destinadas a P/M, a través de la intervención comunitaria**

- Mantener la línea de ayudas a las entidades que desarrollan proyectos de este tipo, constituidas por los proyectos locales, los encuentros formativos, las charlas, los boletines y los recursos de consulta.
- En la medida de lo posible vincular estas intervenciones al plan de familia en forma de refuerzo.

### **4ª.- Mejora de las intervenciones preventivas para madres/padres, desarrollando nuevos modelos formativos**

- Desarrollo de nuevos modelos formativos para madres y padres que permitan avances en tres sentidos:
  - acceder a familias que no estando en desventaja social (no selectiva), tienen dificultades para manejar la educación de los hijos/hijas.
  - Desarrollo de proyectos formativos más prácticos (entrenamiento).
  - Utilizar las TIC para acceder a más hogares.
- Primar en las ayudas y subvenciones el desarrollo de intervenciones de este tipo.
- Obligatoriedad de un procedimiento de evaluación de las nuevas acciones.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha diseñado la Línea de sensibilización e información a las familias.
- Comprobar qué Dptos., Direcciones y Servicios del GV se han comprometido a participar y cuales han participado.
- Comprobar qué otras instituciones públicas (Diputaciones y ayuntamientos) y de la iniciativa social (Asociaciones de padres y Madres, asociaciones profesionales de medicina...) han participado.
- Comprobar si se ha aprovechado la sinergia entre los tres Planes (Adicciones, Salud Mental y Familia).
- Comprobar qué acciones se han incorporado al programa.
- Comprobar el alcance de las acciones que se han incorporado al programa: Número de acciones, personas-familias a las que se ha accedido según tipo de intervención y características.

### Acción 2

- Comprobar si se ha mejorado el procedimiento de acceso y concesión de las ayudas para la implicación de los padres y madres en la educación de los hijos e hijas: Si se han ampliado las ayudas y el alcance de las mismas: nº de familias beneficiarias.
- Comprobar si ha habido proyectos de acondicionamiento de horarios laborales y en cuantas empresas se han llevado a cabo y a cuantas familias ha beneficiado.

### Acción 3

- Localidades con proyectos de prevención universal familiar.
- Tipos de acciones desarrolladas: charlas/ conferencias, ciclo de conferencias, Encuentros P/M, boletines.
- Alcance de las acciones: Número de acciones, personas-familias a las que se ha accedido según tipo de intervención y características.
- Localidades que mantienen un servicio de consulta individualizado, personal y o telefónico. Nº de familias atendidas, casos derivados a recursos especializados.
- Comprobar cuántas de las actividades se han podido vincular a la gran estrategia de sensibilización a las familias.
- Valoración de las acciones.

### Acción 4

- Comprobar si se han diseñado nuevas experiencias formativas (encuentros) para P/M, nº de experiencias desarrolladas y Alcance que han tenido: personas-familias a las que se ha accedido.
- Comprobar si se han evaluado, los resultados de la evaluación y valoración de las acciones.

## PROGRAMA II.6º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO LABORAL

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

El consumo de drogas y el juego no son algo exclusivo de adolescentes y jóvenes sino que también se produce entre adultos, gran parte de los cuales están activos, trabajando.

El uso de drogas y el juego pueden interferir en la vida laboral cuando son comportamientos problemáticos y especialmente si ha surgido una adicción que se convierte, a menudo, en un claro elemento perturbador generando muchos problemas de diversa índole (convivencia entre compañeros y compañeras, baja productividad, accidentes).

Por otra parte hay que tener en cuenta que determinados medios laborales o condiciones o trabajos son, a su vez, promotores de usos habituales de drogas y del juego problemático.

Contrariamente a la importancia que puede tener esta relación entre las adicciones y el ámbito laboral apenas se han llevado a cabo intervenciones en este ámbito en el marco del V Plan, a pesar de constituirse en un programa. Las pocas intervenciones existentes están promovidas por las administraciones (Dpto. de Industria y Osalan) y por los sindicatos, son externas a las empresas y tienen carácter informativo y de consulta hacia ellas y los/las trabajadores/as. Mientras que no se han registrado proyectos concretos de prevención en empresas de la CAV, lo cual no quiere decir que no se hagan, sino que es un indicador de la baja presencia de este tipo de intervenciones.

Este panorama no es exclusivo de la CAV, sino que es bastante generalizado en todo el Estado y las experiencias de otros países en este ámbito son también escasas.

Entre las causas que se apuntan está la falta de una conciencia preventiva que dé importancia al cuidado de la salud, tanto entre los/as propios/as trabajadores/as como entre los/as empleadores/as (propietarios/as o directivos/as). Frente a esta dificultad se debería incrementar o promover dicha conciencia favorable a la salud, que incluya la promoción de hábitos saludables.

## OBJETIVOS

**General:** Potenciación y fomento de actitudes y hábitos saludables, a través de los procesos socializadores (con significado social) que se produce en los espacios laborales.

### **Operativo:**

- Apoyar a las diversas entidades con responsabilidad laboral tales como centros de trabajo, agrupaciones sindicales, agrupaciones profesionales y empresariales y Unidades Básicas Sanitarias, a fin de mejorar e incrementar las intervenciones de sensibilización, información, formación y asesoramiento a los/as trabajadores/as, para que se involucren adecuadamente en tareas que tienen que ver con la prevención de drogodependencias.
- Al final del VI Plan 10 entidades (empresas o centros de trabajo públicos y/o privados) aplican un proyecto de prevención universal.

## ACCIONES

**1º.-Fomentar una cultura preventiva en el ámbito de Trabajo, a través de la promoción de medidas preventivas de carácter universal, que no supongan problemas para las relaciones entre los/as trabajadores/as entre sí ni entre ellos y ellas y la dirección de las empresas**

- Elaboración de un documento sobre las metodologías de la prevención universal en el marco de la empresa. En 2011 se encarga el documento a un grupo de especialistas.

- Consensuar el documento entre la Administración, asociaciones empresariales, sindicatos y Unidades Básicas Sanitarias en el primer semestre 2012.
- Comienza su Aplicación del modelo en el segundo semestre de 2012 en al menos 4 centros de trabajo de la Administración Pública Vasca, y durante 6 meses.
- Al cabo de los 6 meses, en el primer semestre de 2013.- se realizará una evaluación de la aplicación del modelo y con los datos obtenidos se mejorará la metodología, con lo que a finales de 2013 se tendrá un modelo de intervención definitivo.
- A partir de 2013 se divulgará y se impulsará su aplicación por otros centros de trabajo tanto de la Administración pública, como privados.
- 2014.- Se aplica en 10 centros de trabajo. Públicos y privados.

**2º.- La autoridad de Salud Laboral participará en el Desarrollo de intervenciones de prevención relacionados con el uso de drogas en los programas formativos de prevención de riesgos laborales en Formación Profesional**

- Establecer un trabajo conjunto con Educación y la Dirección de Formación y Empleo del Dpto. Asuntos sociales, para plantear el proyecto.
- Recopilación de recursos didácticos, experiencias y bibliografías 2011/2012.
- Elaboración de un currículo con contenidos y actividades 2013.
- Puesta en marcha con carácter experimental en 6 centros curso 2013/2014.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha elaborado el documento de metodología de prevención universal consensuado por la Administración competente, sindicatos y organizaciones empresariales.
- Comprobar si se han aplicado como modelo. Nº centros de la Administración de la CAV en los que se ha aplicado y características, Nº de personas que han participado y características.
- Comprobar si se ha realizado la evaluación del modelo. Comprobar los resultados de la evaluación y la valoración de las acciones.
- Comprobar si se han realizado mejoras en la intervención a consecuencia de la evaluación: si se ha mejorado el documento de metodología de prevención a partir de la práctica y de la evaluación realizada.
- Comprobar si se ha divulgado, por qué medios (edición y distribución de libros y/o CD, correo electrónico, página web...) nº de empresas que reciben el documento.
- Comprobar si se han implicado a otros centros de trabajo, alcance de la implicación: Nº centros de la Administración de la CAV en los que se ha aplicado, características y nº de personas que han participado.

### Acción 2

- Comprobar si se las autoridades de salud laboral han participado en la elaboración del proyecto formativo de drogas y seguridad en la Formación profesional.
- Comprobar si se ha elaborado un currículo con contenido y actividades para trabajar las drogas dentro de los riesgos profesionales en la FP. Alcance: Nº de centro educativos en los que se ha puesto en marcha y características, Nº de personas que han participado (alumnado y profesorado).

## PROGRAMA II.7º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO COMUNITARIO

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La importancia del mercado como garantes del bienestar a través del acceso de la ciudadanía a una oferta ilimitada de bienes materiales, está soportado por una serie de valores individualistas, competitivos, hedonistas, banales y consumistas que también son favorecedores del uso de drogas.

Estos valores se promueven en poderosos medios de comunicación de masas directamente a través de la publicidad, que anima a la venta, e indirectamente en buena parte de los programas que se emiten. La pro-actividad social sólo la encontramos en la defensa de intereses privados a-solidarios como la oposición vecinal ante la apertura de recursos sociales o sanitarios en el barrio.

Mientras, otros valores críticos, comprometidos y pro-sociales no encuentran apenas soportes o son minoritarios, entre otros motivos porque no tiene una publicidad que los mantenga.

Frente a estas dificultades hay que promover valores pro-sociales, de compromiso con la comunidad, valores positivos y consistentes.

### OBJETIVOS

**General:** Que la comunidad promueva factores de protección frente *los comportamientos adictivos*, sobre todo por la promoción de estilos de vida y valores pro-sociales y de un conocimiento objetivo contrastable de los riesgos

#### **Operativo:**

.- Apoyar a los diversos recursos de la comunidad para que todos transmitan valores pro-sociales y para que transmita a la ciudadanía una información objetiva y contrastable sobre los riesgos reales.

### ACCIONES

**1ª.- Promover estilos de vida y valores positivos y pro-sociales, entre ellos el del cuidado de la salud integral (física, mental y relacional), frente a estilos de vida de riesgo y valores negativos y de rechazo social frente a colectivos y a recursos sociales**

- Promover en la comunidad valores positivos y pro-sociales a cargo de especialistas de la comunicación, con el apoyo y asesoramiento de especialistas técnicos y responsables políticos de diversas áreas entre ellas las de las drogodependencias en 2011.
- En 2012 se llevan a cabo acciones de formación e información a los medios de comunicación públicos y privados, a los técnicos comunitarios y a las ONGs.
- En 2013 la intervención se divulga, se da a conocer y es Desarrollada por la Radio y Televisión Pública Vasca y por otros medios que colaboren.
- Se desarrollan actividades comunitarias bajo este paraguas.
- Durante el segundo semestre de 2013 se realiza la evaluación.

**2ª.- Presencia en el Plan Joven de la prevención con medidas preventivas concretas**

- Utilización de las TIC a través de enlaces entre los recursos informativos de Juventud, con los de Drogodependencias con páginas webs atendidas por personas capacitadas.

- Analizar en el Plan Joven las posibilidades de desarrollar acciones formativas e informativas y canalizarlas a través de las organizaciones y asociaciones juveniles.
- 3º.- La red de recursos de prevención comunitaria se incorpora a la campaña y realiza diversas acciones de información y sensibilización de carácter local (conferencias, charlas, debates, exposiciones...).**
- 2011.- Segundo semestre formación e información a los medios de comunicación públicos y privados, a los técnicos comunitarios y a las ONGs.
  - 2012.- se desarrollan actividades comunitarias bajo este paraguas.
  - 2013.- durante el segundo semestre se realiza la evaluación.
- 4º.- Abordaje comunitario de promoción juvenil que permita proporcionar una visión de los jóvenes más positiva, de mayor compromiso social, que contrarreste la imagen negativa que proporcionan los medios de comunicación**
- Diseño de una campaña informativa a través de noticias en medios de comunicación (no publicidad), que permita dar a conocer actividades juveniles de compromiso en diversas áreas. Conocimiento, investigación, ciencia y tecnología, deporte, cultura, compromiso social, voluntariado, cooperación para el desarrollo.... en 2011.
  - Puesta en marcha en 2012.
- 5º.- Sensibilización comunitaria, especialmente a la juventud, sobre las repercusiones globales negativas de carácter socio-económico, que tienen en los países productores del tercer mundo, el consumo de drogas en los países ricos (pobreza, injusticias, dependencias, conflictos bélicos...) y la influencia y el poder con su resultado de explotación ocasionado por las mafias del tráfico organizado**
- Diseño de una campaña informativa a través de documentales
  - charlas y otros medios en 2011/ 2012.
  - Puesta en marcha en 2011.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha diseñado y se ha puesto en marcha la campaña. Comprobar las entidades públicas y privadas de los medios de comunicación han participado. Alcance: Nº y características de las entidades.
- Comprobar si se han llevado a cabo las acciones de formación e información a los medios de comunicación. Comprobar si se qué medios han participado. Alcance: Nº y características de las personas que han asistido y de los medios a las que representan.
- Comprobar si se han desarrollado acciones de comunicación bajo esta campaña paraguas. Comprobar los tipos de las acciones desarrollados. Alcance: Nº y características de las acciones, de las personas que han participado y de los medios que han colaborado.
- Valoración de las acciones desarrolladas.

### Acción 2

- Comprobar si se ha puesto en marcha algún procedimiento de información a los jóvenes de la CAV, por parte de especialistas a través de las TIC. Comprobar el tipo de acciones desarrolladas y características. Alcance: Nº y características de las personas a las que se ha accedido.
- Comprobar si se *El Plan Joven* ha previsto el desarrollo de actividades de formación e información a través de sus propios recursos y procedimientos con las agrupaciones y



organizaciones juveniles. Comprobar si se han desarrollado dichas actividades. Alcance Nº y características de las acciones, de las personas que han participado y de los medios que han colaborado.

- Comprobar si se han evaluado, el Tipo de evaluación, los resultados y la valoración.

#### **Acción 3**

- Comprobar si la red de recursos comunitarios de drogodependencias se ha sumado a dicha iniciativa. Comprobar cuantas localidades han organizado o desarrollado actividades bajo este *paraguas*. Alcance: nº de actividades planificadas, nº de actividades desarrolladas, nº de localidades y características, nº y tipo de personas asistentes.
- Comprobar si se ha realizado una evaluación de la actividad, tipo de evaluación aplicada, resultados que se han obtenido y valoración.
- Comprobar si se ha permitido incorporar mejoras a dicha actividad, tipo mejoras incorporado.

#### **Acción 4**

- Comprobar si se ha diseñado y se ha puesto en marcha la campaña.
- Comprobar qué entidades públicas y privadas y que medios de comunicación han participado.
- Comprobar si se han llevado a cabo la publicación de noticias positivas relativas a los adolescentes y jóvenes, que medios de comunicación la han recogido. Alcance: nº de noticias positivas sobre jóvenes recogidas por los medios de comunicación, nº de medios que las han registrado.
- Comprobar si se han registrado otras acciones como consecuencia de estas noticias. Tipo de acción.
- Comprobar si se han desarrollado acciones de comunicación bajo esta campaña. Tipo de acciones. Alcance: Nº de acciones y características, nº de personas a las que se ha accedido.

#### **Acción 5**

- Comprobar si se ha diseñado y se ha puesto en marcha la campaña, las entidades públicas y privadas, los medios de comunicación participan y el alcance: nº y tipo de actividades desarrolladas, entidades locales que han participado nº de personas a las que se ha accedido y características.

### **4.3. PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA**

#### **III.- LÍNEA DE PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA**

**META: Garantizar como un derecho la prevención adaptada a las necesidades de las personas y colectivos vulnerables.**

Hasta finales de la década de los 90 se ha venido utilizando el concepto de prevención secundaria, para clasificar aquellas intervenciones dirigidas hacia las personas que ya hubieran consumido drogas, porque se partía de que el propio consumo era un problema.

Desde finales de la década se van imponiendo paulatinamente los conceptos de prevención selectiva e indicada para encuadrar aquellas intervenciones dirigidas a grupos y personas vulnerables.

El punto de partida de este nuevo concepto es que solamente una minoría de los y las jóvenes que consumen y experimentan con drogas desarrollará más tarde problemas graves derivados de este uso, incluida la dependencia; sin embargo otros grupos de jóvenes sí lo tendrán aún cuando no hayan empezado a consumir. Por lo tanto, el concepto de vulnerabilidad o de riesgo no está simplemente en el hecho del consumo, que puede ser un indicador, sino en la confluencia de una serie de factores de riesgo de diversos orígenes: social, educativo, psicológico... y que interaccionan entre ellos produciendo diversos procesos.

Estos procesos diversos explican como una persona puede llegar a ser adicta siguiendo un camino distinto al de otra, de ahí la importancia de los modelos creados para explicar los consumos habituales y de riesgo y, consiguientemente, el desarrollo de intervenciones acomodadas, lo más posible, a las dificultades de cada grupo y de cada persona. En ese punto nace la prevención selectiva e indicada, como medio de acomodarse a estas realidades más concretas y no a la generalidad, sobre la que intervendría la prevención universal.

El V Plan de drogodependencias separó los tres niveles de prevención: universal selectiva e indicada con el objetivo, entre otros, de potenciar estas dos últimas, tanto por convencimiento propio como por las sugerencias que viene haciendo el Observatorio Europeo.

Los límites entre los tres niveles de prevención, universal, selectiva e indicada no son totalmente precisos; la experiencia acumulada a través de la información de las memorias de los proyectos, de las evaluaciones de diseño y de proceso y de las discusiones en los grupos de trabajo, nos lleva a la conclusión de que se produce una deficiente aplicación de estos tres conceptos de prevención, de forma que una parte de las intervenciones incluidas bajo los calificativos de selectiva e indicada, por sus propios gestores, no eran tales.

Por otra parte la evaluación del V Plan ha mostrado que una parte relevante de los programas considerados en estas dos líneas no han tenido un reflejo real de ejecución. Esto unido a las consideraciones anteriores nos ha llevado a unificar ambas líneas en una más versátil. Aunque esto no debe entenderse como un abandono de unos planteamientos necesarios sino por el contrario como una forma de ir avanzando y de hecho a continuación esbozamos un esquema que permite establecer las diferencias básicas entre la prevención selectiva e indicada:

PREVENCIÓN SELECTIVA	PREVENCIÓN INDICADA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor peso de los factores socio-educativos, psico-educativos y sociales</li> <li>- Las dificultades escolares, los problemas familiares, la deprivación, la exclusión social, los lazos con grupos problemáticos, la falta de oportunidades, la desobediencia a las normas básicas, las conductas problemáticas...</li> <li>- las características de estas personas invitan a intervenciones grupales de carácter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor peso de los factores sociales en favor de factores individuales, características de la personalidad y del temperamento, incluidos ciertos trastornos</li> <li>- Conductas agresivas, gran impulsividad y bajo autocontrol, son características que favorecen un desarrollo precoz y rápido de disturbios y trastornos comportamentales</li> <li>El perfil de estas personas requiere</li> </ul>

educativo (socio-educativo y psico-educativo)	intervenciones muy a su medida, individualizadas similares a las asistenciales, pero diferentes de las selectivas
---	---

En cualquier caso se plantea la necesidad de **ir asentando el criterio de prevención selectiva e indicada, diferenciándolos entre sí y con la prevención universal y la asistencia**, entre las entidades y profesionales. Y de **avanzar en la investigación sobre factores de riesgo** que permitan identificar las vulnerabilidades.

## PROGRAMA III.8º.-PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL AMBITO ESCOLAR

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

El medio escolar es idóneo para plantear intervenciones preventivas, pero especialmente las de tipo selectivo, destinadas al alumnado más vulnerable o con diversos factores de riesgo; su carácter educativo le permite detectar, identificar y trabajar sobre muchas de las dificultades de carácter psico-educativo o socio-educativo.

Por otra parte, diversas fuentes literarias abundan en la idea de que una parte del riesgo se asocia a la falta de vinculación (adherencia, apego, anclaje...) de la persona adolescente o joven a una entidad pro-social que soporte valores positivos de maduración e integración y dado que han podido fallar otras entidades, como la familia o los agrupaciones de tiempo libre, el centro educativo puede ejercer dicha misión.

Durante el transcurso del V Plan se ha podido abrir un debate constructivo, se ha desarrollado la formación como apoyo a estas acciones y se han promovido algunas iniciativas, lo que ha permitido que un número importante de centros manifiesten el desarrollo de intervenciones de prevención selectiva (136 centros afirman haber trabajado con cerca de 11.800 alumnos y alumnas). Sin embargo, los resultados reales que se han obtenido son mucho más modestos ya que la inmensa mayoría de las intervenciones en los centros son acciones puntuales de reducción de riesgos y en buena parte relacionados con el uso de alcohol los fines de semana, que no van dirigidas a un público vulnerable sino a la generalidad de adolescentes; mientras, son muy exiguas las intervenciones estructuradas o los proyectos estables de centro.

### OBJETIVOS

**General:** Promoción de factores de protección y la reducción de factores de riesgo asociados a las conductas adictivas y de situaciones relacionadas con ellas en alumnos y alumnas vulnerables a fin de evitar y reducir los comportamientos problemáticos.

#### **Operativos:**

.- Proporcionar al alumnado vulnerable y su familia una serie de recursos educativos útiles para incidir en los factores de riesgo relacionados con el manejo de los consumos de drogas y de situaciones relacionadas con ellas.

- Proporcionar al profesorado y al resto de la comunidad educativa recursos educativos para incidir en los factores de riesgo relacionados con el manejo de los consumos de drogas y de situaciones relacionadas con ellas.
- Que al final del VI Plan haya 130 centros con actividades de prevención selectiva, 30 centros con actividades estructuradas y 15 centros con proyectos de prevención selectiva, debidamente homologados.

## ACCIONES

### **1º.- Garantizar el apoyo y orientación a los equipos docentes que quieran poner en marcha actividades y proyectos de prevención con colectivos de alumnos vulnerables, a través de recursos psicopedagógicos de prevención selectiva**

- Los recursos administrativos correspondientes (órdenes de ayudas, convenios, concursos...) contemplaran como una de sus prioridades el apoyo a proyectos de prevención selectiva debidamente diseñados desde 2011.
- De forma que los centros con proyectos se incrementen hasta duplicarse al final del VI Plan

### **2º.- Involucrar al profesorado y *al personal no-docente* sobre su papel en la prevención, a través de actividades de Capacitación (sensibilización, información y formación) y prestación de asesoramiento**

- Los proyectos incluirán la participación del profesorado que recibirá apoyo en forma de capacitación y asesoramiento
- La participación del profesorado se incrementará al final del VI Plan

### **3º.- Desarrollo de recursos para intervenir con alumnos y alumnas a través de actividades directas de expertos/as dentro y/o fuera del aula con el alumnado y de recursos didácticos para la utilización del profesorado**

- Los proyectos incluirán actividades directas de expertos/as con el alumnado y la utilización de recursos didácticos debidamente validados por el Dpto. de Educación

### **4º.- Promoción de los proyectos y las experiencias para su mejora y divulgación**

- Se creará una red de entidades públicas y privadas y centros con proyectos de prevención selectiva
- Se divulgarán los datos básicos de los proyectos
- Se realizarán dos jornadas específicas en 2011 y 2013

## INDICADORES

### **Acción 1**

- Comprobar si las ayudas a los proyectos de prevención han contemplado como prioridad el desarrollo de proyectos de prevención selectiva, si se han desarrollado iniciativas de apoyo para la promoción de estas actividades. Tipo y alcance: Nº de proyectos de prevención selectiva que reciben ayudas y cuantía de las ayudas.
- Comprobar si los centros que han demandado apoyo para el desarrollo de iniciativas de prevención selectiva, han obtenido respuesta. Comprobar los niveles de

satisfacción con la ayuda recibida. Alcance: nº de centros que hay demandado apoyo, nº de centros a los que se ha prestado apoyo; nº de alumnos/as beneficiados/as.

- Comprobar cuantas iniciativas de prevención selectiva se desarrollan anualmente; cuantas corresponden a intervenciones estructuradas y a proyectos estables. Alcance: nº de centros con actividades estructuradas. Nº de profesores/as que participan, nº de alumnos/as a los que se llega. Comprobar el incremento entre el alcance al comienzo del plan y al finalizar el Plan.

## Acción 2

- Comprobar si en los proyectos presentados se ha planteado el apoyo al profesorado. Alcance: nº de proyectos que plantean el apoyo al profesorado, nº de proyectos ejecutados, nº de profesores/as que han accedido tipo de apoyo presentado: formación, asesoramiento, ambos, nº de centros en los que se ha prestado cada tipo de apoyo y características, nº de sesiones de trabajo y participantes.
- Comprobar si se han realizado las actividades de apoyo previstas. Alcance nº de profesores/as participantes, distribución por tipo de actividad: formación, asesoramiento, ambos, nº de centros en los que se ha prestado cada tipo de apoyo y características, nº de sesiones de trabajo. Diferencia entre el alcance-participación al comienzo del plan y al finalizar.

## Acción 3

- Comprobar si los proyectos presentados cuentan con actividades directas y con la utilización de recursos didácticos especializados. Alcance nº de centros según procedimiento y tipo de actividad: actividades directas, recursos didácticos especializados y ambos; nº de centros previstos, nº de profesores/as que participan, nº de alumnos/as a los/las que se pretenden llegar.
- Comprobar si se han realizado las actividades y los recursos didácticos especializados previstos. Alcance por tipo de actividad: nº de centros, nº de profesores/as que participan, nº de alumnos/as a los/las que se ha llegado. Diferencia entre el alcance- al comienzo del plan y al finalizar.

## Acción 4

- Comprobar si se ha creado una red de de entidades públicas y privadas y centros con proyectos de prevención selectiva. Alcance: nº de centros que forman parte de ella, tipos de centros que participan (públicos privados, tipo de estudios que imparten...) (Centros con PCPI, centros formativos reglados, ONGs especializadas, Berritzegunes...) Elementos que mantienen la red, reuniones, correos electrónicos, portales especializados...
- Comprobar si se han realizado los encuentros de prevención selectiva programados. Alcance: nº y tipo de participantes, nº de centros representados.
- Comprobar si se han divulgado los trabajos o los documentos elaborados sobre las experiencias realizadas. Alcance: nº de experiencias divulgadas cuántos de ellos; medios utilizados, nº de personas y entidades que reciben la divulgación, nº de personas participantes.

## PROGRAMA III.9º.- PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL AMBITO FAMILIAR

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Hay un acuerdo generalizado en que si la familia no cumple adecuadamente su papel deja en una posición de mayor riesgo y vulnerabilidad a su prole. Pero las situaciones de riesgo no son las mismas siempre, porque el origen de que la familia no cumpla su papel se puede deber a motivos bien distintos que pueden ir desde graves problemas (familias desestructuradas), hasta dificultades más “leves” relativas a modelos educativos inadecuados dentro de un clima familiar normalizado.

Comportamientos desajustados en los adolescentes como pueden ser las dificultades escolares y el consumo frecuente de drogas, pueden ser detectados por diversos servicios y recursos sociales, entre ellos los centros educativos. En una parte importante estos comportamientos pueden estar relacionados con algunas dificultades más leves dentro del funcionamiento familiar, de forma que se pueden actuar sobre ellas desde recursos de prevención selectiva.

A pesar de la, a priori, importancia de la intervención preventiva en familias en situación de riesgo y vulnerabilidad, nos encontramos con que el nivel de actividad en esta línea es muy escaso. Los datos recogidos en la evaluación de 2008 apuntan a que hay unos 14 encuentros de padres y madres (166 asistentes), otras 11 actividades puntuales (88 asistentes) y en 14 centros se ha puesto en marcha programas de mediación centro-familia (71 familias atendidas). Algo más peso tienen los servicios de consulta personalizados, que han atendido a 297 familias directamente y a otras 212 telefónicamente, derivando 61 de ellas a recursos especializados.

Además, lo mismo que ocurre en el programa escolar, una parte de los encuentros de padres y madres y de las actividades puntuales (coloquios, o ciclos de conferencias) no corresponde al nivel propio de prevención selectiva, sino que parecen referirse a actividades dirigidas a familias de hijos e hijas adolescentes en los que se pueden dar consumos, pero no están propiamente dirigidas a familias más vulnerables. Si bien es cierto que han aumentado, a lo largo del plan anterior, dos iniciativas de prevención selectiva como son la mediación centro-familia y el asesoramiento individualizado a familias.

### OBJETIVOS

**General:** Capacitar y empoderar a las familias para reducir su vulnerabilidad y condiciones de riesgo.

**Operativos:**

- Incrementar y mejorar las acciones destinadas a las familias que contribuyan a reducir la vulnerabilidad de sus hijos e hijas.
- .-Proporcionar a la familia recursos y/o estrategias personales, sociales y organizativas para reducir sus condiciones de vulnerabilidad compartidas por el sistema familiar.
- .- Incrementar los proyectos de mediación centro familia a 50 para el final del VI Plan y que haya 40 servicios locales de consulta individual para madres/ padres.

## ACCIONES

### 1ª.- Promover la creación de recursos personalizados de información y orientación psicológico y socioeducativo para familias con hijos e hijas con comportamientos de riesgo ante el uso de drogas y el juego

- Apoyo económico a los equipos de prevención comunitaria, para que pongan en marcha actividades personalizadas de información, orientación y counseling a familias.
- Valoración, en las ayudas, a que dichos servicios trabajen en coordinación con los recursos sociales del municipio.
- En 2013 dos tercios de los municipios o mancomunidades de más de 10.000 habitantes tienen un servicio de atención personalizado a familias.

### 2ª.- Promover el desarrollo de actividades con familias vulnerables

- Poner en marcha una red de experiencias sobre intervenciones grupales – especialmente la mediación centro-familia- con familias, poniendo en contacto a las entidades que estén llevando una intervención de este tipo.
- Organizar un seminario sobre Intervenciones con familias vulnerables, para iniciar la red 2011 y otro en 2013 como forma de apoyo.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si las ayudas a los proyectos de prevención han contemplado como prioridad el desarrollo de proyectos de prevención selectiva en el ámbito familiar y si en la concesión de las ayudas se ha primado el engarce con los servicios sociales de la localidad. Alcance, nº de proyectos apoyados.
- Comprobar si se han desarrollado iniciativas personalizadas de información, orientación y counseling a familias. Alcance: nº de localidades, nº de familias atendidas, tipo de intervención y derivación.
- Incremento producido entre el alcance-participación al comienzo del plan y al finalizar. Comprobar si se ha alcanzado el objetivo de que dos tercios de los municipios o mancomunidades de más de 10.000 habitantes tienen un servicio de atención.

### Acción 2

- Comprobar si se ha creado una red de de entidades públicas y privadas con proyectos de prevención selectiva familiar, elementos se mantiene la red, (reuniones, correos electrónicos, portales especializados...). Alcance: nº de entidades públicas y privadas con proyectos de prevención selectiva, nº de familias atendidas, nº de entidades que participan de la red.
- Comprobar si se han realizado los encuentros de prevención selectiva programados. Alcance: nº de participantes y tipo, nº de entidades que participantes
- Comprobar si se han divulgado los trabajos o los documentos elaborados sobre las experiencias realizadas. Alcance: nº de experiencias divulgadas cuántos de ellos; medios utilizados, nº de personas y entidades que reciben la divulgación, nº de personas participantes.

## PROGRAMA III.10º PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL AMBITO FESTIVO Y DEL OCIO

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Las tendencias en el disfrute del ocio y el tiempo libre por parte de los y las jóvenes conllevan con frecuencia nuevas formas de consumo, en entornos festivos de fin de semana como discotecas, macro-discotecas, fiestas locales etc. Estos espacios constituyen un factor de riesgo al favorecer conductas individuales como: repetir dosis, mezclar drogas, beber alcohol en gran cantidad y en poco tiempo; y/o grupales como: compartir, competir, invitar o vender ilegalmente (trapichear)...

La intervención selectiva en estos espacios, aunque no tienen la capacidad educativa de otros como son la escuela o la familia permite intervenciones orientadas según la filosofía de la reducción de riesgos, minimizando los usos de riesgo y sus consecuencias inmediatas (accidentes de tráfico, conductas sexuales no deseadas, lesiones o peleas) y otras consecuencias a largo plazo (dependencia, daño orgánico, exclusión social, etc.).

El V plan favoreció el desarrollo de algunas experiencias en este sentido una parte destinada a los/las usuarios/as de drogas y de alcohol en los espacios festivos con el objetivo de reducir los riesgos y transmitir algunas ideas que redujeran las consecuencias a largo plazo (en 37 localidades se ha informado de los riesgos del uso de drogas ilegales a 7506 usuarios/as y 1.393 han llevado sustancias a analizar; mientras que con el alcohol en 35 localidades, 11.241 personas se han sometido al teste de alcoholemia).

Otras acciones estaban orientadas a los profesionales de la hostelería de cara a producir conductas que minimicen los riesgos en los clientes.

### OBJETIVOS

**General:** Reducir los consumos de riesgo y los riesgos asociados al consumo de drogas de forma recreativa, especialmente entre jóvenes usuarios y usuarias de estas modalidades.

**Operativo:**

- .- Informar y sensibilizar sobre riesgos asociados al consumo de drogas de forma recreativa a los/las propios/as usuarios/as y en los propios espacios de ocio en los que se consume.
- .- Incrementar las intervenciones de Reducción de Riesgos en espacios festivos a 50 festividades anuales trabajando temas de drogas y otros 50 con temas de alcohol.

### ACCIONES

**1º.- Mantenimiento de los proyectos de información prevención y Reducción de Riesgos del consumo abusivo de alcohol y otras drogas en medio festivo y de ocio**

- Apoyo económico a las entidades que desarrollen adecuadamente intervenciones debidamente diseñadas con esta finalidad.
- Los proyectos incluirán tanto intervenciones directas con los participantes en las fiestas como de formación de las personas que atienden los locales habilitados para la dispensación de bebidas alcohólicas.



- Que el nº localidades en las que se lleven a cabo estas intervenciones no descienda de 30 al año durante los 5 años del Plan.
- 2º.- Impulsar la labor preventiva en lonjas a través de Intervenciones de información Reducción de Riesgos sobre sustancias y de seguridad ante accidentes no previstos**
- Realizar una jornada para exponer experiencias de este tipo a diversos responsables locales de las áreas de los ayuntamientos incluida la de prevención comunitaria (2012).
  - Elaboración de un documento de protocolo de intervención consensuado (2012).
  - Recoger a través de los canales administrativos correspondientes (órdenes de ayudas, convenios, concursos...) como una de sus prioridades el apoyo a proyectos de prevención selectiva debidamente diseñados desde 2012.
  - Para el final del VI Plan 6 localidades disponen de proyectos de esta índole.
- 3º.- Abrir un canal de comunicación para informar y reducir riesgos utilizando las TIC**
- Poner en marcha una página web, atendida por personas capacitadas, especializada en información y reducción de riesgos y dirigida a usuarios/as de drogas (2012).
  - Estudiar la conveniencia de que sea un proyecto común al de Prev. Universal.
- 4º.- Promover la seguridad de los locales tanto en relación al público (aforo, ventilación, salidas de emergencia, plan de seguridad...), como en cuanto a las personas (cuartos de baño abiertos, agua en baños...)**
- Mantener el dispositivo actual de prevención sobre los locales de ocio nocturno (discotecas, disco-bares...)
  - Que el dispositivo de prevención insista en los riesgos sobre las personas (baños acceso al agua) a los/las propietarios/as de los locales.
  - *Realizar una campaña, informando a los/las usuarios/as de sus derechos a través de cartelería colocada en los baños.*
- 5º.- Apoyar y participar en proyectos interregionales como por ejemplo el desarrollo de iniciativas preventivas transfronterizas, destinadas a las personas jóvenes que pasan la frontera del Estado Francés a la CAPV y que aquí consumen drogas o tienen intención de hacerlo.**
- Diseño de un proyecto de intervención con la participación de las localidades fronterizas de uno a otro lado.
  - Que el proyecto contenga diversas intervenciones de información, prevención y reducción de riesgos, acomodadas a los espacios en los que producen los consumos y en los que se concentran los jóvenes de ambos lados de la frontera.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si las ayudas a los proyectos de prevención han contemplado el desarrollo de proyectos de prevención selectiva en el ámbito del festivo y de ocio. Alcance: cuantía y nº de ayudas concedidas a estos proyectos.
- Comprobar si se han desarrollado proyectos de prevención selectiva en el ámbito festivo y de ocio. Alcance: nº de iniciativas desarrolladas, nº de localidades participantes; nº de trabajadores/as que han participado; nº de personas atendidas.
- Comprobar si se ha alcanzado la meta mínima prevista de 30 actividades anuales.

### Acción 2

- Comprobar si se ha realizado la jornada sobre el tema. Alcance: nº asistentes, nº de localidades y entidades representadas.

- Comprobar si se ha elaborado el protocolo de intervención consensuado y el nº de localidades participantes. Medir el alcance de la divulgación.
- Comprobar si se ha alcanzado la meta prevista de que al final del Plan haya 6 localidades con proyectos de este tipo.

#### **Acción 3**

- Comprobar si se ha puesto en marcha la página web y si está atendida por personal especializado. Alcance nº de visitas al año y temas de información demandados.

#### **Acción 4**

- Comprobar si se han realizado proyectos de formación al personal de locales de ocio nocturno. Alcance: nº de locales, nº profesionales y de qué tipo han participado.
- Comprobar si el Dpto. de Interior ha asumido la inspección de la seguridad personal Alcance: Nº locales inspeccionados sobre las medidas de seguridad personal; nº de expedientes abiertos: nº y causa de las sanciones impuestas.
- Comprobar si se ha realizado la campaña informativa sobre los derechos de las personas usuarias. Alcance: nº y tipo de locales y zona en las que se han colocado los carteles.

#### **Acción 5**

- Comprobar si se ha diseñado el proyecto de intervención trans-fronterizo, el nivel de desarrollado y las entidades y localidades participantes.
- Comprobar si el proyecto contiene intervenciones de información, prevención y reducción de riesgos y si las intervenciones están acomodadas a los espacios de consumo. Alcance: Nº y tipo de acciones desarrolladas, nº de personas que han participado en las acciones.

### **PROGRAMA III. 11º: PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA EN EL AMBITO COMUNITARIO**

#### **JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA**

Nos encontramos con menores, adolescentes y jóvenes vulnerables, en los que concurren diversos factores de riesgo y que en buena parte se encuentran bajo el amparo de los servicios sociales o sometidos a medidas educativas por los tribunales de menores.

En muchos casos estas personas acompañan sus dificultades con el uso habitual de drogas, lo que incrementa los riesgos de exclusión, por el propio consumo y por ponerles en contacto con ambientes favorables a la contravención de normas importantes, lo que incrementa la probabilidad de incorporar conductas delictivas de forma habitual (hurtos, pequeños robos, “trapicheo”...).

Existen una serie de recursos sociales y socio-educativos que trabajan sobre estos menores, adolescente y jóvenes, sin embargo no siempre estos recursos tienen en cuenta de manera adecuada el uso de drogas o si lo tienen no siempre desarrollan estrategias de trabajo sobre ellas, por falta de conocimientos o de apoyo.

La práctica nos dice que son pocas las intervenciones que se están llevando a cabo contando con el concurso de entidades especializadas en prevención de drogodependencias, lo cual

es un dato indirecto de la poca repercusión que puede tener la prevención en estos ámbitos.

Por otra parte el hecho de que una parte de estas personas estén en relación con otros servicios sociales y socio-educativos hace difícil distinguir si son intervenciones más selectivas o más indicadas, cuando quizás lo más aconsejable es promover intervenciones que cuenten con ambas prácticas de forma complementaria, de ahí la idea de plantear este programa que dé cabida a ambos tipos de intervención.

## OBJETIVOS

**General:** Reducción de factores de riesgo y los riesgos asociados a las conductas adictivas en menores y jóvenes vulnerables y en trance de exclusión a través del proceso educativo que se produce en los espacios comunitarios de protección, de aplicación de medidas judiciales.

### Operativo:

.- Analizar, diseñar y poner en marcha proyectos de apoyo y/o de intervención conjunta entre servicios especializados de prevención de adicciones y recursos especializados de menores en riesgo de exclusión, en protección o bajo medidas judiciales.

## ACCIONES

**1º.- Establecer una intervención en sinergia con la línea 2 de Prevención de la Enfermedad Mental de la Estrategia en Salud Mental (*Realizar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones*) que permita un trabajo conjunto con los servicios sanitarios, pero que se prolongue hacia otros recursos comunitarios** (Atención primaria sanitaria, policías locales, trabajadores sociales, equipos socio-educativos, equipos socio-culturales...).

- Organizar una jornada de sensibilización para profesionales que trabajan con menores vulnerables, sobre los comportamientos adictivos y la salud mental (2012), Organizada en común Sanidad-Drogodependencias.
- Poner en contacto los profesionales sanitarios y servicios comunitarios con los equipos técnicos locales de prevención.
- Diseñar, editar y distribuir una herramienta (un manual) para profesionales que permita detectar factores de vulnerabilidad para el trabajo con familias de menores vulnerables (2013).
- Realización de seminarios formativos para profesionales sobre detención, información y counseling.

**2º.- Implementar proyectos de intervención conjunta entre equipos de prevención con experiencia en selectiva e indicada y equipos educativos de menores bajo medidas de protección o reforma**

- Establecer y poner en marcha procedimientos de coordinación entre recursos de prevención indicada y los servicios de protección y reforma.
- Los especialistas de los centros de prevención selectiva e indicada asesoran a los profesionales de los centros de menores en temas de conductas adictivas, riesgos y comportamientos adyacentes, para el trabajo en grupo y la intervención individual.

- Establecer y poner en marcha un procedimiento de derivación y tratamiento de prevención indicada consensuado entre los centros de prevención y los servicios de protección y reforma, bajo la supervisión de los Servicios Sociales y Judiciales especializados.
- Validación de proyectos de intervención consensuado entre (GV: Asuntos Sociales, Justicia, Justicia de menores; Diputaciones: Servicios Sociales menores).
- Poner en marcha procedimientos para la supervisión y revisión de casos.
- Poner en valor esta acción específica con centros de menores para el consiguiente apoyo económico.

**3º.- Impulso de proyectos en red que conecten intervenciones selectivas especialmente de centros educativos, con recursos de prevención indicada, con recursos sociales de protección y de justicia.**

- En los recursos administrativos mencionados, a la hora de recibir las ayudas se premiará el desarrollo del trabajo en red.
- Primar los programas de ayudas que tengan cabida estos servicios el trabajo en red.
- Desarrollar al menos dos experiencias en red, hasta 2013, hacer un informe y divulgar, presentar en jornadas de prevención selectiva.

**4º.- Desarrollo de los proyectos de medidas alternativas a las sanciones en aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/92 de Protección de Seguridad Ciudadana, como procedimiento para detectar y orientar a los menores y jóvenes vulnerables**

- Realizar una jornada para exponer experiencias de este tipo a diversos responsables locales de las áreas de seguridad ciudadana y prevención comunitaria y Ertzantza (2012).
- Elaboración de un documento de protocolo de intervención consensuado por las áreas de seguridad y equipos de prevención comunitaria. (2012).
- Recoger en recursos administrativos correspondientes (órdenes de ayudas, convenios, concursos...) como una de sus prioridades el apoyo a estos proyectos.
- Para el fin del VI Plan 3 localidades disponen de dichos proyectos.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha organizado la jornada y si ha sido conjunta. Alcance: nº de participantes según categoría profesional; nº de organizaciones que han participado.
- Comprobar si se ha realizado el seminario sobre detección, información, counseling y orientación y derivación. Alcance, nº de personas que han asistido y categoría profesional, nº y tipo de servicio y/ o recurso que han participado.

### Acción 2

- Comprobar si se han establecido procedimientos de trabajo conjunto entre ambos servicios. Alcance: nº de procedimientos y entidades implicadas.
- Comprobar si se han desarrollado experiencias de asesoramiento a servicios de menores por parte de entidades de prevención selectiva/indicada. Alcance: nº de experiencias; nº de profesionales participantes; nº de menores atendidos.
- Comprobar si se ha puesto en marcha un proceso de derivación de casos. Alcance nº y tipo de casos derivados.

### Acción 3

- Comprobar si en las ayudas a los proyectos de prevención se ha contemplado como prioridad el desarrollo de proyectos de prevención en red. Alcance: nº de proyectos presentados, nº de proyectos apoyados, Nº de proyectos ejecutados actualmente, nº de entidades y profesionales participantes; nº de menores atendidos.

### Acción 4

- Comprobar si se ha realizado la jornada. Alcance: nº de participantes; nº de entidades y servicios representados.
- Comprobar si se ha elaborado un documento-protocolo de intervención consensuado.
- Comprobar si hay tres localidades con proyectos. Alcance: nº de personas atendidas.

## PROGRAMA III.12º.- PREVENCIÓN INDICADA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES ALTAMENTE VULNERABLES Y SUS FAMILIAS

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Un grupo de personas jóvenes presentan graves problemas de conducta que se mezclan con usos habituales de drogas. Por el momento no son adictos pero están en grave riesgo. Las intervenciones de prevención selectiva orientadas hacia grupos no son suficientes para atender sus necesidades, requiriendo otro tipo de actuaciones más a su medida o la de su familia.

En la CAV hay seis servicios que atendieron el último año a 482 personas y 574 familias. En principio el trabajo que se viene desarrollando en este sentido se considera adecuado, e incluso viene siendo apoyado por servicios de menores de las Diputaciones Forales, sin embargo estas experiencias están a falta de un proceso de consolidación.

### OBJETIVOS

**General:** Reducir los riesgos de conductas adictivas en personas adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y/o con problemas de comportamiento y no adictos, por medio de intervenciones individualizadas a la medida de la persona.

**Operativo:** Poner en marcha y mantener una red de recursos especializados para la intervención con las familias y con los propios adolescentes y jóvenes altamente vulnerables con problemas de comportamiento y/o consumidores habituales de drogas y/o de juego pero no adictos.

### ACCIONES

#### 1º.- Consolidación de los recursos destinados a la prevención indicada con adolescentes altamente vulnerables y sus familias.

- Realizar un estudio sobre este tipo de intervención: modelos seguidos, características, cobertura y alcance.

- Establecer un procedimiento de validación de proyectos de intervención consensuado entre GV. (Sanidad y Asuntos Sociales-Drogodependencias) y Diputaciones (Servicios Sociales).
- Apoyar económicamente la creación de los suficientes recursos validados, debidamente repartidos por los tres territorios.
- Establecer un procedimiento de información y comunicación de resultados común para todos los recursos, que facilite un adecuado conocimiento y coordinación (similar al SIT para la asistencia a los drogodependientes).

#### 2º.- Apoyar el desarrollo de esta red de recursos:

- Mantener el servicio de información telefónica A-Tiempo.
- Informara a los recursos sociales y sanitarios sobre este servicio (jornada), de forma que puedan derivar casos.
- Apoyar la inclusión de estos servicios en la red de recursos sociales y sanitarios.

### INDICADORES

#### Acción 1

- Comprobar si se ha realizado el estudio y se ha establecido un procedimiento de validación.
- Comprobar si se ha completado la red con la cobertura suficiente por territorios y zonas. Alcance: nº de centros; nº de profesionales; cobertura existente; personas atendidas, incremento de la asistencia.
- Comprobar si se ha establecido un procedimiento de información y comunicación similar al SEIT-SET.

#### Acción 2

- Comprobar si se ha mantenido el servicio de información telefónica *A tiempo*. Alcance: nº, tipo y características de las consultas.
- Comprobar si se ha realizado la acción de presentar los recursos a los servicios sociales y sanitarios. Estimar el incremento en la atención atribuible a la acción comunicativa; incremento de la derivación de casos.

### 4.4.- ASISTENCIA TERAPEÚTICA

#### IV.- LÍNEA DE ASISTENCIA

**META Adecuación de la red asistencial de la CAPV para dar respuesta a todas las necesidades asistenciales que plantee el fenómeno de las drogodependencias ya sean devenidas del pasado o de reciente aparición.**

La adicción es más que una enfermedad. Es una enfermedad que tiene manifestaciones y complicaciones físicas (la intoxicación, la dependencia física, enfermedades infecciosas, etc.), y trastornos psíquicos (la dependencia psicológica, alteraciones del estado de ánimo y de la personalidad, manifestaciones psicóticas, etc.), y es más que una enfermedad porque plantea problemas sociales al que la padece (alteración en las relaciones con personas allegadas y en el entorno en el que se desenvuelve, deterioro de los recursos económicos y sociales, etc.).

La adicción no es única, sino que presenta variedades de las cuales las más habituales son el tabaquismo, el alcoholismo, la dependencia a la cocaína, la dependencia a la heroína, al juego o ludopatía, al cannabis y a las anfetaminas.

El cuadro de las adicciones, como hemos visto en el diagnóstico, no es algo estático, sino que cambia, de un casi exclusivo alcoholismo y tabaquismo hasta la década de los 70 se han ido añadiendo la dependencia a la heroína, durante los 70 y 80, y ésta ha sido en gran parte sustituida por la adicción a la cocaína y la dependencia del cannabis y las anfetaminas empiezan a ser relevante. La politoxicomanía, que es desde hace años una realidad, cada vez cobra más fuerza con las pautas de consumo heroína-cocaína. La legalización del juego también ha contribuido a la extensión de una nueva problemática la de las ludopatías.

Los drogodependientes han ido cambiando, del interclasismo de los alcohólicos, alcohólicas, fumadores y fumadoras, se pasó a las primeras personas heroinómanas hijas de familias de clases medias y altas para, en una década, afectar a personas de extracción social mucho más modesta y de ámbitos sociales marginales. A estos últimos se ha sumado los adictos y adictas a la cocaína de todo tipo de clase social, pero en gran parte personas integradas y con una vida convencional (pareja, vivienda, trabajo...) Mientras entre las personas drogodependientes ha ido creciendo el doble diagnóstico la enfermedad mental que acompañaba la adicción, en el origen o como parte del proceso de la enfermedad.

Con la aplicación de los anteriores Planes de Drogodependencias el País Vasco dispone de una red de asistencia consolidada que ofrece una variada gama de opciones terapéuticas y que funciona con flexibilidad, lo que ha propiciado que un número muy importante de personas usuarias de drogas de la CAPV haya accedido a la misma. No obstante, es preciso continuar profundizando en el ajuste de los programas terapéuticos a las características y demandas que presentan los distintos grupos de drogodependientes y a las nuevas formas emergentes de consumo.

## **PROGRAMA IV.13º- MEJORA Y CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS EFICACES**

### **JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA**

Los cambios observados en la población adicta en los últimos años hacen que el panorama que se presenta ante el dispositivo asistencial sea cada vez más complejo, entre otras cosas porque los nuevos modelos de consumo y de drogodependientes no sustituyen a los antiguos sino que se van superponiendo.

Efectivamente el número de heroína-dependientes se ha reducido, pero no desaparecen, sigue existiendo un número importante de heroína-dependientes que demandan tratamiento todos los años (448 personas en 2007, el 26,8% del total de nuevas demandas de tratamiento por toxicomanías no alcohólicas), una parte pequeña son nuevos pacientes (13%) y una gran parte son antiguos pacientes que reinciden (87%).

A éstos adictos y adictas se han sumado las personas dependientes de la cocaína que suponen en la actualidad prácticamente la mitad de las nuevas demandas de tratamiento (49,4% del

total de nuevas demandas por toxicomanías no alcohólicas), cuando hace diez años no llegan a una de cada diez (7,4%). Pero es que además en estas demandas también se han incrementado mucho los casos de reincidencia ya que suponen el 43% de las nuevas demandas de tratamiento por esta sustancia

A estas solicitudes de tratamiento hay que agregar otras que están ganando en importancia como la del cannabis y las anfetaminas, que rondan el 10% de las solicitudes cada una y, otro elemento muy importante que cada vez es más habitual: la existencia de otras patologías mentales

Estos datos ejemplifican, como en pocos años las solicitudes se van haciendo más complejas y ante esta realidad se plantea un análisis que permita ir adecuando los recursos a las necesidades.

## OBJETIVOS

**General** Reducir el consumo de drogas en personas drogodependientes y alcohólicas.

**Operativo:** Mantener una red de recursos gratuitos para el abordaje integral de las drogodependencias y el alcoholismo, que oferten diversas modalidades terapéuticas que han probado su eficacia y eficiencia (ambulatorio, hospitalario o residencial-C.T.), tanto de la red pública adscritos a Osakidetza, como pertenecientes a entidades de iniciativa social concertados con el Dpto. de Sanidad

## ACCIONES

### 1º.- Realizar un análisis de los recursos terapéuticos existentes:

El análisis recogerá:

- Descripción de los recursos: los servicios, los recursos humanos y los materiales.
- Análisis de las intervenciones que se realizan
- Análisis de la población atendida y de los itinerarios recorridos por las personas usuarias de drogas
- Las limitaciones en el uso de la metadona
- Las posibilidades que ofrecen otras alternativas de tratamiento como la bupremorfina, la naloxona y la heroína oral.

### 2º.- Realizar un análisis de los problemas emergentes observados en la población

El análisis recogerá:

- Los cambios y las nuevas problemáticas observadas en la asistencia (la cocaína, cocaína+heroína...).
- los nuevos patrones de consumo de alcohol de jóvenes
- los patrones de consumos tempranos de cannabis y los problemas asociados
- las patologías de la conducta asociadas a adicciones (violencia, maltrato...)
- la alta prevalencia de la patología dual

### 3º.-Con las recomendaciones del estudio establecer un Proyecto de Mejora que determine qué recursos y programas deben de consolidarse y que ajustes y cambios se realizarán en el VI Plan

- Con los datos provenientes de estos análisis
  - Determinar el equilibrio de la red: complementariedad / duplicidad.
  - Determinar hacia que tratamientos se debe de abrir/acomodar la red asistencial



- Establecer recomendaciones para la mejora de la red de asistencia.
  - Se plantea la continuidad de una serie de recursos sin cambios
  - Se establecerá la necesidad de implementar mejoras en otros servicios
- En 2011/2012 se iniciará el Plan de Mejoras que, con la debida asignación económica, comenzará a realizar cambios

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se han realizado los análisis previstos de los recursos: los servicios, los recursos humanos y materiales; las intervenciones que se realizan
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos de la población atendida y los itinerarios recorridos por las personas desde que demandan tratamiento
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre las limitaciones a los tratamientos: en el uso de la metadona; los pros y contras de otras alternativas como la bupremorfina, la naloxona y la heroína oral
- Comprobar si, con los datos recogidos, se está en disposición de una valoración adecuada para su posible implementación de nuevas alternativas

### Acción 2

- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre los cambios y las nuevas problemáticas observadas en la demanda asistencial en cuanto a las drogas de mayor índice (la cocaína, cocaína+heroína, heroína...).
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre los nuevos patrones de consumo de alcohol de jóvenes y sus repercusiones en los tratamientos, demandas de tratamiento y atención a urgencias.
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre los patrones de consumos tempranos de cannabis y los problemas asociados y si se han analizado sus repercusiones en los tratamientos y en las demandas de tratamiento.
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre las patologías de la conducta asociadas a adicciones (violencia, maltrato...).
- Comprobar si se han realizado los análisis previstos sobre la prevalencia de la patología dual.

### Acción 3

- Comprobar si se han podido determinar las duplicidades y los déficit en la atención.
- Comprobar si se ha planteado la continuidad -sin cambios- de una serie de recursos y qué recursos son y la necesidad de implementar mejoras en otros servicios y cuales son.
- Comprobar si se ha elaborado un plan de mejoras; si tiene una asignación económica y si se ha puesto en marcha en 2011/2012.

## PROGRAMA IV.14º- COMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Las personas que padecen una adicción al alcohol y a las drogas ilegales (heroína, cocaína, anfetaminas...), no son las únicas que padecen adicciones con los consiguientes problemas de salud física, mental y social.

En principio el tabaquismo es la adicción más extendida, aunque las personas fumadoras no padecen repercusiones sociales negativas como les ocurre a las adictas, pero es de todos conocidos que produce una serie de enfermedades y trastornos fisiológicos que reducen su bienestar y acortan su esperanza de vida. Desde distintas entidades se han puesto en marcha diversas intervenciones buscando la deshabituación tabáquica, con bastante éxito dada la proporción de personas que se consideran exfumadoras; en este caso se trata de reforzar estas iniciativas e incorporarlas al Plan de Adicciones.

Otro fenómeno es el de las adicciones sin sustancias, de todas las que se aportan datos hay una que está reconocida en el catálogo de enfermedades mentales, que es la Ludopatía. Cómo hemos apuntado en el diagnóstico en la CAV puede haber unas 785 personas en tratamiento por esta cuestión en las asociaciones especializadas. En este VI Plan se plantea incorporar la atención a esta patología al conjunto de la atención a las adicciones.

El contacto de la red asistencial con pacientes que consumen toxicomanías permite desarrollar también otras tareas destinadas a mejorar la salud y reducir los riesgos y daños en dichas personas.

### OBJETIVOS

**General** Reducir el impacto negativo que producen otras adicciones (tabaquismo y otras adicciones sin sustancias) y las consecuencias de un uso indebido de sustancias, en las personas que las padecen.

**Operativo:** Ampliar los recursos gratuitos para el abordaje integral de las adicciones, abarcando otras necesidades (Tabaquismo, nuevas drogodependencias, otras adicciones sin sustancias y Reducción de Daños).

### ACCIONES

#### **1º.- Incorporar las adicciones sin sustancias, en concreto la ludopatía, a la oferta asistencial gratuita**

- Análisis de la viabilidad de tratamiento bien por medios públicos bien a través de acuerdos con entidades especializadas.
- Acuerdos entre los Servicios Sanitarios y Sociales.
- Puesta en marcha de un proyecto de incorporación de esta adicción a la red pública o pública concertada en 2012.

#### **2º.-Reforzar los tratamientos de deshabituación de tabaco**

- Coordinación de los diversos recursos y programas de deshabituación tabáquica puestos en marcha por diversas entidades (Sanidad, Atención primaria-Osakidetza, Equipos comunitarios de prevención...).

- Elaboración de un plan de oferta de deshabituación para ofertar las iniciativas de forma conjunta bajo un mismo campaña (símbolos, información de todas las iniciativas, calendario...).
  - Puesta en marcha del plan en 2012 y fin el 2014.
- 3º.- Mantener las intervenciones de Reducción de Riesgos y Daños en distintos servicios y coordinados con otros planes (SIDA...)**
- Mantener las intervenciones de RR de Riesgos y Daños.
  - Coordinación con El Plan de SIDA para el mantiene los recursos relacionados con el uso de drogas por vía parenteral.
  - Se realiza un seguimiento constante de la evolución de las demandas para acomodarse a la situación.
- 4º.- Desarrollar un procedimiento para la detección de nuevas problemáticas y analizar las posibilidades de darles respuesta**
- Diseño de un procedimiento para recoger información de diversos puntos (recursos de asistencia, de urgencias, de prevención selectiva e indicada y determinada...).
  - Centralizar la información junto con la proporcionada por la dirección de información sanitaria y el Observatorio de drogodependencias (manteniendo como centro de referencia para ello un hospital de la red pública recomendado el H. de Galdakao).
  - Elaboración de informes anuales.
  - Puesta en marcha de esta acción 2011/2012 y emisión del primer informe el 2013.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha realizado un análisis de la viabilidad del tratamiento a la ludopatía por medios públicos. Conclusiones a las que se ha llegado: tipo de recurso destinado a tal fin (público o privado-conveniado), inclusión dentro del espacio socio-sanitario.
- Comprobar si se ha puesto en marcha un proceso de incorporación del tratamiento de esta adicción a la red pública o pública conveniada en 2012. Descripción de los recursos puestos en marcha. Alcance: nº de personas tratadas y características.

### Acción 2

- Comprobar el grado de coordinación de los diversos recursos y programas de deshabituación tabáquica puestos en marcha por diversas entidades.
- Comprobar si hay iniciativas de sensibilización e información por parte de la atención primaria. Alcance: nº de servicios implicados; nº de usuarios que reciben información.
- Comprobar si se ha elaborado un plan de deshabituación que oferte las iniciativas de forma conjunta bajo una misma campaña y si se ha puesto en marcha. Alcance: nº de localidades en las que se aplica; nº de actividades desplegadas; nº de personas atendidas y nº de personas que terminan las sesiones.

### Acción 3

- Comprobar si se han mantenido las intervenciones de RR de Riesgos y Daños Resultado de alcance obtenidos: nº de personas a las que se llega con reparto / intercambio de jeringuillas; reparto de preservativos y con otras actividades.
- Comprobar el estado de coordinación con El Plan de SIDA para el mantenimiento de los recursos relacionados con el uso de drogas por vía parenteral. Resultados de alcance: nº de jeringuillas repartidas e intercambiadas; nº de personas a las que se llega con el reparto / intercambio de jeringuillas.

- Comprobar si se ha realizado el seguimiento de la evolución de las demandas. Resultados., variaciones observadas: incremento/disminución, características: zonas, localidades.

#### Acción 4

- Comprobar si se ha puesto en marcha el procedimiento para recoger información de diversos puntos (servicios de atención, SEIT, Dirección de información sanitaria, Observatorio de drogodependencias...). Si la información se ha centralizado y los Resultados de la información recogida. Alcance: informes anuales elaborados, datos contenidos y divulgación, procedimientos.

### PROGRAMA IV.15º.- ATENCIÓN A PERSONAS DROGODEPENDIENTES BAJO MEDIDAS PENALES

#### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Cómo hemos señalado, en la introducción a esta línea, la adicción es más que una enfermedad, ya que a los síntomas de las enfermedades se añaden dificultades sociales y una de las más graves es la de problemas con la justicia, que dificultan mucho la incorporación a la sociedad en igualdad con la ciudadanía.

Es por esto que el colectivo de personas adictas bajo medidas penales sea uno de los colectivos prioritarios a la hora de actuar. Además hay que tener en cuenta que al estar bajo medidas penales estas personas tienen una serie de derechos restringidos, pero en el resto de las cuestiones –y nos referimos específicamente a sus derechos sociales y sobre la salud- deben de gozar de las mismas condiciones que el resto de los/las ciudadanos/as.

#### OBJETIVOS

**General:** Reducir los consumos de drogas y los riesgos asociados a dichos consumos en personas adictas y usuarias de drogas con medidas penales.

**Operativo:** Apoyar y coordinarse con el sistema judicial y penitenciario para garantizar a las personas penadas en general, y las adictas en particular, su acceso a similares recursos de prevención, asistencia y reducción de daños, de probada eficacia, que las personas no penadas.

#### ACCIONES

##### 1ª.- Mantener y mejorar los equipos terapéuticos de las prisiones.

- Mantener las intervenciones de tratamiento y de RR. de RR y Daños.
- Contextualizar esto con la nueva situación que se produce con el traspaso de competencias.
- Acomodar los avances obtenidos en el sistema asistencial convencional al penitenciario.

##### 2ª.- Propiciar los tratamientos normalizados, adecuados a la situación de cada persona, como medidas alternativas a la prisión

-

- Mantener las reservas de plazas de tratamiento en C.T. concertadas de la CAV, para personas en cumplimiento de penas privativas de libertad.
- Realización de un seguimiento de dichas plazas.

**3º.- Permitir que las medidas de cumplimiento de servicios a la comunidad puedan compatibilizarse con la asistencia terapéutica.**

- Establecer un proceso de coordinación entre Osakidetza, Dpto. de Justicia y Administración de Justicia, que permita compaginar las sanciones con el proceso terapéutico.
- Instaurara un proceso de seguimiento de los casos por parte de las tres administraciones.
- Evaluaciones anuales y propuestas de mejora.
- Inicio 2011, continuidad hasta el final del VI Plan.

**4º.- Apoyo a los servicios de Asistencia a la Ejecución Penal (IRSE/SAER) para facilitar los cumplimientos alternativos que permitan tratamientos y/o medidas de inserción.**

- Mantener los servicios actuales de apoyo a las medidas de ejecución penal (SAOS-SAER).
- Profundizar en la coordinación entre el Dpto. de Justicia, el IRSE-SAER, Osakidetza y la Administración de Justicia, que facilite los cumplimientos alternativos con los tratamientos y los procesos de inserción.
- Establecer evaluaciones anuales y propuestas de mejora.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se mantienen los equipos de tratamiento en las tres prisiones y el tipo de intervenciones que tratamiento libre de drogas, metadona y de RR de daños. Alcance: nº de personas asistidas; nº personas beneficiadas en los proyectos de RR de daños, nº de jeringuillas intercambiadas.
- Comprobar si se Consecuencias del traspaso de competencias.
- Comprobar si se ha producido un traspaso de competencias desde instituciones penitenciarias. En caso de producirse describir a que servicios afecta y calcular el alcance: nº de personas presas que accede a los nuevos tratamientos.

### Acción 2

- Comprobar si se mantienen las reservas de plazas de tratamiento en C.T. concertadas de la CAV, para personas en cumplimiento de penas privativas de libertad.: nº de personas asistidas en CT como cumplimiento de penas privativas de libertad.

### Acción 3

- Comprobar si se ha establecido un proceso de coordinación entre Osakidetza, Dpto. de Justicia y Administración de Justicia, que permita compaginar las sanciones con el proceso terapéutico. Alcance: nº de personas pueden compaginar el cumplimiento de sanciones y el proceso terapéutico.
- Comprobar si se han realizado evaluaciones anuales del proyecto; resultados obtenidos y propuestas de mejora realizadas.

#### Acción 4

- Comprobar si se mantienen los servicios actuales de apoyo a las medidas de ejecución penal (SAOS-SAER). Alcance: nº de personas asistidas por el servicio.
- Comprobar si se ha avanzado en la coordinación entre el Dpto. de Justicia, el IRSE-SAER, Osakidetza y la Administración de Justicia. Alcance: nº de reuniones periódicas, acuerdos adoptados; nº de medidas adoptadas, incremento de los cumplimientos alternativos con los tratamientos; nº de personas que se benefician y condiciones.
- Comprobar si se han realizado evaluaciones anuales del proyecto; resultados obtenidos y propuestas de mejora realizadas.

#### 4.5.- PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL

##### **V.- LÍNEA DE PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL**

**META Potenciar una estructura continuada de recursos que permitan atender desde la reducción de riesgos y la mitigación de daños a las personas adictas en alta exclusión, hasta la incorporación social de las personas que hayan tenido o tengan problemas de adicción**

Desde el I Plan de drogodependencias hasta el quinto, se ha desarrollado una línea de inserción social, orientada a la incorporación de personas con usos diversos de drogas.

Los datos obtenidos de los centros asistenciales apuntan a las dificultades de acceder a esta posición de una parte importante de las personas heroíno-dependientes; de hecho los datos que nos proporciona el Observatorio para el 2007 nos dicen que un 93% de las personas que solicitan tratamiento por una dependencia de ese tipo son reincidentes y que el 45% de los que lo demandan por dependencia a la cocaína también son reincidentes.

En el V Plan se abrió toda una línea nueva de prevención determinada separada de la línea de inserción y cuya finalidad era acercarse a las personas drogodependientes en alta exclusión con la intención de mejorar sus condiciones de vida. Esto facilitó la puesta en marcha y fortaleció una serie de recursos e intervenciones orientadas hacia estas personas toxicómanas en alta exclusión.

El desarrollo de esta línea ha permitido incrementar los servicios básicos para las personas toxicómanas en alta exclusión a través de entidades y proyectos como los de las comisiones Anti-Sida, Hontza o la sala de consumo supervisado de Médicos del Mundo. De otra parte se han mantenido los recursos de inserción orientados hacia las personas que hubieran finalizado un tratamiento, sin embargo, sigue existiendo un vacío para atender a aquellas personas en una situación intermedia, es decir personas adictas en activo, pero que tienen un estilo de vida bastante normalizado y están en riesgo de exclusión.

El VI Plan ha recogido estas ideas y ha unificado estas dos líneas, tratando de desarrollar una intervención continuada en la que tengan cabida desde los recursos más elementales que aseguren la supervivencia de las personas adictas en una situación de máxima vulnerabilidad (drogodependientes o ludópatas), hasta ex –adictos/as que han superado con éxito un tratamiento y que tienen muchas posibilidades de incorporarse con éxito a la comunidad en la que viven, pasando –y esto es muy importante- por el apoyo a personas adictas, que van a seguir siéndolo pero que sin embargo pueden acceder a una vida normalizada.

## PROGRAMA V.16º- ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS SANITARIOS A LAS PERSONAS ADICTAS Y EN RIESGO DE EXCLUSIÓN

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Las personas toxicómanas en alta exclusión mantienen a menudo actitudes y comportamientos muy reacios hacia los recursos sanitarios y por otro lado suscitan además comportamientos poco adecuados en los profesionales del sistema sanitario.

De esta forma a los riesgos que conllevan sus estilos de vida hay que unir un escaso o nulo contacto con los recursos sanitarios.

Se hace imprescindible que estas personas accedan con más facilidad a los recursos sanitarios y a su vez que éstos mantengan actitudes más positivas frente a ellos no solo para mejorar su salud o su bienestar, sino para acrecentar su supervivencia, ante unas condiciones de vida hostiles.

### OBJETIVOS

**General:** Mejora de la salud y la calidad de vida de las personas con problemas de adicción, especialmente las que se encuentran en alto riesgo de exclusión.

**Operativo:** Impulsar, mantener y mejorar los proyectos y actividades que tiendan a facilitar e incrementar la accesibilidad –y en su caso la permanencia- de las personas con problemas de adicción y en alto riesgo de exclusión a los recursos y servicios sanitarios.

### ACCIONES

#### 1ª.- Promover que los recursos sanitarios existentes, traten adecuadamente a personas con problemas de adicción y en situación de exclusión social

- Establecer un protocolo de trato y actuación, que comprenda mecanismos de información, orientación y coordinación entre servicios sanitarios y sociales, consensuados entre ellos y los recursos especializados en atención a personas en alta exclusión.
- Dicho protocolo se adecuará de forma consensuada a las diversos tipos de atención tanto de especialidades como de atención primaria y de urgencias, tanto en ambulatorio como hospitalario.
- Divulgar dicho protocolo entre los profesionales de los servicios sociales y sanitarios.
- Diseñar y Ofertar módulos de formación al personal sanitario sobre la reducción de riesgos y daños, sobre la aplicación del protocolo y la derivación y orientación hacia otros recursos.

#### 2ª.- Atender a las necesidades de acompañamiento de las personas con problemas de adicción y en situación de exclusión social a los centros y recursos sanitarios y sociales.

- Las instituciones reconocerán el trabajo sistematizado y protocolizado de acompañamiento con apoyos suficientes que permitan un largo itinerario.
- El reconocimiento servirá al menos para contabilizarlo en el acceso a las ayudas por parte de las entidades que lo lleven a cabo.

- Fomentar el voluntariado como forma de participación en labores de acompañamiento dotando a las personas encargadas de esta tarea de la formación oportuna.
- 3º.-Ampliar la Educación para la salud y la formación de pares en personas con problemas de drogodependencias en riesgo de exclusión**
- Incrementar y ampliar a otros territorios los talleres de educación para la salud.
  - En los cursos abordar los temas de prevención de los usos problemáticos de drogas, sexo seguro, prevención de sobredosis, consumo de menor riesgo, transmisión VIH y hepatitis.
  - Organizar intervenciones específicas para personas que se dedican a la prostitución.
- 4ª.- Consolidar los programas de intercambio de jeringuillas y de otros materiales de consumo de menor riesgo**
- Mantener el nivel de cobertura del programa a las necesidades observadas.
  - Mantener la colaboración y coordinación con el Plan de SIDA.
  - Mantener el mismo nivel de participación de las entidades colaboradoras.
- 5º.- Consolidar los proyectos de educación de calle**
- Mantener los proyectos de educación de calle.
  - Estos proyectos salvaguardarán el contacto con drogodependientes en alta exclusión.
- 6ª.- Consolidar la Sala de consumo higiénico**
- Mantener la Sala de Consumo Higiénico, con todas sus intervenciones actuales.
  - Mejorar la cobertura a las demandas de utilización de las mismas.
- 7º.- Las entidades implicadas en la atención sanitaria y social con drogodependientes en alta exclusión colaborarán en el análisis de los recursos terapéuticos existentes**
- Elaboración de una ficha registros de actividad consensuada.
  - Recogida de datos a partir de la ficha registro, las entidades vuelcan sus datos en la ficha registro.
  - con los datos se realizará un análisis.
  - Su colaboración será de especial relevancia en el análisis sobre el uso de la metadona y sus alternativas (bupremorfina, naloxona y la heroína oral).

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha elaborado el protocolo y si se ha realizado de forma consensuada entre los diversos servicios sanitarios; y entre los diversos niveles de la atención sanitaria.
- Alcance de la divulgación: nº de ejemplares editados; nº y categoría profesional de personas a las que se envía.
- Comprobar si se han impartido los módulos formativos. Alcance: nº de cursos impartidos, distribución zonal; nº de profesionales y categoría de los que han asistido.

### Acción 2

- Comprobar si se reconoce el trabajo de acompañamiento valorándolo en las ayudas.
- Alcance: Nº de personas voluntarias utilizadas para estas tareas de acompañamiento.

### Acción 3

- Nº de Talleres de EpS organizados y nº de asistentes; Distribución zonal de los talleres.



- Nº de talleres específicos para personas dedicadas a la prostitución: nº de asistentes; distribución zonal de los talleres.

#### Acción 4

- Comprobar si se ha mantenido el programa de distribución e intercambio de jeringuillas y otros útiles. Alcance: nº de jeringuillas y otros útiles repartidos.
- Medios utilizados en el reparto: Entidades que han participado; nº y volumen de reparto por entidad; distribución por zonas.

#### Acción 5

- Comprobar si se han mantenido los proyectos de educación de calle. Nº de profesionales y horas dedicadas a esta tarea; distribución zonal de trabajo; nº de personas atendidas.

#### Acción 6

- Comprobar si se ha mantenido el proyecto de sala de consumo. Nº de profesionales y nº de horas dedicadas a la sala; tipo de actividades desarrolladas; nº de personas atendidas; cuantía de los materiales y útiles entregados.

#### Acción 7

- Comprobar si se ha elaborado la ficha- registro consensuado y si se ha aplicado entre las entidades. Alcance: nº de entidades que la utilizan.
- Comprobar si se han realizado los análisis de los datos recogidos y resultados obtenidos.

## PROGRAMA V.17º- COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN EN ALTA EXCLUSIÓN SOCIAL

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

De forma similar a lo señalado en el programa I de esta línea, con respecto a los recursos sanitarios entre las personas adictas en alta exclusión y los recursos sociales que les pueden proporcionar una cobertura se produce a menudo un vacío, que hace que su situación de exclusión se agrave.

Los recursos sociales deben de ser permeables y acomodarse a la situación que viven estas personas, para que estas personas accedan con más facilidad a los recursos sociales que satisfacen sus necesidades básicas.

Esta mejora debe de orientarse primordialmente para garantizar la subsistencia de estas personas, pero es que además en el marco de esta relación pueden entrar en contacto con recursos sociales especializados, que les proporcionen ayudas para permitirles cambiar de vida, sino totalmente al menos parcialmente o por largos periodos.

### OBJETIVO

**General:** Asegurar la subsistencia y mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de adicción en alta exclusión.

**Operativo:** Proporcionar recursos que cubran las necesidades básicas de alimentación, higiene, descanso, alojamiento y acompañamiento a personas con problemas de adicción en alta exclusión.

## ACCIONES

### **1º.- Promover que los recursos sociales atiendan adecuadamente a personas con problemas de adicción en situación de exclusión social, facilitando su acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos**

- Establecer un protocolo de trato y actuación, que comprenda mecanismos de información, orientación y coordinación, consensuados entre servicios sociales y sanitarios y los recursos especializados en atención a personas en alta exclusión.
- El protocolo tendrá en cuenta el acceso a las prestaciones de la Ley Garantía de Ingresos. Garantizando el derecho al acceso a los recursos de ayuda social y económica disponible, eliminando las restricciones que lo vinculan al seguimiento de un tratamiento.
- Divulgar dicho protocolo entre profesionales de los servicios sociales.
- Ofertar formación al personal de servicios sociales sobre la reducción de riesgos y daños, sobre la aplicación del protocolo y la derivación y orientación hacia otros recursos.

### **2º.-Consolidar los recursos de pernocta de baja exigencia específicos para drogodependientes y abiertos para personas en riesgo de exclusión social**

- Mantener, el centro de pernocta de baja exigencia para drogodependientes (Hontza).
- Mantener, los recursos de pernocta de baja exigencia para personas en exclusión (albergues de emergencia).
- Mejorar estos recursos dotándolos de servicios complementarios y de información, orientación y ayuda para las personas usuarias.

### **3º.-Consolidar los centros de día de baja exigencia**

- Mantener y en su caso mejorar los recursos de centros de día de baja exigencia.
- Los centros de día de baja exigencia, prestarán los servicios de alimentación básica (café caliente y galletas), higiene (duchas), lavandería y consigna e información y acompañamiento a los servicios sociales y sanitarios.

### **4º.- Consolidar los comedores sociales como recursos de baja exigencia**

- Mantener el recurso de los comedores sociales.
- Mejorar el recurso ampliando sus funciones con tareas complementarias y de información, orientación y ayuda para las personas usuarias, para lo cual se impartirá la formación oportuna al personal que lo atiende.

### **5º.-Establecer un sistema de tutelaje de personas drogodependientes con discapacidad o con limitaciones para el manejo personal**

- Realizar un estudio sobre las posibilidades de poner en marcha un recurso de estas características.
- Establecer un sistema de tutelaje que garantice el logro y mantenimiento de los recursos y derechos de personas drogodependientes con discapacidad o con limitaciones para el manejo personal 2012.
- Realizar una evaluación del servicio al final de 2013.

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha realizado el protocolo teniendo en cuenta el acceso a las prestaciones de la ley de garantía de ingresos. Alcance en la divulgación del protocolo, nº de ejemplares editados; nº de personas y categoría profesional a las que se envía.
- Alcance sobre los módulos formativos sobre la reducción de riesgos y daños, sobre la aplicación del protocolo y la derivación y orientación hacia otros recursos: nº de módulos impartidos, nº de profesionales y de que categoría profesional han asistido.

### Acción 2

- Comprobar si se mantiene el centro de pernocta de baja exigencia para drogodependientes (Hontza). Estado de las ayudas y mantenimiento de plazas.
- Comprobar si se mantienen los recursos de pernocta de baja exigencia para personas en exclusión (albergues de emergencia). Estado de las ayudas y mantenimiento de plazas.
- Índices de ocupación de dichos recursos: nº de ocupantes al año, media diaria.

### Acción 3

- Comprobar si se mantiene los recursos de centros de día de baja exigencia. Estado de las ayudas y mantenimiento de plazas.

### Acción 4

- Comprobar si se mantienen los comedores sociales como recursos de baja exigencia. Estado de las ayudas y mantenimiento de plazas y turnos (desayuno, comida, cena). Alcance: nº de servicios día prestados, nº personas atendidas.
- Alcance en la impartición de cursos al personal: nº de cursos, nº de personas asistentes.

### Acción 5

- Comprobar si se ha realizado el estudio y las conclusiones a las que se ha llegado.
- Comprobar si se han puesto en marcha las acciones recomendadas en el estudio.

## PROGRAMA V.18º- MEDIDAS BASICAS DE INCLUSIÓN PARA PERSONAS ADICTAS CON CONSUMOS ACTIVOS

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Una parte importante de las personas adictas tienen grandes dificultades para acceder a los recursos, servicios y ayudas destinadas a su inserción al estar dirigidas a personas que hayan terminado con éxito un tratamiento terapéutico.

Se considera necesario ir creando recursos para personas que están en una situación intermedia, personas adictas en activo, pero que pueden acceder a otros estilos de vida no en alta exclusión, sino más normalizados, y que en la actualidad están utilizando parte de los recursos dirigidos a las personas en alta exclusión porque no reciben otro tipo de ayuda.

### OBJETIVO

**General** Que personas adictas en activo puedan sortear la alta exclusión, llevando a cabo un estilo de vida estable.

**Operativo.** Abrir y garantizar el acceso de recursos sociales de inclusión a personas adictas pero con capacidad de evitar la alta exclusión.

## ACCIONES

### **1º.- Acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos a las personas adictas con consumos activos**

- Garantizar el derecho al acceso a los recursos de ayuda social y económica disponible sin limitaciones ni restricciones por ser adictas con consumos activos.
- Los convenios de inserción de las personas drogodependientes no estén necesariamente vinculadas al seguimiento de un tratamiento.

### **2º.- Propiciar el mantenimiento y desarrollo de medidas que garanticen un medio residencial tutelado**

- Realizar un análisis de los recursos residenciales y las posibilidades de que estas personas (adictas con consumos activos), puedan acomodarse a los recursos residenciales actuales.
- En caso de no darse esa posibilidad, creación de algún recurso específico a modo de piso tutelado para estas personas.
- En 2012 estas personas deberían tener acomodo.
- En 2013 hacer una evaluación de la experiencia.

### **3º.-Acomodación de otros recursos de inclusión hacia estas personas**

Propiciar la aceptación de estas personas en tres tipos de recursos, que exijan un comportamiento correcto, pero que no limiten su participación por su consumo:

- Centros de día de alta exigencia.
- Proyectos formativos para personas en proceso de inclusión o incorporación social.
- Ayudas a la contratación, al empleo y/o al empleo protegido a personas en procesos de inclusión o incorporación social, observando el modelo de iniciativas similares como las que se realizan en el ámbito de las discapacidades.

### **4º.- Medidas residenciales específicas para mujeres**

.- Dadas las dificultades específicas para desarrollar procesos de incorporación social en mujeres adictas, se tendrá en cuenta su inclusión en todos los recursos, especialmente en los residenciales tutelados, bien como experiencias mixtas con reserva de alguna plaza para mujeres o bien en exclusivas de mujeres.

## INDICADORES

### **Acción 1**

- Comprobar si se ha garantizado el derecho al acceso a los recursos de ayuda social y económica disponible sin limitaciones ni restricciones por ser adictas con consumos activos.
- Alcance: Nº de demandas de ayuda social y económica recibidas; nº de personas atendidas por las prestaciones sociales y económica en estas condiciones; relación demandas/concesiones.

### **Acción 2**

- Comprobar si se ha realizado el análisis y los contenidos del mismo, relativos a la cantidad y tipología de personas adictas en activo puedan acomodarse a recursos residenciales actuales.
- Comprobar si se han abierto dichos recursos a esta población. Alcance nº de recursos abiertos, nº de estas personas que han ido a vivir a dichos recursos.
- Comprobar si se han abierto recursos nuevos para atender a quienes no han tenido cabida en los recursos actuales. Alcance: nº de recursos nuevos abiertos, nº de personas atendidas en estas residencias; relación demandas/concesiones.

#### **Acción 3**

- Comprobar si se han abierto dichos recursos a esta población. Alcance: nº de recursos que se abren a estas personas, nº de personas que están utilizando los centros de día de alta exigencia; nº de personas que están participando en proyectos formativos dirigidos a personas en proceso de inclusión; nº de personas que han sido contratadas en el programa de contratación de ex-toxicómanos/as.

#### **Acción 4**

- Comprobar si en el análisis realizado, se ha tenido en cuenta la problemática específica de las mujeres y si se han abierto dichos recursos a esta población de mujeres, alcance: nº de estas mujeres que han ido a vivir a estos recursos.
- Comprobar si se han abierto recursos nuevos para atender a las mujeres que no han tenido cabida en los recursos actuales. Alcance: nº de mujeres en estas condiciones que son atendidas; relación demandas/concesiones.

## **PROGRAMA V 19º- MEDIDAS A FAVOR DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL**

### **JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA**

Las personas con problemas de adicciones se hallan excluidas respecto a los procesos y funciones sociales, por diversos motivos. Pero el cambio de rumbo, incluso cuando se ha finalizado con éxito un proceso terapéutico, es muy difícil si no se dispone de vías de incorporación que satisfagan tanto las necesidades más básicas (alimentación, cobijo, aseo, etc.), como las oportunidades más integradoras (formación y empleo, participación social, etc.).

La justificación de este programa viene dada desde los primeros planes y está presente en todas las prioridades de Planes autonómicos, el Plan Nacional y las orientaciones europeas: Se trata de brindar oportunidades de inclusión a las personas que están en ese proceso vital.

### **OBJETIVO**

**General** Que las personas en proceso de incorporación social (estén o no en tratamiento y con independencia del tipo de tratamiento que sigan) puedan finalizar con éxito su recorrido hacia su plena incorporación social.

**Operativo.** Garantizar el acceso de recursos sociales de inclusión a personas que sigan un proceso de incorporación social (estén o no en tratamiento y con independencia del tipo de tratamiento que sigan).

## ACCIONES

### **1ª.- Acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos a las personas en proceso de incorporación**

- Garantizar el derecho al acceso a los recursos de ayuda social y económica disponible sin limitaciones ni restricciones.
- Acceso a los convenios de inserción de las personas que estén en este proceso.

### **2ª.- Garantizar un medio residencial tutelado a las personas en tratamiento y en proceso de inserción**

- Mantenimiento de los recursos residenciales actuales de apoyo a tratamiento.
- Mantenimiento de los recursos residenciales actuales de corta estancia de apoyo a la incorporación social dirigidos a cubrir las necesidades, únicamente, durante ese proceso.
- Realizar un análisis de los recursos residenciales actuales que puedan cubrir las necesidades de apoyo a tratamiento y de inicio de procesos de inserción, cotejarlo con la realidad y ver si es necesaria o no la creación de otros recursos en este sentido.
- Mantenimiento de los recursos residenciales actuales de larga estancia de apoyo a la incorporación social de personas con dificultades para llevar una vida plenamente autónoma.
- Atención especial en los recursos residenciales a la problemática de las mujeres reservando algunas plazas en recursos mixtos o bien en residencias exclusivas de mujeres.

### **3ª.- Consolidación de los proyectos de incorporación adscritos a los programas terapéuticos**

- Mantenimiento de los proyectos de incorporación social implantados en los propios recursos terapéuticos que prestan apoyo socio-educativo a las personas en las fases finales del tratamiento.

### **4ª.- Consolidación de los centros de día de alta exigencia**

- Mantenimiento de los centros de día de alta exigencia, que ofrezcan apoyo socio-educativo a personas en riesgo de exclusión.
- Promover la participación de las personas en proceso de inserción en centros de día de alta exigencia, facilitando su sociabilidad a través de la incorporación a actividades grupales.

### **5ª.- Impulsar la creación de programas de formación laboral para personas en riesgo de exclusión**

- Desarrollo de programas formativos y de capacitación básica para personas en riesgo de exclusión, que permitan tanto acceder a una capacitación básica a través de talleres pre-laborales o formación ocupacional como la participación y el encuentro con otras personas en similares condiciones.

### **6ª.- Desarrollo de medidas en las nuevas políticas de empleo (Lanbide)**

- Revisar y en su caso mantener el actual programa de ayudas a la contratación de personas ex-toxicómanas.

- Explorar las opciones que ofrecen las nuevas políticas de empleo (Lanbide), de cara a poner en marcha programas laborales adaptados a personas en proceso de inserción y riesgo de exclusión.
- Desarrollar proyectos de trabajo reducidos en horas, trabajo protegido, talleres ocupacionales, dirigidos a personas en procesos de inclusión o incorporación social, observando el modelo de iniciativas similares como las que se realizan en el ámbito de las discapacidades

## INDICADORES

### Acción 1

- Comprobar si se ha garantizado el derecho y su alcance: nº de personas en estas condiciones que acceden a esta prestación; relación demandas/concesiones.

### Acción 2

- Comprobar si se mantienen los recursos residenciales actuales de apoyo al tratamiento, para cubrir las necesidades durante ese proceso. Alcance: nº de recursos; nº de plazas disponibles; nº de personas que han utilizado el recurso.
- Comprobar si se mantienen los recursos residenciales de corta estancia. Alcance: nº de recursos; nº de plazas disponibles; nº de personas que han utilizado el recurso.
- Comprobar si se ha realizado el análisis sobre los recursos y se conocen la relación entre necesidades y recursos existentes.
- Comprobar si se mantienen los recursos residenciales de larga estancia. Alcance: nº de recursos; nº de plazas disponibles; nº de personas que han utilizado el recurso.
- Comprobar si los recursos residenciales actuales están atendiendo a la problemática específica de las mujeres. Alcance: nº de recursos que acogen a mujeres; nº de plazas disponibles para las mujeres; nº de mujeres que han utilizado el recurso.

### Acción 3

- Comprobar si se mantienen proyectos de incorporación social implantados en los propios recursos terapéuticos. Alcance: nº de recursos; nº de plazas disponibles; nº de personas que han utilizado el recurso.

### Acción 4

- Comprobar si se mantienen los centros de día de alta exigencia Alcance: nº de recursos; nº de plazas disponibles; nº de personas que han utilizado el recurso.
- Comprobar si desde los centros de tratamiento se anima a participar en centros de día de alta exigencia. Alcance: nº de personas derivadas desde dichos recursos.

### Acción 5

- Comprobar si se han desarrollado programas formativos y de capacitación básica (talleres pre-laborales o formación ocupacional), para personas en riesgo de exclusión. Alcance: nº de proyectos, nº de plazas disponibles; nº de usuarios.

### Acción 6

- Comprobar si se mantiene el programa de contratación de personas ex-toxicómanas. Alcance: nº de plazas disponibles; nº de personas que han accedido al programa.
- Comprobar si se han puesto en marcha los programas laborales para personas en proceso de inserción y riesgo de exclusión a través de Lanbide. Alcance: nº de plazas disponibles; nº de personas que han accedido al programa.

- Comprobar si se han desarrollado proyectos de trabajo reducidos en horas, trabajo protegido y talleres ocupacionales. Alcance: nº de experiencias; nº de plazas disponibles; nº de personas que han accedido al programa.

## PROGRAMA V.20º- INTERVENCIÓN CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES BAJO MEDIDAS PENALES

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

En el colectivo de personas con adicciones tiene especial relevancia, por la problemática que acarrea, el grupo que tiene problemas judiciales, y dentro de este grupo, aquéllas que están internadas en los establecimientos penitenciarios.

Recordando lo expuesto en los capítulos I y II dedicado al diagnóstico y a los recursos el nº de personas atendidas por:

- El Servicio de Orientación al Detenido (SAOS), en el último lustro oscila entre los 2.206 y los 1.904 y casi un tercio de las personas (entre el 32 y el 33%), tienen problemas de toxicomanías o alcoholismo.
- El Servicio de de Asistencia a la Ejecución Penal y a la Reinserción (SAER), viene interviniendo entre 1022 y 1329 personas en el último lustro, de los cuales entre el 70-85% tienen problemas de alcoholismo o toxicomanías.
- El número de personas atendidas oscila entre un mínimo de 607 y un máximo de 940, pero en años intermedios, siendo de 806 el último año.

La mejora de las condiciones de vida de estas personas y del incremento de sus posibilidades de incorporación pasa por dos intervenciones, una sobre su realidad de persona adicta a través de procesos terapéuticos de prevención determinada y de incorporación social, la otra el abordaje de la problemática jurídico-penal y penitenciaria.

En los casos en los que se puede acceder a medidas que sustituyan las penas de prisión por otras alternativas suponen abrir las posibilidades de incorporación; pero en aquellos casos en los que se mantienen en prisión, las personas presas tienen derecho a acceder a todos aquellos programas y recursos terapéuticos, asistenciales y preventivos disponibles, y ello con las mismas garantías que las ofrecidas en los servicios comunitarios.

### OBJETIVO

**General:** Mejora de la salud y la calidad vida de las personas con problemas de adicción bajo medidas penales y contribuir a su incorporación social.

**Operativo:** Apoyar y coordinarse con el sistema judicial y penitenciario para garantizar a las personas penadas en general, y a las adictas en particular, su acceso a similares recursos de reducción de daños e incorporación social que las personas no penadas.



## ACCIONES

### **1ª.- Consolidar los programas de intercambio de jeringuillas y de otros materiales de consumo de menor riesgo en prisiones**

- Mantener las intervenciones de tratamiento y de RR. de RR y Daños.
- Mantener el nivel de cobertura del programa a las necesidades observadas.
- Mantener la colaboración y coordinación con el Plan de SIDA.
- Contextualizar esto con la nueva situación que se produce con el traspaso de competencias.
- Acomodar los avances obtenidos en el sistema asistencial convencional al penitenciario.

### **2ª.-Desarrollo de actividades de Educación para la salud y la formación de pares en personas con problemas de drogodependencias en prisión**

- Desarrollar intervenciones personales y talleres de Educación para la salud.
- Abordarán los temas de prevención de los usos problemáticos de drogas, sexo seguro, prevención de sobredosis, consumo de menor riesgo, transmisión VIH y hepatitis.
- Habrá intervenciones específicas para mujeres especialmente si se dedican a la prostitución.

### **3ª.- Propiciar las conexiones de las personas en tratamientos en prisión con entidades con programas terapéuticos y de incorporación social**

- Mantener y en caso mejorar las conexiones entre personas drogodependientes en prisión y los recursos terapéuticos del exterior, facilitando la continuidad del proceso terapéutico y los enlaces con los recursos de incorporación social.
- Facilitar la conexión de las personas drogodependientes en prisión con recursos específicos de incorporación social del exterior.

### **4ª.- Apoyo a los servicios de Asistencia a la Ejecución Penal (IRSE/SAER) para facilitar los cumplimientos alternativos que permitan medidas de incorporación social**

Mantener los servicios actuales de apoyo a las medidas de ejecución penal (SAOS-SAER)

- Profundizar en la coordinación entre el Dpto. de Justicia, el IRSE-SAER, Osakidetza y Los servicios sociales especializados y la Administración de Justicia, que facilite cumplimientos alternativos favorecedores de procesos de incorporación e inclusión social.
- Establecer evaluaciones anuales y propuestas de mejora.

## INDICADORES

### **Acción 1**

- Comprobar si se han mantenido las intervenciones de tratamiento y de RR. de RR y Daños en las tres prisiones. Alcance: nº de personas en prisión atendidas.
- Comprobar si se ha mantenido la colaboración y coordinación con el Plan de SIDA en prisión. Alcance: nº de personas en prisión atendidas con las intervenciones de Reducción de Daños, nº jeringuillas intercambiadas, nº de preservativos repartidos.
- En el caso de producirse un traspaso de competencias comprobar si se han producido ajustes con la nueva situación: si se han mejorado los servicios y su alcance: ratios de profesionales por personas reclusas atendidas.

- Comprobar si se incorporan al sistema penitenciario los avances obtenidos en el sistema asistencial convencional. Alcance: nº de personas tratadas con los nuevos tratamientos.

#### **Acción 2**

- Comprobar si se han desarrollado intervenciones personales y talleres de Educación para la salud. Alcance: nº de intervenciones según tipo; nº de usuarios.
- Comprobar si se han abordado los temas de prevención de los usos problemáticos de drogas, sexo seguro, prevención de sobredosis, consumo de menor riesgo, transmisión VIH y hepatitis. Alcance: nº de intervenciones de cada tipo, nº de personas participantes.
- Comprobar si se han desarrollado intervenciones específicas para mujeres especialmente si se dedican a la prostitución. Alcance: nº de intervenciones de cada tipo, nº de mujeres participantes.

#### **Acción 3**

- Comprobar si se han mantenido las conexiones entre personas drogodependientes en prisión y los recursos terapéuticos del exterior. Alcance: nº entidades que participan, nº de reclusos que participan.
- Comprobar si se ha facilitado la conexión de las personas drogodependientes en prisión con recursos específicos de incorporación social del exterior. Alcance: nº entidades que participan, nº de reclusos/as que participan.

#### **Acción 4**

- Comprobar si se han mantenido los servicios actuales de apoyo a las medidas de ejecución penal (SAOS-IRSE-SAER). Alcance.: nº de proyectos desarrollados, nº de personas con medidas judiciales atendidas.
- Comprobar si se han establecido evaluaciones anuales de los servicios; Nº de propuestas de mejora.

### **4.6.- COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES**

#### **VI.- LÍNEA DE COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES**

**META: incremento de la eficacia y eficiencia de los quipos profesionales de entidades públicas y de la iniciativa social, a través de la mejora de los soportes técnicos necesarios para el desarrollo de su labor**

La intervención sobre las adicciones, como en cualquier otra intervención social, educativa o sanitaria, necesita contar con equipos debidamente cualificados, pero en este caso además debe de neutralizar las influencias no deseadas de las representaciones sociales creadas en torno al fenómeno que, frecuentemente, entorpecen la eficacia de las intervenciones.

La complejidad del fenómeno, a su vez, ha propiciado que se construya una intervención amplia con diversas estrategias y niveles de intervención, que necesita incardinarse en diversos sistemas como el escolar, sanitario, servicios sociales, policial, laboral...

Frente a estas necesidades, los diversos planes e intervenciones vienen desarrollando una línea estratégica de apoyo a los profesionales y de coordinación con otros sistemas.

## PROGRAMA VI 21º COORDINACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

A la complejidad del fenómeno se responde con una intervención amplia, que va más allá de la propia y específica de las adicciones, y que está presente en otros sistemas, para prevenir, para dispensar un tratamiento, avanzar en la incorporación social o reducir el acceso.

La coordinación, en estas condiciones, se convierte en un instrumento imprescindible para una intervención eficaz, máxime cuando se quieren primar principios como la corresponsabilidad y la sostenibilidad.

### OBJETIVOS

**General:** potenciar la eficacia y eficiencia de las intervenciones derivada de la sinergia que debe de surgir por la cooperación y la corresponsabilidad de diversos sistemas (servicios, recursos, direcciones, departamentos y entidades).

**Operativo:** Promover espacios destinados a reflexiones conjuntas entre los responsables políticos, técnicos y especialistas de diversos sistemas con el fin de favorecer la colaboración y cooperación en las intervenciones.

### ACCIONES

#### 1º Coordinación en el área de control:

- Avanzar en la coordinación entre policías locales, la Ertzantza y otros recursos de control para que las actividades legales de oferta y consumo se ajusten a la legalidad vigente.
- Avanzar en la coordinación entre Ertzantza y Dpto. de Sanidad para el control del comercio ilegal de estupefacientes legales.
- Avanzar en la coordinación entre policías locales, la Ertzantza y el poder judicial, para el control y persecución de los delitos más frecuentes de tráfico de drogas.
- Coordinación entre los diversos cuerpos de seguridad, locales, autónomos (Ertzantza) y del Estado y de éstos con el poder judicial, para el control y persecución de los delitos más graves de tráfico de drogas y del “blanqueo” de dinero resultante de dichos delitos.

#### 2º.- Coordinación en el Área de prevención

- Promover iniciativas en la Comisión mixta para el desarrollo de intervenciones preventivas en el ámbito educativo, tanto de prevención universal como selectiva.
- Promover la coordinación con las direcciones de Juventud, de Familia y con los equipos técnicos locales, para el desarrollo de los proyectos de prevención comunitaria.
- Promover la coordinación con los recursos de atención primaria de Osakidetza (medicina de familia y pediatría), para promover iniciativas de prevención y promoción de la salud, detección de casos y orientación.
- Promover la coordinación con Osalan para el desarrollo de los proyectos preventivos en el ámbito laboral.

#### 3º.- Coordinación en las Áreas de asistencia terapéutica, prevención determinada e inclusión social

- Incluir las adicciones en los foros de coordinación del espacio socio-sanitario, en especial los que pueden facilitar una adecuada acogida a las personas afectadas de una adicción.

- Promover y participar en procesos de coordinación de diversos recursos sanitarios y sociales a fin de instaurar nuevas iniciativas de tratamiento, especialmente en los casos de tratamientos con cannabis terapéutico y la dispensación de heroína.
- Promover la coordinación entre recursos sociales de diverso origen destinados a la prevención determinada y la reducción de riesgo, en especial los que hacen referencia a las ayudas sociales para la incorporación social.
- Promover la coordinación de recursos e iniciativas del GV, Diputaciones y Ayuntamientos para la inserción social de personas con adicción.

#### **4º.- Coordinación supra-autonómica**

- Continuar con la participación en el órgano de coordinación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas denominada Comisión Interautonómica.
- Continuar con la participación en reuniones de trabajo con responsables de drogodependencias de otras comunidades autónomas del Estado.
- Continuar con la participación y colaboración en programas de cooperación internacional y de intervención conjunta (Proyecto transfronterizo con el Departamento de Pirineos Atlánticos del Estado francés ...)

#### **INDICADORES**

##### **Acción 1**

- Nº de reuniones entre responsables de la Ertzantza, las policías locales y otros recursos de control de la CAPV, para tratar el tema del control de actividades legales de oferta y consumo. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de la Ertzantza y Dpto. de Sanidad para el control del comercio ilegal de estupefacientes legales.
- Nº de reuniones entre responsables de los diversos cuerpos de seguridad de locales, la Ertzantza y el poder judicial, para el control y persecución de los delitos más frecuentes de tráfico de drogas. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de los diversos cuerpos de seguridad, locales, autónomos (Ertzantza) y del Estado y de éstos con el poder judicial, para el control y persecución de los delitos más graves de tráfico de drogas y del “blanqueo” de dinero resultante de dichos delitos. Temas tratados y acuerdos adoptados.

##### **Acción 2**

- Nº de reuniones de la Comisión Mixta. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de drogodependencias, los de las direcciones de Juventud y de Familia y con los equipos técnicos locales. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de drogodependencias y de atención primaria de Osakidetza. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de drogodependencias y de Osalan. Temas tratados y acuerdos adoptados.

##### **Acción 3**

- Foros de coordinación del espacio socio-sanitario en los que se ha tratado el tema de las adicciones. Nº de reuniones, temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones entre responsables de drogodependencias con otras entidades y servicios del área de prevención determinada e inclusión. Temas tratados y acuerdos adoptados.

- Nº de reuniones entre responsables de drogodependencias con otras entidades y servicios del área de tratamiento terapéutico y los servicios sociales para abordar las nuevas iniciativas de tratamiento, especialmente en los casos de tratamientos con cannabis terapéutico y la dispensación de heroína. Temas tratados y acuerdos adoptados.

#### Acción 4

- Nº de reuniones de la Comisión Interautonómica a las que se asiste, en función de las convocadas. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Nº de reuniones con responsables de otras CC.AA. Temas tratados y acuerdos adoptados.
- Programas de cooperación internacional y de intervención conjunta en los que se ha participado. Contenido de la participación.

## PROGRAMA VI 22º INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y BASICA EN ADICCIONES

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La investigación en adicciones es una necesidad para ir avanzando, especialmente porque un desajustado interés social y político sobre ellas ha favorecido que parte de las acciones para reducir los problemas hayan estado orientadas por creencias con escasa base real. Aunque, en los últimos años se han venido produciendo investigaciones que han permitido asentar las intervenciones sobre bases más realistas, aún hoy subsisten demasiados planteamientos preconcebidos y sin ningún fundamento real.

Es importante tener en cuenta además que, en fenómenos como éste, tienen una influencia notable ciertas características de las poblaciones de una zona o región, que no son extrapolables a conjuntos más amplios; mientras que por otro lado, las intervenciones destinadas de reducir los comportamientos problemáticos, así como el resultado de las adicciones dependen de las características y recursos de la comunidad; todo lo cual nos lleva a cubrir la necesidad de tener un buen conocimiento de la realidad de nuestro entorno.

### OBJETIVOS

**General:** Contribuir a la mejora del conocimiento científico y contrastado sobre el uso de drogas, el juego, las drogodependencias y ludopatías.

**Operativo:** promover el estudio y la investigación epidemiológica y aplicada del fenómeno de las adicciones, que ayuden a la mejora de las actuaciones preventivas, asistenciales y de inclusión social.

### ACCIONES

#### 1º: Análisis de las investigaciones promovidas periódicamente y sus resultados

- Revisión de los diversos recursos existentes en investigación del Dpto. de Sanidad (SEIT, Epidemiología y Plan de Salud) y del Observatorio Vasco de Drogodependencias de la Dirección de Drogodependencias.
- Ajuste de los recursos y sus contenidos evitando duplicidades y vacíos.

**2º: Análisis de investigaciones puntuales, complementarias a las periódicas y que responden a propuestas de las comisiones de trabajo del Consejo Asesor y/o a intereses de la Dirección de drogodependencias:**

- Estudio de situación de recursos y actividades en diversas zonas: Margen Izquierda, Alto Deba; Rioja Alavesa; Lea-Artibai.
- Estudios epidemiológicos en la escuela (Drogas y Escuela VIII).
- Estudio sobre nuevos tratamientos en personas adictas (con la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao).
- Estudio sobre adicciones sin sustancia.
- Seguimiento del problema del alcohol.
- Avanzar en la evaluación de la prevención escolar.

**3º Establecimiento de un programa de investigación del VI Plan con proyectos de investigación anuales**

- Determinación de prioridades para todo el ciclo del VI Plan y para cada año de investigación en drogodependencias.
- Incorporar a todos los estudios sobre el consumo de drogas con estadísticas y a su difusión, las variables relativas a la perspectiva de la equidad, lo que traduce en que tanto los estudios que se realicen como las estadísticas publicadas tengan en cuenta los principales ejes de desigualdad social (género, clase social, lugar de residencia, país de origen, discapacidad, etc.).
- Elaboración de un calendario de investigaciones para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.
- Puesta en marcha de los mecanismos de apoyo económico y coordinación suficientes para su ejecución.

**INDICADORES**

**Acción 1**

- Comprobar si se han revisado los recursos existentes en investigación del Dpto. de Sanidad (SEIT, Epidemiología y Plan de Salud) y del Observatorio Vasco de Drogodependencias de la Dirección de Drogodependencias.
- Comprobar si el resultado del análisis de los recursos ha permitido detectar duplicidades y vacíos.
- Comprobar si ha sido posible ajustar los recursos evitándose duplicidades y vacíos.

**Acción 2**

- Comprobar si se ha establecido la prioridad para cada uno de los estudios propuestos (de situación epidemiológico en la escuela, nuevos tratamientos en personas adictas, adicciones sin sustancia, problema del alcohol, evaluación de la prevención escolar...)
- Comprobar si se ha establecido la viabilidad de dichos estudios.
- Comprobar si se han incorporado al programa de investigaciones del VI Plan aquellos que han sido considerados como prioritarios y viables.

**Acción 3**

- Comprobar si se han determinado prioridades para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.
- Comprobar si se ha elaborado un calendario de investigaciones para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.

- Comprobar si se han ejecutado las investigaciones previstas para cada año y para todo el ciclo del VI Plan. Resultados más significativos obtenidos.

## PROGRAMA VI 23º DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ADICCIONES

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Es una evidencia la necesidad de que los avances en el conocimiento del fenómeno de las adicciones circulen entre los profesionales para que las intervenciones se ajusten a ellos.

### OBJETIVOS

**General:** Que las entidades que trabajen en drogodependencias y otras adicciones, sean públicas o de iniciativa social, puedan tomar decisiones ajustadas al conocimiento existente de la realidad.

**Operativo:** Proporcionar a las instituciones públicas, a las entidades de la iniciativa social y a los profesionales un sistema de documentación e información sobre el fenómeno de las adicciones actualizado.

### ACCIONES

#### 1º: Análisis de la estructura de divulgación existente

- Revisión de los diversos recursos existentes de divulgación de la información para los profesionales del Dpto. de Sanidad y del Observatorio de Drogodependencias de la Dirección de Drogodependencias.
- Analizar el desarrollo de actividades complementarias a los sistemas de información estables actuales.
- Ajuste de los recursos y sus contenidos evitando duplicidades y vacíos.

#### 2º Establecimiento de un programa de divulgación del VI Plan, con proyectos de investigaciones anuales

- Determinación de prioridades para todo el ciclo del VI Plan y para cada año de divulgación de la información, sugiriéndose informes estables y periódicos e informes puntuales.
- Establecimiento de un calendario de informes periódicos y su posible complementación con acciones puntuales según los intereses.
- Puesta en marcha de los mecanismos de apoyo económico y coordinación suficientes para su ejecución.

### INDICADORES

#### Acción 1

- Comprobar si se han revisado los recursos existentes de divulgación de la información para los profesionales del Dpto. de Sanidad y del Observatorio Vasco de Drogodependencias de la Dirección de Drogodependencias.

- Comprobar si el resultado del análisis de los recursos ha permitido detectar duplicidades y vacíos.
- Comprobar si ha sido posible ajustar los recursos evitándose duplicidades y vacíos.

#### **Acción 2**

- Comprobar si se han determinado las prioridades para todo el ciclo del VI Plan y para cada año y se han señalado posibles informes periódicos e informes puntuales.
- Comprobar si se ha elaborado un calendario de divulgación de informes periódicos e informes puntuales para todo el ciclo del VI Plan.
- Comprobar si se ha ejecutado la divulgación de informes prevista para todo el ciclo del VI Plan. Alcance: tipo de informe, publicaciones, Nº de ejemplares y personas destinatarias.

## **PROGRAMA VI 24º FORMACIÓN DE PROFESIONALES**

### **JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA**

La formación de los profesionales es fundamental si se quiere avanzar hacia intervenciones más eficaces y eficientes; además, uno de los objetivos estratégicos de este VI Plan es el de mejorar y asegurar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.

En este contexto era innegable que la formación tenía que constituir uno de los programas del Plan.

### **OBJETIVOS**

**General:** Incrementar la capacitación de los profesionales que están trabajando en las diversas líneas de intervención de las adicciones.

**Operativo:** Ampliar y mejorar las intervenciones de formación básica, especializada y continuada de profesionales en materia de adicciones.

### **ACCIONES**

#### **1º Análisis de la estructura de formación:**

- Revisión de los diversos recursos formativos para los profesionales promovidos por el Dpto. de Sanidad y la Dirección de Drogodependencias.
- Revisión de otros recursos formativos especializados como el del Dpto. de Interior para la Ertzantza.
- Determinación de prioridades formativas para cada año.
- Ajuste de los recursos y sus contenidos evitando duplicidades y vacíos.

#### **2º: Análisis de las propuestas formativas promovidas desde las comisiones de trabajo del Consejo Asesor y/o de la Dirección de drogodependencias:**

- Formación y sensibilización de profesionales de los medios de comunicación de cara a la acción del programa comunitario de prevención universal.
- Formación en intervención breve, técnicas de psicoterapia breve y counseling, al personal sanitario, de servicios sociales, y equipos técnicos de prevención para



orientar a las personas y/o a sus familias hacia recursos especializados de prevención o de tratamiento.

- Desarrollo de formación especializada al personal sanitario implicado en la asistencia de personas adictas, buscando su actualización sobre los asuntos de importancia como son la patología dual, las patologías de la conducta y los patrones de consumos emergentes.
- Desarrollo de actividades de formación de agentes de salud laboral.
- Actividades de formación para profesionales orientadas a activar la labor de mediadores y voluntariado vinculado a programas y proyectos.

### **3º Establecimiento de un programa de formación del VI Plan con proyectos formativos anuales**

- Determinación de prioridades de formación en materia de drogodependencias para todo el ciclo del VI Plan y para cada anualidad.
- Mantener y en su caso realizar una propuesta de mejora de la estructura de formación de la Ertzantza en materia de drogodependencias.
- Elaboración de un calendario formativo para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.
- Puesta en marcha de los mecanismos de apoyo económico y coordinación suficientes para su ejecución.

## **INDICADORES**

### **Acción 1**

- Comprobar si se han revisado los recursos existentes de formación en drogodependencias del Dpto. de Sanidad, de la Dirección de Drogodependencias y del Dpto. de interior.
- Comprobar si el resultado del análisis de los recursos ha permitido detectar duplicidades y vacíos.
- Comprobar si ha sido posible ajustar los recursos evitándose duplicidades y vacíos.

### **Acción 2**

- Comprobar si se han analizado las propuestas y se ha establecido la prioridad para cada uno de los proyectos formativos propuestos ...
- Comprobar si se ha establecido la viabilidad de dichos proyectos formativos.
- Comprobar si se han incorporado al programa formativos del VI Plan aquellos que han sido considerados como prioritarios y viables.

### **Acción 3**

- Comprobar si se han determinado prioridades formativas para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.
- Comprobar si se ha elaborado un calendario formativo en materia de drogodependencias para todo el ciclo del VI Plan y para cada año.
- Comprobar si se han ejecutado los proyectos formativos previstos para cada año y para todo el ciclo del VI Plan. Alcance: proyectos ejecutados, horas de formación, asistentes, satisfacción de los asistentes.

## PROGRAMA VI.25.- PROMOCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PLANIFICADA: DISEÑO, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN

### JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Los resultados que se pueden obtener de una intervención dependen de varios elementos, uno de los cuales es la planificación, que se conforma a partir de tres herramientas, que no son un fin en sí mismas, sino que deben estar al servicio de la mejora y que son:

- el diseño que permite ajustar los objetivos a las actividades necesarias para alcanzarlos.
- la programación, que organiza la intervención para alcanzar los objetivos.
- y la evaluación a través de la cual se conocen los logros obtenidos.

A pesar de la actitud proactiva y del alto grado de implicación de los profesionales, a menudo no se realiza una planificación adecuada a las intervenciones, lo que dificulta un proceso sistemático de mejora al no permitir conocer los resultados, las fortalezas y debilidades.

Otra de las dificultades, tal y como se apuntó en la evaluación del V Plan, reside en la terminología y concepción de algunos programas que con finalidades y metodologías diferentes se incluyen dentro del mismo grupo, siendo necesario un asentamiento de las definiciones y principios.

### OBJETIVOS

**General:** Incrementar la eficacia y la eficiencia de las intervenciones a través de la mejora continua del diseño, la programación y la evaluación.

**Operativo:** Potenciar los procesos de planificación, diseño, programación y evaluación en las intervenciones de forma que se puedan ir introduciendo mejoras sistemáticamente.

### ACCIONES

#### 1º Potenciar la programación y el diseño de las intervenciones:

- Concienciar a los profesionales sobre la importancia de diseñar y programar.
- Ofrecer formación y asesoramiento a los profesionales.
- Trabajar por un consenso en la definición y clasificación de los proyectos y programas.
- Fomentar el adecuado diseño y programación a través de acciones concretas de valoración en los convenios, concursos y subvenciones.
- Fomentar y apoyar el desarrollo de planes locales de drogodependencias.

#### 2º Potenciar la evaluación de las intervenciones:

- Concienciar a los profesionales sobre la importancia de evaluar.
- Ofrecer formación y asesoramiento a los profesionales.
- Fomentar la evaluación a través acciones concretas de valoración en los convenios, concursos y subvenciones.
- Potenciar la creación de modelos de evaluación factibles, eficaces y divulgarlos.
- Mejorar el procedimiento de evaluación de los Planes de la CAPV, estableciendo indicadores estables de seguimiento y elaborando informes anuales divulgativos.

### **3º Desarrollo de líneas operativas directamente relacionadas con la aplicación del VI Plan:**

- Poner en marcha procedimientos de análisis, elaboración y acreditación de recursos didácticos para la implementación en el medio escolar.
- Realizar estudios de investigación evaluativa en relación a los programas y actuaciones desarrollados por el VI Plan de Adicciones y divulgarlos.

## **INDICADORES**

### **Acción 1**

- Comprobar si se han desarrollado acciones de sensibilización para profesionales, de la importancia de diseñar y programar las intervenciones. Tipo, cuantía y personas destinatarias.
- Comprobar si se ha ofertado formación y asesoramiento a los profesionales sobre el diseño y la programación. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance: participantes.
- Comprobar si se han desarrollado acciones para alcanzar un consenso en la definición y clasificación de programas y proyectos. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance.
- Comprobar si se ha incluido la valoración del diseño en criterios de adjudicación de los convenios, concursos y subvenciones. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance.
- Comprobar si se han desarrollado acciones para que las entidades locales diseñen, aprueben y pongan en marcha planes de adicciones. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance nº de planes locales vigentes.

### **Acción 2**

- Comprobar si se han desarrollado acciones para sensibilizar a los profesionales de la importancia de evaluar las intervenciones. Tipo, cuantía, personas destinatarias y alcance.
- Comprobar si se ha ofertado formación y asesoramiento a los profesionales sobre la evaluación. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance: personas que han participado.
- Comprobar si se ha incluido la evaluación en los criterios de adjudicación de los convenios, concursos y subvenciones. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance.
- Comprobar si se ha mantenido la evaluación anual del Plan.
- Comprobar si se han desarrollado acciones para mejorar el procedimiento de evaluación de los Planes. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance.
- Comprobar si se han revisado, consensado y establecido los grupos de indicadores estables de seguimiento.
- Comprobar si se han incorporado a los informes anuales los indicadores estables de evaluación. Tipo, cuantía, destinatarios/as y alcance.

### **Acción 3**

- Comprobar si se ha puesto en marcha un procedimiento de análisis, elaboración y acreditación de recursos didácticos de implementación en el medio escolar. Resultados: Recursos didácticos analizados, recursos didácticos acreditados.
- Comprobar si se han realizado estudios de investigación evaluativa en relación a los programas y actuaciones desarrolladas por el VI Plan de Adicciones; si dichos resultados se han incorporado a un informe que se ha divulgado. Alcance: nº de informes realizados, distribución, personas destinatarias y número.

# ANEXO I

---

**ANEXO I: ANALISIS DEL GASTO POR LÍNEA**

**ANEXO II: ANALISIS DEL GASTO POR ENTIDAD**

## ANEXO I

---

### ANÁLISIS DEL GASTO SEGÚN LÍNEA ESTRATÉGICA Y SEGÚN INSTITUCIÓN

A continuación presentamos los datos económicos de la evaluación de las actividades en drogodependencias del año 2009 en dos formatos según las líneas estratégicas y según las instituciones y entidades promotoras.

#### 1.- Datos económicos según líneas estratégicas

Hemos considerado las diversas líneas de intervención contenidas en el V Plan que eran 8 y dentro de ella la cantidad de proyectos anuales desarrollados. Todas las entidades que han consignado una intervención en una de estas líneas aparece al menos con un 1 proyecto, ahora bien hay que entender que gran parte de los que se refiere a Departamentos de GV y Diputaciones no son ejecuciones directas, sino que son subvenciones o contratos con entidades locales y entidades de la iniciativa social para el desarrollo de los proyectos

En lo que respecta a la cuantificación económica hemos considerado tres conceptos:

.- Lo que cada entidad dice que ha ejecutado que aparece en la columna como *Presupuesto Ejecutado*

.- lo que cada entidad dice que ha aportado a esa ejecución, que en realidad es lo que se ha gastado, esto aparece en la columna como *Aportación Propia*. Ocurre que en los Departamentos del GV y en las Diputaciones suele coincidir *Aportación Propia* y *Presupuesto Ejecutado*, pero no en los ayuntamientos y sobre todo en las ONGs, porque reciben ayudas de Otros organismo y, por lo tanto su aportación es menor de lo que han ejecutado.

.-Las ayudas económicas mencionadas por las entidades que reciben la ayuda, pero que **la entidad que la proporciona no la ha citado**. Cuando esto ocurre es porque no la tiene consignada en ninguna intervención o proyecto de forma específica, sino que son ayudas a acciones generales y una parte van a parar a intervenciones en drogodependencias. Por eso hemos separado por filas las *Entidades promotoras de proyectos* y las *Ayudas sin Proyectos consignados*.

En cuanto a las *Entidades promotoras de proyectos* huelgan los comentarios, pero en el segundo caso, el de las *Ayudas sin Proyectos consignados*, si parece conveniente realizar algunas observaciones:

- Al recogerse la aportación económica de forma indirecta no se ha podido recoger el número de proyectos, sino que esas casillas aparecerán vacías.
- Hemos incluido siempre en este apartado los Fondos Particulares, que provienen de Fundaciones, de Bancos y Cajas de Ahorros, de empresas, de pagos voluntarios de usuarios de algunos servicios y de personas a título particular... y que en la gran mayoría de los casos vienen consignados por las entidades de la iniciativa social. El motivo es operativo, ya que no se cuenta con los recursos suficientes para averiguar si la asignación de estas ayudas se debe a un proyecto concreto de la entidad "benefactora" o una asignación genérica de la entidad beneficiada.

- También por cuestiones operativas hemos incluido en este apartado las ayudas de fuera de la CAPV, es decir las estatales y las de la Unión Europea.
- En algunos casos una entidad aparece en los dos apartados, pero con cantidades diferentes el motivo es que aparecen las ayudas para unos determinados proyectos, pero además otras entidades con otros proyectos también han recibido ayudas que no están consignadas inicialmente.

**Línea 1.- CONTROL DE LA OFERTA**

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportación Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV Interior	4	115.143.327,0	115.143.327,0
Ayto Gasteiz	1	11.600,0	11.600,0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>115.154.927,0</b>	<b>115.154.927,0</b>

**Línea 2.- PREVENCIÓN UNIVERSAL**

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
Di. Drogodependencias (*)	1	2.901.766,1	2.901.766,1
GV. Educación	2	82.224,6	82.224,6
GV Sanidad(***)	2	76.300,0	76.300,0
GV Osalan	2	GG	GG
Diput. Araba(*)(**)	2	112.743,3	112.743,3
Ayto Gasteiz (*)(**)	4	402.573,2	385.642,2
Ayto. Bilbao(*)(**)	3	160.160,0	92.478,5
Ayto. SS Donostia(*)(**)	5	180.454,5	140.671,7
Otros Aytos. (*) (**)	193	1.539.754,8	1.229.680,6
ONGs	12	1.056.754,3	27.962,2
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
D. Asuntos Sociales	0	742,0	742,0
Diput. Gipuzkoa	0	553,1	553,1
Ayudas Estatales	0	22.060,0	22.060,0
Fondos particulares	0	403.822,5	403.822,5
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>	<b>6.939.908,4</b>	<b>5.476.646,8</b>

(\*) La D. Drogodependencias tiene una línea de ayudas para que los ayuntamientos y las mancomunidades puedan contratar equipos de prevención, de la cual se han beneficiado 40 entidades. La aportación de la D. Drogodependencias está consignada en esta línea, aunque no toda la acción de esos equipos sea la prevención universal

(\*\*) La parte de que los ayuntamientos y mancomunidades aportan a la mencionada ayuda de la D. Drogodependencias para la contratación de los mencionados equipos no está consignada por estas entidades

(\*\*\*) Datos provisionales

### Línea 3.- PREVENCIÓN SELECTIVA

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	1	846.946,1	846.946,1
GV, D. Asuntos Sociales	1	82.550,9	82.550,9
GV, Dpto. Educación (*)	1	9.852.520,0	9.852.552,0
Diput. Araba	1	7.549,54	4.921,5
Ayto. Gasteiz	1	3.3586	33.166,0
Ayto. Bilbao	2	42.861,0	42.861,0
Ayto. SS Donostia	2	4.054,3	1.441,0
Otros Aytos.	53	661.166,7	405.064,4
ONGs	20	933.856,5	161.598,5
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
Diput. Bizkaia		9.300,0	9.300,0
Diput. Gipuzkoa		3.943,8	3.943,8
Fondos particulares		170.197,3	170.197,3
<b>TOTALES</b>	<b>82</b>	<b>12.648.532,1</b>	<b>11.614.542,5</b>
<i>Totales sin el programa inespecífico del Dpto. Educación</i>		2.796.012,1	1.761.990,5

(\*) Este montante económico corresponde al programa inespecífico del departamento de ayudas. a los centros de Iniciación Profesional (PCPI), que desde su nacimiento, al final de la década de los 80, ha estado vinculado a las políticas de prevención en adolescentes.

### Línea 4.- PREVENCIÓN INDICADA

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	1	383.969,0	383.969,0
Diput. Araba	2	33.510,7	33.510,7
Diput. Gipuzkoa	6	697.720,0	697.720,0
Ayto. Bilbao	1	9.000,0	9.000,0
Otros Aytos.	6	57.639,4	50.413,7
ONGs	14	1.087.851,2	172.815,7
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
GV, D. Asuntos Sociales		110.768,7	110.768,7
GV, Dpto. Educación		45.767,3	45.767,3
GV, D. Justicia		8.672,0	8.672,0
Diput. Bizkaia		29.478,1	29.478,1
Ayto. Gasteiz		14.834,1	14.834,1
Ayto. SS Donostia		96.106,5	96.106,5
Fondos particulares		196.345,0	196.345,0
<b>TOTALES</b>	<b>30</b>	<b>2.771.662,0</b>	<b>1.849.400,8</b>

**Línea 6.- ASISTENCIA TERAPEUTICA**

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	3	1.043.681,8	1.043.681,8
GV Sanidad-Osakidetza(***)	6	11.334.456,00	11.334.456,00
Ayto. Gasteiz	2	14.563,3	12.973,3
Ayto. Bilbao	1	246.184,0	246.184,0
Otros Aytos.	3	29.737,3	29.271,1
ONGs	3	274.500,4	9.659,3
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
GV, D. Drogodependencias		17.154,9	17.154,9
Diput. Bizkaia		257.609,7	257.609,7
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>	<b>13.217.887,40</b>	<b>12.950.990,10</b>

(\*\*\*) Datos provisionales

**Línea 5.- PREVENCIÓN DETERMINADA-REDUCCIÓN DE DAÑOS**

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	1	473.664,4	473.664,4
GV Sanidad	2	412.821,0	412.821,0
GV Interior SOS Deiak	1	GG	GG
Diput. Araba	2	530.601,4	530.601,4
Diput. Gipuzkoa	3	238.000,0	238.000,0
Ayto Gasteiz	8	1.065.079,0	790.208,2
Ayto. Bilbao	1	122.444,0	122.444,0
Otros Aytos.	1	1.067,0	812,0
ONGs	21	3.911.628,6	297.450,7
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
GV, D. Drogodependencias		119.683,5	119.683,5
GV, D. Asuntos Sociales		93.126,4	93.126,4
Diput. Bizkaia		939.061,6	939.061,6
Ayudas Estatales		24.526,0	24.526,0
Fondos particulares		84.628,8	84.628,8
<b>TOTALES</b>	<b>40</b>	<b>8.016.331,7</b>	<b>4.127.028,0</b>



Línea 7.- INCLUSIÓN SOCIAL (\*)

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	1	32.319,7	32.319,7
GV, D. Asuntos Sociales	1	2.309.404,9	2.309.404,9
GV Sanidad	1	409.662,0	409.662,0
GV. Viconsejería Empleo y Asuntos Sociales	3	2.957.125,1	2.957.125,1
GV. Viconsejería de Justicia y Administración Pública	3	769.226,4	769.226,4
Diput. Araba	3	1.072.380,3	1.072.380,3
Diput. Bizkaia	2	3.861.185,0	3.861.185,0
Diput. Gipuzkoa	13	4.886.753,0	4.886.753,0
Ayto. Gasteiz	4	728.183,9	713.183,9
Ayto. Bilbao	1	110.110,0	110.110,0
ONGs	27	4.636.952,7	136.676,1
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS CONSIGNADOS</b>			
GV Interior SOS Deiak		14.025,0	14.025,0
GV. Viconsejería de Justicia y Administración Pública		57.089,0	57.089,0
Fondos Europeos		1.288.907,0	1.288.907,0
Fondos particulares		361.983,8	361.983,8
<b>TOTALES</b>	<b>59</b>	<b>23.495.307,7</b>	<b>18.980.031,1</b>

(\*) Una parte importante de estos proyectos son para poblaciones más amplias de personas en riesgo de exclusión por diversas causas y no sólo por drogodependencias, sobre todo los referidos a centros de día, centros residenciales, formación y empleo y servicios de atención a personas detenidas.

APOYO

	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
GV, D. Drogodependencias	7	979.883,2	979.883,2
GV Sanidad y Consumo	1	GG	GG
GV Interior	3	GG	GG
GV Osalan	2	GG	GG
Ayto. Bilbao	5	23.515,0	23.515,0
Otros Aytos.	4	5.712,5	3.028,6
ONGs	1	43.936,4	9.046,0
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>	<b>1.053.047,10</b>	<b>1.015.472,80</b>

## 2.- Datos económicos según las instituciones y entidades promotoras

En este apartado presentamos los datos por institución: algunas direcciones del GV por tener relevancia propia, los departamentos del GV, las Diputaciones cuyos presupuestos hacen referencia generalmente a los departamentos de Bienestar Social, los ayuntamientos en los que la intervención en drogodependencias puede estar enclavada en diversas áreas municipales (acción social, salud y consumo y alcaldía son las más habituales)

Hemos mantenido los mismos criterios del apartado anterior es decir tener en cuenta las líneas estratégicas, el Nº de proyectos ejecutados, el presupuesto ejecutado y la aportación propia a dicho presupuesto, así como la diferenciación entre la promoción de proyectos y las ayudas detectadas sin consignación de proyectos.

### Dirección de Drogodependencias

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	1	2.901.766,1	2.901.766,1
Selectiva	1	846.946,1	846.946,1
Indicada	1	383.969,0	383.969,0
Determinada	1	473.664,4	473.664,4
Determinada (sin proyectos)	0	119.683,5	119.683,5
Asistencia	3	1.043.681,8	1.043.681,8
Asistencia (sin proyectos)	0	17.154,9	17.154,9
Incorporación	1	32.319,7	32.319,7
Apoyo	7	979.883,2	979.883,2
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>6.799.068,6</b>	<b>6.799.068,6</b>

### Dirección de Asuntos Sociales

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal(sin proyectos)	0	742,0	742,0
Selectiva	1	82.550,9	82.550,9
Indicada (sin proyectos)	0	110.768,7	110.768,7
Determinada (sin proyectos)	0	93.126,4	93.126,4
Incorporación	1	2.309.404,9	2.309.404,9
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>2.596.592,9</b>	<b>2.596.592,9</b>

### Departamento de Sanidad-Osakidetza

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	2	76.300,0	76.300,0
Determinada	2	412.821,0	412.821,0
Asistencia	6	10.956.776,0	10.956.776,0
Incorporación	1	409.662,0	409.662,0
Apoyo	1	GG	GG
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>11.855.559,0</b>	<b>11.855.559,0</b>

### Viceconsejería de Justicia (Dpto. Justicia y Administración Pública)

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Indicada (sin proyectos)	0	8.672,0	8.672,0
Incorporación	3	769.226,4	769.226,4
Incorporación (sin proyectos)	0	57.089,0	57.089,0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>834.987,4</b>	<b>834.987,4</b>

### Viceconsejería de Empleo (Dpto. Empleo y Asuntos Sociales)

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Incorporación	3	2.957.125,1	2.957.125,1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2.957.125,1</b>	<b>2.957.125,1</b>

### Osalan

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	2	GG	GG
Apoyo	2	GG	GG
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>GG</b>	<b>GG</b>

## Departamento de Educación Universidades e Investigación

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	2	82.224,6	82.224,6
Selectiva (*)	1	9.852.520,0	9.852.552,0
Indicada (sin proyectos)	0	45.767,3	45.767,3
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>9.980.511,9</b>	<b>9.980.543,9</b>

(\*)Recordemos que este montante económico corresponde al programa inespecífico de ayudas a los PCPI.

## Ertzantza (Dpto. de Interior)

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Apoyo	3	GG	GG
Control	4	115.143.327,0	115.143.327,0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>115.143.327,0</b>	<b>115.143.327,0</b>

## SOS Deiak (Dpto. de Interior)

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Determinada	1	GG	GG
Incorporación (sin proyectos)	0	14.025,0	14.025,0
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>14.025,0</b>	<b>14.025,0</b>

## DIPUTACIONES

### Diputación Álava-Araba

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal (*)	2	112.743,3	112.743,3
Selectiva	1	7.549,5	4.921,5
Indicada	2	33.510,7	33.510,7
Determinada	2	530.601,4	530.601,4
Incorporación	3	1.072.380,3	1.072.380,3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>1.756.785,2</b>	<b>1.754.157,2</b>

(\*) El Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación de Álava Tiene un equipo de prevención comunitaria con el que desarrolla los proyectos de prevención en las localidades de menos de 8.000 habitantes del Territorio de ahí la importancia del presupuesto en esta materia en comparación con las otras dos Diputaciones

## Diputación Gipuzkoa

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal(sin proyectos)	0	553,1	553,1
Selectiva (sin proyectos)	0	3.943,8	3.943,8
Indicada	6	697.720,0	697.720,0
Determinada	3	238.000,0	238.000,0
Incorporación	13	4.886.753,0	4.886.753,0
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>5.826.969,9</b>	<b>5.826.969,9</b>

## Diputación Bizkaia

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Selectiva (sin proyectos)	0	9.300,0	9.300,0
Indicada (sin proyectos)	0	29.478,1	29.478,1
Determinada (sin proyectos)	0	939.061,6	939.061,6
Asistencia (sin proyectos)	0	257.609,7	257.609,7
Incorporación	2	3.861.185,0	3.861.185,0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>5.096.634,4</b>	<b>5.096.634,4</b>

## AYUNTAMIENTOS

### Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	4	402.573,2	385.642,2
Selectiva	1	33.586	33.166,0
Indicada (sin proyectos)	0	14.834,1	14.834,1
Determinada	8	1.065.079,0	790.208,2
Asistencia	2	14.563,3	12.973,3
Incorporación	4	728.183,9	713.183,9
Control	1	11.600,0	11.600,0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>2.270.419,5</b>	<b>1.961.607,7</b>

### Ayuntamiento de Donostia

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	5	180.454,5	140.671,7
Selectiva	2	4.054,3	1.441,0
Indicada (sin proyectos)	0	96.106,5	96.106,5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>280.615,3</b>	<b>238.219,2</b>

### Ayuntamiento de Bilbao

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	3	160.160,0	92.478,5
Selectiva	2	42.861,0	42.861,0
Indicada	1	9.000,0	9.000,0
Determinada	1	122.444,0	122.444,0
Asistencia	1	246.184,0	246.184,0
Incorporación	1	110.110,0	110.110,0
Apoyo	5	23.515,0	23.515,0
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>714.274,0</b>	<b>646.592,5</b>

### Otros ayuntamientos

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	193	1.539.754,8	1.229.680,6
Selectiva	53	661.166,7	405.064,4
Indicada	6	57.639,4	50.413,7
Determinada	1	1.067,0	812,0
Asistencia	3	29.737,3	29.271,1
Apoyo	4	5.712,5	3.028,6
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>2.295.077,7</b>	<b>1.718.270,4</b>

## OTROS NO CONTABILIZADOS EN LAS INSTITUCIONES VASCAS

### ONGs

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	12	1.056.754,3	27.962,2
Selectiva	20	933.856,5	161.598,5
Indicada	14	1.087.851,2	172.815,7
Determinada	21	3.911.628,6	297.450,7
Asistencia	3	274.500,4	9.659,3
Incorporación	27	4.636.952,7	136.676,1
Apoyo	1	43.936,4	9.046,0
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>11.945.480,1</b>	<b>815.208,5</b>

### Ayudas estatales- Plan Nacional sobre Drogas

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	0	22.060,0	22.060,0
Determinada	0	24.526,0	24.526,0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>46.586,0</b>	<b>46.586,0</b>

### Ayudas Europeas

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Incorporación	0	1.288.907,0	1.288.907,0
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1.288.907,0</b>	<b>1.288.907,0</b>

### Fondos particulares

ÁMBITOS	Proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportac. Propia
Universal	0	403.822,5	403.822,5
Selectiva	0	170.197,3	170.197,3
Indicada	0	196.345,0	196.345,0
Determinada	0	84.628,8	84.628,8
Incorporación	0	361.983,8	361.983,8
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>1.216.977,4</b>	<b>1.216.977,4</b>

## CUADRO RESUMEN POR ENTIDAD

Entidades	Presupuesto ejecutado	Aportación propia	Nº de proyectos
G.V. DIR. DROGODEPENDENCIAS	6.799.068,6	6.799.068,6	15
G.V DIR. ASUNTOS SOCIALES	2.596.592,9	2.596.592,9	2
G.V DPTO. EDUCACIÓN UNIVERSIDADES E INVESTIGACIÓN	9.980.511,9	9.980.543,9	3
G.V DPTO. DE SANIDAD-OSAKIDETZA	12.233.239,00	12.233.239,00	12
G.V VICECON. EMPLEO	2.957.125,1	2.957.125,1	3
G.V DPTO.JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	834.987,4	834.987,4	3
G.V OSALAN	GG	GG	4
G.V ERTZANTZA DPTO. INTERIOR	115.143.327,0	115.143.327,0	7
G.V SOS DEIAK DPTO. INTERIOR	14.025,0	14.025,0	1
<b>TOTAL GOBIERNO VASCO</b>	<b>150.558.876,90</b>	<b>150.558.908,90</b>	<b>50</b>
DIPUTACIÓN DE ARABA	1.756.785,2	1.754.157,2	10
DIPUTACIÓN DE BIZKAIA	5.096.634,4	5.096.634,4	2
DIPUTACIÓN DE GIPUZKOA	5.826.969,9	5.826.969,9	22
<b>TOTAL DIPUTACIONES FORALES</b>	<b>12.680.389,50</b>	<b>12.677.761,50</b>	<b>34</b>
AYTO DE GASTEIZ	2.270.419,5	1.961.607,7	20
AYTO DE BILBO	714.274,0	646.592,5	14
AYTO DE DONOSTIA	280.615,3	238.219,2	7
<b>TOTAL AYTOS CAPITALES</b>	<b>3.265.308,80</b>	<b>2.846.419,40</b>	<b>41</b>
<b>TOTAL OTROS AYTOS Y MANCOMUNIDADES</b>	<b>2.295.077,7</b>	<b>1.718.270,4</b>	<b>260</b>
<b>TOTAL ONGS</b>	<b>11.945.480,1</b>	<b>815.208,5</b>	<b>98</b>
AYUDAS ESTATALES	46.586,0	46.586,0	0
FONDOS PARTICULARES	1.216.977,4	1.216.977,4	0
FONDOS EUROPEOS	1.288.907,0	1.288.907,0	0
<b>TOTAL OTRAS ENTIDADES</b>	<b>2.552.470,40</b>	<b>2.552.470,40</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>183.114.162,34</b>	<b>170.985.598,00</b>	<b>483</b>



### CUADRO RESUMEN POR LINEA ESTRATÉGICA

Líneas de Actuación	Presupuesto ejecutado	Aportación propia	Nº Programas
Prev. Universal	6.939.908,4	5.476.646,8	226
Prev. Selectiva	12.648.532,1	11.614.542,5	82
Prev. Indicada	2.771.662,0	1.849.400,8	30
Prev. Determinada	8.016.331,70	4.127.028,00	40
Asistencia	13.217.887,40	12.950.990,10	18
Inclusión	23.495.307,7	18.980.031,1	59
Apoyo y Coordinación	1.053.047,1	1.015.472,8	23
Control de la Oferta	115.154.927,0	115.154.927,0	5
<b>TOTAL</b>	<b>183.114.162,34</b>	<b>170.985.598,00</b>	<b>483</b>

# ANEXO II

---

**RESULTADOS GENERALES Y PRESUPUESTOS DE LA  
EVALUACIÓN DE LOS PROYECTOS DESARROLLADOS EN EL  
EJERCICIO 2009**

## RESULTADOS GENERALES Y PRESUPUESTOS DEL AÑO 2009

En este análisis general hemos considerado las 8 líneas de intervención contenidas en el V Plan y dentro de ellas los diversos proyectos anuales desarrollados y habitualmente hemos evitado referirnos a los programas.

Todas las entidades que han consignado una intervención en una de estas líneas aparece al menos con un 1 proyecto, ahora bien hay que entender que gran parte de los proyectos que se refiere a Departamentos de GV y Diputaciones no son ejecuciones directas, sino que son subvenciones, convenios o contratos con entidades locales y entidades de la iniciativa social para el desarrollo de los proyectos

En lo que respecta a la cuantificación económica hemos considerado cuatro conceptos:

- Lo que cada entidad dice que ha ejecutado que aparece en la columna como *Presupuesto Ejecutado*
- Lo que cada entidad dice que ha aportado a dicha ejecución, que aparece en la columna como *Aportación Propia/Presupuesto corregido*. En los Departamentos del GV y en las Diputaciones suele coincidir *Aportación Propia/Presupuesto corregido* con *Presupuesto Ejecutado*, pero no en los ayuntamientos y, sobre todo, en las ONGs, porque reciben ayudas de otros organismos y, por lo tanto su aportación es menor de lo que declaran como ejecutado.
- Las ayudas económicas mencionadas por las entidades que la han proporcionado y que la han recibido, que está incluida dentro del bloque de *Entidades promotoras de proyectos*
- La ayuda económica mencionada por la entidad que la ha recibido pero no por la entidad que la ha proporcionado. Esto ocurre porque las entidades que la proporcionan no la tiene consignada como intervención o proyecto específico de drogodependencias. Estos conceptos los hemos incluido bajo el epígrafe de *Ayudas sin Proyectos*.

En cuanto a las *Entidades promotoras de proyectos* huelgan los comentarios, pero en el segundo caso, el de las *Ayudas sin Proyectos*, si parece conveniente realizar algunas observaciones:

- Al recogerse la aportación económica de forma indirecta no hemos consignado en este apartado el número de proyectos, sino que esas casillas aparecerán vacías.
- Hemos incluido siempre en este apartado los Fondos Particulares, que provienen de Fundaciones, de Bancos y Cajas de Ahorros, de empresas, de pagos voluntarios de usuarios de algunos servicios y de personas a título particular... y que en la gran mayoría de los casos vienen consignados por las entidades de la iniciativa social. El motivo es operativo, ya que sería muy costoso averiguar si la asignación de estas ayudas se debe a un proyecto

concreto de la entidad “benefactora” o una asignación de la entidad beneficiada.

- También por cuestiones operativas hemos incluido en este apartado las ayudas de fuera de la CAPV, es decir las estatales y las del la Unión Europea.
- En algunos casos una entidad aparece en los dos apartados con cantidades diferentes (*Entidades promotoras de proyectos* y en *Ayudas sin Proyectos*), el motivo es que aparecen las ayudas para unos determinados proyectos, pero además otras entidades con otros proyectos también han recibido ayudas que no están consignadas inicialmente.

Presentaremos los datos en tres formatos, datos generales y su evolución en los por líneas y los datos por entidades.

## 1. ORGANISMOS INFORMANTES, PRESUPUESTOS Y PROYECTOS ANUALES, EVOLUCIÓN IV Y V PLAN

En el ejercicio 2009 hemos detectado 111 entidades distintas con proyectos de drogodependencias, en las que se ha recogido información sobre 483 proyectos anuales realizados, con un presupuesto declarado ejecutado de 183, 1 millones de Euros y con un gasto real (presupuesto propio/corregido) de casi 171 millones de Euros.

Ejercicio	Nº Organismos	Nº de proyectos	Presupuesto ejecutado declarado	Aportación Propia / Presupuesto Corregido
2003	53	295	51.387.758,58	(*)
2004	90	356	44.940.616,79	(*)
2005	113	452	56.246.369,15	49.124.713,70
2006	117	482	132.947.348,25	123.700.701,46
2007	116	472	167.117.477,49	154.775.515,46
2008	106	469	161.762.923,6	150.592.754,1
<b>2009</b>	<b>111</b>	<b>483</b>	<b>183.114.162,34</b>	<b>170.985.598,00</b>

(\*) No se hizo este cálculo

En la tabla 57 se puede apreciar la evolución habida en estos años y como a partir de 2005, una vez asentado el V Plan (2004-2008), las variaciones en cuanto a los organismos con proyectos, así como al número de proyectos permanecen bastante estables con oscilaciones menores habida cuenta de los números totales.

Se aprecia, sin embargo, una tendencia creciente en cuanto al presupuesto, que en la realidad no obedece a un incremento notable de las entidades comprometidas en el Plan ni a los proyectos ejecutados, sino a variaciones en los conceptos contables atribuidos básicamente el Dpto. de Interior y a las tareas de la Ertzantza en el control de la oferta ya que paso de no llegar a los 6 millones hasta superar la cifra de los 115 millones (Tabla 58)

Tabla 61.-Evolución del gasto en la línea de Control de la Oferta							
	2003	2004*	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Presupuesto en Control de la Oferta</b>	5.978.815,25	5.944.781,68	7.473.149,46	78.104.570,86	105.524.209,5	113.788.749,0	115.154.927,0

También se constata como los proyectos desarrollados por los diversos organismos y entidades permanecen bastante estables desde el 2005, tanto en lo que se refiere a los totales como a la proporción que representan sobre el conjunto de los proyectos

Tabla 62.- Organismos informantes proyectos según entidad evolución 2003-09							
Ejercicio	Nº Organismos informantes	Nº de proyectos	Media de Proyectos por organismo	Proyectos G.V	Proyectos Diputaciones	Proyectos E. Locales	Proyectos Iniciativa Sal.
2003	53	295(*)	5,57	47 (14,1)	20 (7,2)	228 (78,6)	(*)
2004	90	356	3,96	57 (16,3)	26 (7,3)	200 (63,2)	66 (13,2)
2005	113	452	4,00	58 (12,8)	32 (7,1)	278 (61,5)	84 (18,6)
2006	117	482	4,12	58 (12,0)	30 (6,2)	297 (61,8)	97 (20,1)
2007	116	472	4,07	55 (11,7)	32 (6,6)	275 (55,5)	110 (23,3)
2008	106	469	4,42	54(11,5)	33 (7,0)	284(60,5)	98 (20,9)
<b>2009</b>	<b>111</b>	<b>483</b>	<b>4,3</b>	<b>50(10,4)</b>	<b>26 (10,4)</b>	<b>301(62,3)</b>	<b>98 (20,3)</b>

(\*) No se recogieron los datos de los proyectos de la Iniciativa Social en el IV Plan, sólo se vienen recogiendo desde 2004 al ponerse en marcha el V Plan

Tabla 63.- Presupuestos y programas por líneas estratégicas						
Línea	Nº proyectos ejecutados		Presupuesto Ejecutado		Aportación Propia / Presupuesto Corregido	
	Total	%	Total	%	Total	%
<b>Control de la Oferta(*)</b>	5	1,0	115.154.927,0	62,9	115.154.927,0	67,3
<b>Prevención Universal</b>	226	46,8	6.939.908,4	3,8	5.476.646,8	3,2
<b>Prevención Selectiva (**)</b>	82	17,0	12.465.091,04	6,8	11.431.101,40	6,7
<b>Prevención Indicada</b>	30	6,2	2.771.662,0	1,5	1.849.400,8	1,1
<b>Prevención Determinada (***)</b>	40	8,3	8.016.331,7	4,4	4.127.028,0	2,4
<b>Asistencia Terapéutica</b>	18	3,7	13.217.887,40	7,2	12.950.990,10	7,6
<b>Inclusión Social (***)</b>	59	12,2	23.495.307,7	12,8	18.980.031,1	11,1
<b>Apoyo</b>	23	4,8	1.053.047,10	0,6	1.015.472,80	0,6
<b>TOTALES</b>	<b>483</b>	<b>100</b>	<b>183.114.162,34</b>	<b>100</b>	<b>170.985.598,00</b>	<b>100</b>

(\*)La actuación policial de control de la oferta es inherente a la tarea de la Ertzaintza y no están dotados de una partida presupuestaria específica. El Dpto. de Interior realiza una estimación presupuestaria del coste económico del control de la oferta, pero se trata de una asignación del coste económico de esos programas que se encuentra subsumida en gastos generales

(\*\*)De esta partida 9,90 millones (79,4%) corresponden a un programa inespecífico de mantenimiento de los centros con Programas de Iniciación Profesional (PCPI, antiguos centros formativos de Garantía Social)

(\*\*\*)Aproximadamente el 30% de la suma de estas dos partidas es inespecífica y se distribuye por acciones inespecíficas de prevención determinada y de incorporación social de colectivos vulnerables.

En la Tabla 60 presentamos las ocho líneas estratégicas, con sus proyectos y presupuestos (ejecutado y el propio). Una primera cuestión es que el presupuesto más alto, cercano a los dos tercios del total, corresponde a la Línea de Control de la Oferta, que es la que cuenta con el menor número de proyectos. Mientras que la línea de prevención universal, con casi la mitad de los proyectos ejecutados, sólo participa del 3,2% del gasto real

Esto nos da pistas de la diferencias que existen entre diversos tipos de proyectos, unos como los de prevención universal, selectiva y determinada e inserción social, ejecutados sobre todo por entidades locales y la iniciativa social, que, en muchos casos, son réplicas pero en localidades diferentes. Mientras que otros como los presentados por el Dpto. de Interior-Ertzaintza sobre el Control de la Oferta o los presentados por el Dpto. de Sanidad-Osakidetza, sobre el tratamiento terapéutico hacen referencia a grandes proyectos para toda la CAPV, la mayoría de los cuales también están constituidos por otras intervenciones menores (Los diversos proyectos de cada centro ambulatorio de alcoholismo, de toxicomanías no alcohólicas, de objetivos intermedios, las diversas comunidades terapéuticas, el tratamiento hospitalario...).

Son también muy importantes las advertencias que se han realizado sobre la especificidad de algunos proyectos y, por ende, de sus presupuestos, que es notable en el caso del Control de la Oferta, en cuanto al volumen total, pero que proporcionalmente es mucho más trascendente en la línea de prevención selectiva, ya que el 80% obedece a esta condición.

Hay que resaltar las diferencias que se establecen, en algunas líneas, entre los presupuestos ejecutados y las aportaciones propias o presupuestos corregidos, que es en definitiva lo que se ha gastado en la intervención. Mientras que en el *control de la oferta, la asistencia y el Apoyo* no hay diferencias dignas de mención, en las áreas de prevención e inserción las distancias son notables, con lo que volvemos a la idea anterior de quién informa si las Instituciones que financian el volumen total o las entidades corresponsables en la ejecución (ayuntamientos, mancomunidades y entidades privadas).

Tabla 64.- Evolución 2005-2009 del Presupuesto propio-corregido según entidad					
Entidades	2005	2006	2007	2008	2009
	Propio/Corregido	Propio/Corregido	Propio/Corregido	Propio/Corregido	Propio/Corregido
GOBIERNO VASCO	36.314.974,87	109.402.540,44	138.313.226,47	135.467.501	<b>150.558.908,90</b>
DIPUTACIONES FORALES	5.735.885,65	6.785.856,5	9.951.693,19	9.326.056,27	<b>12.677.761,50</b>
AYTOS CAPITALES	2.848.392,87	3.318.421,29	2.467.771,50	2.406.913,23	<b>2.846.419,40</b>
AYTOS Y MANCOMUNIDADES	1.846.808,06	1.622.185,35	1.809.981,73	1.796.087,87	<b>1.718.270,4</b>
INICIATIVA SOCIAL	2.378.652,09	2.571.697,55	2.232.842,57	1.596.195,70	<b>815.208,5</b>
TOTAL	<b>49.124.713,70</b>	<b>123.700.701,46</b>	<b>154.775.515,46</b>	<b>150.592.754,1</b>	<b>168.616.568,70</b>
Otras ayudas, privadas, Estatales y Unión Europea					<b>2.552.470,40</b>
TOTAL	<b>49.124.713,70</b>	<b>123.700.701,46</b>	<b>154.775.515,46</b>	<b>150.592.754,1</b>	<b>171.169.039,10</b>

La evolución de los presupuestos propios-corregidos por entidad no muestra grandes cambios, a excepción del crecimiento en el GV debido al caso de Interior-Ertzantza, ya mencionado y al de las Diputaciones; el resto de las aportaciones permanecen estables desde el 2005, cuando se consolida el V Plan.

En lo que respecta a la iniciativa privada si bien este año se ha reducido, es sólo también una cuestión de criterio ya que los ejercicios precedentes las cuantías privadas recibidas por las ONG, formaban parte de su paquete general, sin hacer distinciones y este año se han contemplado aparte y constituyen una cantidad de 1,2 millones de euros que sumados a los 0,8 declarados superan ligeramente los dos millones que es lo que se viene apuntando.

<b>Tabla 65.- Proyectos y presupuestos ejecutados y propios-correctos, según entidad</b>			
<b>ENTIDADES</b>	<b>Presupuesto ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ correctada</b>	<b>Nº proyectos</b>
<b>GOBIERNO VASCO</b>			
Dir. Drogodepend.	6.799.068,6	6.799.068,6	15
Dir. Asuntos Sociales	2.596.592,9	2.596.592,9	2
Dpto. Educación (*)	9.980.511,9	9.980.543,9	3
Dpto. de Sanidad-Osakidetza (***)	12.233.239,00	12.233.239,00	12
Vicec. Empleo	2.957.125,1	2.957.125,1	3
Osalan	GG	GG	4
Dpto. Interior- Ertzantza (**)	115.143.327,0	115.143.327,0	7
Dpto. Interior SOS Deiak	14.025,0	14.025,0	1
Dpto. Justicia y Administración Pública	834.987,4	834.987,4	3
<b>Total GOBIERNO VASCO</b>	<b>150.558.876,90</b>	<b>150.558.908,90</b>	<b>50</b>
<b>DIPUTACIONES FORALES</b>			
Araba	1.756.785,2	1.754.157,2	10
Bizkaia	5.096.634,4	5.096.634,4	2
Gipuzkoa	5.826.969,9	5.826.969,9	22
<b>Total DIPUTACIONES FORALES</b>	<b>12.680.389,50</b>	<b>12.677.761,50</b>	<b>26</b>
<b>AYTOS CAPITALES (***)</b>			
Gasteiz	2.270.419,5	1.961.607,7	20
Bilbao	714.274,0	646.592,5	14
Donostia	280.615,3	238.219,2	7
<b>Total AYTOS CAPITALES</b>	<b>3.265.308,80</b>	<b>2.846.419,40</b>	<b>41</b>
<b>Total Otros AYTOS Y MANCOMUNIDADES(****)</b>	<b>2.295.077,7</b>	<b>1.718.270,4</b>	<b>260</b>
<b>Total ENTIDADES INICIATIVA SOCIAL</b>	<b>11.945.480,1</b>	<b>815.208,5</b>	<b>98</b>
<b>Otras ayudas</b>	1.216.977,4	1.216.977,4	0
<b>FONDOS PARTICULARES</b>	46.586,0	46.586,0	0
<b>AYUDAS ESTATALES</b>	1.288.907,0	1.288.907,0	0
<b>FONDOS EUROPEOS</b>			
<b>Total Otras ayudas</b>	<b>2.552.470,40</b>	<b>2.552.470,40</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>183.297.603,40</b>	<b>171.169.039,10</b>	<b>483</b>

(\*)De esta partida 9,90 millones (79,4%) corresponden a un programa inespecífico de mantenimiento de los centros con Programas de Iniciación Profesional (PCPI, antiguos centros formativos de Garantía Social)

(\*\*\*) Datos provisionales



(\*\*)La actuación policial de control de la oferta es inherente a la tarea de la Ertzaintza y no están dotados de una partida presupuestaria específica. El Dpto. de Interior realiza una estimación presupuestaria del coste económico del control de la oferta, pero se trata de una asignación del coste económico de esos programas que se encuentra subsumida en gastos generales

(\*\*\*\*) Hay que tener en cuenta que esta cantidad es en la realidad superior ( más de medio millón de euros) puesto que no incluyen el gasto de contratación y mantenimiento de los equipos técnicos de prevención, por los cuales también reciben una ayuda de la D. Drogodependencias del GV, que si declara la cantidad incluyéndola en prevención Universal.

El Gobierno Vasco es la entidad que más invierte en el ámbito de las drogodependencias a pesar de que el fragmento más grande obedezca al trabajo del Dpto. de Interior sobre el *control de la oferta*, aun sin eso serían cerca de 36 millones, es decir tres veces más que lo aportado por las Diputaciones, que constituyen el segundo escalón en cuanto a la inversión en este campo y que como hemos visto han ido creciendo notablemente a lo largo de la ejecución del V Plan.

Conviene resaltar también las aportaciones propias de las entidades locales que superan los 4,5 millones, ya de por si importante y porque además está dentro de una ejecución que no llega a los 5,6 millones, lo cual significa que estas acciones no sólo dependen de las ayudas de la D. Drogodependencias, sino que cuentan con sus propios recursos. Además, como se apunta en la nota explicativa en estas cantidades son en realidad más elevadas ya que no incluyen el gasto de contratación y mantenimiento de los equipos técnicos de prevención, (unas 60 personas en toda la CAPV), por los cuales también reciben una ayuda de la D. Drogodependencias del GV, que si declara la cantidad incluyéndola en prevención Universal.

Otro dato a destacar es la gran diferencia entre el presupuesto ejecutado y el propio o corregido en el caso de las entidades de la iniciativa social y, aún a pesar de que es importante la cifra de fondos particulares -que es propia de las entidades sociales-, con todo llegan justo a los dos millones, frente a los doce que ejecutan es decir reciben 10 millones de las administraciones públicas para realizar sus intervenciones. Esta cifra es mayor, en realidad, ya que no incluye lo que el Dpto. de Sanidad tiene convenido con entidades privadas especializadas para la *Atención Terapéutica*.

## 2. PRESUPUESTOS Y PROGRAMAS POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

### 2.1.- Control de la Oferta

Tabla 66.- Presupuesto en Control de la Oferta por entidad			
	Cantidad de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
<b>GV Interior (*)</b>	4	115.143.327,0	115.143.327,0
<b>Ayto Gasteiz</b>	1	11.600,0	11.600,0
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>115.154.927,0</b>	<b>115.154.927,0</b>

(\*) Recordamos lo ya señalado de que la actuación policial de control de la Ertzaintza y no están dotados de una partida presupuestaria específica y esto es una estimación.

La información sobre el *control de la oferta* proviene básicamente del Dpto. de Interior del GV. Es evidente que no sólo esta entidad tiene intervenciones en este campo, sino que también las policías locales de los municipios con más población también realizan acciones de este tipo, al menos en cuanto al área del control de drogas legales, sin embargo en gran mayoría de los casos estas intervenciones no están dentro del Plan Local y por lo tanto no se recogen, únicamente el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz

## 2.2.- Prevención Universal

Como se muestra en el cuadro, la prevención universal es la que tiene un mayor número de proyectos anuales, pero que no se corresponden con el presupuesto, lo que da una media de 24.233 € por proyecto.

Tabla 67.- Presupuestos en Prevención Universal por entidades				
	Proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
D. Drogo dependencias	1	0,4	2.901.766,1	2.901.766,1
GV. Educación	2	0,9	82.224,6	82.224,6
GV Sanidad(***)	2	0,9	76.300,0	76.300,0
GV Osalan	2	0,9	GG	GG
Diput. Araba	2	0,9	112.743,3	112.743,3
Ayto Gasteiz	4	1,8	402.573,2	385.642,2
Ayto. Bilbao	3	1,38	160.160,0	92.478,5
Ayto. SS Donostia	5	2,28	180.454,5	140.671,7
Otros Aytos.	193	85,4	1.539.754,8	1.229.680,6
Iniciativa Social	12	5,3	1.056.754,3	27.962,2
<b>Total promotores</b>	<b>226 (100%)</b>		<b>6.512.730,8</b>	<b>5.049.469,2</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
D. Asuntos Sociales	0		742,0	742,0
Diput. Gipuzkoa	0		553,1	553,1
Ayudas Estatales	0		22.060,0	22.060,0
Fondos particulares	0		403.822,5	403.822,5
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>427.177,6</b>	<b>427.177,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>226</b>		<b>6.939.908,4</b>	<b>5.476.646,8</b>

(\*\*\*) Datos provisionales

La gran mayoría de proyectos de este tipo, el 90%, son desarrollados por Ayuntamientos y Mancomunidades, lo cual es lógico dado que esta línea parte de una estrategia comunitaria de movilización de los recursos de la comunidad

A pesar de que las entidades locales reciben una notable cantidad de dinero para proyectos a través de la orden de ayudas de la Dirección de Drogodependencias, estas contribuyen con 1,85 millones de euros, es decir el 80% de su ejecutado. Hay que tener en cuenta, además, que las entidades locales no han consignado todo su gasto real todo, ya que no se recoge la parte destinada a la contratación de los equipos locales de prevención comunitaria, para lo cual también reciben ayudas de la Dirección de Drogodependencias, quién sí lo ha señalado en su apartado.

Como va a ocurrir en todos los apartados la distancia más grande entre lo ejecutado y lo propio la encontramos en la casilla de la iniciativa social

### 2.3.- Prevención Selectiva

Tabla 68.- Presupuestos en Prevención Selectiva por entidades				
	Nº de proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
GV, D. Drogodependencias	1	1,2	846.946,1	846.946,1
GV, D. Asuntos Sociales	1	1,2	82.550,9	82.550,9
GV, Dpto. Educación (*)	1	1,2	9.852.520,0	9.852.552,0
Diput. Araba	1	1,2	7.549,54	4.921,5
Ayto. Gasteiz	1	1,2	3.3586	33.166,0
Ayto. Bilbao	2	2,4	42.861,0	42.861,0
Ayto. SS Donostia	2	2,4	4.054,3	1.441,0
Otros Aytos.	53	64,6	661.166,7	405.064,4
Iniciativa Social	20	24,4	933.856,5	161.598,5
<b>Total promotores</b>	<b>82 (100%)</b>		<b>12.465.091,04</b>	<b>11.431.101,40</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
Diput. Bizkaia			9.300,0	9.300,0
Diput. Gipuzkoa			3.943,8	3.943,8
Fondos particulares			170.197,3	170.197,3
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>183.441,10</b>	<b>183.441,10</b>
<b>TOTALES</b>	<b>82</b>		<b>12.648.532,1</b>	<b>11.614.542,5</b>
<b>Totales sin el programa inespecifico del Dpto. Educación</b>			<b>2.796.012,1</b>	<b>1.761.990,5</b>

(\*) Este montante económico corresponde al programa inespecifico del departamento de ayudas. A los centros de Iniciación Profesional (PCPI), que desde su nacimiento, al final de la década de los 80, ha estado vinculado a las políticas de prevención en adolescentes.

La Prevención selectiva es la segunda intervención con más proyectos anuales, aunque son casi un tercio de los desarrollados en prevención universal.

A pesar de que la cuantía económica duplica la de prevención universal, lo cierto es que 9.852.552 €, el 85% de la misma, corresponde a un programa

inespecífico del Dpto. de Educación, por lo que en realidad lo específico sólo son 2,8 millones ejecutados que propios son reales 1,76 millones de euros.

Los ayuntamientos siguen siendo las entidades que desarrollan más proyectos pero han mermado considerablemente su importancia, reduciéndola a una cuarta parte de los existentes en prevención universal y también ha disminuido a una cuarta parte las cantidades propias asignadas a dichos proyectos, mientras que su gasto ejecutado ha decrecido a un tercio.

Por el contrario ganan protagonismo, en este ámbito, la iniciativa social que casi duplica los proyectos que desarrolla en *Prevención Universal*, mientras que prácticamente mantiene el mismo gasto ejecutado y casi sextuplica el gasto propio. Esto es un indicador de la importancia que va tomando la iniciativa social en el ámbito de la prevención en cuanto esta se va acercando a los grupos más vulnerables.

## **2.4.- Prevención Indicada**

El número de proyectos de esta línea estratégica vuelve a reducirse dejándolo en menos de la mitad de los revelados en el nivel selectivo, sin embargo los presupuestos tanto ejecutado, como la aportación propia es similar, siempre y cuando no contabilicemos el proyecto inespecífico de apoyo a los PCPIs del Dpto. de Educación.

En este nivel de intervención preventiva, son las entidades privadas las que asumen el liderazgo, ya que tienen la mitad de los proyectos y ejecutan más de un tercio del presupuesto ejecutado.

La mayoría de estas intervenciones se realiza en recursos de tratamiento de toxicomanías, que han abierto una línea de intervención para jóvenes con consumos problemáticos y /o con problemas de comportamiento, pero que no son personas con una adicción.

Es interesante comprobar que hay un buen número de entidades públicas que destinan fondos a este nivel de intervención, pero que no lo tienen consignado como en sus intervenciones de prevención de drogodependencias y sospechamos que lo ubican en programas de prevención de comportamientos problemáticos en adolescentes.

Tabla 69.- Presupuesto en Prevención Indicada por entidad				
	Cantidad de proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
GV, D. Drogodependencias	1	3,3	383.969,0	383.969,0
Diput. Araba	2	6, 7	33.510,7	33.510,7
Diput. Gipuzkoa	6	20	697.720,0	697.720,0
Ayto. Bilbao	1	3,3	9.000,0	9.000,0
Otros Aytos.	6	20	57.639,4	50.413,7
Iniciativa Social	14	46, 7	1.087.851,2	172.815,7
<b>Total promotores</b>	<b>30 (100%)</b>		<b>2.269.690,30</b>	<b>1.347.429,10</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
GV, D. Asuntos Sociales			110.768,7	110.768,7
GV, Dpto. Educación			45.767,3	45.767,3
GV, D. Justicia			8.672,0	8.672,0
Diput. Bizkaia			29.478,1	29.478,1
Ayto. Gasteiz			14.834,1	14.834,1
Ayto. SS Donostia			96.106,5	96.106,5
Fondos particulares			196.345,0	196.345,0
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>501.971,70</b>	<b>501.971,70</b>
<b>TOTALES</b>	<b>30</b>		<b>2.771.662,0</b>	<b>1.849.400,8</b>

## 2.5.- Prevención Determinada

Hay que señalar con respecto a esta Línea, que se ha realizado una cierta depuración de estos recursos por cuanto hasta la evaluación del 2007 se venían incluyendo algunos otros de orientación más amplia, de notable importancia en cuanto al colectivo de personas altamente vulnerables, pero no tanto con respecto al grupo de las personas alcohólicos y toxicómanas.

La intervención con drogodependientes y alcohólicos en alta exclusión reúne un importante número de proyectos, que encuentran eco en muchas instituciones, aunque la intervención directa recae en la iniciativa social y en las entidades locales, pero dentro de ellas sólo a las capitales y las Diputaciones. El motivo está en que es en las grandes ciudades donde se tiende a concentrar la mayor cantidad de personas en esa situación y por lo tanto los que concentran la mayor parte de los servicios de este tipo tales como el trabajo de calle, los centros de día de baja exigencia, la sala de consumo supervisado o albergues de emergencia de baja exigencia (Hontza y otros).

Tabla 70.- Presupuesto en Prevención Determinada por entidad				
	Cantidad de proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
GV, D. Drogodependencias	1	2,5	473.664,4	473.664,4
GV Sanidad(***)	2	5,0	412.821,0	412.821,0
GV Interior SOS Deiak	1	2,5	GG	GG
Diput. Araba	2	5,0	530.601,4	530.601,4
Diput. Gipuzkoa	3	7,5	238.000,0	238.000,0
Ayto Gasteiz	8	20	1.065.079,0	790.208,2
Ayto. Bilbao	1	2,5	122.444,0	122.444,0
Otros Aytos.	1	2,5	1.067,0	812,0
Iniciativa Social	21	52,5	3.911.628,6	297.450,7
<b>Total promotores</b>	<b>40 (100%)</b>		<b>6.755.305,40</b>	<b>2.866.001,70</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
GV, D. Drogodependencias			119.683,5	119.683,5
GV, D. Asuntos Sociales			93.126,4	93.126,4
Diput. Bizkaia			939.061,6	939.061,6
Ayudas Estatales			24.526,0	24.526,0
Fondos particulares			84.628,8	84.628,8
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>1.261.026,30</b>	<b>1.261.026,30</b>
<b>TOTALES</b>	<b>40</b>		<b>8.016.331,7</b>	<b>4.127.028,0</b>

(\*\*\*) Datos provisionales

Hay una gran diferencia entre lo ejecutado y la provisión propia, que es la mitad y que responde fundamentalmente a que la distancia que estos dos conceptos mantienen en el caso de la iniciativa social, aspecto este que se ve reforzado por la escasa importancia de los fondos particulares, al menos comparativamente con otras líneas estratégicas.

También nos encontramos con que muchas instituciones no tienen asumido el concepto de *Prevención Determinada* por lo que este tipo de intervención aparece dentro de la *Inserción o Inclusión social*, y por eso hay una notable cantidad de fondos aportados por las instituciones dentro del grupo de de ayudas sin proyectos.

## 2.6.- Asistencia Terapéutica

Los proyectos incluidos en esta línea son en la gran mayoría de los casos grandes proyectos que se desarrollan en diversos centros asistenciales. Están incluidos el tratamiento ambulatorio al alcoholismo y a las otras

toxicomanías, la deshabituación tabáquica, el tratamiento residencial (CT), la atención hospitalaria, la atención en las prisiones, las medidas de tratamiento alternativo a las prisiones

Tabla 71.- Presupuesto en Asistencia Terapéutica por entidad				
	Cantidad de proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
<b>GV, D. Drogodependencias</b>	3	16, 7	1.043.681,8	1.043.681,8
<b>GV Sanidad-Osakidetza</b>	6	33,3	11.334.456,00	11.334.456,00
<b>Ayto. Gasteiz</b>	2	11,1	14.563,3	12.973,3
<b>Ayto. Bilbao</b>	1	5, 6	246.184,0	246.184,0
<b>Otros Aytos.</b>	3	16, 7	29.737,3	29.271,1
<b>Iniciativa Social</b>	3	16, 7	274.500,4	9.659,3
<b>Total promotores</b>	<b>18(100%)</b>		<b>12.943.122,80</b>	<b>12.676.225,50</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
<b>GV, D. Drogodependencias</b>			17.154,9	17.154,9
<b>Diput. Bizkaia</b>			257.609,7	257.609,7
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>274.764,60</b>	<b>274.764,60</b>
<b>TOTALES</b>	<b>18</b>		<b>13.217.887,40</b>	<b>12.950.990,10</b>

Una parte de estas intervenciones se realiza con recursos propios de la red asistencial de Osakidetza y otra parte a través de la red pública de centros privados concertados con el Departamento de Sanidad del G.V. de ahí el gran peso que tienen el Departamento en esta materia.

El esfuerzo de la D. de drogodependencias en esta línea se centra en la intervención en prisiones, tanto para el mantenimiento de equipos como en los convenios con entidades que cuentan con comunidades terapéuticas para proporcionar un tratamiento alternativo.

Algunas entidades locales muestran un cierto peso en la proporción de recursos para el tratamiento, destacando sobre todo la Diputación de Bizkaia y el Ayuntamiento de Bilbao, el motivo está en que esta ciudad concentra la gran mayoría de centros privados de tratamiento ambulatorio y vienen recibiendo ayudas de estos organismos.

Dentro de las entidades locales también hay un cierto gasto en intervenciones de deshabituación tabáquica, que es fundamentalmente lo que aparece reflejado en otros ayuntamientos.

## 2.7.- Inclusión Social

Tabla 72.- Presupuesto en Inclusión Social por entidad				
	Nº de proyectos ejecutados		Presup. Ejecutado	Aportación propia/corregida
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>				
GV, D. Drogodependencias	1	1,7	32.319,7	32.319,7
GV, D. Asuntos Sociales	1	1,7	2.309.404,9	2.309.404,9
GV Sanidad	1	1,7	409.662,0	409.662,0
GV, Viceconsejería Empleo	3	5,1	2.957.125,1	2.957.125,1
GV Justicia y Administración Pública	3	5,1	769.226,4	769.226,4
Diput. Araba	3	5,1	1.072.380,3	1.072.380,3
Diput. Bizkaia	2	3,4	3.861.185,0	3.861.185,0
Diput. Gipuzkoa	13	22,0	4.886.753,0	4.886.753,0
Ayto. Gasteiz	4	6,8	728.183,9	713.183,9
Ayto. Bilbao	1	1,7	110.110,0	110.110,0
Iniciativa Social	27	45,8	4.636.952,7	136.676,1
<b>Total promotores</b>	<b>59 (100%)</b>		<b>21.773.303,00</b>	<b>17.258.026,40</b>
<b>AYUDAS SIN PROYECTOS</b>				
GV Interior SOS Deiak			14.025,0	14.025,0
GV Justicia y Administración Pública			57.089,0	57.089,0
Fondos Europeos			1.288.907,0	1.288.907,0
Fondos particulares			361.983,8	361.983,8
<b>Total ayudas s/ proyectos</b>			<b>1.722.004,80</b>	<b>1.722.004,80</b>
<b>TOTALES</b>	<b>59</b>		<b>23.495.307,7</b>	<b>18.980.031,1</b>

Esta línea de inserción o inclusión social cuenta con un número importante de proyectos, con una financiación considerable y con una amplia representación institucional. El motivo es que incluye proyectos muy variados, la mayoría de ellos inespecíficos, destacando en este sentido:

- Los destinados al empleo, se mantiene un proyecto de contratación de ex toxicómanos, pero los destinados a la promoción del empleo y la formación hacen referencia a personas paradas, de larga duración y en riesgo de exclusión... pero no son específicos.
- Tampoco son específicos los de justicia destinados al asesoramiento del juez y a la búsqueda de medidas alternativas para las personas con causas pendientes (SAOS y SAER), aunque como ya se ha indicado en el apartado correspondiente un porcentaje muy elevado de estas personas padecen una dependencia a alguna sustancia.
- Los servicios sociales de las diputaciones y los grandes ayuntamientos, así como la Dirección de Bienestar Social del GV, promueven una serie de recursos de inclusión social como residencias y centros de día, que tampoco son exclusivos de personas drogodependientes ni alcohólicas, aunque si



representan una parte importante de sus usuarios. Estos recursos representan el montante más alto de los presupuestos.

El bloque más importante de recursos específico lo encontramos en dos tipos de proyectos:

- Los pisos de residencia para personas drogodependientes en fase de tratamiento y que carecen de recursos residenciales propios.
- El apoyo a la incorporación social que prestan algunos centros de tratamiento, generalmente los privados concertados.

## 2.8. Apoyo

<b>Tabla 73.- Presupuesto en Apoyo por entidad</b>			
	<b>Nº de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
<b>ENTIDADES PROMOTORAS DE PROYECTOS</b>			
<b>GV, D. Drogodependencias</b>	7	979.883,2	979.883,2
<b>GV Sanidad-Osakidetza</b>	1	GG	GG
<b>GV Interior</b>	3	GG	GG
<b>Osalan</b>	2	GG	GG
<b>Ayto. Bilbao</b>	5	23.515,0	23.515,0
<b>Otros Aytos.</b>	4	5.712,5	3.028,6
<b>Iniciativa Social</b>	1	43.936,4	9.046,0
<b>TOTALES</b>	<b>23</b>	<b>1.053.047,10</b>	<b>1.015.472,80</b>

El peso específico recae en la D. Drogodependencias, como es lógico suponer, que es quién asume la mayor parte de estas tareas, otros departamentos del GV también aportan importantes proyectos en esta línea como pueden ser el de Sanidad referido a la información sobre toxicomanías (SEIT), o los proyectos para la Ertzaintza, a estos se suman algunas intervenciones más modestas de entidades locales a excepción de los proyectos formativos del Ayto. de Bilbao.

Las intervenciones que acumulan más proyectos son la de investigación y formación (7 en cada uno), esta última sobre todo por el mencionado programa del área de Salud del Ayto. de Bilbao, con proyectos estables desde hace muchos años dirigidos a trabajadores y voluntarios de recursos asistenciales, de incorporación social y de prevención determinada.

La mejora de los procesos de planificación y evaluación cuenta con 5 proyectos que son responsabilidad de la Dirección de Drogodependencias y de algunas entidades locales.

Los otros dos programas el de divulgación y el de coordinación se han recogido dos proyectos en cada caso dos de la D. de Drogodependencias y los otros dos de Diputación de Bizkaia y por el Dpto. de Interior.

### 3. PRESUPUESTOS Y PROGRAMAS POR LÍNEAS ESTRATÉGICAS

En este apartado presentamos los datos por institución: algunas direcciones del GV por tener relevancia propia, los departamentos del GV, las Diputaciones cuyos presupuestos hacen referencia generalmente a los departamentos de Bienestar Social, los ayuntamientos en los que la intervención en drogodependencias puede estar enclavada en diversas áreas municipales (acción social, salud y consumo y alcaldía son las más habituales)

Hemos mantenido los mismos criterios del apartado anterior es decir tener en cuenta las líneas estratégicas, el N° de proyectos ejecutados, el presupuesto ejecutado y la aportación propia a dicho presupuesto, así como la diferenciación entre la promoción de proyectos y las ayudas detectadas sin consignación de proyectos.

#### 3.1. Departamento de Empleo y Asuntos sociales

En este Departamento ha estado ubicada la Dirección de Drogodependencias hasta enero del 2011 y por lo tanto es uno de los departamentos del GV con un mayor gasto en este ámbito, sin embargo no es el único estamento del Dpto.

El apoyo de la D. de Drogodependencias está muy repartido por todas las líneas aunque destacan los diversos niveles de prevención, *el Apoyo a Profesionales y la Asistencia Terapéutica* centrada, como se ha señalado, en las prisiones y para personas toxicómanas con problemas con la justicia, mientras que tiene poco peso en el área de incorporación social.

Tabla 74.- Presupuesto y programas del Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales			
ÁMBITOS	Cantidad de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
<b>Dirección de Drogodependencias</b>			
Universal	1	2.901.766,1	2.901.766,1
Selectiva	1	846.946,1	846.946,1
Indicada	1	383.969,0	383.969,0
Determinada	1	473.664,4	473.664,4
Asistencia	3	1.043.681,8	1.043.681,8
Asistencia	0	17.154,9	17.154,9
Incorporación	1	32.319,7	32.319,7
Apoyo	7	979.883,2	979.883,2
<b>TOTAL D. DROGODEPENDENCIAS</b>	<b>15</b>	<b>6.679.385,1</b>	<b>6.679.385,1</b>
<b>Dirección de Asuntos Sociales</b>			
Universal	0	742,0	742,0
Selectiva	1	82.550,9	82.550,9
Indicada	0	110.768,7	110.768,7
Determinada	0	93.126,4	93.126,4

Incorporación	1	2.309.404,9	2.309.404,9
<b>TOTAL D. DE ASUNTOS SOCIALES</b>	<b>2</b>	<b>2.596.592,9</b>	<b>2.596.592,9</b>
<b>Viceconsejería de Empleo</b>			
Incorporación	3	2.957.125,1	2.957.125,1
<b>TOTAL VIC. DE EMPLEO</b>	<b>3</b>	<b>2.957.125,1</b>	<b>2.957.125,1</b>
<b>Osalan</b>			
Universal	2	GG	GG
Apoyo	2	GG	GG
<b>TOTAL OSALAN</b>	<b>4</b>	<b>GG</b>	<b>GG</b>
<b>TOTAL DEPARTAMENTO</b>	<b>17</b>	<b>9.275.978,00</b>	<b>9.275.978,00</b>

La D. de Asuntos Sociales y la Viceconsejería de Empleo por el contrario y de forma complementaria prestan sus apoyos en *la Incorporación Social*, entendible por sus competencias

El Servicio Vasco de Salud Laboral Osalan, tiene proyectos en el área de *Prevención Universal* y de *Apoyo a Profesionales*.

### 3.2. Dpto. de Justicia y Administración pública

El Departamento de Justicia tiene comprometido en el ámbito de las drogodependencias la financiación de los proyectos del Servicio para la Asistencia a la Ejecución Penal y la Reinserción Social SAER, que están incluidas en la *Línea de Incorporación Social*. A su vez también subvenciona iniciativas de residenciales para personas excarceladas, incluidas en la misma línea, aunque no lo contempla en el área de drogodependencias.

ÁMBITOS	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
Indicada	0	8.672,0	8.672,0
Incorporación Social	3	769.226,4	769.226,4
Incorporación Social	0	57.089,0	57.089,0
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>834.987,4</b>	<b>834.987,4</b>

Finalmente se puede señalar una pequeña cantidad, que tampoco tiene vinculada a las drogodependencias y que se destina al tratamiento de menores con sanciones judiciales y con problemas de drogas.

### 3.3. Departamento de Sanidad-Osakidetza

Sobre el Dpto. de Sanidad recae fundamentalmente el tratamiento a las personas con adicciones y de ahí que el 93% de su presupuesto tenga ese destino.

Tabla 76.- Presupuesto y programas del Departamento de Sanidad			
ÁMBITOS	Nº de proyectos ejecutados	Presup. Ejecutado	Aportación propia/ corregida
Universal	2	76.300,0	76.300,0
Determinada	2	412.821,0	412.821,0
Asistencia	6	11.334.456,00	11.334.456,00
Incorporación	1	409.662,0	409.662,0
Apoyo	1	GG	GG
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>12.233.239,00</b>	<b>12.233.239,00</b>

La aportación del Departamento no termina en la *Asistencia Terapéutica*, sino que también es muy significativa en dos áreas contiguas, que son la *Prevención Determinada-Reducción de Daños*, sobre todo por el programa de *Prevención del SIDA* (intercambio de jeringuillas) y el de *Inserción* con el apoyo a pisos de tratamiento.

También incluye proyectos en *Prevención Universal* de apoyo a centros escolares con proyectos de salud y prevención. Y finalmente hay que señalar que mantiene servicio de información (investigación sanitaria) como el SEIT en el área de Apoyo, que nos provee de datos.

### 3.4. Departamento de Interior

La intervención del Dpto del interior se realiza a través de dos organismos, la Ertzantza, que asume el grueso de la línea de *Control de la Oferta* y que en su capacitación interna también desarrolla una serie de acciones de *Apoyo* a sus profesionales (formación, investigación...).

El Otro organismo es SOS-Deiak, que desarrolla una importante labor de auxilio a las personas en situación de alta exclusión, que no consta con partida propia porque forma parte de una intervención más global.

<b>Tabla 77.- Presupuesto y programas del Dpto. de Interior</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Cantidad de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
<b>Ertzaintza</b>			
Apoyo	3	GG	GG
Control	4	115.143.327,0	115.143.327,0
<b>Total Ertzaintza</b>	<b>7</b>	<b>115.143.327,0</b>	<b>115.143.327,0</b>
<b>SOS Deiak</b>			
Determinada	1	GG	GG
Incorporación	0	14.025,0	14.025,0
<b>Total SOS-Deiak</b>	<b>1</b>	<b>14.025,0</b>	<b>14.025,0</b>
<b>TOTAL DPTO. DE INTERIOR</b>	<b>8</b>	<b>115.157.352,00</b>	<b>115.157.352,00</b>

### 3.5. Departamento de Educación

A pesar de que la aportación del Departamento de Educación es notable hay que volver a insistir que la partida de prevención selectiva se refiere a las ayudas para los centros de Iniciación Profesional (PCPIs) y, por lo tanto, es un proyecto inespecífico.

Además de esta intervención también desarrolla proyectos de Prevención Universal orientados a los centros de enseñanza obligatoria, en base a materiales didácticos y también presta apoyo a entidades que desarrollan proyectos de prevención indicada.

<b>Tabla 78.- Presupuesto y programas del Departamento de Educación</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Cantidad de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
Universal	2	82.224,6	82.224,6
Selectiva	1	9.852.520,0	9.852.552,0
Indicada	0	45.767,3	45.767,3
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>9.980.511,9</b>	<b>9.980.543,9</b>

### 3.6. Diputaciones

Las Diputaciones muestran diferencias notables del gasto, sobre todo entre la Alavesa y las otras dos, ahora bien hay que tener en cuenta en estos casos el papel que juegan los ayuntamientos y como posteriormente veremos el menor presupuesto

en Álava es compensado con un mayor presupuesto en el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Otra característica de la Diputación de Araba es que en su territorio apenas hay localidades que puedan acogerse a las ayudas del GV para la contratación de equipos locales de prevención y por lo tanto es ella la que solicita las ayudas y la que desarrolla proyectos de este tipo en las localidades de menos de 8.000 habitantes del territorio alavés. Por eso es la única en la que hay un pequeño desfase entre *presupuesto ejecutado* y *aportación propia* y la única en la que la *Prevención Universal* tiene un peso notable.

<b>Tabla 79.- Presupuesto y programas de las Diputaciones</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Nº de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
<b>Diputación de Álava</b>			
Universal	2	112.743,3	112.743,3
Selectiva	1	7.549,54	4.921,5
Indicada	2	33.510,7	33.510,7
Determinada	2	530.601,4	530.601,4
Incorporación	3	1.072.380,3	1.072.380,3
<b>TOTAL DIPUTACIÓN DE ÁLAVA</b>	<b>10</b>	<b>1.756.785,2</b>	<b>1.754.157,2</b>
<b>Diputación de Bizkaia</b>			
Selectiva	0	9.300,0	9.300,0
Indicada	0	29.478,1	29.478,1
Determinada	0	939.061,6	939.061,6
Asistencia	0	257.609,7	257.609,7
Incorporación	2	3.861.185,0	3.861.185,0
<b>TOTAL DIPUTACIÓN DE BIZKAIA</b>	<b>2</b>	<b>5.096.634,4</b>	<b>5.096.634,4</b>
<b>Diputación de Gipuzkoa</b>			
Universal	0	553,1	553,1
Selectiva	0	3.943,8	3.943,8
Indicada	6	697.720,0	697.720,0
Determinada	3	238.000,0	238.000,0
Incorporación	13	4.886.753,0	4.886.753,0
<b>TOTAL DIPUTACIÓN DE GIPUZKOA</b>	<b>22</b>	<b>5.826.969,9</b>	<b>5.826.969,9</b>
<b>TOTAL DIPUTACIONES</b>	<b>34</b>	<b>12.680.389,50</b>	<b>12.677.761,50</b>

El presupuesto más importante de las tres Diputaciones lo encontramos en la línea de Inserción seguido de la línea de Prevención Determinada, que son sin duda las que más conectan con los programas de Bienestar Social.

En un segundo plano estaría el apoyo que prestan a los programas de *Prevención Indicada* y en menor medida de tratamiento (que en muchos casos se refieren realmente al apoyo a entidades con proyectos de tratamiento a través de sus intervenciones de inserción)

### 3.7. Ayuntamientos de las Capitales

Al observar los presupuestos de las capitales podemos corroborar las primeras afirmaciones realizadas con las Diputaciones con respecto a que existe una cierta corresponsabilidad, así contemplamos como el Ayto. de Vitoria-Gasteiz, es el de mayor presupuesto, que se corresponde con una Diputación con menor presupuesto y en el que se observan como capítulos más gruesos la prevención determinada y la inserción.

<b>Tabla 80.- Presupuesto y programas de Los Ayuntamientos de las Capitales</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Nº de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
<b>Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz</b>			
Universal	4	402.573,2	385.642,2
Selectiva	1	33.586	33.166,0
Indicada	0	14.834,1	14.834,1
Determinada	8	1.065.079,0	790.208,2
Asistencia	2	14.563,3	12.973,3
Incorporación	4	728.183,9	713.183,9
Control	1	11.600,0	11.600,0
<b>TOTAL AYTO DE VITORIA-GASTEIZ</b>	<b>20</b>	<b>2.270.419,5</b>	<b>1.961.607,7</b>
<b>Ayuntamiento de Bilbao</b>			
Universal	3	160.160,0	92.478,5
Selectiva	2	42.861,0	42.861,0
Indicada	1	9.000,0	9.000,0
Determinada	1	122.444,0	122.444,0
Asistencia	1	246.184,0	246.184,0
Incorporación	1	110.110,0	110.110,0
Apoyo	5	23.515,0	23.515,0
<b>TOTAL AYTO DE BILBAO</b>	<b>14</b>	<b>714.274,0</b>	<b>646.592,5</b>
<b>Ayuntamiento de Donostia -San Sebastián</b>			
Universal	5	180.454,5	140.671,7
Selectiva	2	4.054,3	1.441,0
Indicada	0	96.106,5	96.106,5
<b>TOTAL AYTO DE DONOSTIA-S S</b>	<b>7</b>	<b>280.615,3</b>	<b>238.219,2</b>
<b>TOTAL AYTOS. CAPITALES</b>	<b>41</b>	<b>3.265.308,80</b>	<b>2.846.419,40</b>

El Ayto. de Bilbao, por su parte está en una situación intermedia entre los otros dos y aunque mantiene un fuerte apoyo a la *Prevención Determinada* a la *Inserción* e incluso al *Tratamiento*, estos están mucho más equilibrados con la prevención Universal y Selectiva que en el caso de Vitoria-Gasteiz.

Finalmente el Ayto. de Donostia-San Sebastián es el de menor presupuesto y no tiene un gasto en estas áreas de la *Inserción* y la *Prevención Determinada*.

Otros dos aspectos comunes a destacar es como crece el número de proyectos desarrollados con respecto a las otras instituciones y como se aprecia ya la diferencia entre el *Presupuesto Ejecutado* y el *Propio / Corregido*, aunque estos ayuntamientos aportan casi el 90% de lo que ejecutan.

### 3.8. Otros Ayuntamientos y Mancomunidades

En cuanto nos referimos al resto de entidades locales que participan si bien su número crece, también lo hace de forma considerable el número de proyectos de manera que casi dos tercio de los proyectos son desarrollados por las entidades locales.

Las líneas en las que están más presentes son las de *Prevención Universal* y *Selectiva*, en el resto si tenemos en cuenta el número de ayuntamientos y de proyectos son cuasi-testimoniales aún a pesar de que en *Prevención Indicada* y en *Asistencia* (habitualmente deshabitación tabáquica y apoyo al Tratamientos), tengan un peso apreciable.

Tabla 81.- Presupuesto y programas Otros Ayuntamientos (No capitales)			
ÁMBITOS	Nº de proyectos ejecutados	Presupuesto Ejecutado	Aportación propia/ corregida
Universal	193	1.539.754,8	1.229.680,6
Selectiva	53	661.166,7	405.064,4
Indicada	6	57.639,4	50.413,7
Determinada	1	1.067,0	812,0
Asistencia	3	29.737,3	29.271,1
Apoyo	4	5.712,5	3.028,6
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>2.295.077,7</b>	<b>1.718.270,4</b>

A pesar de que se aprecia la distancia entre *presupuesto ejecutado* y el *propio*, es importante la aportación de las entidades locales, que supone tres cuartas partes de lo ejecutado.

### 3.9. Iniciativa Social (ONGs)

Están comprometidas con todas las líneas estratégicas, si bien en algún de ellas como la de *Apoyo* su participación es muy endeble.



En realidad hay que señalar que no se han recogido todas las aportaciones ya que en la línea de *Asistencia* son sensiblemente más las entidades y las cantidades ejecutadas, sin embargo, como los datos de gasto de y de ejecución se recogen del GV, las entidades de esta área no vienen incluidas en este cuadro.

El espacio en el que su presencia es menor es el de *Apoyo a Profesionales*, lo cual tiene su lógica, porque es algo propio de las administraciones y por lo que se puede observar hay dos líneas en el que su labor es muy importante que son: *Prevención Determinada e Inserción*

<b>Tabla 82.- Presupuesto y programas de las ONGs (Iniciativa Social)</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Nº de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportación propia/ corregida</b>
<b>Universal</b>	12	1.056.754,3	27.962,2
<b>Selectiva</b>	20	933.856,5	161.598,5
<b>Indicada</b>	14	1.087.851,2	172.815,7
<b>Determinada</b>	21	3.911.628,6	297.450,7
<b>Asistencia</b>	3	274.500,4	9.659,3
<b>Incorporación</b>	27	4.636.952,7	136.676,1
<b>Apoyo</b>	1	43.936,4	9.046,0
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>11.945.480,1</b>	<b>815.208,5</b>

La diferencia entre ejecutado y lo aportado es muy grande pero es normal ya que cuentan con pocos fondos propios y en su mayor parte desarrollan intervenciones que otras entidades públicas cubren total o parcialmente.

### **3.10. Otros no contabilizados en las instituciones vascas**

En este apartado la información no procede de la entidad que aporta el fondo, sino de quién lo recibe y por lo tanto eran a proyecto ya mencionados y no tenía sentido sumar más proyectos, por eso la casilla correspondiente al *número de proyectos ejecutado* está en blanco. También por eso no hay ninguna diferencia entre *presupuesto ejecutado* y *propio*, porque ellos no ejecutan sino sólo otorgan para que se ejecute y no hay ningún contraste con otra fuente.

Las ayudas estatales son a programas de *Prevención Universal y Determinada*, las europeas son a programas de formación y empleo destinados a la *Inserción* y los fondos particulares se reparten entre todas las intervenciones *preventivas* y la *Inserción Social*.

<b>Tabla 83.- Otras ayudas a programas en Drogodependencias</b>			
<b>ÁMBITOS</b>	<b>Nº de proyectos ejecutados</b>	<b>Presup. Ejecutado</b>	<b>Aportac. Propia</b>
<b>Ayudas estatales</b>			
Universal		22.060,0	22.060,0
Determinada		24.526,0	24.526,0
<b>Total Ayudas estatales</b>		<b>46.586,0</b>	<b>46.586,0</b>
<b>Fondos Europeos</b>			
Incorporación		1.288.907,0	1.288.907,0
<b>Total Fondos Europeos</b>		<b>1.288.907,0</b>	<b>1.288.907,0</b>
<b>Programas con fondos particulares</b>			
Universal		403.822,5	403.822,5
Selectiva		170.197,3	170.197,3
Indicada		196.345,0	196.345,0
Determinada		84.628,8	84.628,8
Incorporación		361.983,8	361.983,8
<b>Total fondos particulares</b>		<b>1.216.977,4</b>	<b>1.216.977,4</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2.552.470,40</b>	<b>2.552.470,40</b>

# ANEXO III

---

**RELACIÓN ENTRE:**

- .- LA ESTRATEGIA EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS (2005-2012),**
- .- LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS (2009-2016) Y SU PLAN DE ACCIÓN SOBRE LAS DROGAS (2009-2012)**
- .- Y EL VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV.**

## **ANEXO III-1**

---

**DIAGNOSTICO COMPARTIDO POR:**

- .- LA ESTRATEGIA EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS**
- .- LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS**
- .- Y EL VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV**

ESTRATEGIA EUROPEA	ESTRATEGIA PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV
<b>DIAGNÓSTICO</b>		
<p>El problema de la droga puede contemplarse desde varias perspectivas, que van desde la política a la salud, la investigación y la práctica diaria en este ámbito, así como a la cooperación operativa contra el tráfico de drogas. La legislación y las políticas a través de las que finalmente se plasmará el planteamiento tendrán que tener en cuenta todos estos aspectos, y aunarlos en propuestas coherentes y sólidas.</p> <p>A pesar de que las pautas en el consumo de droga siempre han variado entre los 25 Estados miembros de la UE, en especial en lo relativo a la escala, han surgido nuevos problemas en algunas aéreas y aun no se poseen datos que sugieran una caída significativa del consumo de drogas. No obstante, la incidencia de los daños para la salud relacionados con el consumo de drogas y el número de muertes relacionadas con la droga se han estabilizado e incluso están en declive.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha continuado disminuyendo progresivamente el número de usuarios de drogas por vía parenteral.</li> <li>• Ha descendido lentamente la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales, aunque persiste un número apreciable de muertes por esta causa (casi 800 en 2004).</li> <li>• La droga ilegal más consumida en España es el cannabis. En el año 2007, la prevalencia de consumo en los últimos doce meses entre la población adulta, de quince a sesenta y cuatro años de edad, que se había estabilizado entre 2003 y 2005 en torno al 11,2 por 100, disminuyó dos puntos porcentuales (9,2 por 100) hasta el año 2011</li> <li>• La cocaína ocupa el segundo lugar entre las drogas ilegales que se consumen en España.</li> <li>• Tras un prolongado período de incremento, se está estabilizando e incluso parece estar descendiendo el consumo de cannabis y cocaína. Este descenso es más notable entre los escolares de catorce a dieciocho años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En el año 96 el 52,3% de las 2.058 personas que iniciaron tratamiento consumían drogas por vía inyectada, en 2008 desciende al 9,5% de un total de 1.804 personas.</li> <li>• Desde mediados de la década de los 90 ha venido descendiendo la mortalidad asociada directamente al uso de drogas ilegales reduciéndose la tasa a la mitad, pasando de los 4,1 fallecidos/100.000 h. de 1996 a los 2,1 en 2008.</li> <li>• La sustancia de consumo más extendida es el cannabis. Los niveles de consumo tanto por extensión (experimentar) como por consumo reciente (último año) y actual (último mes) han ido creciendo hasta el 2006 a partir del cual muestran una tendencia decreciente.</li> <li>• Las anfetaminas y la cocaína son la segunda y tercera sustancia en cuanto al número de consumidores. En 2004 alcanzaron su cenit y desde entonces viene apreciándose un descenso, sobre todo, en las anfetaminas hasta ser igualadas por la cocaína, esta última es además la que a pesar del descenso muestra los niveles más altos de uso reciente (último mes).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de muchos años de descenso continuado del consumo de heroína, algunos datos parecen apuntar a una estabilización del mismo o a un cierto incremento en el caso de la heroína fumada.</li> <li>• En el año 2006 se produjeron 49.283 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluidos alcohol y tabaco). La tasa global para el conjunto de España fue de 112,7 casos por 100.000 habitantes.</li> <li>• La heroína dejó de ser por primera vez en 2005 la droga que motivaba un mayor número de admisiones a tratamiento, cediendo su puesto a la cocaína. Esta última motivó, en ese mismo año, el 45,1% de las admisiones, frente al 38,2% de la heroína. A continuación se situó el cannabis con el 10,7%.</li> </ul> <p>Los resultados de los controles preventivos de alcoholemia llevados a cabo por la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil muestran un descenso considerable de los positivos en el año 2007 2,38% con respecto al porcentaje registrado en 2003 4,18%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La heroína mantiene niveles de consumo bastante estables desde el 92 (0,7%) hasta 2010 (0,5%) y que oscilan durante ese periodo de un máximo del 1,0 % al mínimo del 0,4%.</li> <li>• Las admisiones a tratamiento vienen siendo constantes desde 1995, aunque con pequeñas oscilaciones. En 2006 iniciaron tratamiento 1701 personas, que sobre los 2.129.339 habitantes de la CAPV supone un índice de 79,88 casos por 100.000 habitantes.</li> <li>• En la CAPV es en el año 2003 cuando el número de heroíno-dependientes se ve superado por el de cocainómanos en las demandas de tratamiento, siendo 636 (36,8%) frente a 735 (42,5%,) de un total de 1.728 personas que demandaron tratamiento ese año y el cannabis fue la tercera con 150 casos 8,7%.</li> <li>• Reducción en los resultados de los controles de alcoholemia del 7,96% de positivos en 2004 al 5,7% en 2007. También desciende en los accidentes, pero no así en las infracciones que no muestra una clara tendencia descendente.</li> </ul>
--	---	--

## ANEXO III-2

---

**LINEAS POLÍTICAS Y FILOSOFÍA COMPARTIDAS POR:**

- .- LA ESTRATEGIA EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS,**
- .- LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS**
- .- Y EL VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV**

ESTRATEGIA EUROPEA	ESTRATEGIA PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV
<b>Líneas políticas, Filosofía y Contexto planificador</b>		
PRINCIPIOS RECTORES Y VALORES DE LA ESTRATEGIA EUROPEA	PRINCIPIOS RECTORES CON CONEXIÓN CON LA ESTRATEGIA EUROPEA Y CON EL VI PLAN DE LA CAPV	PRINCIPIOS RECTORES Y VALORES QUE CONECTAN CON LOS EUROPEOS Y CON LOS DE LA ESTRATEGIA DEL PLAN NACIONAL
<p>Esta nueva Estrategia en materia de drogas está basada, en primer lugar y principalmente, en los principios fundamentales del Derecho comunitario y respeta los valores fundadores de la Unión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• respeto a la dignidad humana,</li> <li>• la libertad,</li> <li>• la democracia,</li> <li>• la igualdad,</li> <li>• la solidaridad,</li> <li>• el Estado de derecho</li> <li>• y los derechos humanos.</li> </ul> <p>Pretende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas,</li> <li>• proteger la salud pública,</li> <li>• ofrecer un nivel elevado de seguridad para el público en general</li> <li>• Y seguir un planteamiento del problema de la droga equilibrado e integrado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La participación social.</b> Mediante la sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto, a fin de que se involucre de forma directa en este tema. Se prestará una especial atención a la identificación, motivación e implicación activa de los grupos poblacionales que se hallan en situaciones de mayor vulnerabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Promoción de la iniciativa social.</b> Los poderes públicos promoverán la participación de la iniciativa social sin ánimo de lucro en el ámbito de las adicciones.</li> <li>• <b>Participación ciudadana.</b> El establecimiento de los cauces de participación ciudadana suficientes para permitir contar con las distintas representaciones sociales del fenómeno, se antojan imprescindibles en la búsqueda de soluciones de las adicciones.</li> <li>• <b>Solidaridad.</b> se propiciará mediante la justa distribución de los recursos: entre las personas, grupos sociales y ámbitos territoriales.</li> <li>• <b>Aproximación a la vulnerabilidad.</b> La intervención atenderá con mayor dedicación aquellos grupos de personas y a personas concretas en las que concurren mayores y más poderosos factores de riesgo, colocándoles en una situación de mayor vulnerabilidad de lo que es normal en la comunidad</li> <li>• <b>Corresponsabilidad.</b> La intervención en adicciones concierne a todos los poderes públicos, cada uno de los cuales, en su ámbito de competencia, ha de ser corresponsable.</li> </ul>



	<p><b>La intersectorialidad.</b> Ofrece un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspira a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La equidad.</b> Garantiza la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el acceso a los diferentes programas y servicios, contemplando la resolución o reducción de las desigualdades que afectan a las personas.</li> <li>• <b>El enfoque de género.</b> Asume la responsabilidad de incorporar esta perspectiva en todos los objetivos señalados en la Estrategia, y de hacer posible su efectividad en las acciones desarrolladas para conseguir los mismos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Carácter interdisciplinar de las intervenciones.</b> Para intervenir eficazmente en las adicciones es preciso trabajar en red y que los centros, servicios y programas, que formen parte de la misma, compartan unos objetivos y un estilo de trabajo común basado en la coordinación y en el desempeño de unas funciones específicas y complementarias.</li> <li>• <b>Igualdad y equidad.</b> Las administraciones públicas vascas deberán garantizar, como mínimo, la cobertura de prestaciones y servicios, garantizando el acceso a dichas prestaciones y servicios con arreglo a criterios de equidad.</li> <li>• <b>Universalidad.</b> Los poderes públicos garantizarán el derecho a las prestaciones y servicios a todas las personas, en función de sus necesidades y sin distinción de ningún tipo.</li> <li>• <b>Integración de la perspectiva de género.</b> Se abogará por la efectiva incorporación de la perspectiva de género tomando en consideración las diferentes situaciones, condiciones y necesidades de mujeres y hombres.</li> </ul>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>OBJETIVOS GENERALES</b>	<b>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS</b>
<b>OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA EUROPEA</b>	<b>OBJETIVOS CON CONEXIÓN CON LA ESTRATEGIA EUROPEA Y/O CON EL VI PLAN DE LA CAPV</b>	<b>OBJETIVOS QUE CONECTAN CON LOS EUROPEOS Y/O CON LOS DE LA ESTRATEGIA DEL PLAN NACIONAL</b>

<p>El objetivo de esta estrategia de la Unión Europea consiste en dar valor añadido a las estrategias nacionales sin dejar de respetar los principios de subsidiariedad y proporcionalidad establecidos en los Tratados. Dicha estrategia destaca que los Estados miembros deben considerar las repercusiones de sus respectivas estrategias nacionales para otros Estados miembros, la manera en que las estrategias nacionales de diferentes Estados miembros pueden apoyarse mutuamente y las contribuciones que las mismas pueden aportar para el logro de los objetivos de esta estrategia de la Unión Europea. Pretende asimismo dar cabida a unas dinámicas y potencialidades locales, regionales, nacionales y transnacionales y hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles. También se tienen en cuenta los imperativos organizativos y financieros de los Estados miembros y de las instituciones de la UE.</p> <p>A la vista de los Tratados, de otros documentos de políticas europeas y de la experiencia de la última década, el Consejo identifica dos objetivos generales en materia de drogas:</p> <p>☐ la UE pretende contribuir a la consecución de un alto nivel de protección de la salud, el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales.</b></li>   <li>• <b>Garantizar una asistencia de calidad</b> y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso</li>   <li>• <b>Mejorar y ampliar la formación de los profesionales</b> que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo.</li>   <li>• <b>Incrementar y mejorar la investigación</b> con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas, su consumo, así como su prevención y tratamiento.</li>   <li>• <b>Potenciar la evaluación</b> sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>5.- Reducir el número de personas que empiezan a utilizar drogas de forma continuada y que tienen adicciones sin sustancia.</b></li> <li><b>6.- Reducir el número de personas que utilizan drogas de forma habitual.</b></li>   <li><b>3.- Ofrecer una respuesta asistencial a las necesidades de todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.</b></li> <li><b>7.- Mejorar la atención de patologías duales.</b></li> <li><b>9.- Aumentar los tratamientos en las adicciones sin sustancia.</b></li>   <li><b>11.- Mejorar y asegurar la formación de los profesionales.</b></li>   <li><b>10.- Impulsar la investigación aplicada para informar y orientar adecuadamente la toma de decisiones en materia de drogodependencias y adicciones sin sustancias.</b></li> <li><b>13.- Analizar bajo la evidencia científica nuevos tratamientos.</b></li>   <li><b>12.- Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones.</b></li> </ul>
--	---	---

<p>bienestar y la cohesión social al complementar la actuación de los Estados miembros en la prevención y reducción, del consumo de drogas, la dependencia de las mismas y los daños para la salud y la sociedad derivados de la droga.</p> <p>☐ La UE y sus Estados miembros pretenden garantizar un nivel elevado de seguridad para el público en general, al actuar contra la producción de droga, el tráfico transfronterizo de droga y el desvío de precursores, y al intensificar la actuación preventiva contra la delincuencia derivada de la droga, mediante una cooperación eficaz enmarcada en un planteamiento común.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Promover una conciencia social</b> sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución.</li> <li>• <b>Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia</b> a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas.</li> </ul>	<p><b>1.- Implicar activamente a toda la ciudadanía.</b></p> <p><b>15.- Promover y desarrollar expresamente la prevención dirigida a grupos y personas vulnerables, que se conoce con los términos de prevención selectiva e indicada.</b></p> <p><b>8.- Mejorar las condiciones sociales de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones sin sustancia.</b></p>
	<p><b>POBLACIONES DIANA Y CONTEXTOS PREFERENTES DEL PLAN NACIONAL</b></p>	<p><b>POBLACIONES DIANA Y CONTEXTOS PREFERENTES DE ACTUACIÓN DEL VI PLAN</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La familia.</li> <li>• Población infantil, adolescentes y jóvenes.</li> <li>• La población laboral.</li> <li>• Los colectivos en situación de especial vulnerabilidad.</li> <li>• La comunidad educativa.</li> <li>• Personas que se hallan internas en centros penitenciarios.</li> <li>• Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Familia.</li> <li>➤ Niños y niñas, adolescentes y jóvenes.</li> <li>➤ Trabajadores en activo.</li> <li>➤ Centros de trabajo</li> <li>➤ Colectivos y personas vulnerables.</li> <li>➤ Centros de enseñanza reglada y no reglada</li> <li>➤ Personas con actividades delictivas.</li> <li>➤ Prisiones.</li> <li>➤ Recursos de atención a menores y jóvenes en riesgo de exclusión.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Industria del ocio y del entretenimiento</li><li>• Sistemas educativo sanitario y social</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Espacios lúdicos y de ocio.</li><li>➤ Atención Sanitaria.</li></ul>
--	--	---

## ANEXO III-3

---

**ACCIONES COMPARTIDAS POR:**

- .- LA ESTRATEGIA EUROPEA EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS,
- .- LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS
- .- Y EL VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV

ESTRATEGIA EUROPEA	ESTRATEGIA PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS	VI PLAN DE ADICCIONES DE LA CAPV
OBJETIVOS, ACCIONES E INTERVENCIONES	OBJETIVOS Y ACCIONES	LINEAS, PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACCIONES
<p><b>ÁMBITO POLÍTICO: REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b></p> <p><b>26. En el ámbito de reducción de la oferta, la Estrategia comunitaria en materia de droga (2005-2012) y los planes de acción deberán producir los siguientes resultados concretos e identificables en 2012:</b></p> <p>Una mejora apreciable de la efectividad, la eficacia y los conocimientos en las intervenciones y actuaciones de las fuerzas y cuerpos de seguridad de la UE y sus Estados miembros centradas en la producción y el tráfico de droga, el desvío de precursores, incluido el desvío de precursores sintéticos importados en la Unión Europea, el tráfico de drogas y la financiación del terrorismo y el blanqueo de dinero en conexión con la delincuencia relacionada con la droga. Esto habrá de conseguirse concentrándose en la delincuencia organizada derivada de la droga, recurriendo a instrumentos y marcos existentes, optando, cuando proceda, por una cooperación regional o temática y buscando modos de intensificar la actuación preventiva en relación con la delincuencia derivada de la droga.</p> <p><b>27. En el ámbito de la política judicial y policial de la UE en materia de droga, habrá que centrarse en las siguientes prioridades y actividades seleccionadas para su inclusión en los correspondientes planes de acción:</b></p>	<p><b>REDUCCIÓN DE LA OFERTA</b></p> <p><b>9. Incrementar la eficacia de las medidas dirigidas a controlar la oferta y los mercados ilegales de sustancias psicoactivas</b></p> <p>42. Impulsar medidas para limitar la accesibilidad a drogas legales e ilegales y reforzar el cumplimiento de la normativa vigente en las Administraciones estatal, autonómica y local, haciendo especial hincapié en la publicidad de alcohol y tabaco.</p> <p>43. Potenciar los Planes estratégicos y operativos para la lucha contra el tráfico minorista en los centros escolares y sus entornos, así como en las zonas de ocio.</p> <p>44. Potenciar la coordinación entre las unidades especializadas en la lucha contra las drogas y las unidades de prevención de seguridad ciudadana.</p> <p>45. Profundizar en las relaciones internacionales con las fuerzas policiales que tienen asignada la lucha contra el tráfico de drogas en otros Estados, incrementando la cooperación y la coordinación.</p> <p>46. Incrementar las inspecciones y el control a los operadores de sustancias químicas catalogadas, y mejorar los canales de información y comunicación de carácter nacional e internacional sobre precursores.</p> <p><b>10. Aumentar los mecanismos de control económico sobre los procesos de blanqueo de dinero, profundizando la colaboración con las autoridades</b></p>	<p><b>LÍNEA I: CONTROL DE LA OFERTA</b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA I.1º.- CONTROL DE COMERCIO ILÍCITO DE DROGAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Control policial del tráfico ilícito de drogas a mediana y gran escala.</li> <li>- Reducción de la presencia de droga en la calle.</li> <li>- Reducción del consumo público.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA I.2º.- CONTROL DE INFRACCIONES RELACIONADAS CON DROGAS LEGAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de los medicamentos estupefacientes y psicotrópicos.</li> <li>- Control de alcohol y tabaco: publicidad y promoción, suministro y venta a menores y conducción de vehículos.</li> <li>- Control del consumo de tabaco en locales cerrados.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA I.3º.- CONTROL DEL JUEGO.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control del juego.</li> <li>- Protección a las personas vulnerables ante el juego.</li> </ul>

<p>1. Consolidar la cooperación policial en la UE tanto en los niveles estratégicos como en los de prevención de la delincuencia, para aumentar las actividades operativas en el campo de drogas y el desvío de precursores respecto de la producción, el tráfico transfronterizo (dentro de la EU) de drogas, las redes delictivas dedicadas a estas actividades y la delincuencia grave conexa, dentro del respecto del principio de subsidiariedad.</p> <p>La cooperación estratégica a nivel de la UE en el nivel policial respecto de las drogas y los precursores debería dar prioridad a los problemas y formas de delincuencia que tienen un impacto en la UE en conjunto y por lo tanto proporcionan claramente un valor añadido a todos los Estados miembros. Esto incluye la producción, el tráfico transfronterizo (dentro de la UE) de droga ilícito, las redes delictivas dedicadas a estas actividades y la delincuencia grave conexa. Además, aunque se necesita acción estratégica para contener el flujo de entrada en la UE de drogas procedentes de terceros países, es también necesario contener el flujo de drogas de la UE hacia terceros países</p> <p>2. Intensificar la cooperación efectiva entre cuerpos y fuerzas de seguridad de los Estados miembros recurriendo a instrumentos y marcos existentes</p> <p>3. Prevención y castigo de la importación y exportación ilícitas de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, también hacia los territorios de otros Estados miembros</p>	<p><b>administrativas competentes en materia de prevención del blanqueo de capitales, y de acuerdo con los criterios establecidos con carácter general en este ámbito por la Comisión de Prevención del Blanqueo de Capitales e Infracciones Monetarias</b></p> <p>47. Intensificar las investigaciones de delincuencia económica y financiera, con especial atención a las investigaciones patrimoniales y de blanqueo de capitales asociado al tráfico de drogas.</p> <p>48. Reforzar las relaciones bilaterales con países de especial relevancia para España en el tráfico de drogas y blanqueo de capitales.</p> <p>49. Favorecer el intercambio de herramientas y productos para la elaboración de Inteligencia Estratégica y la lucha contra las organizaciones criminales dedicadas al tráfico de drogas y blanqueo de capitales.</p>	
--	---	--

<p>4. Mejorar la cooperación, dentro de un marco de la UE, en los ámbitos policial, de la criminología y las ciencias forenses, entre Estados miembros de la UE que tengan intereses comunes o padezcan los mismos problemas de droga</p> <p>5. Intensificar los esfuerzos de las fuerzas y cuerpos de seguridad dirigidos a países no miembros de la UE, en especial países productores y regiones limítrofes de rutas de tráfico</p>		
<p><b>ÁMBITO POLÍTICO: REDUCCIÓN DE LA DEMANDA:</b></p> <p><b>22. En el ámbito de la reducción de la demanda, la Estrategia europea en materia de lucha contra la droga (2005-2012) tenderá al siguiente resultado concreto e identificable:</b></p> <p>Reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas, mediante el desarrollo y la mejora de un sistema de reducción de la demanda global y basado en los conocimientos que incluya medidas para la prevención, la intervención rápida, el tratamiento, la reducción del daño, la rehabilitación y la reinserción social en los Estados miembros de la UE. Las medidas de reducción de la demanda deberán tener en cuenta los problemas relacionados con la salud y las pruebas sociales provocados por el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas y de múltiples drogas en asociación con sustancias psicoactivas ilícitas, el</p>	<p><b>REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. PREVENCIÓN</b></p> <p><b>2. Promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos, y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto sea parte activa en su solución</b></p> <p>6. Realizar campañas y otras actuaciones periódicas y convergentes de sensibilización dirigidas a población general y sectores específicos de la misma.</p> <p>7. Desarrollar actividades de comunicación para mostrar cómo las actuaciones del Fondo de Bienes Decomisados revierten en actividades de reducción de la demanda y de la oferta.</p> <p>8. Potenciar la Responsabilidad Social Corporativa de las empresas en el ámbito de las drogodependencias, promoviendo su participación en el ámbito de la prevención, integración laboral, voluntariado, etc.</p> <p>9. Establecer alianzas con los medios de comunicación y sus profesionales para incrementar la responsabilidad de la sociedad en la prevención de</p>	<p><b>LINEA II.- REDUCCIÓN DE LA DEMANDA: PREVENCIÓN UNIVERSAL</b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA II.4º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liderazgo compartido Dpto. de Educación/ Dpto. Sanidad.</li> <li>- Desarrollar un procedimiento eficaz de apoyo a los centros.</li> <li>- Iniciar una línea de prevención de comportamientos problemáticos en la EpS. fortaleciendo el desarrollo personal y relacional.</li> <li>- Desarrollo curricular a partir de los conceptos de Educación para la Salud y del fortalecimiento del desarrollo personal y relacional.</li> <li>- Incorporar a la prevención de riesgos laborales en la Formación Profesional.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA II.5º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO FAMILIAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de una línea de sensibilización e información familiar.</li> </ul>



<p>tabaco, el alcohol y los medicamentos.</p> <p><b>23. Este sistema de reducción de la demanda implica las siguientes medidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ impedir que la población se inicie en el consumo de drogas;</li> <li>_ impedir que el consumo experimental se convierta en habitual;</li> <li>_ intervención precoz para prevenir a otras de consumo peligrosas;</li> <li>_ creación de programas de tratamiento;</li> <li>_ creación de programas de rehabilitación y reinserción social;</li> <li>_ reducción de los daños para la salud y la sociedad derivados de las drogas.</li> </ul> <p>Todas estas medidas son complementarias y deberían ofrecerse de forma integrada y contribuir en última instancia a reducir el consumo y la dependencia de las drogas y a reducir las consecuencias para la salud y la sociedad derivadas de las drogas.</p> <p>Se han identificado las siguientes prioridades en el ámbito de la reducción de la demanda:</p> <p>1. Mejorar el acceso a los programas de prevención y la eficacia de estos (desde el impacto inicial a la sostenibilidad a largo plazo) y fomentar la concienciación sobre el riesgo del consumo de sustancias psicoactivas y las consecuencias correspondientes. Para ello, las medidas de</p>	<p>las drogodependencias.</p> <p>10. Informar sobre el riesgo que para los españoles que viajen al extranjero supone el consumo y tráfico de drogas.</p> <p><b>3. Aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas</b></p> <p>11. Impulsar la aplicación de programas acreditados de prevención universal, selectiva e indicada, en los ámbitos familiar, educativo y extraescolar, mejorando la capacitación de todos los agentes implicados, especialmente en el desarrollo de factores de protección frente al consumo de drogas, la detección precoz y el abordaje de los primeros consumos.</p> <p>12. Validación y desarrollo de programas específicos dirigidos a menores especialmente vulnerables por su situación personal, familiar o social, con especial incidencia en hijos de drogodependientes y menores internos en centros de protección y reforma.</p> <p>13. Impulsar la aplicación de programas acreditados de prevención para alumnos de ciclos formativos de Formación Profesional y Cualificación Profesional Inicial.</p> <p>14. Impulsar el desarrollo de programas acreditados de prevención dirigidos a estudiantes universitarios.</p> <p>15. Impulsar el desarrollo de programas en los centros de trabajo, en los que se incluyan actuaciones protocolizadas para iniciar tratamiento y apoyo tutelado a la reincorporación al puesto de trabajo de aquellos trabajadores con problemas de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de las condiciones para compatibilizar vida familiar y laboral.</li> <li>- Mantenimiento y Mejora de las actividades de formación comunitaria a P/M.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA II.6º.- PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO LABORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar una cultura preventiva en el ámbito de Trabajo y desarrollo de algunos proyectos preventivos pilotos en la Administración.</li> <li>- Incorporar a la prevención de riesgos laborales en la Formación Profesional.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA II.7º.- P.U. EN EL AMBITO COMUNITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promocionar valores positivos y pro-sociales en toda la comunidad.</li> <li>- Se involucran en ello Salud: Asistencia Primaria a través de los y las Pediatras + La red de recursos de prevención comunitaria.</li> <li>- Desarrollo de una línea de sensibilización a los jóvenes: Globalización: negocio de drogas y sus consecuencias en los países productores y de tránsito.</li> <li>- Coordinación con el Plan Joven con medidas concretas y abordaje comunitario.</li> </ul> <p><b>LINEA III.- REDUCCION DE LA DEMANDA: PREVENCIÓN SELECTIVA INDICADA I</b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA III.-8º.-PREVENCIÓN SELECTIVA. EN EL AMBITO ESCOLAR</b></p>
--	--	---

<p>prevención deberían tener en cuenta los factores de riesgo iniciales, la detección, la prevención específica y la prevención a nivel de familia y de comunidad.</p> <p>2. Facilitar el acceso a programas (medidas) de intervención precoz, en particular para los jóvenes que han consumido sustancias psicoactivas de forma experimental.</p> <p>3. Facilitar el acceso a programas de tratamiento específicos y diversificados, incluido el tratamiento psicosocial y farmacológico. Debería evaluarse constantemente el patrón de eficacia de los programas de tratamiento. El tratamiento de los problemas para la salud derivados del consumo de sustancias psicoactivas debería formar parte integrante de las políticas de salud.</p> <p>4. Facilitar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento de VIH/SIDA, hepatitis, otras infecciones, enfermedades y daños para salud y la sociedad derivados de las drogas.</p>	<p>drogodependencias.</p> <p>16. Impulsar el desarrollo de estrategias de prevención dirigidas a minorías, adaptadas a sus características y necesidades; a población reclusa, así como a zonas de especial exclusión social.</p> <p>19. Potenciar la implicación de los profesionales sanitarios en la sensibilización y en la prevención de los daños ocasionados por los consumos tempranos de tabaco, alcohol, psicofármacos y otras drogas.</p> <p><b>4. Retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas</b></p> <p>17. Impulsar el desarrollo de intervenciones de sensibilización en diversos sectores de la sociedad sobre las consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en edades tempranas.</p> <p>18. Potenciar el asociacionismo juvenil y su participación en las actividades de ocio saludable e impulsar programas preventivos de mediación entre iguales y educación no formal, fomentando el uso de las tecnologías audiovisuales y las nuevas tecnologías.</p> <p><b>5. Disminuir el consumo de drogas legales e ilegales</b></p> <p>20. Promover iniciativas en espacios de ocio, así como de formación de profesionales del sector para evitar el consumo de alcohol y otras drogas en menores.</p> <p>21. Impulsar el desarrollo de actuaciones preventivas para que las mujeres se abstengan de consumir alcohol, tabaco y otras drogas durante la gestación y lactancia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar el apoyo y orientación a los equipos docentes</li> <li>- Actividades de Capacitación del profesorado y del personal no-docente.</li> <li>- Desarrollo de recursos para intervenir con los alumnos y alumnas.</li> <li>- Promoción de los proyectos y las experiencias para su mejora y divulgación.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA III.9º.- PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL AMBITO FAMILIAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos personalizados de información y orientación psicológica y socioeducativo.</li> <li>- Promover el desarrollo de actividades con familias vulnerables.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA III.10º.- PREVENCIÓN SELECTIVA. EN EL AMBITO FESTIVO Y DE OCIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyectos de Información, prevención y Reducción de Riesgos en medio festivo.</li> <li>- Proyectos de Reducción de Riesgos sobre y de seguridad en lonjas y locales.</li> <li>- Apoyar y participar en proyectos interregionales.</li> <li>- Abrir un canal de comunicación para informar y reducir riesgos utilizando las TIC.</li> </ul> <p>➤ <b>PROGRAMA III.11º.- PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA EN EL AMBITO COMUNITARIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones de acuerdo a lo establecido en la línea estratégica II en Salud Mental (Realizar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones).</li> </ul>
--	---	--

	<p>22. Impulsar actividades de sensibilización para la protección de la salud y la lucha contra el dopaje en el deporte, aficionado y profesional.</p>	<p>- Proyectos en red entre equipos de prevención y equipos educativos de menores. Proyectos de medidas alternativas a las sanciones del artículo 25 de la L.O.P.S.C.</p> <p>➤ <b>PROGRAMA III.12º.- PREVENCIÓN INDICADA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES Y SUS FAMILIAS</b></p> <p>-Consolidar los recursos existentes destinados a la prevención indicada de adolescentes y jóvenes altamente vulnerables y sus familias. - Apoyar el desarrollo de una red de recursos de prevención indicada divulgando y promoviendo la inclusión de estos servicios en las redes de recursos sanitarios y sociales.</p>
	<p><b>2. REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL</b></p> <p><b>7. Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas.</b> Normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes en base a la evidencia científica mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intermenciones.</p> <p>29. Promover la extensión y accesibilidad de los tratamientos en drogodependencias sobre la base de la evidencia científica, adaptándolos a los nuevos patrones de consumo.</p> <p>30. Impulsar la elaboración de catálogos de intervenciones terapéuticas, que se hayan demostrado eficaces, efectivas y adecuadas, en los diferentes ámbitos de la asistencia a los</p>	<p><b><u>LINEA IV.- REDUCCIÓN DE LA DEMANDA.: ASISTENCIA TERAPÉUTICA I</u></b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA IV.13º - MEJORA Y CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS EFICACES</b></p> <p>- Realizar un análisis de los recursos, de los problemas y de las posibilidades que ofrecen nuevos tratamientos (heroína oral, bupremorfina, naloxona...).</p> <p>- Establecer un Proyecto de Mejora con las recomendaciones del estudio.</p> <p>➤ <b>PROGRAMA IV.14º- COMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO</b></p> <p>- Incorporar las adicciones sin sustancias (ludopatía...), a la oferta asistencial pública. - Reforzar los tratamientos de deshabituación de tabaco.</p>

	<p>drogodependientes.</p> <p>31. Colaborar al desarrollo de programas específicos de atención a las drogodependencias en jóvenes y mejorar su acceso a un tratamiento de calidad, con especial atención a los jóvenes internados en centros de menores o que hayan tenido problemas con la justicia.</p> <p>32. Potenciar el desarrollo de los programas destinados a población con patología dual.</p> <p>33. Potenciar la aplicación de programas de asistencia atendiendo a la especificidad del género, favoreciendo un mejor acceso por parte de las mujeres a los centros y programas existentes, e impulsando el desarrollo de protocolos para mejorar la atención de las mujeres consumidoras de drogas y de aquéllas con personas dependientes a su cargo.</p> <p>34. Desarrollar programas de asistencia a las familias de los afectados por las drogodependencias reforzando su papel en el tratamiento y la reinserción, incluyendo, en su caso, la constitución de grupos de autoayuda.</p> <p>35. Potenciar el papel, tanto de los servicios de Atención Primaria como de los de Atención Especializada y de Urgencias, en la detección precoz, el consejo sanitario y la realización de intervenciones breves.</p> <p>36. Implantar protocolos de detección precoz e intervenciones breves sobre el consumo de sustancias psicoactivas en los servicios de salud laboral.</p> <p>37. Analizar las características de los diversos tipos de centros, servicios y unidades que integran la red de asistencia a los drogodependientes buscando</p>	<p>- Mantener las intervenciones de RR. RR. y Daños en distintos servicios y coordinados con otros planes (SIDA...).</p> <p>- Desarrollar un procedimiento para la detección de nuevas problemáticas.</p> <p>➤ <b>PROGRAMA IV.15º.- ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES CON MEDIDAS PENALES</b></p> <p>-Mantener y mejorar los equipos terapéuticos de las prisiones.</p> <p>- Propiciar los tratamientos normalizados, adecuados <b>a la situación de cada persona, como medidas alternativas a la prisión.</b></p> <p>- <b>Compatibilizar medidas de servicios a la comunidad con la asistencia terapéutica.</b></p> <p>- <b>Apoyo a los servicios de Asistencia a la Ejecución Penal (SAOS/SAER).</b></p>
--	--	---

	<p>criterios para su armonización.</p>	
	<p><b>8. Facilitar la incorporación a la sociedad de las personas en proceso de rehabilitación, a través de programas de formación integral y de preparación e inserción laboral.</b></p> <p>38. Impulsar el desarrollo y puesta en marcha de nuevos programas que favorezcan la integración social y laboral de los drogodependientes en proceso de inserción con diversas medidas.</p> <p>39. Impulsar la mejora de la calidad y la extensión de los programas de tratamiento y reinserción dirigidos a la población penitenciaria, así como las medidas alternativas a la prisión, haciendo especial hincapié en el seguimiento posterior a la excarcelación.</p> <p>40. Colaborar al desarrollo de programas, especialmente en dependencias judiciales y policiales, que ofrezcan apoyo jurídico, administrativo y social a las personas que han cometido delitos como consecuencia de su adicción a las drogas.</p> <p>41. Promover la creación de un catálogo de servicios y programas de reinserción a nivel nacional, autonómico y local.</p>	<p><b>LINEA V.- REDUCCIÓN DE LA DEMANDA.:PREV. DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL</b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA V.19.- MEDIDAS A FAVOR DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos.</li> <li>- Recursos como: viviendas, centros de día de alta exigencia, acceso a formación y empleo (lanbide)</li> </ul>
	<p><b>REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. DISMINUCIÓN DEL RIESGO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO</b></p> <p><b>6. Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas y, en general, los efectos sociales y sanitarios indeseables relacionados con su uso</b></p> <p>23. Favorecer la extensión y accesibilidad a los programas de tratamiento sustitutivos, e impulsar la</p>	<p><b>LINEA V.- REDUCCIÓN DE LA DEMANDA.:PREV. DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL I</b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA V.16º- ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS SANITARIOS A LAS PERSONAS ADICTAS Y EN RIESGO DE EXCLUSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar proyectos de RR. Daños (intercambio jeringuillas, sala de consumo...).</li> <li>- Iniciativas promotoras del contacto con servicios</li> </ul>

	<p>aplicación de otras terapias de eficacia probada por la evidencia en aquellos usuarios que no se benefician de las opciones terapéuticas convencionales.</p> <p>24. Potenciar el desarrollo de programas específicos de reducción de daños para evitar problemas de salud, así como intoxicaciones agudas y sobredosis.</p> <p>25. Apoyar la realización de talleres de consumo de menor riesgo y sexo seguro así como de programas de atención a personas que ejercen la prostitución, tanto en el ámbito comunitario como en instituciones penitenciarias.</p> <p>26. Facilitar y potenciar la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas preventivos de información y consejo, dispensación de tratamientos sustitutivos e intercambio de jeringuillas y provisión de material de inyección seguro.</p> <p>27. Desarrollar programas de reducción de daños en personas con problemas de consumo de alcohol, con especial hincapié en la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con éste, por sí solo o junto a otras sustancias.</p> <p>28. Promover el desarrollo de intervenciones específicamente orientadas a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas, tanto en entornos de ocio como en entornos institucionalizados.</p>	<p>sanitarios (acompañamiento, trabajo de calle...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>PROGRAMA V.17º- COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS PARA PERSONAS ADICTAS EN ALTA EXCLUSIÓN SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los recursos sociales atienden adecuadamente a personas adictas en exclusión social, facilitando su acceso a las prestaciones de la Ley Garantía de Ingresos.</li> <li>- Consolidación de recursos de pernocta, alimentación, centro de día de baja exigencia y tutela.</li> </ul> </li> <li>➤ <b>PROGRAMA V.18º- MEDIDAS BASICAS DE INCLUSIÓN PARA PERSONAS ADICTAS CON CONSUMOS ACTIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos.</li> <li>- Recursos específicos como alojamientos, acceso a formación y empleo.</li> </ul> </li> <li>➤ <b>PROGRAMA V.19.- MEDIDAS A FAVOR DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso a las prestaciones económicas previstas en la Ley Garantía de Ingresos.</li> <li>- Recursos como: viviendas, centros de día de alta exigencia, acceso a formación y empleo (lanbide).</li> </ul> </li> <li>➤ <b>PROGRAMA V.20- INTERVENCIÓN CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES BAJO MEDIDAS PENALES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar los programas de intercambio de jeringuillas y de otros.</li> <li>- Educación para la salud en el espacio penitenciario.</li> <li>- Propiciar las conexiones de las personas en tratamientos en prisión con entidades con programas terapéuticos.</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

		<p>- Apoyo a los servicios de Asistencia a la Ejecución Penal (SAOS/SAER) para facilitar los cumplimientos alternativos que permitan medidas de incorporación social.</p>
	<p><b>1. COORDINACIÓN</b></p> <p><b>1. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco del Estado español</b></p> <p>1. Optimizar la coordinación y cooperación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con otros departamentos y organismos de la Administración General del Estado, potenciando el trabajo desarrollado en el seno del Grupo Interministerial y de la Conferencia Sectorial.</p> <p>2. Impulsar la coordinación y cooperación entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y las Administraciones Autonómica y Local:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar sesiones sobre temas monográficos en el seno de la Comisión Interautonómica.</li> <li>• Realizar, como mínimo, un encuentro al año con la FEMP para hacer seguimiento y mejorar la coordinación con las administraciones locales.</li> <li>• Potenciar la elaboración de planes municipales y supramunicipales coherentes con la Estrategia Nacional.</li> <li>• Realizar encuentros bilaterales entre la Delegación del Gobierno para el PNSD y los Planes Autonómicos.</li> </ul> <p>3. Potenciar la relación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas, presentando un Informe anual sobre la situación de las drogodependencias en España, que incluirá una valoración del grado de cumplimiento del Plan de Acción.</p>	<p><b><u>LINEA VI.- COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES</u></b></p> <p>➤ <b>PROGRAMA VI.21.- COORDINACIÓN. Profundizar en la transversalidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Con otros planes de la CAPV.</li> <li>● Interinstitucional horizontal / vertical Plan Nacional y U. Europea.</li> </ul>

	<p>4. Impulsar la coordinación y cooperación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con la sociedad civil y sus organizaciones y, en particular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar el Foro “La sociedad ante las drogas”.</li> <li>• Reforzar la coordinación con la Comisión Nacional de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias en el Ámbito Laboral.</li> <li>• Impulsar la coordinación con las sociedades científicas del sector.</li> </ul> <p>5. Realizar, con carácter bienal, un encuentro nacional con el objeto de abordar los temas más relevantes en el ámbito de las drogodependencias.</p> <p><b>14. Optimizar la coordinación y cooperación en el marco europeo e internacional en general</b></p> <p>63. Intensificar la participación española en el marco europeo, contribuyendo al desarrollo del Plan de Acción de la Unión Europea 2009-2012 a través de la participación en las actividades y Grupos de Trabajo y ejecutando el Plan de Trabajo correspondiente al período de la Presidencia Española de la Unión Europea (enero-junio 2010). Asimismo, participar activamente en las iniciativas desarrolladas por otros foros distintos a la Unión Europea (Consejo de Europa, Grupo Dublín, etc.).</p> <p>64. Potenciar la actuación de España en el seno de Naciones Unidas, impulsando acciones dirigidas a la reducción de la oferta y la demanda en el ámbito internacional y liderando el grupo de la UE durante el periodo correspondiente a la Presidencia Española (enero-junio 2010).</p> <p>65. Cooperar con la Organización Mundial de la Salud</p>	
--	---	--



	<p>(OMS) en el desarrollo de la Estrategia y el Plan de Acción de control de las drogodependencias.</p> <p>66. Reforzar la presencia española en Iberoamérica, potenciando la cooperación en esta área geográfica a través de programas y actuaciones bilaterales o en las estructuras regionales existentes. Impulsar actuaciones dirigidas a la reducción de la demanda, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud. Desarrollar Planes Anuales de Formación en colaboración con la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.</p> <p>67. Cooperación con otras áreas geográficas de atención preferente (cuena mediterránea y otras) en el desarrollo de actividades orientadas a la reducción de la oferta y la demanda.</p> <p>68. Identificar áreas de trabajo con proyección internacional, fomentar la participación en grupos de trabajo y foros internacionales, e impulsar el intercambio de conocimientos y experiencias de prevención, asistencia e integración, así como la colaboración entre profesionales.</p>	
<p><b>ASUNTO HORIZONTAL: COOPERACIÓN INTERNACIONAL</b></p> <p><b>31. INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN</b></p> <p>1. Mejorar la infraestructura conocimiento de la UE en el ámbito de las drogas y consolidar los sistemas e instrumentos de información sobre drogas desarrollados durante el periodo comprendido entre 2000 y 2004, haciendo pleno uso del OEDT y de Europol.</p> <p>2. Cada uno de los planes de acción de la UE debería</p>	<p><b>4. MEJORA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO BÁSICO Y APLICADO</b></p> <p>50. Impulsar proyectos de investigación en los ámbitos epidemiológico, clínico, básico y social</p> <p>51. Impulsar la elaboración y difusión de Guías de Práctica Clínica para la atención y el tratamiento de las drogodependencias, basadas en la evidencia científica.</p> <p>52. Fomentar la realización de estudios sobre las causas sociales del consumo de drogas y la mortalidad causada por el mismo.</p>	<p><b>LINEA VI.- COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>PROGRAMA VI.22.- INVESTIGACIÓN</b></li> <li>➤ <b>PROGRAMA VI.23.- INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO.</b></li> <li>➤ <b>PROGRAMA VI.24.- FORMACIÓN</b></li> <li>➤ <b>PROGRAMA VI.25.- PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN: avanzando en los procesos de mejora de la intervención</b></li> </ul>

<p>incluir temas de investigación prioritarios que se han de fomentar a nivel de la UE, teniendo en cuenta la rápida evolución del problema de la droga. Deberán promoverse los intercambios a gran escala y la difusión de los resultados de la investigación, las experiencias y practicas idóneas a nivel de los Estados miembros y de la UE, teniendo en cuenta el trabajo realizado por las organizaciones internacionales correspondientes. Debería prestarse atención especial a la formación de profesionales y a la consulta a los actores públicos y privados.</p> <p><b>32. Evaluación</b> En el ámbito de la evaluación se identifica la siguiente prioridad: La Comisión será responsable de la evaluación constante y general de la Estrategia y del Plan de acción con el apoyo de los Estados miembros, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Europol. Esto debería llevarse a cabo sobre la base de instrumentos y parámetros metodológicos adecuados, teniendo en cuenta los trabajos realizados por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y Europol en este ámbito.</p>	<p>53. Fomentar investigaciones dirigidas tanto al conocimiento de nuevas opciones terapéuticas y su posible aplicación a la clínica, como al conocimiento de patrones de consumo de sustancias con efecto psicoactivo que puedan ser susceptibles de abuso</p> <p>54. Potenciar la actividad de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.</p> <p>55. Optimizar el desarrollo, cobertura y representatividad de los indicadores del Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas (SEIPAD), con desarrollo de nuevos indicadores de interés.</p> <p>56. Adecuar los sistemas de información para que permitan la recogida de datos relacionados con nuevos patrones de consumo y perfiles sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos de los consumidores de drogas.</p> <p><b>12. Potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones, como instrumento que permita validar las actividades</b></p> <p>57. Potenciar la evaluación de procesos y resultados, la valoración de la satisfacción de los usuarios y la validación de los instrumentos utilizados para la evaluación de programas y servicios</p> <p><b>13. Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en este campo, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo</b></p> <p>58. Incrementar la oferta de programas de formación actualizados con inclusión de las nuevas tecnologías, dirigidos a los profesionales de la sanidad, de los</p>	
--	---	--

	<p>servicios sociales, de la educación, de los medios de comunicación, de las ONGs, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y al personal de la Administración de Justicia, así como a los responsables de los servicios de salud laboral.</p> <p>59. Fomentar la aplicación de programas de formación dirigidos a voluntarios que desarrollen su actividad en el sector de las drogodependencias</p> <p>60. Realización y puesta en marcha de programas de formación de madres y padres para mejorar su capacitación como agentes de prevención, y actuaciones dirigidas a las asociaciones de madres y padres (AMPAS) de alumnos.</p> <p>61. Promover el desarrollo de programas de formación sobre la seguridad vial en relación con el consumo de drogas legales e ilegales en diferentes ámbitos (autoescuelas, profesionales del sector....).</p> <p>62. Promover la inclusión de materias relacionadas con las drogodependencias en el currículum de los estudios sanitarios sociales y educativos.</p>	
--	---	--

## **ANEXO IV**

---

**DELIMITACIONES COMPETENCIALES Y ECONÓMICAS DE LOS PROGRAMAS DEL VI  
PLAN DE ADICCIONES**

## I.- LÍNEA DE CONTROL DE LA OFERTA

**META:** Reducir la oferta de drogas y de actividades capaces de generar adicciones (juegos de azar, etc.) a través de su regulación y controlar el tráfico ilegal de drogas, haciendo cumplir la normativa existente

PROGRAMA I. 1º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>CONTROL DE COMERCIO ILICITO DE DROGAS</b>	Dpto. de Interior de E.J/G.V. (Ertzantza)	112.054.233	Policías locales de ayuntamientos	Asumido en gastos generales
			Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno y Direcciones de Policía y Guardia Civil)	No contabilizado

PROGRAMA I. 2º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>REGULACIÓN Y CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN TORNO A LAS ACTIVIDADES CON DROGAS LEGALES</b>	Dpto. de Interior de E.J/G.V. (Ertzantza)	3.089.094	Policías locales de ayuntamientos	Asumido en gastos generales
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V.	Asumido en gastos generales		

PROGRAMA I. 3º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>SEGUMIENTO DE LA REGULACIÓN ACTUAL SOBRE ACTIVIDADES SUSCEPTIBLES DE CREAR ADICCIONES, EN ESPECIAL LAS QUE PROVIENEN DE LOS JUEGOS DE AZAR</b>	Dpto. de Interior de E.J/G.V. (Dirección de Juego y Espectáculos)	Asumido en gastos generales		

## II.- LÍNEA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL

**META: Potenciación de los factores de protección y fomento de actitudes y hábitos saludables para evitar los comportamientos adictivos**

<b>PROGRAMA II. 4º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR</b>	Dpto. de Educación de E.J/G.V.	82.225	Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos	1.146.053
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	1.799.095	Equipos Prevención Comunitaria de la Diputación de Araba	64.494
	Otras Direcciones del Dpto. Sanidad	76.300	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales (Osalan)	Asumido en gastos generales
	Comisión Mixta: Dpto. de Educación / Dpto. Sanidad de E.J/G.V.	Asumido en gastos generales		

<b>PROGRAMA II. 5º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO FAMILIAR</b>	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales (Dir. De Familia)	Asumido en gastos generales	Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos	480.603
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	754.459	Equipos Prevención Comunitaria de la Diputación de Araba	48.250
			Otras Direcciones del Dpto. de Sanidad E.J/G.V.	Asumido en gastos generales

PROGRAMA II. 6º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO LABORAL</b>	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales (Osalan)	Asumido en gastos generales	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	Asumido en gastos generales

PROGRAMA II. 7º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN UNIVERSAL EN EL AMBITO COMUNITARIO</b>	Dpto. de Cultura de E.J./G.V.	Asumido en gastos generales (Plan Joven)	Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos	221.817
	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	348.212	Equipos Prevención Comunitaria de la Diputación de Araba	Asumido en gastos generales
			Otras Direcciones del Dpto. Sanidad	Asumido en gastos generales

### III.- LÍNEA DE PREVENCIÓN SELECTIVA E INDICADA

**META** Garantizar como un derecho la prevención adaptada a las necesidades de las personas y colectivos vulnerables.

PROGRAMA III. 8º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL ÁMBITO ESCOLAR</b>	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	381.126	Dpto. de Educación de E.J./G.V. (PCPI)	9.852.552,00
			Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos y Diputación	217.140

		de Álava
--	--	----------

PROGRAMA III. 9º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL ÁMBITO FAMILIAR</b>	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	93.164	Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos y Diputación de Álava	53.079

PROGRAMA III. 10º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA EN EL ÁMBITO FESTIVO Y DEL OCIO</b>	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	321.840	Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria de ayuntamientos y Diputación de Álava	183.362
			Dpto. de Interior de E.J./G.V. (Ertzantza)	Asumido en gastos generales
			Policías locales de ayuntamientos	Asumido en gastos generales
			Dpto. de Cultura de E.J./G.V. (Dir. Juventud)	Asumido en gastos generales

PROGRAMA III. 11º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>PREVENCIÓN SELECTIVA E</b>	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias)	77.695	Ayuntamientos (Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria y de Menores)	40.877



<b>INDICADA EN EL AMBITO COMUNITARIO</b>	Diputaciones( Servicios Sociales y áreas de Menores y Equipos Prevención Comunitaria de la de Araba)	4.922
	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales E.J./G.V. (Dir. De Acción Social)	82.551
	Dpto. de Justicia E.J./G.V. (Menores)	Asumido en gastos generales

<b>PROGRAMA III. 12º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>PREVENCIÓN INDICADA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES ALTAMENTE VULNERABLES Y SUS FAMILIAS</b>	Dpto. de Sanidad E.J./G.V. (Dir. de Drogodependencias y salud mental-Osakidetza)	357.091	Ayuntamientos (Equipos y Servicios de Prevención Comunitaria y de Menores)	158.429
			Diputaciones (Servicios Sociales y áreas de Menores)	760.709
			Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales E.J./G.V. (Dir. De Acción Social)	110.769
			Dpto. de Educación de E.J./G.V.	45.767

#### **IV.- LÍNEA DE ASISTENCIA**

**META: Adecuación de la red asistencial de la CAPV para dar respuesta a todas las necesidades asistenciales que plantee el fenómeno de las drogodependencias ya sean devenidas del pasado o de reciente aparición.**

<b>PROGRAMA IV. 13º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
-------------------------	--------------------------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------

<b>MEJORA Y CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS EFICACES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. y Osakidetza	10.956.776	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	Asumido en gastos generales
			Ayuntamientos	207.668

<b>PROGRAMA IV. 14º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>COMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. y Osakidetza	Asumido en gastos generales	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	17.155
			Ayuntamientos	80.760

<b>PROGRAMA IV. 15º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>ATENCIÓN A PERSONAS DROGODEPENDIENTES BAJO MEDIDAS PENALES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	724.797	Dpto. de Justicia E.J/G.V. (Dir. de Prisiones )	Asumido en gastos generales
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V.	Asumido en gastos generales	Ministerio del Interior (Dirección de Instituciones Penitenciarias)	No contabilizado

#### **V.- LÍNEA DE PREVENCIÓN DETERMINADA, INCLUSIÓN E INCORPORACIÓN SOCIAL**

**META** Potenciar una estructura continuada de recursos que permitan atender desde la reducción de riesgos y la mitigación de daños a las personas adictas en alta exclusión, hasta la incorporación social de las personas que hayan tenido o tengan problemas de adicción.

PROGRAMA V. 16º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS SANITARIOS A LAS PERSONAS ADICTAS Y EN RIESGO DE EXCLUSIÓN</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V.	412.821,00	Dpto. Interior SOS-Deiak	Asumido en gastos generales
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	119.683,50		

PROGRAMA V. 17º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>COBERTURA DE NECESIDADES BÁSICAS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN EN ALTA EXCLUSIÓN SOCIAL</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	473.664,40	Diputaciones Forales	1.707.663
	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales	93.126,40	Servicios Sociales de Ayuntamientos	913.464
			Dpto. Interior (SOS-Deiak y otros)	14.025

PROGRAMA V. 18º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>MEDIDAS BASICAS DE INCLUSIÓN PARA PERSONAS ADICTAS CON CONSUMOS ACTIVOS</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	32.319,70	Diputaciones Forales ( Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Incluido en el Programa V19º
	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales	Incluido en el Programa V19º	Servicios Sociales de Ayuntamientos	Incluido en el Programa V19º

PROGRAMA V. 19º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>MEDIDAS A FAVOR DE LOS PROCESOS DE INCORPORACIÓN SOCIAL</b>	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales (Viceconsejería de Asuntos Sociales)	2.309.405	Servicios Sociales de Ayuntamientos	823.294

	Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	9.820.318	Dpto. de Empleo y Acción Social (Viceconsejería de Planificación y Empleo)	3.783.441
			Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	Asumido en gastos generales

PROGRAMA V. 20º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
<b>INTERVENCIÓN CON PERSONAS DROGODEPENDIENTES BAJO MEDIDAS PENALES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	318.885	Diputaciones Forales ( Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Incluido en el Programa V19º
	Dpto. de Justicia E.J/G.V. (Dir. de Prisiones )	Asumido en gastos generales	Ministerio del Interior (Dirección de Instituciones Penitenciarias)	No contabilizado
	Dpto. de Sanidad E.J/G.V.	Asumido en gastos generales	Dpto. de Empleo y Asuntos Sociales	Incluido en el Programa V19º

#### VI.- LÍNEA DE COORDINACIÓN Y APOYO A PROFESIONALES

**META: Incremento de la eficacia y eficiencia de los quipos profesionales de entidades públicas y de la iniciativa social, a través de la mejora de los soportes técnicos necesarios para el desarrollo de su labor**

PROGRAMA VI. 21º	ORGANISMOS RESPONSABLES	PRESUPUESTO	OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES	PRESUPUESTO
------------------	-------------------------	-------------	--------------------------------	-------------

<b>COORDINACIÓN DE RECURSOS E INTERVENCIONES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	6.215	Otras direcciones del Dpto. de Sanidad del E.J/G.V. y Osakidetza	Asumido en gastos generales
			Otros Dpto. del E.J/G.V.: de Interior, de Educación, de Justicia, de Empleo y Asuntos Sociales y de Cultura	Asumido en gastos generales
			Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Asumido en gastos generales
			Ayuntamientos y Mancomunidades de la C.A.P.V.	Asumido en gastos generales
			Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas	Asumido en gastos generales
			Ministerio del Interior	Asumido en gastos generales

<b>PROGRAMA VI. 22º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y BASICA EN ADICCIONES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	257.228	Otras direcciones del Dpto. de Sanidad del E.J/G.V. y Osakidetza	Asumido en gastos generales
			Otros Dpto. del E.J/G.V.: de Interior, de Educación, de Justicia, de Empleo y Asuntos Sociales y de Cultura	Asumido en gastos generales
			Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Asumido en gastos generales
			Ayuntamientos y Mancomunidades de la C.A.P.V.	Asumido en gastos generales
			Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas	Asumido en gastos generales

		Ministerio del Interior	Asumido en gastos generales
--	--	-------------------------	-----------------------------

<b>PROGRAMA VI. 23º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>DIVULGACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ADICIONES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	529.846	Otros Dpto. del E.J/G.V.: de Interior, de Educación, de Justicia, de Empleo y Asuntos Sociales y de Cultura	Asumido en gastos generales
	Otras direcciones del Dpto. de Sanidad del E.J/G.V. y Osakidetza	Asumido en gastos generales	Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Asumido en gastos generales
			Ayuntamientos y Mancomunidades de la C.A.P.V.	Asumido en gastos generales

<b>PROGRAMA VI. 24º</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
<b>FORMACIÓN DE PROFESIONALES</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	82.096	Otros Dpto. del E.J/G.V.: de Interior, de Educación, de Justicia, de Empleo y Asuntos Sociales y de Cultura	Asumido en gastos generales
	Otras direcciones del Dpto. de Sanidad del E.J/G.V.	Asumido en gastos generales	Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Asumido en gastos generales
	Dpto. de Interior del E.J/G.V.:	Asumido en gastos generales	Ayuntamientos y Mancomunidades de la C.A.P.V.	26.544

<b>PROGRAMA VI.</b>	<b>ORGANISMOS RESPONSABLES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>OTROS ORGANISMOS PARTICIPANTES</b>	<b>PRESUPUESTO</b>
---------------------	--------------------------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------

25º				
<b>PROMOCIÓN DE LA INTERVENCIÓN PLANIFICADA: DISEÑO, PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN</b>	Dpto. de Sanidad E.J/G.V. (Dir. de Drogodependencias)	104.497	Otras direcciones del Dpto. de Sanidad del E.J/G.V. y Osakidetza	Asumido en gastos generales
			Otros Dpto. del E.J/G.V.: de Interior, de Educación, de Justicia, de Empleo y Asuntos Sociales y de Cultura	Asumido en gastos generales
			Diputaciones Forales (Departamentos de Acción Social e Institutos Forales de Bienestar Social)	Asumido en gastos generales
			Ayuntamientos y Mancomunidades de la C.A.P.V.	Asumido en gastos generales