

Guia per a l'elaboració d'un pla local de prevenció de drogodependències



**Diputació
Barcelona**

Aquesta publicació és el resultat del treball conjunt de l'equip tècnic de l'SPOTT-Centre de prevenció i intervenció en drogodependències, 2012.

Direcció tècnica

Subdirecció Tècnica de Suport Comunitari a la Prevenció de les Drogodependències. SPOTT
Montserrat Custorio Cano
Núria Garcia Rosell
Roser Orriols Guillemas
Pilar Sánchez Montero
Maribel Serra Canadell

Consultoria tècnica

Francisco Alvira Martín, catedràtic de Sociologia de la Universidad Complutense de Madrid



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

SPOTT. Centre de Prevenció i Intervenció en drogodependències

Sant Honorat, 5
08002 Barcelona

© Diputació de Barcelona
Desembre, 2012

Maquetació i producció: Direcció de Comunicació de la Diputació de Barcelona
Dipòsit Legal B. 3839-2012

Índex

Presentació	5
Justificació	6
 1. El pla local de prevenció de drogodependències	
1.1. Què és un pla local de prevenció de drogodependències	8
La idoneïtat del marc legal	9
Principis rectors dels plans locals de prevenció de drogodependències	9
Requisits per iniciar un pla local de prevenció de drogodependències	10
Fases d'elaboració	10
El procés de planificació	11
1.2. Fonamentació metodològica	14
Què entenem per prevenció	14
Marc comunitari	15
Espais de la prevenció	16
Marc teòric i principis d'intervenció	16
1.3. Modalitats de plans locals de prevenció de drogodependències	21
Plans municipals	22
Plans supramunicipals	22
Plans de consells comarcals	23
 2. Els apartats del pla local de prevenció de drogodependències	24
2.1. Estructura organitzativa	24
Àrees implicades de l'ajuntament	24
La comissió política	25
La comissió tècnica	26
El grup motor de la comissió tècnica	27
Organigrama	27
2.2. Diagnòstic de la situació i detecció de les necessitats	28
Característiques del municipi. Dades sociodemogràfiques	29
Recursos del municipi	30
Resum d'accions preventives realitzades	31
Dades quantitatives	31
Dades qualitatives	33
Conclusions i necessitats detectades en el diagnòstic	34

2.3. Objectius del pla local de prevenció de drogodependències i població destinatària	34
Objectius generals	34
Objectius específics	35
Població destinatària	36
2.4. Estructuració dels objectius i accions d'un pla local de prevenció de drogodependències	36
Nivells d'actuació	36
Àmbits d'actuació	38
Eixos de treball	39
Tipologia d'accions	41
2.5. Temporalització	47
En relació amb el procés d'elaboració del pla	47
En relació amb la implementació del pla	47
A llarg termini «Pla d'acció» (quadriennal)	47
A curt termini «Pla de treball» (anual)	48
2.6. L'avaluació del pla local de prevenció de drogodependències	49
Avaluació del disseny i de la planificació	50
Avaluació de la qualitat i del procés	50
Avaluació dels resultats	51
El sistema d'informació del pla	52
3. Ajudes per a l'elaboració i la implementació	57
3.1. Banc de bones pràctiques	57
Municipis de menys de 15.000 habitants	57
Municipis de 15.000 a 50.000 habitants	57
Municipis de més de 50.000 habitants	57
Agrupacions de municipis	58
Annexos	59
1. Marc normatiu i marc planificador	59
2. Model d'aprovació plenària o d'acord de Junta de Govern Local per a l'elaboració d'un pla local de prevenció de drogodependències i constitució de la comissió política	75
3. Avantatges i inconvenients d'incorporar elements participatius	77
4. Model d'anàlisi de dades sociodemogràfiques: Ajuntament de Terrassa ..	78
5. Tècniques qualitatives	81
6. Model d'entrevistes a informants clau del territori	90
7. Resum guia per a l'elaboració de plans locals de prevenció de drogodependències	93
Referències bibliogràfiques	98
Webs d'interès	100
Glossari	101

Presentació

L'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona ha assessorat els ajuntaments en la redacció i elaboració de plans i programes de prevenció de drogo-dependències, com un àmbit més dins de les seves competències de suport als municipis.

Al llarg dels anys ha anat incorporant progressivament el suport i assessorament comunitari per a la prevenció en l'àmbit local per tal de dotar els municipis de recursos tècnics i econòmics per portar a terme les seves polítiques en matèria de prevenció. Alguns dels eixos fonamentals del treball realitzat són la transversalitat, la participació, la informació i l'assessorament tècnic als diferents professionals implicats.

Aquest document és fruit del treball fet per l'equip de professionals del Centre SPOTT, experts en prevenció i intervenció en drogodependències, i forma part dels productes que s'ofereixen als municipis adherits a la Xarxa local de prevenció de les drogo-dependències. Aquesta Xarxa va ser creada l'any 2006 amb el repte d'innovar en polítiques de prevenció, enfortir el compromís preventiu dels ens locals i promoure el disseny i la implementació de plans de prevenció en drogodependències amb la gestió compartida entre tots els agents locals implicats.

Em plau presentar aquesta guia que pretén ser un model funcional, una referència comuna i un instrument metodològic útil i pràctic per al disseny de plans i programes locals de prevenció de drogodependències.

Josep Oliva i Santiveri

Diputat delegat d'Igualtat, Ciutadania i Benestar Social

Justificació

El suport de la Diputació de Barcelona al món local en l'àmbit de la **prevenció** de les drogodependències ha estat sempre una referència per als municipis de la província de Barcelona.

El consum de drogues legals i il·legals és una realitat que necessita un tractament global. La diversitat municipal, les diferents característiques i peculiaritats dels municipis, justifiquen la necessitat de definir i consensuar les bases per a la realització d'un model d'intervenció comunitària en l'àmbit de les drogues que sigui comú per a tothom.

La nostra experiència en assessorament municipal per a la redacció, elaboració i implementació de plans i programes de prevenció de drogodependències ens ha permès col·laborar amb els ajuntaments en el disseny metodològic dels plans.

Una de les parts més importants i on més èmfasi hem posat ha estat a aconseguir un consens polític i tècnic sobre la línia d'acció a seguir en els pròxims anys en l'àmbit de les drogodependències. La nostra aportació se centra a donar a conèixer la necessitat de planificar i programar les accions que tots els agents implicats han de seguir, i anar més enllà del diagnòstic de les necessitats i dificultats dels ajuntaments en relació amb els recursos disponibles en prevenció de les drogodependències.

Disposar d'un pla municipal de prevenció de drogodependències facilita als municipis la seva actuació, permet coordinar els recursos disponibles, planificar les actuacions i els circuits d'actuació i derivació (i així facilitar la feina als professionals implicats de totes les àrees), i plantejar a la societat en el seu conjunt, i particularment a les administracions públiques, la necessitat d'adaptar els plans i les polítiques de drogues a les noves realitats.

En els últims temps s'han produït canvis molt importants en relació amb:

- **El tipus de substància:** fa anys es consumia preferentment heroïna (droga molt marginal i amb poca acceptació social), mentre que actualment són el cànnabis i l'alcohol les més consumides.
- **El tipus de consum:** abans es vinculava a la marginació i la delinqüència, mentre que ara es relaciona amb l'oci, el cap de setmana i l'ús recreatiu.
- **L'edat mitjana d'inici:** s'ha reduït i se situa en l'adolescència.
- **El policonsum:** amb relativa freqüència s'associa al consum d'alcohol el consum d'altres substàncies, especialment el cànnabis i altres de síntesi.
- **La baixa percepció del risc** per part dels joves a causa de la gran permissivitat social cap al consum d'algunes drogues com el tabac, l'alcohol i el cànnabis.

D'altra banda, els consums ocasionals i fets durant els caps de setmana són considerats de poc risc, ja que els adolescents i els joves creuen que controlen el consum durant la setmana.

- **La major accessibilitat** a la substància.
- **La baixa percepció del risc per part dels adults i la societat en general.**

El perquè de la guia

L'any 2005, dins el procés de creació de la Xarxa local de prevenció de les drogodependències, es va treballar en un document marc titulat *Prevenció municipal de les drogodependències: un compromís institucional i social*, el qual estableix les bases tècniques i els criteris generals que han de possibilitar el desenvolupament adequat de la prevenció comunitària de les drogodependències amb la finalitat de consolidar els plans locals de prevenció de drogodependències als municipis.

Aquesta guia pretén ser un instrument metodològic útil i pràctic per al disseny de plans i programes locals de prevenció de drogodependències, un document tècnic dins de la Xarxa local de prevenció de les drogodependències amb l'assessorament extern del catedràtic de sociologia Francisco Alvira de la Universitat Complutense de Madrid.

Des del seu inici i fins ara, el Centre SPOTT ha actuat com un observatori que ha detectat les necessitats i ha recollit les demandes en una constant transformació per adaptar-se a la realitat social de cada moment, i poder donar així resposta als nous patrons de consum i les seves problemàtiques associades. A continuació detallem el tipus de demandes realitzades des dels municipis:

- Demandes d'informació i assessorament general dels professionals dels municipis en prevenció de drogodependències.
- Demandes d'assessorament per dur a terme plans i programes de prevenció de drogues.
- Demandes d'ajuntaments amb dificultats (de coordinació, pocs recursos, etc.) per implementar projectes de prevenció.
- Demandes d'avaluació de plans.
- Demandes de revisió de plans.

Amb aquesta guia es pretén promoure la realització de plans locals per a la prevenció de les drogodependències, i donar instruments metodològics que en facilitin el procés de planificació, redacció, avaluació i implementació.

També es pretén que sigui un manual de consulta i maneig fàcil per als tècnics i polítics dels ens locals que es proposin realitzar el seu pla local de prevenció de drogodependències.

1. El pla local de prevenció de drogodependències

1.1. Què és un pla local de prevenció de drogodependències

El pla local de prevenció de drogodependències (a partir d'ara PLPD) és un conjunt coordinat i planificat de programes, projectes i actuacions en matèria de drogodependències en què es manifesta la voluntat de l'administració local de materialitzar les competències que li atribueixen les lleis. Així mateix, la Diputació de Barcelona planteja la realització d'un PLPD com un procés transversal i participatiu, del qual totes les àrees implicades se'n sentin autores amb la finalitat d'aconseguir una implementació, efectivitat i sostenibilitat eficaces.

Els canvis en la panoràmica dels consums de drogues, que al llarg dels anys han afectat tant el tipus de drogues consumides com el perfil dels usuaris, generen la necessitat d'articular respostes innovadores. Tenint l'àmbit local com a escenari preferent, aquestes respostes han de permetre impulsar dinàmiques preventives d'inspiració comunitària adequades a la situació actual i local dels consums de drogues.

Els PLPD han d'estar impulsats per la voluntat política del consistori i pels equips tècnics de prevenció de les drogodependències, conjuntament amb els professionals de totes les àrees implicades, i preferiblement han de comptar amb el suport de la comunitat.

La FEMP (Federació Espanyola de Municipis i Províncies) en el seu *Manual para la elaboración de Planes Municipales sobre Drogas (2001)* estableix que un PLPD:

- És un instrument impulsat des de la corporació local, que dóna estabilitat a les accions i programes desenvolupats.
- Ha de servir-nos per establir les necessitats a les quals tractem de donar resposta, així com els principis generals i específics d'actuació que han d'inspirar els programes destinats a fer front el fenomen de les drogodependències.
- Ha d'afavorir la màxima participació d'entitats i administracions des de les fases inicials de la seva elaboració per tal de partir d'una anàlisi correcta de les situacions, sobre la qual hi hagi consens.
- Té com a propòsit l'abordatge integral del fenomen de les drogodependències tant pel que fa a les drogues legals com il·legals.

- Ha de ser un instrument dinàmic que es modifiqui a mesura que vagi canviant la situació social que el motiva.
- Ha de ser un instrument aglutinador capaç de donar coherència a les respostes ofertes des dels diferents nivells de l'administració.
- Ha de permetre, des del seu disseny, pensar en la necessitat de realitzar una avaluació contínua tant del procés com dels resultats.

La idoneïtat del marc legal

Un PLPD s'ha de regir necessàriament pel **marc normatiu**¹ en matèria de drogues: tractats internacionals, multilaterals i bilaterals subscrits per la normativa internacional, estatal, autonòmica i local.

Així mateix, han de tenir com a referència les línies estratègiques –**marc planificador**– definides per les diferents administracions en matèria de drogues.

- Estratègia europea en matèria de lluita contra la droga 2005-2012.
- Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016 del Ministeri de Sanitat i Política Social. Pla Nacional de Drogues.
- Estratègia nacional de prevenció: consum de drogues i problemes associats. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2008

Principis rectors dels PLPD

Alguns dels criteris que han de caracteritzar una intervenció preventiva encertada són els següents:

Globalitat: es tracten de manera integral totes les drogues, legals i il·legals.

Normalització: es treballa amb dispositius i recursos normalitzats i serveis de la comunitat. No es creen estructures paral·leles.

Continuïtat: s'intervé de manera permanent en el temps, promovent activitats sistemàtiques, continuades i planificades.

Operativitat: realitzable. Es plantegen objectius adequats a les necessitats.

Interdisciplinarietat: intervenció i compromís de diferents sectors socials i tipus de professionals.

Sostenibilitat: ha de ser un pla que no necessiti nous recursos (ni financers ni humans) i que, per tant, es pugui mantenir al llarg del temps.

1. Vegeu annex 1: Marc normatiu i marc planificador.

Requisits per iniciar un PLPD

- Compromís polític de l'ajuntament amb l'aprovació de l'òrgan competent.
- Determinació de l'àrea responsable i nomenament d'un tècnic responsable del pla.
- Nomenament de les persones que integraran el grup motor, impulsor del pla.
- Coordinació amb els diferents agents socials implicats: sanitat, joventut, educació, serveis socials, policia, etc. I participació o previsió de la participació de la comunitat.
- Disposar o bé realitzar un diagnòstic de la situació.

Fases d'elaboració

FASES	
1. Abans d'iniciar el pla	
1. Aprovació de la proposta d'elaboració pla de drogues ²	Per junta de govern local o per ple per part de la comissió política.
La proposta inclou: 1.1. Creació grup motor, comissió política i comissió tècnica	Descripció de les persones que les formen i les funcions de cada comissió
1.2. Cronograma	Temporalització en relació amb el procés d'elaboració
1.3. Justificació	Descripció de la necessitat de fer el pla: per què es fa
2. Elaboració de la proposta de pla	
2. Introducció: marc teòric i principis rectors	Cal fer referència al compromís i voluntat política del municipi en l'elaboració del pla. Descriure el marc conceptual/teòric i principis rectors
2.1. Marc legal	Delimitació del marc legal internacional, estatal, autonòmic i local
2. 2. Diagnòstic i detecció de necessitats	• Dades sociodemogràfiques del municipi. Característiques de la zona geogràfica. • Dades estadístiques: estudis realitzats, indicadors quantitatius de l'ús de drogues. • Dades qualitatives: entrevistes de l'ús de drogues a agents clau del municipi, grups focals, etc. • Descripció dels recursos del municipi. • Descripció de les activitats de prevenció de drogues realitzades fins ara.

² Vegeu annex 2: Model d'aprovació plenària o d'acord de junta de govern local per a l'elaboració d'un PLPD i constitució de la comissió política.

2. 3. Definició d'objectius generals i específics	Segons l'estructura que s'acordi que hagi de tenir el pla
2. 4. Estructura del pla: àmbits/eixos	Educatiu, familiar, oci, laboral, comunitari, salut, mitjans de comunicació. Reducció de la demanda, detecció precoç i orientació, reducció de riscos, reducció de danys, inserció social i laboral, informació i coneixement
2. 5. Organigrama	Descriure l'organigrama i les funcions dels tècnics que formen les comissions
2. 6. Definició de les accions a realitzar	Segons que l'estructura del pla sigui per àmbits d'actuació o per eixos
2. 7. Cronograma	Temporalització de la implementació del pla a llarg termini (pla d'acció quadriennal) i a curt termini (pla de treball anual)
2. 8. Delimitació dels procediments d'avaluació	Definició d'indicadors d'avaluació: avaluació inicial, de procés i de resultat

3. Aprovació del pla

El ple municipal ha d'aprovar el document final del pla de prevenció de drogues per a quatre anys

4. Presentació del pla

Realització d'un acte de presentació i difusió del pla

El procés de planificació

La planificació és un procés encaminat a conèixer la realitat i les eines per transformar-la.³

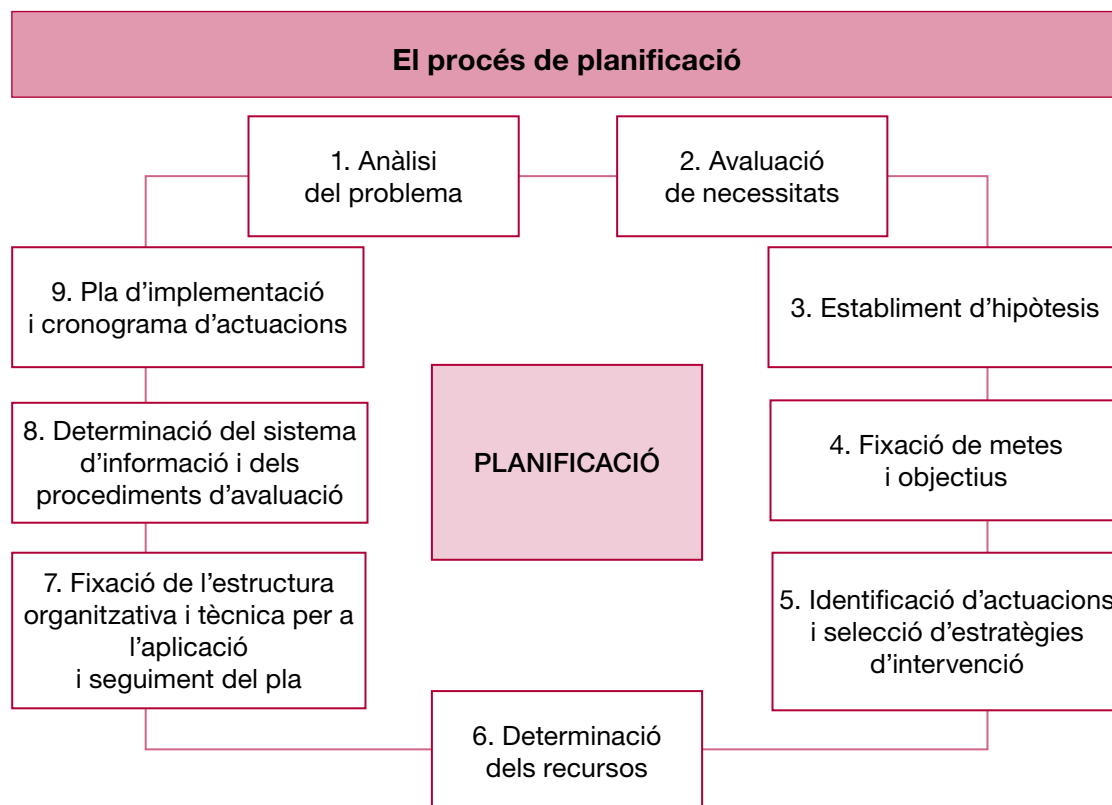
L'elaboració d'un PLPD implica un procés de planificació en què, partint d'una anàlisi de la situació de la problemàtica de les drogues al municipi:

- es realitza un diagnòstic de necessitats En relació amb aquest problema;
- es fixen objectius a assolir;
- es tria, en funció de les hipòtesis d'intervenció derivades de les necessitats diagnosticades i de les característiques del problema, una estratègia d'intervenció per aconseguir els objectius que es desplega normalment en programes, projecte i activitats o actuacions;

3. *Planificant. Propostes metodològiques d'elaboració de plans d'igualtat locals*. Col·lecció Guies Metodològiques, 5. Diputació de Barcelona, 2002.

- es determinen els recursos necessaris per dur a terme les intervencions previstes;
- es dissenyen les estructures organitzatives encarregades d'implementar el pla;
- es realitza el sistema d'informació per a la gestió i avaluació,
- i es fa el cronograma d'implementació.

A continuació es desenvolupa cadascuna d'aquestes fases:



El Pla és un conjunt d'accions encaminades a incidir en un canvi social. La planificació és una eina que serveix per actuar: implica partir d'uns objectius (què volem aconseguir), conèixer les possibilitats (recursos) i establir una estratègia d'actuació per assolir-los.

Un **Pla** se sol articular en:

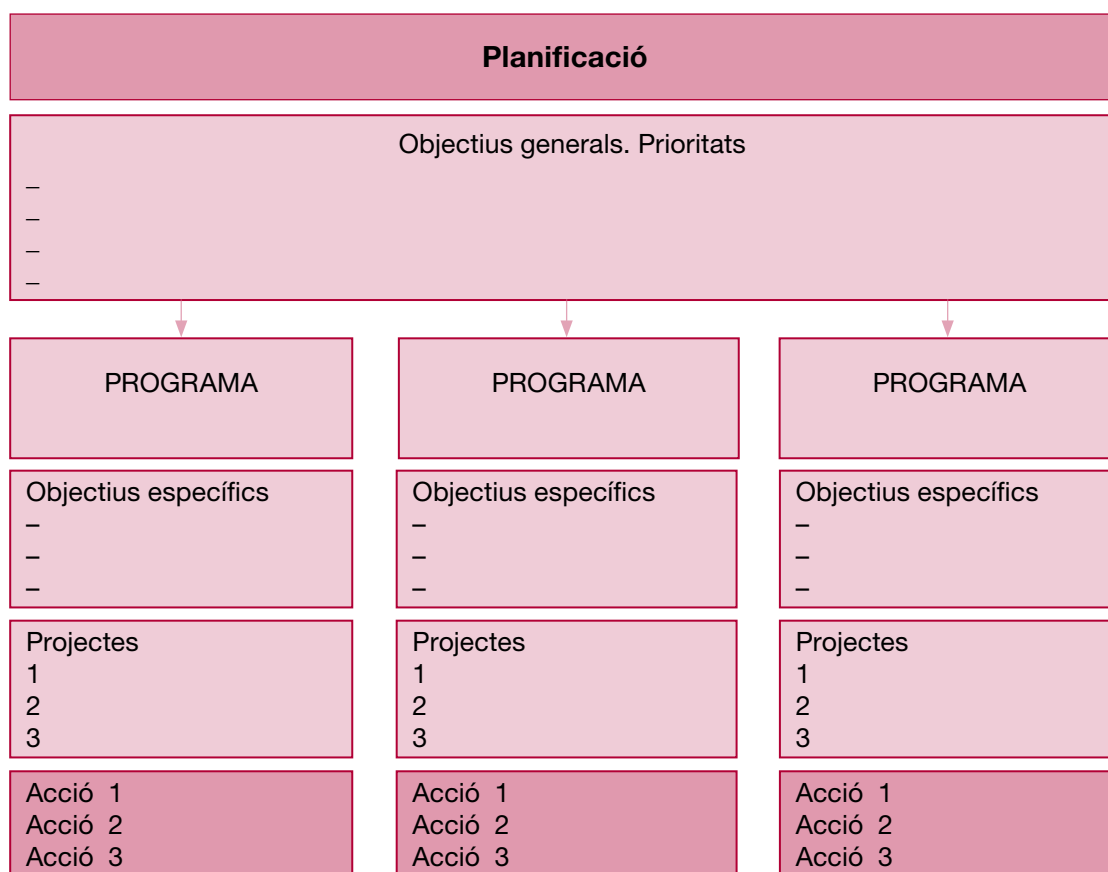
- **programa**: conjunt de projectes coordinats entre si que pretenen la consecució d'uns objectius comuns definits en el pla. Estableix prioritats d'intervenció i identifica i ordena els diferents projectes que se'n deriven. Programar és ordenar i racionalitzar les tasques prèvies per arribar a un objectiu.
- **projecte**: conjunt d'activitats planificades, coordinades i interrelacionades per aconseguir els objectius específics d'un programa.
- **acció/actuació/activitat**: tasca més concreta i específica del projecte.

Aquesta és l'estructura tradicional i lògica de la seqüència pla–programa–projecte–actuació. Per exemple, els programes de Família i Convivència dels serveis socials comunitaris o de base municipals es despleguen en projectes específics: projectes per a la integració educativa, projectes d'ajuda a la resolució de problemes familiars, etc.

No obstant això, com a conseqüència del domini internacional de la llengua anglesa cada vegada és més freqüent obviar el nivell de projectes i desplegar el pla en programes i actuacions.

Convé insistir que els **projectes** tenen un caràcter molt específic i estan adaptats localment, per la qual cosa es fa difícil de generalitzar la seva aplicació a altres contextos; d'altra banda, els **programes** són més generals i també més generalitzables. De fet, un **projecte** sol incidir en una població específica i centrar-se només en una actuació concreta; si un **projecte** es transforma en una estratègia d'intervenció que es pot aplicar en altres comunitats i per altres actors socials, llavors parlem d'un **programa**. Resulta més interessant treballar «programàticament» perquè permet abstruir estratègies generalitzables a noves situacions, problemes i poblacions.

Si es respecten aquestes diferències entre programes i projectes, un pla pot estructurar-se seguint la lògica pla-programa-projecte-actuació o, alternativament, saltant-se el nivell de projecte.



1.2. Fonamentació metodològica

Què entenem per prevenció

Per prevenció entenem el conjunt organitzat d'estratègies, impulsades per una comunitat, per anticipar-se a l'aparició de consums problemàtics de drogues amb la finalitat de reduir-los. Gairebé totes les estratègies dissenyades pels països europeus que busquen reduir la demanda de drogues prenen en consideració elements de prevenció universal, selectiva, indicada i determinada:

- **La prevenció universal** és la prevenció més general. Té com a objectiu potenciar els factors de protecció fomentant les actituds i hàbits saludables. S'adreça a tota la població i es desenvolupa principalment en el marc escolar, de les famílies i de l'oci.
- **La prevenció selectiva** és aquella dirigida a grups de risc o subgrups de la població general que estan sotmesos a factors de risc associats al consum de drogues (p. e. fills de pares consumidors, famílies disfuncionals, etc.).
- **La prevenció indicada** va dirigida a aquelles persones que ja han iniciat el consum i presenten signes inicials de problemes greus associats al consum de substàncies i problemes de conducta.
- **La prevenció determinada** va dirigida als grups de consumidors amb diagnòstic de drogodependència i altres trastorns de salut relacionats.

Cal conceptualitzar i planificar la prevenció⁴ a partir de criteris pragmàtics per intentar aconseguir objectius realistes:

- Que cada vegada menys persones s'interessin per les drogues.
- Retardar l'edat d'inici.
- Que la majoria dels consumidors no passin d'un consum experimental.
- Actuar abans que sorgeixi un problema per tal d'evitar-ne l'aparició.
- Evitar la progressió des de l'inici cap a l'abús o la dependència.
- Detectar problemes de consum en les primeres fases.
- Reduir riscos i danys relacionats amb el consum de drogues
- Actuar tant sobre l'oferta com la demanda de substàncies que produeixen addicció⁵.

4. Estrictament parlant, la prevenció fa referència a prevenir el consum i l'abús, però la reducció dels danys normalment s'inclou en les estratègies preventives; és per aquest motiu que s'ha inclòs aquí.

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

Marc comunitari

Dir comunitat és parlar d'una pluralitat de persones que coprotagonitzen la tasca d'actuar conjuntament, cadascú en el seu àmbit social respectiu (l'empresa, el món educatiu, la família, etc.), però amb una mateixa filosofia de base i una mateixa pretensió: contribuir al desenvolupament de comunitats cada vegada més competents per fer front als conflictes que comporta l'abús de les drogues.

Prevenir l'abús de drogues d'acord amb un model comunitari implica acotar un marc caracteritzat pels elements següents:

- La comunitat com un territori simbòlic, agent i destinatari de la intervenció.
- L'àmbit local com un escenari articulador de les propostes que s'han d'impulsar. El municipi és l'espai natural de la intervenció que descrivim.
- La dinamització de la comunitat organitzada, impulsant xarxes entre entitats socials implicades.
- La creació d'espais de trobada que afavoreixin actuacions coordinades entre els diferents col·lectius implicats.
- El paper clau dels mediadors socials, persones sobre les quals se centren els moments essencials de la prevenció.
- La formació dels diversos agents socials en estratègies preventives adequades als espais en què desenvolupen la seva tasca.
- La multiplicitat organitzada de programes en desenvolupament depenent dels diferents espais en què s'ha d'intervenir, les poblacions amb les quals s'ha de treballar, etc.

Convé destacar que el recurs més important de totes les comunitats són les persones: les capacitats de la població que resideix al territori. Des d'un enfocament comunitari s'aprofiten aquestes capacitats per afrontar les seves necessitats i demandes socials: donar poder i promoure la corresponsabilitat dels diferents actors socials, organitzacions i institucions en la resposta als problemes relacionats amb el consum de drogues en un territori concret.

La participació comunitària permet:

- Disposar d'un coneixement més fiable de la realitat i dels problemes reals i percebuts.
- Contribuir a la democratització de les respostes preventives i normalitzar i integrar la prevenció en els diferents àmbits de la comunitat, tot aportant una perspectiva integral i transversal que abasti els diferents punts de vista.
- Millorar l'eficàcia de les actuacions, mentre que contribueix a millorar la planificació i la coordinació, i a garantir l'execució de les actuacions preventives i la seva continuïtat en el temps.
- Facilitar la incorporació de plantejaments proactius, i no només reactius, en l'acció preventiva.

Espais de la prevenció

L'abús de drogues forma part d'estils de vida que es creen en les instàncies quotidianes de la socialització, en aquells escenaris en què els nens, els adolescents i els joves construeixen la seva identitat diferencial: l'escola, l'educació en el temps lliure, la família, el món del treball, etc. Hauria de ser en aquests escenaris on es desenvolupi el compromís social amb la prevenció.

No hi ha un lloc específic per a la prevenció. No és l'escola, ni la llar, ni l'empresa, ni els recursos de l'oci i temps lliure, etc. Tots aquells llocs que influeixen en el desenvolupament d'estils de vida són terreny adequat per a la prevenció. S'ha d'entendre, doncs, com un mosaic amb múltiples peces que cal encaixar en aquesta perspectiva integradora que representa el marc comunitari.

Quan en un municipi o barri aconseguim organitzar intervencions preventives planificades amb una perspectiva comunitària, enfortim la competència de la comunitat a l'hora d'actuar davant les seves dificultats, propòsit central de qualsevol intervenció preventiva.

En definitiva, el model comunitari estableix les indicacions següents:

- No hi ha professionals sobre els quals pugui recaure la responsabilitat exclusiva de fer-se càrrec de la prevenció.
- El consum de drogues és un fenomen vinculat amb els estils de vida, i per tant cal fer front a tots els actors socials que influeixen en la seva configuració: pares, mares, educadors, associacions, etc.
- L'abús de drogues no és una qüestió que les administracions puguin resoldre per si soles. És la mateixa societat civil que ha de mobilitzar-se per fer front a les seves dificultats.
- Les administracions, gestores de la vida pública, han d'assumir aquesta preocupació com a pròpia i revestir el seu compromís d'un caràcter essencialment pedagògic i de suport, i així complir amb el conjunt de responsabilitats que li són pròpies.

Marc teòric i principis d'intervenció

L'elecció d'una estratègia d'intervenció per a la prevenció —i consegüentment de programes/projectes i actuacions específiques— ha d'estar suficientment avalada per la teoria i la investigació.

A dia d'avui no hi ha una única teoria o model teòric que expliqui adequadament el perquè del consum/abús de les drogues; sí que coexisteixen, però, diferents models o perspectives teòriques que han servit i serveixen de base al desenvolupament de programes específics de prevenció. En aquesta guia s'adopta una perspectiva comunitària i una sèrie de principis que han de guiar la prevenció. Per tant, mantenim que

cal actuar tant sobre les característiques individuals (el que s'anomena el model de competències) com sobre les característiques interpersonals (model biopsicosocial) i les característiques socioculturals (model ecològic o model social i cultural).

Model de competències

Aquest model relacionat amb la prevenció de drogues se centra en l'adopció i manteniment d'estils de vida saludables, que al seu torn s'aconsegueixen amb la dotació i educació en competències que els sostenen.

Enumerem de manera esquemàtica els criteris i principis bàsics d'aquest model:

1. **El model de competències** es basa en la creença que els nens i adolescents són competents per créixer i desenvolupar-se i influir en el seu entorn, en la creença de la capacitat per a l'aprenentatge i adquisició de competències com a estratègia per prevenir problemes de consum de drogues. Es tractaria de desenvolupar intervencions que permetin a les persones l'aprenentatge de les competències necessàries.
2. Es basa en un *model pedagògic i educatiu*, l'objectiu de transmissió de coneixements i aprenentatges del qual se centra en les habilitats, destreses i competències que constitueixen els recursos de tota mena per fer front al problema de les drogues (habilitats per relacionar-se amb l'entorn, per afrontar dificultats, per resistir la pressió social i de grup, per a la recerca d'informació, per a la presa de decisions, etc.).
3. El model té l'origen en els principis de la *Teoria de l'Aprenentatge Social* i utilitza aquesta teoria per articular els procediments d'adquisició, incorporació i multiplicació de les destreses, habilitats i competències necessàries.
4. En aquest model no es tracta de detectar ni d'aclarir els factors que expliquin els dèficits i els problemes. Més aviat es tracta d'aportar el major nombre possible d'habilitats als individus, els grups i les comunitats.
5. El desenvolupament de competències és un procés que es retroalimenta a si mateix i, per tant, constitueix un cercle virtuós. Una major dotació de competències proporciona més probabilitats d'afrontar amb èxit els problemes i decisions que es plantegen als joves; això ajuda a construir una autoestima més sòlida, s'incrementa la seguretat del jove en si mateix, etc.
6. Les intervencions i estratègies d'intervenció per al desenvolupament de competències requereixen normalment la participació i implicació activa de la població destinatària, normalment nens i adolescents. La finalitat última de la intervenció és deixar en mans del jove o nen recursos (en forma de competències) perquè actuï i decideixi saludablement de manera autònoma fora de la intervenció.

El **model de competències** recolliria, per tant, totes les perspectives teòriques centrades a promoure habilitats o competències individuals per afrontar situacions relacionades amb el consum/abús de drogues; dins d'aquest model també es podria parlar del desenvolupament de competències socials o comunitàries.

Model biopsicosocial

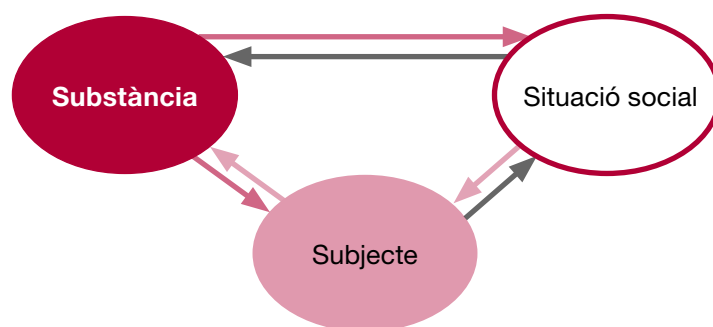
No hi ha un model psicològic pur que intenti explicar el consum i abús de drogues. El model que més s'acosta al psicològic pur és el model **biopsicosocial**, el qual integra tant característiques individuals com components afectius i cognitius o aspectes de l'entorn i de la situació social. Aquest model se situa realment sota el paraigua de la psicologia social posant l'accent en els processos socialitzadors de les persones, sobretot en la socialització primària.

El model biopsicosocial aporta la perspectiva de la importància del nivell interindividual, és a dir, de la interacció social. En aquest nivell s'assenyala, per exemple, que el consum de drogues s'explica, es comprèn o es justifica millor com a resultat de les interaccions establertes amb les persones del nostre propi entorn social.

La personalitat i el conjunt de valoracions, creences i actituds d'una persona sorgeixen durant el procés de socialització, i són aquesta personalitat, valors, creences i actituds les que mostren en peculiars estils de vida. Però els processos de socialització són bàsicament interaccions socials amb els altres, i sobretot els altres significatius, intervenint en aquesta interacció i socialització els factors ambientals de l'entorn vital de cada persona.

Els aspectes clau d'aquest model per a l'anàlisi del consum i abús de les drogues són tres: la substància consumida, el subjecte consumidor i la situació social en què té lloc el consum.

El **model biopsicosocial** proposa que el consum i abús de drogues sorgeix com a resultat de la interacció entre diverses variables, sense que cap d'elles pugui ser considerada la causa primària. Cadascuna de les variables i/o factors pot actuar aïlladament en circumstàncies específiques o en combinació amb la resta d'elements implicats.



- El primer aspecte fa referència a la **substància consumida**. Aquí són importants tots els factors relatius al tipus de substància utilitzada, les quantitats consumides, la freqüència de consum i les vies d'administració, tots ells enfocats en els efectes farmacològics de les drogues que són els que desencadenen efectes específics en l'organisme. Tot això ens portaria a classificacions diferencials de les diverses substàncies segons la seva naturalesa i els seus efectes. Aquesta és la via per la qual

es prenen en consideració aspectes estrictament bioquímics i altres de metabòlics relatius a les seves repercussions en el funcionament biològic, fisiològic i neurològic de l'organisme.

- El segon dels aspectes fa referència a la variable **subjecte consumidor**. Aquí caldria contemplar factors com la personalitat de base del consumidor individual de drogues, els diversos components integrats en les seves esferes cognitiva, afectiva i motivacional (com ara la identitat personal, l'autoconcepte o l'autoestima, les actituds, el locus de control i la impulsivitat) o les percepcions, expectatives, interessos, necessitats, emocions, motivacions, etc. que puguin influir en la seva conducta.
- En el tercer dels aspectes es trobaria la variable **situació social del consum**. Aquí es recullen tots aquells factors contextuais relatius a la situació social en què es troba immers el consumidor de drogues. Per exemple, aspectes del medi sociocultural, comunitari i familiar, i, d'una manera més específica com a variables clau, les variables sociodemogràfiques, el conjunt de les relacions interpersonals amb altres subjectes i dins de la família, l'escola o els grups de referència; també el contingut ideològic de creences, valors, representacions, prejudicis i símbols subjacents al comportament de l'individu o del grup, etc.

El model **biopsicosocial** afirma clarament la importància de les mesures de prevenció primària davant les corresponents als nivells secundari i terciari, insistint en la importància de les mesures psicològiques, educatives i sociocomunitàries davant les específicament sanitàries i/o legals.

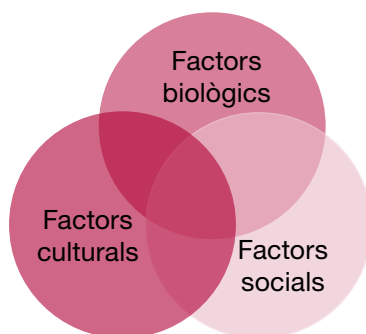
Entre les nombroses mesures adoptades des del model **biopsicosocial** destaquen, prioritàriament, les accions orientades al foment del suport i cohesió familiar, a garantir unes condicions bàsiques de vida i desenvolupament o garantir la igualtat d'oportunitats en l'accés a l'educació, l'ocupació i l'aprenentatge professional. També hi ha altres accions, més específiques, dirigides cap al control dels processos d'influència social, promovent entre els individus o grups de major risc d'incidència el reconeixement de les influències socials a què es poden veure exposats en un moment determinat. Finalment, encara hi ha un grup d'accions focalitzades en l'aprenentatge i entrenament d'habilitats específiques que capacitin l'individu per fer front, resistir i rebutjar les incitacions al consum, com ara: entrenaments en assertivitat, autocontrol o habilitats d'afrontament; promoció de la competència personal i social a través d'accions individuals o grupals dirigides a fomentar l'autoestima, l'autoconcepte positiu, l'assoliment i el funcionament de l'individu o del grup, i determinades habilitats cognitives i comportamentals. Totes aquestes habilitats han de dotar la persona i la família d'un sentit de pertinença, de control sobre els seus destins i d'accés a l'oportunitat.

Com es pot veure, aquest model conflueix, en moltes de les seves aplicacions concretes a la prevenció de drogues, amb les mesures derivades del model de competències.

Model ecològic o model sociocultural

Aquest model planteja un marc conceptual més ampli que tracta d'oferir una comprensió sociològica i antropològica de la conducta cultural i de les normes socials en relació amb el consum de drogues.

El model ecològic o sociocultural considera la conducta humana com el resultat de la interacció entre factors biològics, socials i culturals, i reconeix fins a cert punt l'existència d'una base biològica en l'explicació del comportament.



L'element biològic justifica el reconeixement d'una certa susceptibilitat individual a la drogodependència, que remet directament al concepte de sensibilització com a oposat al de tolerància. Alguns estudis han mostrat com sol haver antecedents familiars en casos de drogodependents i per certes substàncies.

Però la base del model és la part cultural i social, en assenyalar la influència de l'entorn sobre la conducta de l'individu. Les normes i regles establertes per la societat condicionen i, en alguns casos peculiars, arriben a determinar l'ús de drogues. D'altra banda, els patrons culturals també són elements reguladors de l'ús de determinats tipus de substàncies, disposant i imposant certs mecanismes, en uns casos de control i en altres afavoridors del consum.

Pel que fa a la prevenció primària, des del **model ecològic o sociocultural** les intervencions han d'anar dirigides prioritàriament al conjunt de la societat, considerada globalment, i posant l'accent en la redefinició de l'ús de drogues.

Per tot això, des d'aquest model es creu que si no es canvien les estructures socials i culturals que donen suport a l'ús de les drogues difícilment es faran canvis reals per prevenir l'ús i abús de les drogues. En aquest sentit, a escala operativa es promouen actuacions específiques per canviar les pautes culturals de consum utilitzant intervencions educacionals, mesures legislatives i de control social, i promovent, en última instància, el canvi cultural i la modificació de les normes socials que donen suport o regulen el consum de determinades substàncies.

Els tres models són complementaris i recullen la major part de les bases teòriques que avui dia sostenen els programes de prevenció que s'estan aplicant. Aquesta és la postura mantinguda majoritàriament per les institucions, organitzacions i autors més rellevants (vegeu bibliografia).

Els programes/projectes i actuacions específiques s'enquadraran en aquesta estratègia àmplia d'intervenció en prevenció; la seva avaluació contínua permetrà adequar les intervencions, millorant-les, reformant-les i, puntualment, rebutjant aquelles que no assoleixin els objectius assenyalats en un procés d'aprenentatge continu.

1.3. Modalitats de plans locals de prevenció de drogodependències

En l'exercici de les seves competències, els municipis tenen el dret a associar-se amb altres municipis per a la gestió de les seves polítiques públiques. A continuació expossem algunes modalitats:

1. **Les mancomunitats** de municipis: són associacions voluntàries amb caràcter d'entitat local que poden constituir dos o més ajuntaments, siguin veïns o no, per establir o gestionar conjuntament una o més obres i serveis. Disposen de personalitat jurídica pròpia i d'òrgans de direcció. Es financen a través d'aportacions dels diferents municipis que la componen i, també, a través de subvencions, tributs o sancions que pugui imposar en virtut de l'objecte per al qual han estat creades, etc.

Es tracta, sens dubte, d'una eina legal útil (articles 115 i següents del Decret legislatiu 2/2003 de la Generalitat de Catalunya) per a la prestació, entre altres, de serveis públics en matèria urbanística, aigües, sanejament, transport i gestió de residus. Cal especificar que, tot i que es poden mancomunar municipis sense continuïtat territorial, **ho tenen més difícil per fer-ho aquells que no pertanyin a la mateixa comarca** quan el servei prestat resulta d'una actuació comarcal.

Es podria considerar aquesta opció per a l'exercici d'un pla de prevenció de drogues, però la realitat és que va ser dissenyada per a un altre tipus de serveis públics de major cost i envergadura.

2. **Les comunitats** de municipis: també són associacions de municipis (articles 123 i següents del Decret legislatiu 2/2003 de la Generalitat de Catalunya) que, al contrari de les mancomunitats, no tenen personalitat jurídica pròpia i l'objecte per al qual s'han constituït ha d'estar perfectament determinat.

Tenen una virtut: **per constituir-se no necessiten que els municipis pertanyin a la mateixa comarca** (amb la qual cosa es facilita la gestió de serveis entre municipis que són veïns però no comarcals), ni tampoc que tinguin continuïtat territorial (és a dir, no cal que siguin veïns), sempre que això no suposi cap impediment per a la prestació del servei per al qual la comunitat es va crear.

El problema –igual que les mancomunitats– és que aquesta opció va ser pensada per a un altre tipus de serveis públics, i resulta poc àgil (i costós) per a la posada en marxa d'un pla de prevenció local de drogues.

3. **Les organitzacions associatives d'entitats locals:** les entitats locals (entre les quals es troben els municipis) també poden associar-se en organitzacions associatives per promoure i defensar els seus interessos comuns. La regulació per a la constitució d'aquestes organitzacions s'estableix en els articles 133 i següents del Decret legislatiu 2/2003 de la Generalitat de Catalunya.

Potser estariem davant d'una bona opció de cara al desenvolupament compartit d'un pla de prevenció de drogues, però novament requereix d'una infraestructura i d'òrgans de direcció que, com les dues anteriors, la fa difícilment assumible des d'un punt de vista econòmic.

4. **Els consorcis:** entitats públiques de caràcter associatiu que poden constituir els ens locals amb altres administracions públiques o amb entitats privades sense ànim de lucre amb finalitats d'interès públic.

Es tracta d'entitats més estables amb una finalitat de permanència en el temps, amb les quals es busca una major i millor implicació d'un ens supramunicipal en la gestió d'un servei públic municipal. Normalment es constitueix per millorar i fer més eficient la gestió de serveis públics compartits o que afecten ambdues administracions. Un clar exemple d'això és el Consorci d'Educació, signat entre l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya i que es recull en el Decret 84/2002.

5. **Els convenis de col·laboració:** els ens locals poden establir relacions de cooperació per a la prestació de serveis d'interès comú.

En aquesta modalitat recomanem l'elaboració d'un pla local de prevenció de drogodependències.

Plans municipals

Definim com a plans municipals aquells que es porten a terme en un sol municipi. Les característiques d'aquests plans seran diferents segons si es tracta d'un municipi petit (menys de 10.000 habitants), d'un municipi mitjà (entre 10.000 i 50.000 habitants) o bé d'un municipi gran (més de 50.000 habitants), principalment pel que fa a la coordinació i als recursos de què disposa, tant tècnics com econòmics.

Plans supramunicipals

Anomenem plans supramunicipals aquells en què s'agrupen dos o més municipis per elaborar un pla de drogodependències.

Aquests municipis es poden associar tal com hem explicat anteriorment:

- Mancomunitats
- Comunitats de municipis
- Organitzacions associatives d'entitats locals
- Consorcis
- Convenis de col·laboració

Plans de consells comarcals

A Catalunya, el govern i l'administració de la comarca corresponen al Consell Comarcal. En algunes comarques on hi ha molts ajuntaments territorialment dispersos i/o amb una població reduïda és habitual que es faci un pla de drogues directament des del Consell Comarcal, a fi d'optimitzar els recursos tant tècnics com econòmics de què disposa la comarca.

2. Els apartats del pla local de prevenció de drogodependències

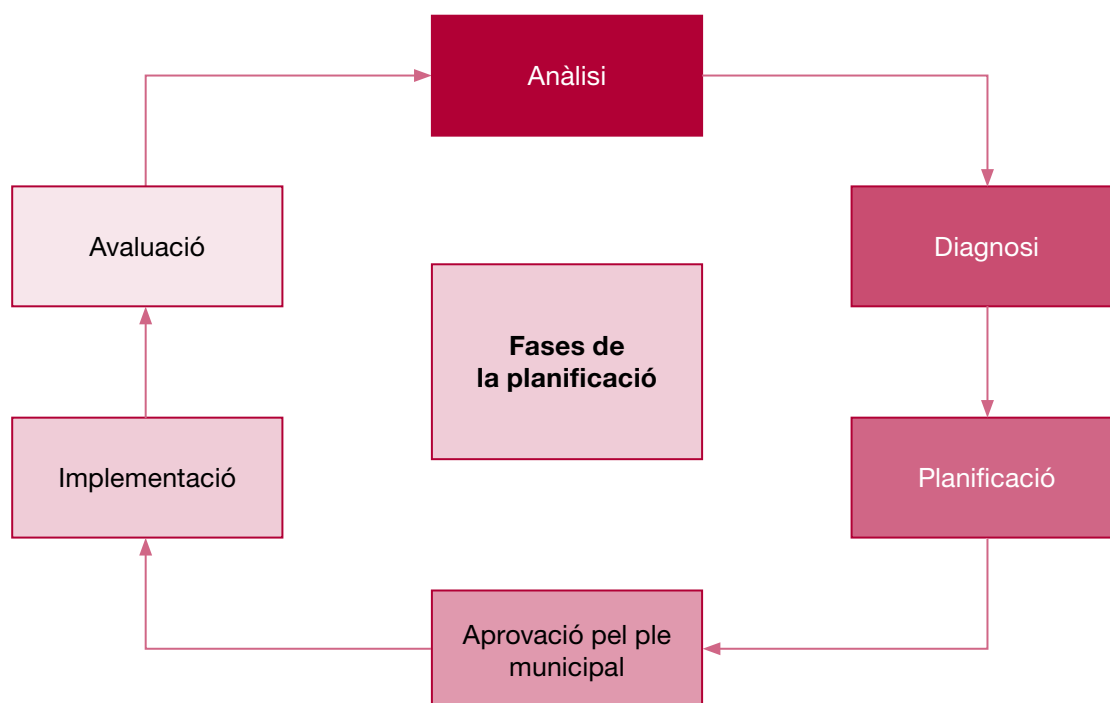
2.1. Estructura organitzativa

Àrees implicades de l'ajuntament

Per iniciar un PLPD és necessari, com a primer pas, concretar l'encàrrec polític, designar l'àrea o regidoria que liderarà el procés de realització del pla i nomenar el tècnic referent que serà la persona responsable de la seva gestió i coordinació.

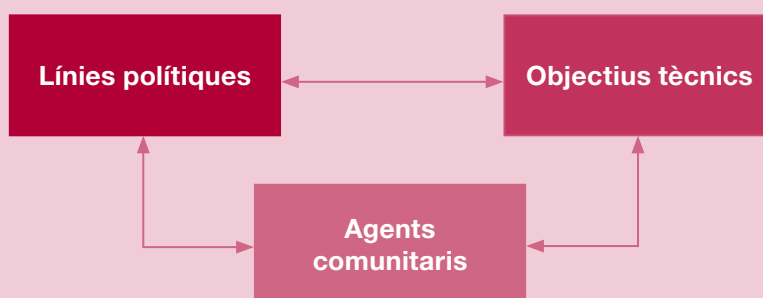
Com que és una planificació transversal que implica la major part d'àrees de l'ajuntament, l'estructura del pla ha de contemplar objectius i accions operatives que incloguin els diferents àmbits municipals.

El segon pas serà definir el model metodològic i de planificació que cal dur a terme. Des de la Diputació de Barcelona s'aposta pel model de *planificació participativa*.



Model de planificació participativa

El model participatiu permet recollir l'opinió de tots els sectors de ciutadans implicats, i al mateix temps els incorpora en el projecte des del seu inici i en facilita la continuïtat en les posteriors actuacions: diagnòstic, planificació i avaluació; així, es converteix en un observatori continuat. Aquest model és més costós perquè implica més temps i dedicació dels professionals, però permet recollir les aportacions dels agents socials, motivar-los i implicar la comunitat, la qual cosa fa més eficaç i fàcil a llarg termini la seva implementació i, per tant, la seva eficàcia⁶.



El pas següent serà la creació de les diferents comissions que formaran l'organigrama i la definició de les seves funcions.

La comissió política

És el màxim òrgan de decisió del PLPD i està formada per representants polítics amb veu i vot.

Pot estar formada per l'alcalde i diferents regidors: de benestar social, salut, educació, joventut, esports, governació, etc.

Aquesta comissió es reunirà un o dos cops l'any en sessió plenària. Les seves funcions són:

- Assignar i aprovar el pressupost anual del PLPD.
- Acordar els criteris i aspectes de cooperació anual.
- Nomenar els responsables del grup motor de la comissió tècnica.
- Proposar els projectes que es considerin prioritaris per al PLPD.
- Aprovar el pla de treball anual que presenti la comissió tècnica.

6. Vegeu annex 3: Avantatges i inconvenients d'incorporar elements participatius.

La comissió tècnica

Està formada per tècnics i agents del municipi procedents de tots els àmbits implicats en la implementació del PLPD. La formació d'aquesta comissió és molt important, i haurà de valorar la implicació de les diferents àrees municipals i dels agents clau per participar activament en les diferents fases del pla.

- Tècnic/a de serveis socials i salut
- Tècnic/a d'esports
- Tècnic/a de joventut
- Referent de la policia local
- Referent de la policia autonòmica o nacional
- Tècnic/a de prevenció del centre d'atenció de drogodependències de la zona
- Representant del/s centre/s d'ensenyament infantil i primària del municipi (el/la cap d'estudis o director/a)
- Representant de l'/dels institut/s d'ensenyament secundari del municipi (el/la cap d'estudis o director/a)
- Representant de l'àrea bàsica de salut

La comissió pot ser més o menys nombrosa depenent del nombre d'habitants del municipi.

Quan es vol aprofundir sobre un tema es poden fer grups o taules de treball més reduïts, només amb aquells agents directament implicats.

Es recomana, especialment en municipis grans de més de 50.000 habitants, fer sessions participatives convidant els professionals de l'àmbit o àmbits en qüestió.

També és interessant optar per grups concrets de treball per tractar temes molt específics. Per exemple: l'elaboració de protocols de detecció i d'intervenció de consum de drogues en els centres educatius, on es convidarà a participar a tots els agents amb una possible implicació; per tractar el tema de l'oci nocturn, que implicaria convidar al grup els propietaris d'establiments d'oci nocturn, els agents de seguretat i els mateixos joves, i per treballar la prevenció a les empreses, on es pot convidar pimes (petita i mitjana empresa), altres directius empresarials, l'àrea de participació ciutadana, etc.

La freqüència de trobades dels grups de treball s'ha de consensuar amb els membres que la formen i en funció de les necessitats. És important planificar la temporalització i el calendari de reunions.

La creació d'aquesta comissió implica dues qüestions que cal resoldre:

1. Identificar i decidir qui són els actors socials rellevants.
2. Constituir grups de treball que siguin veritablement representatius de la comunitat.

Els grups de treball han de conjugar representativitat i operativitat. El primer criteri suposa amplitud perquè tots hi estiguin representats, mentre que el segon criteri requereix limitar l'amplitud del grup. Així, en cas de conflicte hauria de prevaler la voluntat de garantir la representativitat dels diferents actors socials.

Actualment l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) és una altra via per canalitzar la participació comunitària en un PLDP.

El grup motor de la comissió tècnica

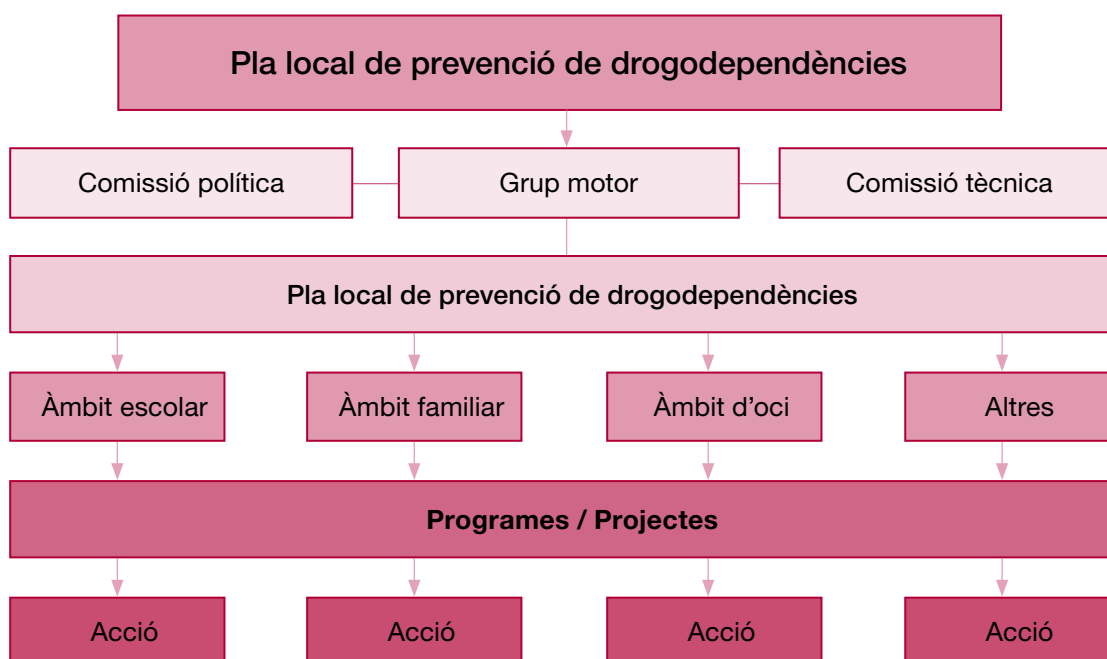
Està format per:

- Un tècnic de l'àrea de l'ajuntament referent del PLPD
- Un tècnic especialitzat en drogodependències o, si no és possible, un/a tècnic de les àrees referents (serveis socials, joventut o salut)
- Un tècnic de prevenció de drogodependències de l'administració referent per a l'elaboració del pla

Són funcions del grup motor presentar a la comissió participativa les propostes per a l'elaboració del PLPD, el pla de treball anual i la seva redacció, el seguiment de les accions que es duguin a terme, la seva avaluació i les propostes de millora.

El grup motor es reunirà tantes vegades com sigui necessari al llarg de l'any. El coordinador que lideri el PLPD té, entre altres funcions, convocar la comissió tècnica en plenari un cop al semestre, gestionar els encàrrecs de la comissió política i fer-se càrrec de les relacions institucionals pertinents.

Organigrama



La següent taula-resum descriu breument la composició, funcions i manera de treballar de cada comissió:

	Comissió política	Comissió tècnica	Grup motor de la comissió tècnica
Composició	Representants polítics amb veu i vot	Tècnics del municipi de tots els àmbits implicats en el pla	Tècnics especialistes en prevenció de les drogodependències (màxim: 3)
Funcions	• Assignar i aprovar el pressupost anual del pla • Acordar els criteris de cooperació anual • Nomenar la comissió tècnica • Proposar els projectes que es considerin prioritaris per al pla • Aprovar el pla de treball anual que li presenti la comissió tècnica	• Gestionar els encàrrecs de la comissió política • Participar en el procés d'elaboració del pla local de prevenció de drogues en les fases de: – Elaboració del diagnòstic – Descripció d'objectius – Proposta d'activitats – Pla de treball anual	• Presentar a la comissió tècnica propostes per l'elaboració del pla • Proposar a la comissió tècnica el pla de treball anual • Redactar la proposta del pla • Fer el seguiment de les accions que es duiguin a terme, la seva avaluació i les propostes de millora
Procediment de treball	• Una o dues reunions plenàries a l'any	• Reunions trimestrals • Treball en projectes per àmbits de treball	• Reunions, tantes com sigui necessari (normalment una al mes)

2.2. Diagnòstic de la situació i detecció de les necessitats

Per realitzar un acostament a la realitat del municipi és imprescindible l'elaboració d'un diagnòstic que permeti conèixer la situació del consum, l'abús de drogues i els seus problemes derivats amb la finalitat d'obtenir un mapa de la realitat del territori.

Les dades imprescindibles que es necessiten per acostar-nos a la realitat del municipi, –és a dir, a les seves necessitats reals– són, d'una banda, les dades generals: dades publicades per les institucions estatals i autonòmiques (ESTUDES,⁷ EDADES,⁸ etc.)

7. ESTUDES: *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años*. Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues.

8. EDADES: *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (15-64 años)*. Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues.

i enquestes de salut de la comunitat autònoma (ESCA,⁹ etc.), ja que entre tota la informació recollida no sol haver diferències significatives en els resultats. I d'altra banda, les dades més concretes de la realitat del municipi que ens permetran valorar les seves peculiaritats: característiques i recursos del municipi, accions preventives, estudis realitzats, dades quantitatives proporcionades pels agents socials del municipi (policia, centres d'atenció de drogodependències, espais d'oci, tècnics de sanitat, escoles, etc.) i dades qualitatives del municipi (entrevistes a població diana i sessions participatives amb agents locals i representants de la ciutadania).

Característiques del municipi. Dades sociodemogràfiques

L'anàlisi de la situació és el primer encàrrec del grup motor, el qual haurà d'implicar la comissió tècnica en aquesta fase de recollida de dades. La finalitat del diagnòstic és poder realitzar un mapa de la realitat municipal. Per començar, és important situar el municipi, la comarca, el tipus de població i la piràmide d'edats, tenint en compte la variable sexe.

Totes aquestes dades es poden extreure de l'Institut d'Estadística de l'Administració o d'altres fonts pròpies de l'ajuntament.

Informació territorial
Situació del municipi
Comarca
Quilòmetres quadrats
Relació amb altres municipis limítrofs
Característiques rellevants del territori
Estructura urbana. Mobilitat. Comunicació
Indicadors econòmics
Taxes d'activitat, ocupació per sexe i edat
Taxa d'atur per sexe i edat
Activitat econòmica
Sectors d'activitat
Població activa per sexe, edat i sectors d'activitat
Nivell d'estudis

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

Indicadors demogràfics
Estructura i distribució de la població
La distribució per sexe d'estudiants en els diferents nivells educatius
Dades bàsiques i característiques dels centres educatius
Dades bàsiques i característiques dels llocs d'oci utilitzats per la població del municipi
Nivell d'estudis de la població
Moviments migratoris
Evolució de la població
Percentatge de menors de 16 anys
Percentatge de població de 16 a 29 anys

A l'annex 4 es presenta un model de dades sociodemogràfiques de l'Ajuntament de Terrassa.

Recursos del municipi

En aquest apartat descriurem els equipaments de què disposa el municipi i a quin col·lectiu van dirigits, les entitats que treballen al municipi (tercer sector) i els recursos humans i econòmics que es poden destinar al PLPD.

Recursos humans. Són els professionals de l'administració assignats específicament al disseny, implementació i avaluació del pla local, coordinats pel tècnic referent que dirigeix l'equip. El paper del la tècnic de drogues és coordinar el pla, catalitzar la comissió tècnica i preparar la informació i les propostes concretes.

Recursos econòmics. El pressupost és un instrument de gestió dels recursos econòmics disponibles que destina el municipi i altres administracions implicades per al disseny, implementació i seguiment del pla, és a dir, la dotació econòmica xifrada que es destina al pla; per tant, cal tenir en compte la naturalesa econòmica dels ingressos i les despeses. A continuació es mostra un model de taula extret de la fitxa de sol·licituds de finançament dels programes de prevenció de drogodependències de la Diputació de Barcelona:

Estructura d'ingressos

Concepte	Import
Fons propis	
Aportació Diputació	
Aportació Administració autonòmica	
Altres fonts	
Total ingressos	

Estructura de costos

Concepte	Import
Personal	
Formació	
Material de difusió	
Activitats	
Total despeses	

Resum d'accions preventives realitzades

Per poder planificar les actuacions preventives que cal fer, és imprescindible elaborar una breu descripció de les accions que s'han desenvolupat al municipi en els últims anys, així com les accions preventives que es duen a terme actualment. La finalitat és programar actuacions complementàries i/o de continuïtat i evitar repetir actuacions.

Dades quantitatives

Per valorar la situació local, en la recollida de dades s'utilitzen diversos mètodes. Podem diferenciar les dades quantitatives que provenen de:

1. Fonts externes al municipi:
 - Enquesta de salut de la comunitat autònoma (ESCA a Catalunya)
 - Enquesta ESTUDES
 - Enquesta EDADES
2. Fonts internes al municipi: indicadors recollits pels diferents professionals del municipi a través d'enquestes, memòries i altres fonts d'informació.

Policia local i autonòmica o nacional

- Nombre de confiscacions i tipus de substàncies en l'últim any
- Nombre de delictes relacionats amb el tràfic de drogues en l'últim any
- Comparativa amb l'any anterior
- Nombre de delictes relacionats amb el consum de drogues en l'últim any
- Nombre de punts de venda de substàncies il·legals localitzats al municipi actualment
- Nombre i tipus d'actuacions de prevenció de drogodependències realitzades en l'últim any
- Nombre de denúncies realitzades per possessió de drogues
- Nombre de denúncies realitzades per consum de drogues
- Nombre de controls d'alcoholèmia realitzats
- Nombre de controls de positius
- Nombre d'accidents de trànsit per consum de tòxics

Centre d'atenció a les drogodependències

- Nombre de casos actuals en tractament
- Nombre de demandes de tractament
- Nombre de consultes informatives
- Nombre de casos en tractament en altres recursos
- Nombre i tipus d'actuacions preventives dutes a terme

Centre d'atenció primària i hospital

- Nombre de casos registrats
- Nombre de casos atesos a urgències
- Nombre de consultes fetes en matèria de drogodependències
- Nombre i tipus d'actuacions preventives fetes

Centres d'educació primària

- Nombre i tipus d'accions amb caràcter preventiu

Centres d'educació secundària

- Nombre i tipus d'actuacions preventives fetes
- Nombre de casos detectats per consum
- Tipus d'intervenció en casos de consum

Punts d'informació juvenil

- Nombre de consultes relacionades amb les drogodependències
- Nombre de derivacions a altres recursos específics
- Nombre d'incidències relacionades amb el consum
- Nombre i tipus d'accions amb caràcter preventiu

Serveis socials

- Nombre de consultes relacionades amb les drogodependències
- Nombre de deteccions relacionades amb la problemàtica de les drogues
- Nombre de derivacions a recursos específics
- Nombre de casos en rehabilitació i seguiment
- Nombre i tipus d'accions amb caràcter preventiu

Per a totes les dades assenyalades en els requadres, s'hauria de donar informació diferenciada per sexe, edat i tipus de substància en els dos últims anys per disposar d'una perspectiva comparativa.

Dades qualitatives

Podem diferenciar entre dades qualitatives preexistents –és a dir, informació qualitativa recollida en el passat i que està disponible– i dades qualitatives primàries que es recullen per fer el diagnòstic de necessitats.

La utilització de tècniques qualitatives per al diagnòstic és absolutament rellevant, com a mínim, per dues raons:

- Són tècniques participatives que aporten altres perspectives d'actors i grups socials de la comunitat.
- Les tècniques més utilitzades serveixen també per mobilitzar la comunitat sobre els problemes de les drogues i les actuacions a realitzar.

A l'annex 5 es resumeixen les següents tècniques qualitatives més utilitzades:

1. Grups de discussió o focalitzats.
2. Entrevista a informants clau
3. El mètode Delphi
4. El fòrum comunitari o assemblea participativa
5. Sessions participatives amb els agents locals i representants d'associacions i entitats

Conclusions i necessitats detectades en el diagnòstic

Un cop analitzades les dades del diagnòstic, cal elaborar un resum amb conclusions que recullin les principals necessitats detectades al municipi i que ens serveixin de punt de partida a l'hora de plantejar els objectius i les accions preventives del PLPD (si escau, programes o projectes) i la seva temporalització. Aquest resum ha d'incloure les dades essencials extretes del diagnòstic. Ha de recollir, breument:

- Les diferents fonts d'informació i/o tècniques utilitzades en l'elaboració del diagnòstic,
- Les troballes més importants i les necessitats detectades en funció de les diferents franges d'edat de la població i dels diferents àmbits d'intervenció.

2.3. Objectius del PLPD i població destinatària

Objectius generals

Els objectius s'han de formular de manera clara, i han de ser possibles i avaluables. Es plantegen a llarg termini, es formulen en termes més abstractes i s'insereixen en el marc general. Han de descriure la meta cap a la qual es dirigeix el PLPD que constitueix la raó i motiu d'intervenció.

Hi ha diferents maneres de formular un objectiu general d'un pla de drogues. La majoria tenen un punt en comú: es dirigeixen a tota la població i tenen com a finalitat prevenir i/o reduir el consum de drogues al municipi.

Exemples d'objectius generals:

- Prevenir i reduir el consum de drogues al municipi.
- Sensibilitzar i educar la població davant la problemàtica de les drogodependències.
- Promoure estils de vida saludables.
- Educar per a la salut.
- Augmentar les alternatives al consum.
- Fomentar el no-consum i educar en el consum responsable.
- Coordinar els agents que intervenen en l'àmbit de les drogues.

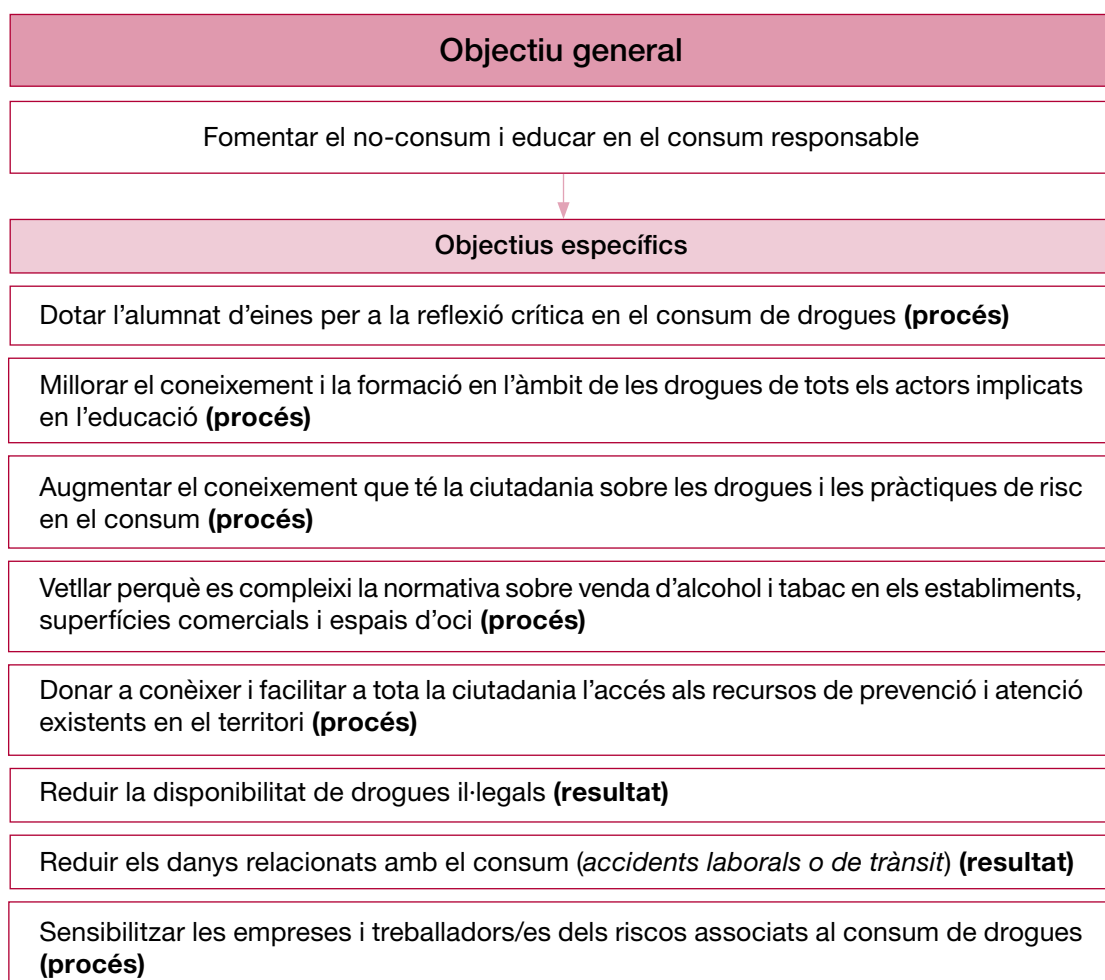
Tot i que aquests siguin objectius generals, no sembla raonable fixar o triar objectius generals que siguin de procés llevat que hi hagi una justificació clara i evident. Tant en la formulació dels objectius generals com dels específics convé diferenciar entre **objectius de procés** i **objectius de resultat**. Els primers tenen a veure amb la implantació del pla, amb les activitats i actuacions a realitzar, amb el com s'aconseguirà el resultat genèric de la prevenció, etc., mentre que els segons amb els efectes i resultats perseguits. En els exemples assenyalats, el darrer («Coordinar els agents que intervenen en l'àmbit de les drogues») és un objectiu de procés i és millor no triar-lo com a objectiu general o meta final del pla.

Objectius específics

Concreten els objectius generals i fan referència a una àrea o estratègia d'actuació. Es caracteritzen perquè són expressions possibles de l'objectiu general i perquè es formulen amb verbs d'acció-activitat.

La definició dels objectius específics ha d'estar en concordança amb les necessitats detectades en el diagnòstic i amb els objectius generals. La formulació d'objectius generals, d'objectius específics i d'actuacions/activitats/intervencions s'ha de considerar com un model causal. Mitjançant un conjunt d'activitats/actuacions volem aconseguir determinats resultats expressats com a objectius específics, i mitjançant la consecució dels objectius específics aconseguim el nostre objectiu general. Per tant, el desplegament d'objectius generals en específics i la posterior determinació d'actuacions ha de ser coherent i concordant.

Per exemple:



Un objectiu específic ho és en relació amb l'objectiu general, no en si mateix. En aquest exemple dos dels objectius específics (objectius de resultats) el que fan és especificar

més l'objectiu general. La resta dels objectius específics mostren com s'aconseguirà l'objectiu general. La interrelació entre objectius específics i generals posa en evidència el nostre model d'intervenció; així, en aquest exemple afirmem que si es complís la normativa de venda d'alcohol i de tabac es reduiria el consum, *sensu contrario* diem que actualment no es compleix aquesta normativa.

Població destinatària

Els objectius específics han d'estar formulats tenint en compte a quina població es dirigeix. Aquesta pot ser:

- Tota la població
- Pares i mares
- Nens/es (de 6 a 12 anys)
- Joves adolescents (de 13 a 18 anys)
- Joves (més de 18 anys)
- Professionals del municipi

2.4. Estructuració dels objectius i accions d'un pla local de prevenció de drogodependències

En el moment de planificar les actuacions preventives cal tenir en compte els diversos espais de la vida social i tots els àmbits de possible influència dels/de les professionals implicats/des en el pla. Es pot fer de diverses maneres:

- **Nivells d'actuació**
- **Àmbits d'actuació**
- **Eixos de treball**

Nivells d'actuació¹⁰

Reducció de la demanda

Oferir a la població eines per mantenir actituds favorables al no-consum de drogues. Proporcionar als individus habilitats per enfortir la capacitat personal per rebutjar l'ofertament de drogues.

Detecció precoç i orientació

Treballar en sistemes eficients de detecció del consum de drogues abans que sigui problemàtic. Orientar i/o derivar els casos detectats als serveis corresponents, desenvolupant vies d'actuació específiques.

10. Classificació extreta del Pla local de drogodependències de Terrassa.

Reducció de riscos

Oferir eines als individus i als col·lectius per a la gestió de riscos derivats del consum de drogues. Assumir la prevenció com una pràctica educativa i sanitària sense valoració moral que consideri el consum responsable i que desenvolupi capacitats i habilitats per gestionar certs factors de risc.

Reducció de danys

Desenvolupar estratègies individuals i col·lectives en l'àmbit social i sanitari dirigides a millorar la qualitat de vida i l'assistència a les persones amb problemes derivats del consum de drogues. Reduir i minimitzar els efectes negatius del consum de drogues.

Inserció social i laboral

Enfortir les línies d'inserció social i laboral de les persones amb problemes derivats del consum de drogues. Evitar la marginalitat i l'exclusió social.

Informació i coneixement

Aconseguir un major grau de coneixement de la realitat de la comunitat en relació amb el consum de drogues i de la tasca que desenvolupen a la ciutat els serveis i entitats implicades. Millorar i ampliar els sistemes de registre i avaluació dels indicadors del consum de drogues a la ciutat. Desenvolupar sistemes de retroalimentació d'informació amb els serveis i entitats implicades.

Cadascun dels nivells d'actuació s'orientarà, de manera prioritària, a tres àmbits de treball: educació, temps lliure i comunitat.

Educació

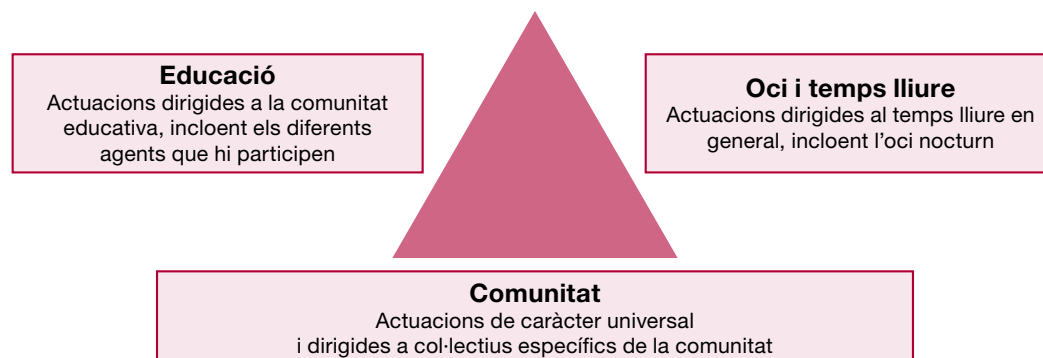
Actuacions adreçades a la comunitat educativa, incloent els diferents agents que hi participen: alumnat, professorat, mares i pares. Es considera tant l'educació reglada primària, secundària i universitària com l'educació no reglada.

Oci i temps lliure

Actuacions que es duen a terme en el temps lliure en general, incloent l'oci nocturn.

Comunitat

Actuacions de caràcter universal i dirigides a col·lectius específics de la comunitat.



Àmbits d'actuació

Àmbit educatiu. Intervencions dirigides a:

- Centres educatius (públics i privats)
- Professionals de l'àmbit educatiu

Àmbit familiar. Intervencions dirigides a:

- Pares i mares i tutors/es de menors

Àmbit d'oci i temps lliure. Intervencions dirigides a:

- L'educació no formal
- Locals d'oci nocturn
- Programació cultural d'oci juvenil

Àmbit laboral. Intervencions dirigides a:

- Empreses
- Centres de formació ocupacional

Àmbit comunitari. Intervencions dirigides a:

- Entitats esportives
- Entitats culturals
- Comissions de festes
- Associacions de veïns i veïnes

Àmbit de la salut. Intervencions dirigides a:

- Farmàcies
- Centres d'atenció primària
- Centre d'atenció a les drogodependències
- Centre de salut mental infantil i juvenil
- Centre de salut mental d'adults

Àmbit dels mitjans de comunicació. Intervencions dirigides a:

- Ràdio
- Televisió
- Premsa local i comarcal
- Mitjans de comunicació digitals

Àmbit d'intervenció en col·lectius en situació de risc

Eixos de treball

1. Prevenció i educació

En aquest eix s'emmarquen totes aquelles actuacions preventives dirigides a la comunitat educativa i als diferents agents que hi participen.

Àmbits bàsics d'intervenció:

- Educatiu (nens, adolescents, joves i agents educatius)
- Familiar

Població diana:

- Alumnes de primària
- Alumnes de secundària
- Alumnes de centres d'educació no reglada
- Alumnes de mòduls formatius
- Mares i pares
- Agents educatius (mestres, professorat, personal d'infermeria del programa Salut i Escola i professionals en contacte amb adolescents i joves)

2. Prevenció i oci

En aquest eix se situen les actuacions dirigides a treballar les pràctiques de consum produïdes en el temps lliure, tant de dia com de nit. Es posa especial èmfasi en els menors d'edat consumidors de drogues il·legals i en els usuaris d'oci nocturn.

Àmbits bàsics d'intervenció:

- Oci
- Nit

3. Prevenció i comunitat

En aquest eix s'emmarquen les actuacions de caràcter més universalista. També es treballa específicament en els àmbits següents:

- seguretat ciutadana
- laboral
- sanitari
- mitjans de comunicació

4. Tractament i reinserció

Tot i que el desenvolupament de l'assistència en matèria de drogues no forma part de les competències municipals, el pla pot contemplar aquest eix perquè per al desenvolupament d'algunes accions cal comptar amb els recursos públics i privats de què disposa el municipi com a punt d'accés al servei.

5. Investigació i coneixement

Eix que es pot incloure si es vol aprofundir en l'estudi del consum de drogues i ampliar el coneixement de les característiques diferencials locals. També pretén ser un punt de trobada on els diferents professionals del territori més directament implicats en la prevenció del consum de drogues puguin conèixer altres experiències de treball, compartir coneixements i actualitzar-los per poder crear noves sinergies.

Estructuració dels objectius. Quadre resum

Nivells d'actuació

- Reducció de la demanda
- Detecció precoç i orientació
- Reducció de riscos
- Reducció de danys
- Inserció social i laboral
- Informació i coneixement

Àmbits d'actuació

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

Eixos de treball

- Prevenció i educació
- Prevenció i oci
- Prevenció i comunitat
- Tractament i reinserció
- Investigació i coneixement

Tipologia d'accions

Principis bàsics de les propostes d'acció:

- han de ser rigoroses, basades en la màxima evidència possible.
- han de ser avaluables.
- han de ser dinàmiques i revisables.
- requereixen la coordinació entre els diferents agents i entitats que hi intervinguin.
- s'han de realitzar en un context global i de continuïtat.
- han de facilitar la participació del ciutadà com a subjecte actiu.
- han de ser assumibles.

Les propostes d'acció han de ser viables i hi ha d'haver recursos disponibles per a dur-les a terme.

S'han d'elaborar a partir del diagnòstic i tenint en compte les necessitats més importants que s'han detectat.

Els exemples d'accions recollits en aquest document s'han agrupat i simplificat en cinc àmbits, independentment de les diferents formes d'estructurar els objectius proposats anteriorment (nivells d'actuació, àmbits d'actuació i eixos de treball).

- **Educatiu**
- **Familiar**
- **Salut i comunitat**
- **Oci i temps lliure**
- **Laboral**
- **Mitjans de comunicació social**

És molt important fer constar en cada proposta els recursos que caldrien per dur-la a terme així com el seu cost, a fi que només se'n pugui plantejar l'execució si es disposa dels mitjans necessaris.

Àmbit educatiu

Necessitats detectades

- Manquen pautes d'actuació i derivació en cas de sospita de consum als IES (instituts d'educació secundària).
- Hi ha dificultats per realitzar un treball específic amb joves expulsats temporalment del centre escolar per haver consumit.
- Les campanyes de sensibilització no arriben als joves.
- Els professionals de l'educació informal (monitors, educadors de temps lliure) haurien de jugar un paper més important en la promoció de bons hàbits.
- Cal oferir formació continuada als professionals dels IES, salut, escola, etc.

- No hi ha programes formatius per a 1r i 2n d'ESO.
- Els programes de prevenció s'haurien d'aplicar als alumnes d'entre 6 i 12 anys.
- S'ha de promoure la millora dels coneixements de la comunitat sobre el consum d'alcohol i tabac, i els seus efectes.
- S'ha d'establir vigilància del consum i tràfic de drogues a l'entorn dels centres escolars.

Propostes d'actuació

- Disposar d'un protocol de detecció i actuació, consensuat per tots els agents implicats, en els centres d'educació secundària.
- Posar a disposició dels joves iniciatives innovadores i dirigir-se a aquest col·lectiu per mitjà de les xarxes socials.
- Realitzar cursos de formació i assessorament per a professionals de l'àmbit educatiu.
- Oferir programes de prevenció universal a fi de treballar les habilitats socials en l'educació primària.
- Implementar programes de prevenció del consum de drogues dirigits a joves de 12 a 16 anys, alumnes d'educació secundària.
- Oferir tallers de prevenció de consum d'alcohol i tabac i altres drogues a l'alumnat de l'educació secundària.
- Oferir tallers d'educació emocional a l'alumnat de l'educació secundària.
- Realitzar tallers preventius a l'educació postobligatòria (cicles formatius, batxillerat, etc.).
- Realitzar visites guiades a exposicions de prevenció de drogues.
- Elaborar material específic sobre l'alcohol, el tabac i el cànnabis.
- Realitzar controls periòdics i presencials pels cossos de seguretat.
- Organitzar sessions educatives per treballar la prevenció del consum de drogues.

Àmbit familiar

Necessitats detectades

- Les associacions de mares i pares no s'impliquen prou i es fa difícil arribar a les famílies.
- Les famílies no disposen d'un referent a qui consultar els seus dubtes sobre el tema.
- Sovint els pares i les mares no se senten capacitats per a orientar els seus fills i filles.

- Les famílies no disposen de pautes de prevenció i detecció de possibles consums.

Propostes d'actuació

- Arribar a les famílies a través dels alumnes. Crear espais de trobada a fi de fomentar la formació i informació.
- Generar un dispositiu capaç d'atendre aquests dubtes de manera personalitzada i oferir els recursos més idonis.
- Oferir periòdicament material i formació a les famílies.
- Oferir tallers o xerrades amb pautes concretes d'actuació davant de situacions de consum.
- Organitzar escoles de mares i pares d'adolescents, a fi de millorar la comunicació de pares i mares amb els seus fills i filles.
- Formar pares i mares com a agents preventius, facilitar intercanvi d'experiències, etc.
- Oferir tallers per a mares i pares d'adolescents, per tractar qüestions com l'autoestima, la comunicació, la pressió de grup, la resolució de conflictes, les normes i els límits, els estils educatius, etc.
- Crear i difondre materials informatius per a pares i mares.
- Aplicar programes familiars universals d'entrenament en habilitats educatives per a la prevenció de les drogodependències (Moneo, Entre Tots, Prevenim. cat, així com altres programes de prevenció familiar inclosos en el National Registry of Evidence-Based Programs and Practices NREPP).¹¹

Àmbit salut i comunitat

Necessitats detectades

- Es realitzen poques actuacions dirigides a la comunitat.
- No hi ha un recurs estable i especialitzat que ofereixi informació i primera assistència.
- Donar a conèixer les conseqüències i els riscos del consum.
- Actuar en relació als joves que consumeixen esporàdicament.
- Promocionar la millora i el manteniment de la salut en els àmbits laborals.
- Millorar el control del consum i l'oferta de substàncies.
- Realitzar campanyes sobre alcohol i conducció dirigides a la població.

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

Propostes d'actuació

- Posar en marxa un punt d'informació i assessorament dirigit a la comunitat i donar-lo a conèixer als ciutadans.
- Organitzar tallers i xerrades a les empreses.
- Utilitzar els mitjans de comunicació (ràdio i premsa, entre altres) per acostar a la població temes de salut i incidir en el consum de drogues tant legals com il·legals.
- Controlar el compliment de la normativa de venda d'alcohol als menors.
- Crear una pàgina web municipal, que faciliti els recursos i la informació d'accés.
- Endegar campanyes sobre alcohol i conducció dirigides a autoescoles, gasolineres, etc.
- Organitzar activitats de sensibilització adreçades a la població general: Dia Mundial sense Tabac, Dia Mundial contra la sida, etc.
- Dissenyar un programa de mesures alternatives a la sanció administrativa per consum de drogues il·legals a la via pública.
- Difondre els serveis i recursos d'atenció a les persones drogodependents que hi ha al territori mitjançant l'elaboració d'un catàleg de serveis.
- Crear un servei d'informació i assessorament sobre drogues adreçat a famílies i joves.
- Organitzar cursos formatius per a empreses sobre la prevenció del consum d'alcohol i tabac.
- Organitzar cursos de sensibilització en drogodependències adreçat a agents socials de la ciutat: cossos de seguretat, professionals de temps lliure i oci, professionals sanitaris, professionals d'intervenció social, etc.

Àmbit oci i temps lliure

Necessitats detectades

- Hi ha preocupació sobre les conseqüències de conduir vehicles de motor havent consumit alcohol o altres substàncies.
- El sector de l'oci nocturn s'ha d'implicar més en el control i en la prevenció.
- S'han d'oferir recursos d'oci alternatiu al consum els caps de setmana.
- S'han de mostrar models de vida saludables.
- No hi ha alternatives a la festa-botellón de cap de setmana.
- Els nois i les noies han de prendre consciència sobre els riscos per a la salut derivats del consum de drogues i de les malalties de transmissió sexual.

Propostes d'actuació

- Mantenir i incrementar els controls d'alcoholèmia com a eina dissuasòria.
- Oferir alternatives de transport públic segur i assequible, com autocars de l'oci i fomentar programes de conductor alternatiu.
- Implantar programes que suposin la implicació dels empresaris per facilitar la formació dels professionals i proporcionar-los material informatiu sobre l'ús i l'abús de substàncies.
- Fomentar la pràctica d'activitats esportives i altres hàbits saludables.
- Oferir alternatives els caps de setmana i nits, com obrir les piscines i poliesportius els dissabtes a la nit.
- Formar monitors d'esport i temps lliure sobre prevenció i detecció de conductes de risc en el jovent.
- Oferir tallers de còctels saludables com a alternativa a l'alcohol.
- Oferir activitats de lleure alternatiu atractives i estimulants com tallers de discjòquei, de cinema, per aprendre a lligar sense alcohol, videofòrum, etc.
- Formar els mateixos joves com a agents de salut.
- Facilitar l'organització d'activitats a través dels mateixos joves.
- Prevenir del consum d'alcohol i altres drogues en grans esdeveniments (concerts, festes majors, carnestoltes, etc.) mitjançant estands o punts d'informació.
- Oferir assessorament en línia per a joves.
- Utilitzar les noves tecnologies per difondre les accions del pla de drogues.
- Facilitar formació sobre dispensació responsable de begudes alcohòliques al personal del gremi de la restauració (pubs i discoteques, entre altres).
- Emprendre campanyes sobre alcohol i conducció dirigides a joves.
- Desenvolupar estratègies d'informació i prevenció sobre alcohol i altres drogues en l'àmbit del lleure nocturn.

Àmbit laboral

Necessitats detectades

- Manca de programes preventius a les empreses.
- Actuacions preventives insuficients en l'àmbit laboral.
- Desconeixement dels beneficis de les mesures preventives i dels costos laborals del consum ocasional.
- Manca de formació del personal de direcció i de l'empresariat.

Propostes d'actuació

- Emprendre campanyes informatives i de sensibilització a les empreses, en coordinació amb associacions d'empresaris i empresàries, sindicats i els serveis de prevenció de riscos laborals.
- Organitzar xerrades informatives sobre els efectes del consum de drogues, en especial l'alcohol i el tabac.
- Promoure la prevenció en els controls mèdics.
- Elaborar programes de prevenció específics, adaptats a la realitat laboral del personal, en matèria de prevenció de drogodependències i facilitar tractament a les persones que tenen problemes d'addicció.
- Promoure el compliment de la normativa vigent pel que fa a la venda i el consum de tabac i alcohol en l'àmbit laboral.
- Establir protocols d'informació i orientació per als delegats de prevenció de riscos laborals, i en el cas de petites empreses i autònoms, a través de les mútues.

Àmbit mitjans de comunicació social

Necessitats detectades

- Tendència a abordar amb certa superficialitat el problema de les drogodependències.
- Tractament de la informació més centrat en la vessant jurídica i policial, que en la vessant sociosanitària i la de la salut.
- Creació d'alarma social.
- Publicació i difusió de notícies amb possibles efectes contrapreventius.
- Divulgació d'una visió parcial i descontextualitzada del consum de drogues, que pot contribuir a agreujar el problema.
- Ús d'un llenguatge i unes imatges estereotipades.
- Excés de notícies que relacionen el binomi joventut-consum de drogues.

Propostes d'actuació

- Difondre recomanacions i una guia de bones pràctiques per a mitjans de comunicació i professionals de la informació.
- Facilitar formació als mitjans de comunicació perquè facin un tractament adequat de la informació en matèria de drogodependències.
- Proporcionar informació als mitjans de comunicació sobre les actuacions que es duen a terme a través del PLDP i que poden tenir interès per a l'opinió pública.

2.5. Temporalització

En relació amb el procés d'elaboració del PLPD

Quan s'inicia l'elaboració d'un PLPD cal fer un quadre de temporalització del procés amb l'objectiu que es compleixin els terminis establerts per a cadascuna de les fases.

Hi ha diversos programes útils per a l'elaboració d'aquest quadre. Un exemple és el programa informàtic Microsoft Project que pot ser útil per a la realització de tot el procés d'elaboració del pla.

En relació amb la implementació del PLPD

A llarg termini: pla d'acció (quadriennal)

El pla d'acció recull totes les accions que es preveu que es desenvoluparan en un període de quatre anys des de l'inici del pla. Aquest pla d'acció l'anomenem pla marc.

A continuació es mostra un quadre descriptiu d'un pla marc:

Pla marc 2012-2015			
Objectius generals • • • •			
Programació 2012	Programació 2013	Programació 2014	Programació 2015
<i>Objectius específics</i> Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit /Eix	<i>Objectius específics</i> Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit /Eix	<i>Objectius específics</i> Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit /Eix	<i>Objectius específics</i> Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit/Eix Nivell/Àmbit /Eix
Programes 1. 2. 3.	Programes 1. 2. 3.	Programes 1. 2. 3.	Programes 1. 2. 3.
Acció 1 Acció 2 Acció 3	Acció 1 Acció 2 Acció 3	Acció 1 Acció 2 Acció 3	Acció 1 Acció 2 Acció 3

Normalment un PLPD s'aprova per un període de quatre anys prorrogable. Després de l'aprovació del pla, cada any el grup motor elabora una proposta de pla de treball anual, que presenta, primer, a la comissió tècnica perquè hi faci les seves aportacions i observacions, i posteriorment a la comissió política perquè l'aprovi.

A curt termini pla de treball (anual)

Un cop redactat el document marc del PLPD s'ha d'elaborar el pla de treball pel primer any de la seva implementació i així successivament.

Aquest pla ha de contemplar les accions, prioritzades prèviament per la comissió tècnica, que es duran a terme en cada àmbit o eix en funció del model escollit. La fitxa síntesi que s'ofereix a continuació n'és un exemple, que s'ha d'elaborar per a cada acció i en tots els eixos d'actuació.

B - Nivell d'actuació. Informació i coneixement	
Objectius específics	
Augmentar la informació i la formació dels «agents socials» que poden incidir d'una manera més efectiva en la prevenció	
Acció	Curs de sensibilització en drogodependències per a agents socials dels municipis
Població destinatària	• Professionals d'intervenció social • Monitors i monitores d'oci i temps lliure • Professionals del camp de la restauració • Professionals sanitaris
Temporalització	Gener - Febrer
Indicadors	• Nre. de persones participants • Nre. de material distribuït • Augment de la informació/formació • Grau de satisfacció
Instruments d'avaluació	• Qüestionaris abans i després de l'acció

2.6. L'avaluació del pla local de prevenció de drogodependències

L'avaluació és el procés d'identificar, obtenir i proporcionar informació útil i descriptiva sobre el valor i el mèrit de les metes, la planificació, la realització i l'impacte del nostre pla, programa, projecte o actuacions. A través de l'avaluació podem conèixer el que ha succeït i saber si hem aconseguit o no allò que preteníem.

Mitjançant l'avaluació podem comparar la situació prevista a la qual volem arribar i la situació real. Aquesta comparació ens donarà informació sobre l'abast dels resultats obtinguts En relació amb les previsions inicials.

Avaluar té moltes funcions i objectius, dels quals destaquem els següents:

- Revisar i reorientar, si escau, el desenvolupament de la implantació del pla, com també el seu funcionament quotidià.
- Valorar els resultats assolits i treure'n conclusions.
- Proposar millores i canvis, justificats per la informació recollida en l'avaluació, en el pla o en alguna de les seves parts.

L'avaluació es desenvolupa al llarg de tot el procés –elaboració del pla, implantació i funcionament quotidià– i no només al final. Sembla raonable realitzar els tres tipus d'avaluació que es detallen a continuació, però el primer tipus no cal preveure'l en el mateix pla perquè precisament s'efectua abans que sigui aprovat finalment per l'autoritat política. La previsió i el disseny de la realització dels altres dos tipus d'avaluació s'ha de formalitzar en el mateix pla i n'ha de formar part.

Fases de l'avaluació dels resultats de la intervenció	Abans de la intervenció
	Avaluació del disseny i de la planificació de la intervenció
	Durant la intervenció
	Avaluació de la qualitat i procés de la intervenció
	Després de la intervenció
	Avaluació dels resultats de la intervenció

Avaluació del disseny i de la planificació

Es fa un cop ja s'ha projectat i dissenyat la intervenció preventiva i abans de la seva implantació. Pot dur-se a terme en el pla local de prevenció, abans de la seva comprovació final, i/o pot fer-se en cada un dels programes, projectes o actuacions puntuals o sistemàtiques que es realitzin en el marc d'aquest pla.

L'avaluació del disseny i planificació és una comprovació que el pla (o una intervenció concreta):

- Es justifica o es basa en una teoria d'intervenció prou avalada empíricament.
- És coherent amb el diagnòstic de la situació efectuada a l'inici de la posada en marxa de l'elaboració del pla.
- És coherent així mateix amb els principis que han de guiar la intervenció en prevenció de drogodependències.
- Totes les parts del pla o intervenció són coherents entre si.
- I, finalment, que el pla és avaluable.

Es tracta, per tant, d'una anàlisi sobre el paper i de tipus lògic del pla o de les intervencions específiques, siguin programes, projectes o actuacions, que idealment hauria de fer algú extern al disseny de la intervenció. Podria ser tècnic o tècnica membre de la comissió tècnica però en principi no pot ser cap persona que formi part del grup motor.

Avaluació de la qualitat i del procés

Va dirigida a la valoració de la implantació i aplicació de la intervenció preventiva i de les reaccions dels participants, i implica els passos següents:

1. Decidir quines *variables* proporcionaran informació útil sobre com s'ha dut a terme la intervenció.
2. Seleccionar els *mètodes i instruments* per recollir la informació.
3. Establir *on, quan i amb quina freqüència* es recolliran les dades.
4. Decidir *qui* subministrarà la informació.
5. Preveure el *tipus d'anàlisi de les dades* i la utilització dels informes i anàlisis.
6. Analitzar les *estratègies, components i mètodes* que s'han aplicat a la pràctica, en comparació amb el pla original.
7. Estudiar les *fonts de dades i els instruments* que s'han utilitzat per a mesurar l'aplicació de la intervenció, en comparació amb el pla original.
8. Revisar *quins recursos s'han utilitzat*, en comparació amb el pla original.
9. Comprovar si *la intervenció ha arribat al grup objectiu, en quina mesura* (grau d'exposició), *quant ha durat* en realitat la intervenció i *quantes activitats* s'han dut a terme en comparació amb el pla original.

10. Descriure la *mostra o població diana* (tipus de selecció, variables demogràfiques, mida, possibles diferències entre les característiques de la mostra i les del grup objectiu global, abandonaments i els seus motius).
11. Analitzar la *qualitat «subjectiva» de la intervenció* (reaccions del grup objectiu, com acceptació, grau d'identificació, participació, etc.). A més convé desenvolupar indicadors de qualitat objectiva (grau de protocol·lització de les intervencions, abandonament o retenció de participants en activitats, etc.).
12. Gairebé tots els aspectes assenyalats porten a l'explicitació de com serà el sistema d'informació per a la gestió i avaluació del pla. Aquest sistema ha de proporcionar les dades per a aquest tipus d'avaluació i també per a l'avaluació de resultats. Per tant, caldrà especificar clarament com serà aquest sistema.

Avaluació dels resultats

Té per objectiu l'anàlisi dels efectes de la intervenció i comprèn els punts següents:

1	Planificació de la valoració dels resultats • tipus d'indicadors • plantejament quantitatiu o qualitatiu • instruments, fonts, freqüència de recollida i previsió del tipus d'anàlisi de la informació
2	Tipus de disseny avaluació de resultat • tipus de disseny, instruments de recollida i anàlisi de les dades a utilitzar
3	Pla d'anàlisi dels resultats, com ha afectat la intervenció • el consum de drogues en la població diana • els objectius fixats amb relació al grup objectiu intermedi i els diversos subgrups com homes/dones i grups d'edat
4	Elaboració de les conclusions en relació amb els resultats • si s'han obtingut els resultats previstos • quins són els resultats més importants • fins a quin punt es pot afirmar amb seguretat que la intervenció ha produït els resultats esperats • quina explicació es pot donar dels resultats negatius i propostes de futur • quines similituds i diferències hi ha en relació amb altres estudis amb objectius i poblacions diana semblants

La Diputació de Barcelona va publicar el 2008 la *Guia d'Avaluació. Programes preventius de les Drogodependències*, que va comptar amb l'assessorament del Grup de Recerca en Psicologia de la Salut de la Universitat de Girona i la participació de tècnics municipals especialitzats en matèria de prevenció. Es tracta d'un document pràctic per a aquelles persones que, havent fet una intervenció preventiva en drogodependències, es troben davant la necessitat de conèixer l'eficàcia i l'eficiència de les accions realitzades.

En aquesta guia podrem trobar exemples pràctics i detallats de com s'han d'avaluar les diferents intervencions preventives en matèria de drogues.

El sistema d'informació del pla

La implementació, gestió i avaluació del PLPD s'han de fer amb informació vàlida i rellevant recollida i analitzada contínuament, i per això és essencial elaborar o dissenyar un **sistema d'informació del pla**, que serveixi per dur a terme aquests processos.

A continuació s'expliquen els passos i tasques a seguir per al desenvolupament d'un sistema d'informació. Amb l'objectiu de facilitar la comprensió i l'ús d'aquest esquema, prenem com a mostra el sistema d'informació del PLPD de Vilafranca del Penedès.

En aquest pla s'especifiquen diferents eixos de treball: prevenció i educació, prevenció i oci, prevenció i comunitat, tractament i reinserció, i investigació i coneixement. En aquest exemple ens centrarem només en el primer eix: prevenció i educació.

El desenvolupament del sistema d'informació ha de partir de la delimitació de la informació que es necessita tant per a la gestió del pla com per a la seva avaluació. La identificació de la informació necessària es pot fer analitzant les preguntes que es volen veure contestades, els objectius generals i específics del pla, els tipus d'avaluació que es realitzaran i les accions/actuacions específiques.

En el cas de l'eix de prevenció i educació del Pla de drogues de Vilafranca del Penedès es formulen una sèrie d'objectius i de resultats a assolir.

Objectius

- Dotar d'eines al màxim nombre d'alumnes per a la reflexió crítica sobre el consum de drogues.
- Proporcionar propostes, recursos i assessorament sobre drogues a pares i mares de joves adolescents, amb la finalitat d'orientar i capacitar perquè les seves tasques preventives siguin més eficaces.
- Proporcionar una oferta d'accions formatives als agents educatius i optimitzar les intervencions educatives i preventives amb els joves tant a l'aula com individualment.
- Definir un protocol d'actuació (circuit, agents implicats, rols, etc.) en els instituts davant situacions de consum.

Així mateix es llisten clarament els resultats o «productes» que s'obtindran en aquest eix en finalitzar el Pla:

1. Que hi hagi un servei d'assessorament i formació estable per a tots els professionals relacionats amb l'educació.
2. Ampliar i millorar l'oferta d'intervencions de prevenció de drogues en l'àmbit educatiu.
3. Augmentar la implicació de les famílies en la prevenció del consum de drogues.
4. Oferir una proposta de prevenció selectiva adreçada als joves de col·lectius en risc.
5. Establir un protocol de detecció i intervenció davant el consum de drogues als IES.

També es defineix clarament la població diana d'aquest eix:

- alumnat de primària
- alumnat de secundària
- alumnat d'educació no reglada i de cicles formatius
- pares i mares d'aquest alumnat
- agents educatius: professorat, mestres, personal d'infermeria del programa Salut i Escola i professionals en contacte amb adolescents i joves.

La informació (descripció dels objectius a treballar en l'eix de prevenció i educació i descripció dels resultats que s'esperen en finalitzar el pla per a aquest eix) servirà per identificar les dades que cal recollir i registrar en el sistema d'informació.

El sistema d'informació ha de preveure també la definició dels indicadors d'avaluació per a cadascuna de les diferents accions o actuacions.

En l'eix de prevenció i educació del **Pla de drogues de Vilafranca del Penedès** es descriuen nou accions diferents:

1. Dissenyar un protocol de detecció i intervenció davant del consum de drogues en els centres d'educació secundària.
2. Dissenyar un pla de formació per a l'àmbit educatiu.
3. Oferir cursos de formació i assessorament als professionals de l'àmbit educatiu.
4. Organitzar tallers i altres accions de prevenció de drogues en els centres d'educació secundària.
5. Organitzar tallers i altres accions de prevenció de drogues en els cicles formatius i altres modalitats educatives.
6. Organitzar tallers d'educació emocional en els centres d'educació secundària.
7. Organitzar tallers per a mares i pares
8. Organitzar tallers de prevenció de drogues en els centres d'educació primària.
9. Difondre materials informatius per a pares i mares.

En aquest exemple ens centrarem en la primera acció, a la qual s'ha atorgat la màxima prioritat: **dissenyar un protocol de detecció i intervenció davant del consum de drogues en els centres d'educació secundària.**

Malgrat que l'objectiu és «Definir un protocol d'actuació (circuit, agents implicats, rols, etc.) en els instituts davant situacions de consum» de manera participativa amb tots els professionals implicats (professorat, professionals del centre de tractament de drogues referent i de salut mental, policia local i autonòmica, professionals de salut i serveis socials), en la fitxa corresponent a l'acció es recull també la seva aplicació:

Eix prevenció i educació

Acció	Població diana	Objectius	Indicadors	Espai	Agents implicats
Protocol de detecció i intervenció davant del consum de drogues en els centres d'educació secundària	Personal docent Equips directius	Millorar la detecció i la intervenció de comportaments de risc	Nre. de centres adherits Nre. de casos Nre. de derivacions	Centres d'educació secundària	Tècnic/a del centre de tractament de drogues Tècnic/a del Centre de salut mental infantil Tècnic/a de Serveis socials Psicopedagog o director del centre d'educació secundària Personal infermer del programa Salut i Escola Policia local autonòmica
Descripció: Constitució d'un grup de treball per crear i adoptar un protocol d'intervenció front el consum de drogues en els espais educatius, adreçat als centres d'educació secundària. Aquest protocol, elaborat pels agents implicats, inclou formació i seguiment a fi de poder aplicar el programa amb les eines necessàries. Cost aproximat: 0 €					

La informació a recollir s'ha de centrar, d'una banda, en el disseny del protocol, i de l'altra, en la seva aplicació.

Disseny del protocol

- Qui hi ha participat (agents implicats)
- Dates d'inici i finalització del protocol
- Nombre de reunions realitzades

Aplicació del protocol

- Nombre i característiques dels centres adherits
- Data d'adhesió dels centres
- Nombre de casos detectats en els centres i característiques (dels consums, dels consumidors, etc.)
- Derivacions efectuades
- Seguiments dels casos, derivats o no

Aquesta podria ser una aproximació a la informació necessària per a aquesta acció.

Caldria fer el mateix per a cadascuna de les accions del pla, afegint-hi els objectius específics que es volen aconseguir, tal com queda reflectit en el quadre anterior.

Per assegurar que no es recull informació supèrflua i també que es recull tota la informació necessària caldria preparar un pla de com s'utilitzarà la informació: qui la utilitzarà, per què i quan, i quin tipus d'informació.

S'ha de plantejar la qüestió del format de registre de la informació i la transformació d'aquesta en variables, que correspon als punts 2 i 3 de l'esquema adjunt sobre el desenvolupament d'un sistema d'informació.

Al punt 4 del quadre es destaca el tema dels suports o instruments de recollida de la informació: els protocols, formularis o impresos s'han de dissenyar de manera que sigui fàcil recollir la informació, que minimitzi la probabilitat de cometre errors i que després sigui senzill transformar la informació.

Finalment cal preveure com i qui s'encarregarà de recollir la informació i registrar-la en els suports o protocols dissenyats amb aquesta finalitat.

Aquests passos i fases estan lligats actualment a programes informàtics de creació i tractament de bases de dades, cosa que facilita tant la introducció com l'arxiu de la informació com també la seva consulta, tractament, anàlisi i utilització.

Però la clau d'un bon sistema d'informació no rau en la part informàtica, que és simplement instrumental, sinó en el desenvolupament conceptual, teòric i tècnic de l'esquema que s'adjunta.

Desenvolupament d'un sistema d'informació

1. Identificació de les dades rellevants (variables/informació) i les preguntes a les quals es vol donar resposta.
 - Es pot fer utilitzant, sobretot, les hipòtesis del programa, la llista d'objectius (de procés i de resultat) i les activitats.
 - Les dimensions a considerar són, entre altres:
 - Característiques dels clients/usuaris.
 - Dades sobre la història social del client i la seva problemàtica.
 - Característiques del personal.
 - Recursos materials
 - Immobles
 - Equip
 - Tasques del programa/servei
 - Mètode d'intervenció
 - Acabament del producte/servei
 - Resultats intermedis
 - Resultats últims
2. Estratègia inicial de l'anàlisi
 - Transformar la informació en variables
 - Establir els codis i categories
 - Elaborar el pla d'anàlisi a realitzar amb la informació relativa a programació i avaluació
3. Disseny de les taules i sortides de l'anàlisi
 - En funció, abans de res, de l'ús, dels informes i de qui els utilitzarà.
4. Disseny dels instruments de recollida d'informació
 - És útil veure el diagrama de fluxos.
 - És molt útil veure qui aplicarà cada instrument i quan i, concretament:
 - Objectiu del formulari o imprès
 - Elements i dades que s'han d'incloure en l'imprès
 - Qui aplicarà l'instrument i el recollirà
 - Amb quina freqüència i en quins períodes s'aplicarà
5. Desenvolupament de procediments d'entrada de les dades
 - Establir un codi (etiquetes i codis)
 - Establir un diccionari de definicions
 - Establir documents de procediment

3. Ajudes per a l'elaboració i la implementació

3.1. Banc de bones pràctiques

Entenem per bona pràctica aquells plans locals de prevenció de drogodependències impulsats per l'Administració local que suposen experiències exemplars i significatives que poden ser transferides a altres ajuntaments i ens locals.

Municipis de menys de 15.000 habitants

Begues: Pla local de prevenció de drogues

Sant Joan de Vilatorrada: Pla local de prevenció de drogues

Sant Sadurní d'Anoia: Pla de drogues

Municipis de 15.000 a 50.000 habitants

Eivissa (Illes Balears): Pla municipal sobre drogues de la ciutat d'Eivissa.

Calataiud (Saragossa): Plan municipal sobre drogas

El Masnou (Barcelona) Pla municipal de prevenció de les drogodependències

Manlleu: Pla comunitari per a la prevenció de drogodependències a Manlleu

Palau-solità i Plegamans: Programa de prevenció de drogues i riscos associats

Vilafranca del Penedès: Pla de drogues de Vilafranca del Penedès

Iecla (Múrcia): Plan local sobre drogas

Municipis de més de 50.000 habitants

Sant Sebastià (Guipúscoa): Plan local de prevención de drogodependencias de Donosita - San Sebastián

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

L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona): Pla local de drogodependències

Sabadell: Pla municipal sobre drogues de Sabadell

Terrassa: Pla local de drogues

Vilanova i la Geltrú: Pla Local de prevenció en drogues

Agrupacions de municipis: demarcació de Barcelona

Alt Vallès Oriental: Pla supramunicipal de prevenció de drogodependències i hàbits saludables C-17 (5 municipis)

Cabalbaix: Pla supramunicipal sobre drogues i comportaments de risc (4 municipis)

Consell Comarcal del Moianès: Pla d'acció intermunicipal en el consum de drogues (10 municipis)

Consell Comarcal de l'Anoia i Ajuntament d'Igualada: Pla de prevenció del consum de drogues de l'Anoia (33 municipis)

Mancomunitat Penedès-Garraf: Pla supramunicipal de drogues de l'Alt Penedès (21 municipis)

Vilanova del Vallès i Vallromanes: Pla mancomunitat de prevenció de drogodependències i conductes de risc. 2013-2016 (2 municipis)

El Tritó del Baix Montseny: Pla integral sobre consums problemàtics de drogues i altres comportaments (13 municipis)

Annexos

Annex 1

Marc normatiu i marc planificador

Marc normatiu

Marc internacional

La integració d'Espanya a la Unió Europea ha tingut una influència clara en el fenomen de les drogues. Entre els objectius del Tractat de Maastricht de 1992 hi ha el desenvolupament d'una col·laboració estreta entre els estats membres en l'àmbit de la justícia i en els assumptes d'interior, en matèries d'interès comú, com són la lluita contra la toxicomania en totes les seves dimensions. En l'article 129 es reconeix la toxicomania com un problema prioritari de salut pública, prioritat que també esmenta el Tractat d'Amsterdam de 1997, que recull algunes modificacions. L'article 152 d'aquest nou acord elimina el terme obsolet toxicomania utilitzat en el tractat de 1992.

L'article G del Tractat de Maastricht modifica l'article 129 del Tractat constitutiu de la Comunitat Europea.

En relació amb la salut mental, l'any 2005 es va signar la **Declaració europea de salut mental –Declaració d'Hèlsinki–** que reconeix que la promoció de la salut mental i la prevenció, tractament, cura i rehabilitació dels problemes mentals són prioritat per a l'OMS i la Unió Europea. Entre els compromisos assolits a Hèlsinki hi ha el d'abordar la prevenció de l'alcoholisme i dels trastorns deguts al consum d'altres substàncies. Igualment es va decidir donar suport a la creació d'organitzacions no governamentals i organitzacions d'usuaris que treballen en el camp de la salut mental, especialment aquelles que tracten trastorns derivats del consum de drogues.

El **Tractat de Lisboa** de 2009, que modifica els tractats de Maastricht i Niça, així com el constitutiu de la Comunitat Europea, introdueix la competència compartida amb els estats membres (article 2.c.2) en els assumptes comuns de seguretat en matèria de salut pública. A aquest efecte afegeix un apartat cinquè a l'article 152 del tractat constitutiu de la Comunitat Europea, que disposa que el Parlament Europeu i el Consell poden acordar mesures de protecció de salut pública pel que fa al tabac i al consum excessiu d'alcohol.

Quant a acords internacionals específics sobre substàncies concretes, cal fer referència a la **Carta europea sobre alcohol**, adoptada a la Conferència Europea «Salut, Societat i Alcohol» celebrada a París l'any 1995, convocada per l'Oficina Regional per a Europa de l'OMS. Entre les deu estratègies per a l'acció sobre l'alcohol que es van acordar cal destacar la desena, que planteja la necessitat de formular programes amplis sobre l'alcohol en els estats membres i d'especificar-hi objectius clars i indicadors de resultats.

El Conveni Marc per al control del tabac és el primer tractat internacional de salut pública elaborat sota l'auspici de l'OMS i el primer instrument jurídic destinat a reduir la mortalitat i la morbiditat associades al tabac a tot el món. Va ser adoptat el 2003 per la 56^a Assemblea Mundial de la Salut per unanimitat dels 192 països membres de l'OMS i va entrar en vigor el 27 de febrer de 2005. El Conveni estableix normes i directrius internacionals per al control del tabac a través, fonamentalment, de la intervenció sobre el preu de venda i els impostos corresponents, la venda a menors, la publicitat i patrocini del tabac, el tabaquisme passiu, la sensibilització sobre els riscos del tabac, etc. En una segona conferència celebrada a Bangkok (Tailàndia) el 2007 es van adoptar directrius per a l'establiment de llocs públics i llocs de treball exempts de fum de tabac. Malgrat que es permet que les legislacions nacionals defineixin què entenen per lloc públic, es recomana que «inclogui tots els llocs accessibles al públic en general o llocs d'ús col·lectiu». Així mateix en 146 estats, existeix una regulació més estricta pel que fa a etiquetatge, publicitat i a facilitar l'accés a les teràpies farmacològiques per a deixar de fumar.

Finalment, pel que fa a organismes internacionals de recollida i anàlisi de dades, destaquem l'**Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies** (OEDT), amb seu a Lisboa, que té com a finalitat recollir tota la informació estadística, documental i tècnica relacionada amb el fenomen de les drogodependències i proporcionar als estats membres de la Unió Europea una visió general que els permeti adoptar mesures i accions en els seus àmbits respectius de competències. La constitució d'aquest Observatori va ser establerta pel Reglament (CEE) núm. 302/93, de 8 de febrer de 1992, pel qual es crea un Observatori Europeu de la Droga i les Toxicomanies.

Marc nacional

El marc normatiu que regula la intervenció dels municipis en matèria de prevenció de drogodependències ve delimitat per alguns preceptes legals que apareixen a la Constitució Espanyola, a la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases del règim local i a la legislació autonòmica.

- La Constitució Espanyola de 1978 reconeix a l'article 43 «el dret a la protecció de la salut» de tots els ciutadans i responsabilitza els poders públics de l'organització i tutela de la salut pública. L'article 148 estableix que les comunitats autònomes podran assumir competències en la promoció de l'esport i de la utilització adequada del lleure, i també en matèria d'assistència social, sanitat i higiene.
- La Llei 14/1986, de 29 d'abril de 1986, general de sanitat, que desenvolupa el dret constitucional a la protecció de la salut, disposa en l'article 70 que «l'Estat i les co-

munitats autònomes han d'aprovar plans de salut en l'àmbit de les seves respectives competències». La Llei general de sanitat es va desenvolupar mitjançant el Reial decret 938/1989, de 21 de juliol de 1989, que estableix l'esquema dels plans de salut i regula el procediment i els terminis per a la formació dels plans integrats de salut. Aquests han d'incloure com a mínim els capítols següents: anàlisi i diagnòstic dels problemes sanitaris, objectius, programes a desenvolupar, finançament, execució i avaluació. També accions concertades amb altres administracions sanitàries o no sanitàries.

- La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, regula en l'article 64 l'elaboració de plans integrals de salut sobre les patologies més prevalents, rellevants o que suposin una càrrega sociofamiliar especial, i garanteix una atenció sanitària integral que compregui la prevenció, el diagnòstic, el tractament i la rehabilitació.

De la normativa d'àmbit nacional relativa a les drogodependències cal esmentar la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac, per el canvi qualitatiu que va suposar en l'abordatge d'un dels problemes de salut pública més importants en la societat espanyola actual.

Marc autonòmic

El Parlament de Catalunya va aprovar **la Llei 20/1985, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència, el 25 de juliol**.

És una llei pionera a l'estat espanyol que té per objecte establir i regular les mesures i les accions de prevenció i d'assistència en les situacions produïdes pel consum de substàncies que poden generar dependència i és l'eix normatiu vertebrador del conjunt de mesures del *Pla català de drogodependències*.

Les regulacions rellevants en matèria de prevenció a Catalunya són les següents:

- Decret 160/1986, de 26 de maig, pel qual es crea l'**Òrgan Tècnic de Drogodependències**.
- Decret 69/1987, de 20 de febrer, pel qual s'estableix la relació de coles i altres productes industrials inhalants amb efectes euforitzants o depressius.
- La Llei 10/1991, de 10 de maig, que va modificar el règim sancionador introduint noves mesures que limitaven el consum de tabac i begudes alcohòliques en atenció a les circumstàncies socials del moment.
- Decret 235/1991, de 28 d'octubre, pel qual es regulen les advertències, els missatges dissuasius, els logotips i la senyalització sobre el tabac i les begudes alcohòliques.
- Decret 266/1991, d'11 de desembre, pel qual es regula la capacitat sancionadora que preveu la Llei 20/1985, de 25 de juliol, parcialment modificada per la Llei 10/1991, de 10 de maig.

- Llei 8/1998, de 10 de juliol, de segona modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que amplia la prohibició del consum de begudes alcohòliques en determinats establiments i restringeix aquesta activitat i la de subministrament durant les hores nocturnes en alguns establiments oberts al públic. **També estableix la intervenció dels municipis en la regulació de les limitacions esmentades.**
- Llei 1/2002, d'11 de març, de tercera modificació de la Llei 20/1985, de 25 de juliol, que estableix mesures limitadores noves amb vista a la protecció dels joves com un grup social més vulnerable davant els productes que generen dependència (prohibició de venda i subministrament de begudes alcohòliques a menors de 18 anys).
- Decret 32/2005, de 8 de març, pel qual es regula la senyalització de les limitacions en la venda de begudes alcohòliques en establiments i màquines expenedores.
- Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, que limita la venda de begudes alcohòliques i tabac als infants i els adolescents i estableix que han d'ésser protegits de la publicitat i d'aquests productes.

Marc local

Les competències legals que té l'administració catalana en matèria de drogodependències estan determinades per les normes següents:

- Llei 20/1985 de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. L'article 4 estableix el següent: «Correspon a les administracions públiques dins el marc de les competències que els reconeix aquesta Llei, la realització de les actuacions de prevenció tendents a limitar l'oferta i la promoció de substàncies que poden generar dependència i el desenvolupament de programes d'educació per a la salut adreçats als diferents sectors de la població.»
- Decret legislatiu 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya (articles 66 i 67).

Article 66. Competències municipals i locals

66.1 El municipi, per a la gestió dels seus interessos i en l'àmbit de les seves competències, pot promoure tota mena d'activitats i prestar tots els serveis públics que contribueixin a satisfer les necessitats i les aspiracions de la comunitat de veïns.

66.2 Els ens locals tenen competències en els àmbits de la participació ciutadana, de l'autoorganització, de la identitat i la representació locals, de la sostenibilitat ambiental i la gestió territorial, de la cohesió social, de les infraestructures de mobilitat, de la connectivitat, de la tecnologia de la informació i de la comunicació, dels abastaments energètics i de la gestió de recursos econòmics, amb l'abast que fixen aquesta Llei i la legislació sectorial respectiva.

66.3 El municipi té competències pròpies en les matèries següents:

- a) La seguretat en llocs públics.
- b) L'ordenació del trànsit de vehicles i de persones en les vies urbanes.
- c) La protecció civil, la prevenció i l'extinció d'incendis.
- d) L'ordenació, la gestió, l'execució i la disciplina urbanístiques; la promoció i la gestió d'habitatges; els parcs i els jardins, la pavimentació de vies públiques urbanes i la conservació de camins i vies rurals.
- e) El patrimoni historicoartístic.
- f) La protecció del medi.
- g) Els abastaments, els escorxadors, les fires, els mercats i la defensa d'usuaris i de consumidors.
- h) La protecció de la salubritat pública.
- i) La participació en la gestió de l'atenció primària de la salut.
- j) Els cementiris i els serveis funeraris.
- k) La prestació dels serveis socials i la promoció i la reinserció socials.
- l) El subministrament d'aigua i l'enllumenat públic, els serveis de neteja viària, de recollida i tractament de residus, les clavegueres i el tractament d'aigües residuals.
- m) El transport públic de viatgers.
- n) Les activitats i les instal·lacions culturals i esportives, l'ocupació del lleure, el turisme.
- o) La participació en la programació de l'ensenyament i la cooperació amb l'administració educativa en la creació, la construcció i el manteniment dels centres docents públics; la intervenció en els òrgans de gestió dels centres docents i la participació en la vigilància del compliment de l'escolaritat obligatòria.

66.4 En els àmbits materials a què es refereix l'apartat 2, les lleis han de determinar les competències dels municipis, segons:

- a) Els principis de descentralització, autonomia, subsidiarietat i de màxima proximitat de la gestió administrativa als ciutadans.
- b) La capacitat de gestió dels municipis, amb una consideració especial a llur demografia i als sotmesos a règim municipal especial.
- c) Les característiques pròpies de cada activitat pública.
- d) El principi d'igualtat del ciutadans en l'accés als serveis públics.

Article 67. Serveis mínims

Els municipis, independentment o associats, han de prestar, com a mínim, els serveis següents:

- a) En tots els municipis: enllumenat públic, cementiri, recollida de residus, neteja viària, abastament domiciliari d'aigua potable, clavegueres, accés als nuclis de població, pavimentació i conservació de les vies públiques i control d'aliments i begudes.

- b) En els municipis amb una població superior als cinc mil habitants, a més: parc públic, biblioteca pública, mercat i tractament de residus.
- c) Als municipis amb una població superior als vint mil habitants, a més: protecció civil, prestació de serveis socials, prevenció i extinció d'incendis i instal·lacions esportives d'ús públic. En matèria de protecció civil, han d'elaborar els plans bàsics d'emergència municipal i els plans d'actuació i plans específics, en el cas que estiguin afectats per riscos especials o específics. En matèria de serveis socials, el finançament ha d'incloure els serveis socials de la població establerts legalment com a obligatoris.
- d) Als municipis amb una població superior als trenta mil habitants, a més: el servei de lectura pública de manera descentralitzada, d'acord amb el mapa de lectura pública.
- e) Als municipis amb una població superior als cinquanta mil habitants, a més: transport col·lectiu urbà de viatgers i protecció del medi, servei de transport adaptat que cobreixi les necessitats de desplaçament de persones amb mobilitat reduïda. També han de prestar aquest servei tots els municipis que siguin capital de comarca.

Marc planificador

Marc internacional

Estratègia Europea en matèria de lluita contra les drogues 2005-2012

Adoptada pel Consell d'Europa de 17 de desembre de 2004, l'Estratègia estableix el marc, els objectius i les prioritats del pla d'acció amb un plantejament integrat i multidisciplinari que combina dues dimensions de la política de drogues: la reducció de la demanda i la reducció de l'oferta.

El Consell distingeix dos objectius generals en matèria de drogues:

1. La Unió Europea vol contribuir a la tasca d'assolir un alt grau de protecció de la salut, benestar i la cohesió social completant l'esforç desplegat pels estats membres amb vista a prevenir i reduir el consum de drogues i els efectes nocius de les drogues en la salut i en la societat.
2. La Unió Europea i els estats membres volen proporcionar a la ciutadania un alt grau de seguretat mitjançant la lluita contra la producció de drogues, el tràfic fronterer de drogues i l'ús il·lícit dels precursors químics utilitzats en la producció de drogues. També es proposen d'intensificar les mesures.

L'Estratègia se centra en dos àmbits d'acció que són la reducció de la demanda i la reducció de l'oferta, i en dos temes transversals que són la cooperació i la investigació internacional, d'una banda, i la informació i l'avaluació, per l'altra.

Àmbit d'acció: reducció de la demanda

Amb l'objectiu de reduir la demanda s'han fixat les següents prioritats:

- millora de l'accés i de l'eficàcia dels programes de prevenció i de les seves corresponents campanyes de sensibilització
- millora de l'accés als programes (mesures) d'intervenció precoç
- millora de l'accés a programes orientats i diversificats de tractament
- millora de l'accés als serveis de prevenció i tractament del VIH/sida.

Àmbit d'acció: reducció de l'oferta

Amb l'objectiu de reduir l'oferta s'han fixat les prioritats següents:

- reforçar la cooperació policial i judicial a la UE tant des del punt de vista estratègic com del de la prevenció de la delinqüència;
- intensificar la cooperació policial i judicial concreta entre els estats membres utilitzant els instruments i marcs existents;
- prevenir la importació i exportació il·lícites de narcòtics i substàncies psicotròpiques, fins i tot si van destinats a territori d'altres estats membres;
- millora de la cooperació en l'àmbit de la repressió, les investigacions penals i la policia científica entre els estats membres que tinguin interessos comuns o s'enfrontin als mateixos problemes relacionats amb la droga;
- intensificar l'esforç policial i judicial orientat a tercers països, en particular els països productors i les regions situades al llarg dels itineraris utilitzats per al tràfic de drogues.

Amb aquest mateix objectiu s'han creat nombrosos instruments i marcs, com la decisió marc sobre l'establiment de disposicions mínimes relatives als elements constitutius d'infracció penal i les sancions aplicables en l'àmbit del tràfic de drogues, els equips comuns d'investigació, l'ordre de detenció europea, Europol i Eurojust, la unitat d'informació financera, mesures de confiscació de béns i la Convenció de les Nacions Unides contra la delinqüència organitzada transnacional i els seus protocols.

Pla d'acció de la UE en matèria de lluita contra la droga (2009-2012) de 20 de desembre de 2008

El Pla d'acció de la UE en matèria de lluita contra la droga per 2009-2012 és una continuació del pla de 2005-2008. Es basa en les mesures establertes per aplicar l'Estratègia de la UE en matèria de drogues per al període 2005-2012, amb la qual es pretén reduir l'oferta i la demanda de drogues. Amb aquest objectiu, el pla d'acció defineix cinc àmbits prioritaris amb accions específiques que coordinen una política en matèria de drogues a escala nacional i europea.

Millorar la coordinació

Per tal de desenvolupar i aplicar de manera més eficaç la política antidroga, cal reforçar la coordinació i la cooperació a escala nacional i europea. El Grup Horitzontal Drogues (HDG) del Consell ha de coordinar de manera proactiva la política antidroga de la UE. Al mateix temps el Consell, en col·laboració amb la Comissió, ha d'assegurar la coherència entre les polítiques antidroga internes i externes.

Reduir la demanda

Les mesures per reduir el consum de drogues i les seves conseqüències per a la salut i la societat s'han d'aplicar de manera més eficaç. En particular, cal millorar l'accés, la disponibilitat i la qualitat de serveis que evitin, tractin i mitiguin els danys causats. S'han de posar a disposició dels diferents grups objectiu programes i intervencions de prevenció amb bons resultats contrastats. S'han de tenir en compte les necessitats específiques dels consumidors de drogues, en especial en funció de l'edat, sexe, nivell cultural, etc. També cal adoptar mesures específiques per a prevenir comportaments d'alt risc entre els consumidors de drogues.

Cal millorar l'oferta de tractaments contra la droga que consisteixen tant en mesures psicològiques com farmacològiques i s'han de desenvolupar nous programes de rehabilitació i reinserció. Els estats membres han d'analitzar la disponibilitat i eficàcia de les intervencions per reduir la demanda. Així mateix, han de consensuar unes normes mínimes de qualitat i uns criteris de referència per a aquests serveis.

Els estats membres han de servir-se més de sancions alternatives a l'ingrés a la presó per castigar els delinqüents toxicòmans. Paral·lelament s'han de desenvolupar serveis per als consumidors de drogues, amb èmfasi especial en l'atenció sanitària així com en el seguiment posterior a la sortida del centre penitenciari. Els estats membres també han de prendre mesures per garantir l'accés a serveis adequats que evitin la propagació del VIH/sida, l'hepatitis C i d'altres malalties infeccioses de transmissió sanguínia, i que redueixin el nombre de morts relacionades amb la droga.

Reduir l'oferta

És necessari intensificar la cooperació entre els serveis policials europeus per lluitar de manera més eficaç contra la producció i el tràfic de drogues. Per això, s'han de dur a terme més operacions pluridisciplinàries en què participin Europol, Eurojust, així com els serveis policials i de control fronterer i duaner, a través d'iniciatives de cooperació bilaterals i multilaterals, fonamentalment equips conjunts d'investigació (ECI) i operacions duaneres conjuntes (OAC). També cal intensificar la cooperació judicial entre els estats membres fomentant especialment l'aplicació plena dels instruments de la UE de reconeixement mutu i assistència.

Millorar la cooperació internacional

La cooperació amb tercers països i organitzacions internacionals ha de ser més eficaç. Cal incorporar la política antidroga de la UE a l'agenda general de desenvolupament i seguretat. S'ha d'incrementar l'ajuda financera a projectes i programes de desenvolupament alternatius. S'han de fomentar els projectes dirigits als països productors i situats en les rutes del tràfic, per reduir l'oferta i la demanda de drogues. De la mateixa manera, s'ha d'intensificar la cooperació regional i intraregional amb tercers països, finançada pels estats membres i programes de la CE. També s'han de desenvolupar instruments de seguiment i avaluació per a avaluar l'ajuda de la UE.

Comprendre millor el fenomen de les drogues

Cal conèixer millor el problema de les drogues a la UE, no només mitjançant una sensibilització ciutadana sinó també mitjançant l'ampliació dels coneixements bàsics per a les polítiques. Per aconseguir-ho s'ha de promoure la investigació i l'intercanvi de dades relacionades amb les drogues.

És essencial seguir desenvolupant els instruments de seguiment, com els cinc indicadors epidemiològics clau de l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (OEDT), per avaluar la situació de les drogues a Europa. Els estats membres han d'avaluar amb regularitat les seves polítiques contra la droga i modificar-les si és necessari.

Marc estatal

El 1985 el Ministeri de Sanitat i Consum va crear el Pla nacional sobre drogues (PNSD) amb l'objectiu de coordinar i potenciar les polítiques en matèria de drogues que es porten a terme a Espanya des de les diferents administracions públiques i entitats socials.

A partir de l'avaluació i anàlisi de l'Estratègia nacional sobre drogues 2000-2008 es va elaborar l'Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016 i el pla d'acció.

Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016. Ministeri de Sanitat i Política Social

L'Estratègia nacional sobre drogues 2009-2016 es configura com un marc de referència per a totes les administracions públiques i les organitzacions socials.

Objectius generals

1. Reducció de la demanda

Comprèn des de la promoció de la salut fins a les estratègies de prevenció del consum i problemes associats, passant per la disminució de riscos i reducció dels danys, i l'assistència i inserció social.

2. Prevenció

La prevenció del consum es proposa:

- promoure una consciència social sobre la importància dels problemes, els danys i els costos personals i socials relacionats amb les drogues, sobre la possibilitat real d'evitar-los i sobre la importància que la societat en conjunt sigui part activa de la solució.
- augmentar les capacitats i habilitats personals de resistència a l'oferta de drogues i als determinants dels comportaments problemàtics que hi estan relacionats, és a dir, promoure el desenvolupament de recursos propis que facilitin actituds i conductes de rebuig.
- Aconseguir retardar l'edat d'inici del contacte amb les drogues, ja que la probabilitat de desenvolupar problemes d'addicció és més gran com més jove és la persona quan comença a consumir.

Poblacions diana

- **La societat en conjunt.** Si bé la societat espanyola no pot considerar-se un «sector» sobre el qual s'ha d'actuar, la implicació de la ciutadania en general es pot promoure de maneres diverses: reforçant la participació de la societat civil a través del moviment associatiu, fomentant els valors culturals que incrementen l'autonomia personal i familiar així com els factors de protecció en general, o mantenint accions informatives sostenibles a llarg termini.
- **La família.** La família segueix constituint el nucli més important de socialització; encara més, és una de les referències més sòlides per als adolescents que, en general, la consideren, juntament amb els amics, com un dels àmbits més importants de la seva vida. És per això que s'han de facilitar actuacions que impliquin una millora de les competències educatives i de gestió familiar, i que afavoreixin la cohesió familiar.
- **La població infantil, adolescents i joves.** Es tracta de sectors de la població que per diverses raons (major vulnerabilitat o curiositat) es poden veure més afectats per l'ús de drogues. Cal assenyalar que els adolescents i joves són els que participen més en els anomenats consums recreatius de drogues. És imprescindible comptar amb ells, tant a l'hora d'aplicar les actuacions preventives com a l'hora de dissenyar-les i elaborar-les.
- **La comunitat educativa.** Per optimitzar els resultats de l'educació sobre drogues és imprescindible tant la implicació d'alumnes, família i professorat com la coordinació adequada entre tots ells, i amb els recursos socials i sanitaris del territori local.
- **La població laboral.** La població laboral inclou un estrat social molt ampli –població activa– i té unes característiques comunes: estructuració social, territorial, temporal, recursos humans, tècnics i econòmics. La prevenció del consum de drogues en l'àmbit laboral exigeix estratègies i actuacions específiques en què és imprescindible la implicació dels treballadors, sindicats i serveis de prevenció de riscos laborals.

- **Col·lectius en situació d'especial vulnerabilitat.** Aquesta Estratègia considera imprescindible tenir en compte determinats col·lectius que, per diverses raons, es troben en una situació d'especial vulnerabilitat. Es tracta de la població immigrant, les minories ètniques o culturals, així com la població amb problemes de salut mental o amb la justícia i, en general, aquells col·lectius amb dificultats econòmiques, socials, familiars o personals.

Contextos d'actuació. Per assolir una prevenció eficaç del consum és imprescindible comptar amb la implicació de sectors socials que compleixen funcions clau de mediació, així com la cooperació dels professionals que hi treballen.

- **Mitjans de comunicació.** El paper dels mitjans és clau quant a la creació d'estats d'opinió i també pel que fa a la formació del parer de la ciutadania sobre els principals afers que afecten la societat.
- **Sistema educatiu sanitari i social.** Per aconseguir els objectius de la prevenció cal comptar amb la implicació del sistema educatiu, dels serveis socials i sanitaris i, especialment, del conjunt de professionals que participen en la prestació d'aquests serveis.
- **Indústria de l'oci i de l'entreteniment.** Moltes persones, especialment els joves, associen l'oci en general, i en particular l'oci nocturn, amb el consum abusiu d'alcohol i altres drogues. Per tal d'incrementar la percepció de risc i promoure l'elecció d'opcions personals i grupals dirigides a disminuir els riscos derivats del consum en contextos recreatius, és fonamental que les administracions públiques promoguin la implicació dels empresaris i agents econòmics relacionats amb el sector recreatiu, així com la formació necessària del personal que treballa en aquest sector.
- **Seguretat viària i ciutadania.** Les forces i cossos de seguretat, ja siguin de l'àmbit de l'Estat o de l'àmbit autonòmic o local, també tenen una funció preventiva important, tant en la tasca de vetllar pel compliment del marc legal com en la de contribuir a difondre la normativa vigent.

3. Disminució de riscos i reducció de danys

Els objectius de les intervencions en aquest àmbit són: evitar que el consum experimental i l'ús esporàdic de drogues es converteixin en ús continuat, i sobretot, evitar o limitar els danys a la salut de les persones que en consumeixen i, en general, els efectes sociosanitaris indesitjables relacionats amb el seu ús.

Població diana

Els grups de població beneficiaris d'aquests programes i activitats són:

- Sectors de població consumidors de drogues, no susceptibles de ser inclosos en programes dirigits a l'abstenció del consum.
- Consumidors d'heroïna de llarga durada.

- Entorns de marginalitat o d'exclusió social.
- Col·lectius que per determinades circumstàncies es poden veure especialment afectats pel consum de substàncies psicoactives.

Aquests programes comprenen una sèrie d'actuacions com: programes de manteniment amb metadona, intercanvi de xeringues i kits sanitaris, tallers de sexe segur, etc. Si bé al principi van estar molt relacionats amb la prevenció de la infecció del VIH i la sida, i en estreta relació amb el consum d'heroïna, aquests programes han anat evolucionant i actualment inclouen activitats de prevenció d'accidents de trànsit per consum de drogues, i també actuacions de disminució de riscos, especialment en contextos d'oci nocturn.

Contextos d'actuació

Per obtenir un resultat eficaç en la disminució del risc i en la reducció del dany, les actuacions s'han de dur a terme, bàsicament a nivell comunitari, en dos grans àmbits: el de l'atenció social i el sanitari.

4. Assistència i integració social

L'anàlisi i la revisió de les polítiques de drogues en els últims anys a Espanya permeten observar l'evolució de la percepció social del fenomen del consum de drogues. Potser el canvi més significatiu va relacionat amb la concepció de les addiccions com una malaltia més, que comporta el seu reconeixement. L'atenció sanitària i social a les persones amb problemes relacionats amb el consum de substàncies psicoactives s'ha d'adaptar a les noves necessitats.

Població diana

- Persones amb problemes d'addicció que estan en tractament en els recursos de la xarxa pública o específica d'atenció.
- Persones que consumeixen drogues i van a la xarxa sanitària general per problemes relacionats amb el consum o per altres problemes de salut.
- Persones amb problemes d'addicció, o que ja han aconseguit l'abstinència i es troben en vies d'inserció social.
- Persones que es troben internes en centres penitenciaris.
- Menors consumidors de drogues que estan internats en centres de protecció o reforma.
- La família o entorn amb problemes d'addicció.
- Les persones afectades per patologia dual.

Contextos d'actuació

Els entorns des dels quals es desenvolupa aquest àmbit d'intervenció:

- El sistema sanitari. Mitjançant la implicació dels serveis d'atenció primària i dispositius específics però mirant d'evitar la duplicació de xarxes assistencials.

- Els serveis socials. Mitjançant la coordinació dels treballadors socials amb el sistema social i sanitari.
- L'àmbit laboral. Mitjançant la coordinació dels serveis de prevenció de riscos laborals, comitès d'empresa i els sindicats amb els serveis socials i sanitaris.
- El sistema judicial. Mitjançant la coordinació amb el sector sociosanitari.

5. Reducció de l'oferta

Les actuacions en aquest camp seran diferents en funció de si es tracta de drogues d'accés legal –tabac, alcohol i medicaments– o de drogues il·legals.

En el primer cas s'ha de posar èmfasi en la normativa sobre publicitat, venda i consum, i s'ha d'incidir en les edats i els llocs on es poden vendre aquests productes i on és legal el seu consum, juntament amb les circumstàncies aplicades en cada cas.

Pel que fa a les drogues il·legals, les forces i cossos de seguretat de l'estat, vigilància duanera, els organismes judicials, i especialment la fiscalia antidroga, actuen en aquest procés genèric oferta-demanda.

6. Millora del coneixement científic bàsic i aplicat

En aquest àmbit la nova Estratègia té l'objectiu d'«incrementar la quantitat i la qualitat de la recerca, amb la finalitat de conèixer millor les diverses variables relacionades amb les drogues i la seva capacitat de produir addicció, el seu consum i la seva prevenció i tractament» i «potenciar l'avaluació sistemàtica de programes i actuacions».

7. Formació

Millorar les competències professionals de les persones que treballen en els serveis socials, educatius i sanitaris, especialment en els contextos concrets on es realitzin actuacions destinades a la promoció d'estils de vida saludables.

Marc autonòmic

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va elaborar el 2008 l'Estratègia nacional de prevenció: consum de drogues i problemes associats, recollides en el Llibre Blanc de la Prevenció a Catalunya que estableix les bases sobre prevenció de drogodependències a Catalunya.

El Pla d'actuació en prevenció (PAPD) 2012-2016 operativitza en mesures concretes i avaluables les línies proposades en l'Estratègia nacional de prevenció.

Objectius generals

- Reduir la prevalença del consum de drogues, tant les que estan socialment integrades com les que no ho estan.

- Incrementar l'edat d'inici del consum.
- Reduir la morbiditat, la discapacitat i la mortalitat tant en persones consumidores com no consumidores d'alcohol, tabac i/o altres drogues.
- Disminuir les situacions personals, familiars i socials no desitjades (conflictivitat, violència, exclusió, etc.).
- Reduir els riscos i els efectes adversos –per a les persones i per a la comunitat– relacionats amb el consum de drogues, ja sigui experimental, ocasional o habitual.

Objectius específics

1. En relació amb la reducció del consum d'alcohol:

- Disminuir la incidència del consum d'alcohol i dels episodis d'embriaguesa entre adolescents.
- Reduir la prevalença de consumidors excessius d'alcohol entre la població de més de 15 anys i especialment en la població de 15 a 29 anys.

2. En relació amb la reducció del consum de tabac:

- Disminuir la incidència del consum diari de tabac entre adolescents (14-18 anys).
- Reduir la prevalença del tabaquisme especialment entre els joves de 15 a 24 anys.
- Reduir la prevalença de tabaquisme entre les dones de 15 anys i més grans.

3. En relació amb la reducció del consum de drogues no institucionalitzades:

- Disminuir la prevalença del consum de cànnabis alguna vegada a la vida i en els últims trenta dies entre adolescents de 12 a 18 anys.
- Reduir la prevalença de consumidors d'altres drogues no institucionalitzades alguna vegada en la vida i en els últims trenta dies en la població de 15 a 64 anys.

4. En relació amb l'increment de l'edat d'inici al consum

- Incrementar l'edat d'inici de consum de begudes alcohòliques.
- Incrementar l'edat d'inici de consum de tabac.
- Incrementar l'edat d'inici de consum de cànnabis.
- Incrementar l'edat d'inici de consum d'altres substàncies psicoactives.

5. En relació amb la disminució de riscos, danys i situacions no desitjades

- Reduir la mortalitat per accidents de trànsit amb analítiques positives per alcohol i altres drogues, en població d'entre 14 i 29 anys.
- Reduir la discapacitat derivada d'accidents de trànsit relacionats amb el consum d'alcohol i d'altres drogues, en població d'entre 14 i 29 anys.
- Reduir la proporció de proves d'alcoholèmia amb resultat positiu en els controls preventius.

- Disminuir l'exposició al fum ambiental del tabac a la llar, al lloc de treball i en els espais de lleure, especialment en població de 12 a 18 anys.
- Reduir la morbiditat en centres hospitalaris per malalties hepàtiques produïdes per l'alcohol.
- Reduir la prevalença d'infecció pel VIH entre consumidors actius d'opiacis i de cocaïna.
- Reduir la prevalença d'infecció per hepatitis C i hepatitis B.
- Reduir el consum injectat de drogues.
- Reduir la proporció de persones que s'injecten drogues utilitzant xeringues prèviament usades.

Objectius operacionals

- Incrementar la coordinació interinstitucional i intersectorial.
- Ordenar i oferir formació de qualitat en prevenció que inclogui tant la formació especialitzada com la formació de persones mediadores.
- Proporcionar instruments de treball per promoure la implementació i avaluació d'actuacions i programes basats en l'evidència i l'excel·lència.
- Qualificar programes i actuacions que responguin als criteris de qualitat i evidència establerts en el marc del PAPD.
- Assegurar el desplegament de la Cartera de serveis de prevenció en drogodependències de Catalunya.
- Millorar el coneixement en prevenció i difondre els avenços derivats de la investigació i l'avaluació.

Nivells operatius

El PAPD desplega sis nivells operatius que, amb caràcter transversal, responen als sis objectius operacionals plantejats:

- Coordinació
- Formació
- Desenvolupament d'instruments de suport de treball preventiu
- Definició d'estàndard de qualitat
- Desenvolupament de la cartera de serveis preventius
- Millora del coneixement

Àmbits d'actuació

- Comunitari
- Educatiu
- Familiar
- Laboral
- Oci
- Mitjans de comunicació
- Serveis de salut

Marc local

La Xarxa local de prevenció de les drogodependències de la Diputació de Barcelona

Aquesta Xarxa neix amb la voluntat política i tècnica de desenvolupar un model de gestió compartida de referència territorial. L'objectiu és impulsar els serveis i programes de prevenció comunitària mitjançant sistemes d'informació consensuats, i també fer possible i enfortir el compromís dels ens locals.

El document marc de la Xarxa, **Prevenció municipal de les drogodependències: un compromís institucional i social**, estableix les bases tècniques i els criteris generals que han de permetre el desenvolupament adequat de la prevenció comunitària de les drogodependències.

Objectius de la Xarxa local de prevenció de les drogodependències

Per consolidar un treball en xarxa és indispensable un marc bàsic de coincidències, d'integració de voluntats, de coresponsabilitat i de consens. En aquest sentit els objectius de la Xarxa són:

- Impulsar la prevenció de les drogodependències en l'àmbit local i facilitar la implementació i el desenvolupament de serveis i programes de prevenció de drogodependències en el món local.
- Garantir l'equitat en serveis i programes de prevenció comunitària en el conjunt del territori, de manera que en tots els àmbits d'intervenció preventiva que siguin competència municipal tinguin ocasió de participar en propostes preventives específiques, de manera equilibrada i ajustada a les necessitats locals.
- Implicar la societat civil en el desenvolupament de les actuacions, de manera que participi activament en la definició de prioritats i en la implementació i avaluació de les iniciatives preventives.
- Avançar en l'homogeneïtzació dels sistemes de gestió en el conjunt del territori tenint en compte la realitat de cada municipi.
- Facilitar la gestió compartida entre tots els agents locals del coneixement amb formació, innovació, protocols i avaluació.

Annex 2

Model d'aprovació plenària o d'acord de Junta de govern local per a l'elaboració d'un pla local de prevenció de drogodependències i constitució de la comissió política

Aprovació, creació i composició de la comissió política de seguiment del Pla local de prevenció de drogodependències (PLDP)

Es presenta davant la comissió informativa, perquè sigui elevada al Ple de la corporació, el dictamen següent:

D'acord amb la Llei 7/1985, de 2 d'abril, reguladora de les bases del règim local, que regula les competències de les corporacions locals, així com la Llei 20/1985, de 25 de juliol, de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència¹³, que estableix que les entitats municipals disposen d'un marc competencial en el desenvolupament d'estratègies preventives en l'àmbit de les drogodependències.

VIST que el consum de drogues representa un dels problemes més destacats des del punt de vista social i de la salut, i que constitueix un fenomen multicausal i multidimensional perquè les seves conseqüències es manifesten tant en la vessant física com en la psicològica i en la social.

VISTES les recomanacions de l'OMS sobre educació i promoció de la salut, que atorguen molta importància a les iniciatives locals en aquest camp.

VIST que el Pla nacional sobre drogues del Ministeri de Sanitat i Consum aconsella que els ajuntaments promoguin plans locals de prevenció de drogodependències.

VIST que per afavorir el desenvolupament de dinàmiques preventives, l'administració local pot, en conseqüència, desenvolupar plans locals de prevenció de drogodependències, amb la implicació de les diferents àrees municipals que tenen com a objectiu fonamental promoure la qualitat de vida de la població.

VIST que el marc simbòlic, formal i estructural en què s'articulen els programes específics és el que coneixem com a Pla local de prevenció de drogodependències, que és un instrument que han d'impulsar els ajuntaments amb l'objectiu de donar resposta a la necessitat de comptar amb un marc orientador i regulador de les activitats i d'un treball.

L'abordatge del fenomen de les drogodependències ha de comprendre mesures en els àmbits de la salut, els serveis socials, l'educació, l'oci i la seguretat ciutadana, entre altres, i ha de formular accions de prevenció, tractament i reinserció social, a fi de facilitar una integració dels recursos existents que eviti la duplictat de serveis i intervencions.

El contingut del Pla local de prevenció de drogodependències es plasmarà en un document escrit que els òrgans de govern local subscriuran com un reflex de la seva voluntat política en el marc de les competències que les lleis atribueixen a les administracions locals.

13. Llei 20/1985 aprobada el 25 de juliol pel Parlament de Catalunya

VIST que per iniciar el Pla local de prevenció de drogodependències de és prioritari que es constitueixi primer la comissió política i que s'aprovi pel Ple de l'Ajuntament el compromís de donar-hi suport polític, tècnic i econòmic per un període de quatre anys (20..... -20.....) i, un cop aprovat pel Ple municipal es podrà començar a treballar a nivell tècnic amb la constitució de les comissions tècniques corresponents.

Per tot això, es proposa al Ple de la corporació l'adopció dels ACORDS següents:

1. Aprovar l'elaboració del Pla local de prevenció de drogodependències al municipi de
2. Aprovar la creació i composició de la comissió política de seguiment del Pla local de prevenció de drogodependències, amb la composició següent:
 - , que actuarà com a president/a
 - , que actuarà com a vicepresident/a
 - ,
 - ,
 - ,
 - ,

El règim jurídic de funcionament serà el que estableix la Llei 30/1992 per als òrgans col·legiats amb les especificacions següents:

1. La convocatòria de les sessions l'ha de fer el/la president/a, o el/la vicepresident/a per delegació d'aquest.
2. Les reunions ordinàries en sessió plenària se celebraran com a mínim un cop l'any.
3. Establir que les funcions de la comissió són les següents:
 - Acordar criteris i aspectes de cooperació anual.
 - Fer el seguiment i l'avaluació de les actuacions que es duguin a terme.
 - Nomenar la comissió tècnica.
 - Proposar els projectes que es considerin necessaris per al Pla local de prevenció de drogodependències.
 - Aprovar, si cal, la proposta de funcionament que presenti la comissió tècnica per a l'any següent.
4. Aprovar el compromís de l'Ajuntament de de donar suport polític, tècnic i econòmic al Pla local de prevenció de drogodependències per un període de quatre anys (20.....-2.....).
5. Comunicar aquests acords a totes les persones interessades.

Lloc i data

Signat,

El secretari

Annex 3

Avantatges i inconvenients d'incorporar elements participatius

Avantatges

Els principals avantatges d'incorporar components participatius en un pla local de prevenció de drogodependències es poden resumir en els punts següents:

- Facilita la innovació i l'aportació d'idees noves i solucions.
- Proporciona sentit i contribueix a fer que la comunitat senti el pla com a propi.
- Afavoreix que els diferents agents que intervenen se sentin connectats amb la missió, els objectius i les activitats del pla.
- El pla respon millor a les necessitats sentides per la població destinatària.
- Facilita una millor adaptació i adequació a la realitat local de possibles experiències, actuacions i programes de prevenció de drogodependències provinents d'altres llocs.
- Assegura el suport de la comunitat –si més no, d'una part àmplia– i contribueix a augmentar la seva implicació.
- Fa més probable la implantació efectiva de les accions del pla, i per tant, augmenta les possibilitats d'aconseguir resultats positius.
- Millora la prestació dels serveis i la realització de les activitats de pla.
- Incrementa i millora la comunicació entre polítics, professionals i altres serveis públics, i la comunitat.

Inconvenients

La incorporació de components participatius en un pla local de prevenció de drogodependències comporta, paral·lelament als avantatges assenyalats, una sèrie d'exigències, requeriments i condicionants que es poden resumir en els punts següents:

- Pot alentar processos i decisions.
- La identificació dels actors i grups interessats, i la constitució de grups de treball és una tasca que pot arribar a ser difícil.
- Exigeix més dedicació o esforç per part dels tècnics locals del pla.
- Requereix una formació específica en metodologia participativa.
- Pot suposar un cost més elevat de tot el procés.
- Cal que les autoritats locals i l'equip de professionals estiguin disposats a cedir poder a la comunitat i acordin el grau d'apoderament al qual estan disposats a arribar.
- Atès que suposa una cessió de poder a la comunitat, el paper dels professionals i de les autoritats polítiques canvia, i aquest és un pas que s'ha d'assumir i mantenir durant tot el procés de participació.
- Requereix un grau elevat de maduresa democràtica per part de tots: a escala política, tècnica i social.

Annex 4

Model d'anàlisi de dades sociodemogràfiques. Ajuntament de Terrassa

Dades sociodemogràfiques. Terrassa té una superfície municipal de 70,10 km² i una població de 213.129 persones empadronades l'any 2010. És la quarta ciutat més poblada de Catalunya. El municipi està situat a 29 km de Barcelona i està dividit en sis districtes. Presenta una sèrie de característiques sociodemogràfiques i estructurals que condicionen la realitat actual del municipi. Seguidament s'exposen els elements clau, seleccionant les dades més recents disponibles de l'Anuari Estadístic de Terrassa 2010.

La configuració del municipi mostra una trama urbana contínua acompanyada de zones amb combinacions d'usos residencials i industrials. Hi ha barris únicament residencials i comercials, altres que són polígons industrials i zones mixtes on es combinen diferents usos del sòl. La densitat urbanística i poblacional és molt diferent segons el barri. La configuració del territori és desigual, amb diferenciació entre barris: hi ha una homogeneïtat interna a cada zona però les zones són heterogènies entre si. Aquesta diferència estableix unes condicions socials diferents segons el barri de residència i uns espais de relacions socials relativament aïllats.



Mapa de Terrassa. Districtes i barris 2010. Font: Ajuntament de Terrassa

La població de Terrassa s'ha multiplicat per 2,29 en els últims cinquanta anys, a conseqüència del gran nombre de persones que han arribat a la ciutat. A la primera onada migratòria dels anys seixanta i setanta, la població nouvinguda procedia de la resta d'Espanya, mentre que en l'última dècada la població nouvinguda procedeix de l'àrea metropolitana de Barcelona i de l'estranger. El creixement d'aquesta última dècada s'explica per dos factors: d'una banda les oportunitats laborals que ofereix la ciutat, i d'altra banda el preu de l'habitatge, que a Terrassa és inferior que a les ciutats de la primera corona de l'àrea metropolitana de Barcelona. En els dos últims anys el creixement de la població s'ha moderat significativament. La densitat de població actualment és de 3.040,30 habitants per km². El creixement poblacional s'ha concentrat en els districtes 1, 2 i 5.

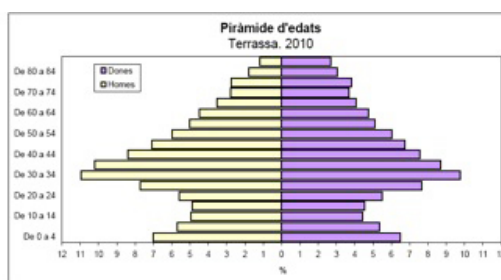
Evolució de la població de Terrassa. Districtes i barris. 2010

L'edat mitjana de la població és de 38,58 anys, i la població de 15 a 34 anys és de 60.302 habitants (38,30% del total), 30.888 homes i 29.414 dones. L'increment de la població dels últims anys s'ha produït majoritàriament en els grups d'edat de 30 a 39 anys. Actualment la població de Terrassa té una taxa d'envelliment del 14,6%; és a dir, està menys envellida que la del conjunt de Catalunya.



Font: Ajuntament de Terrassa. Serveis de Tecnologia, Logística i Qualitat

Piràmide d'edat. A mesura que avancem en els grups d'edat, la població nascuda a Terrassa es redueix, i augmenta paral·lelament la població nascuda fora del municipi. La població nascuda a l'estranger té una presència notable en els grups d'edat d'entre els 16 i els 50 anys. La població nascuda a la resta d'Espanya representa més de la meitat de la població més gran de 50 anys.



Font: Ajuntament de Terrassa

El **percentatge d'immigració** és del 15,6% de la població l'any 2010. D'aquests, un 47,8% són africans (majoritàriament magribins), un 32,9% llatinoamericans i un 12% europeus. Les principals nacionalitats presents a Terrassa són la marroquina i l'equatòria, les dues amb un saldo migratori positiu que ha mostrat un descens en els dos últims anys. L'evolució de la població ha tingut efectes en la distribució per sexes, ja que l'increment ha estat marcat per un volum d'homes superior al de dones. Actualment el percentatge d'homes i dones està igualat. L'origen de la població permet establir diferències en la formació, la situació laboral, el consum, l'oci, la zona de residència i les xarxes relacionals. En relació amb la seva ubicació en el territori, en 24 barris la població majoritària és nascuda a Terrassa i hi ha 17 barris que tenen més presència de gent nascuda fora del municipi.

Quant al nivell d'instrucció, un 2,8% de la població és analfabeta, un 10,6% no té estudis, un 23,8% té estudis primaris, un 45,4% té estudis secundaris i un 17,4% té estudis universitaris. Entre la població nascuda a l'estranger el percentatge d'analfabetisme és del 18,1%.

Quant a la formació, la població nascuda a Terrassa i a la resta de Catalunya té un percentatge més alt d'estudis superiors, mentre que la població nascuda a la resta d'Espanya i a l'estranger té un percentatge més alt d'estudis obligatoris o inferiors.

L'atur registrat l'any 2009 era de 21.141 persones, i la taxa d'atur, del 24,16%, mentre que la taxa d'atur juvenil era del 7,05%. L'atur registrat mostra un increment progressiu des de l'any 2007.

Pel que fa al nombre de persones assalariades, en els darrers quatre anys s'ha trencat la tendència a l'alça que s'observava des de l'any 1993 i la consolidació d'una tendència a la baixa. El tercer trimestre de l'any 2010 Terrassa tenia 50.172 persones assalariades.



Font: Ajuntament de Terrassa

Terrassa presenta un model econòmic en transformació, ja que el teixit productiu local ha experimentat grans canvis durant el segle xx. S'ha passat d'un model basat en la indústria especialment tèxtil, a un model diversificat. La diversificació ha representat un augment del pes dels serveis i de la construcció. El desenvolupament ha estat marcat per l'ocupació en professions de poca qualificació: la major part de la població nouvinguda, atreta per les oportunitats laborals del municipi, presenta nivells formatius baixos i en els últims cinc anys gairebé una tercera part dels contractes laborals són per llocs de treball no qualificats. Una de les característiques del teixit productiu actual és la fragmentació: hi ha un gran nombre d'empreses petites (l'any 2009, un 86,7% de les empreses tenien menys de deu treballadors).

En els últims anys s'ha produït la reorientació d'aquest teixit a base de la innovació i l'especialització. Destaca el desenvolupament de clústers d'empreses en els àmbits de l'òptica i la fotònica, l'audiovisual, la salut, l'aeronàutica i l'ecotecnologia. Aquest desenvolupament representa canvis en l'economia local i té efectes en activitats secundàries.

En relació amb les xarxes de relacions socials, el model de relacions socials està marcat per la dualitat: hi ha dues grans xarxes amb poca interrelació entre elles. La xarxa de relacions centrada en la població autòctona té més tradició i fortalesa, i aquest fet condiciona la integració comunitària de la xarxa de relacions centrada en la població nouvinguda.

Les característiques sociodemogràfiques i estructurals descrites comporten que a Terrassa hi hagi una sèrie de conseqüències socials pròpies. Les problemàtiques dels ciutadans són principalment d'àmbit econòmic, de salut i relacional, laboral, formatiu i residencial. L'edat, el gènere i l'origen actuen com a factors de major vulnerabilitat.

Annex 5

Tècniques qualitatives

1. Grup de discussió o focalitzat

Un grup de discussió és un procediment de producció d'informació («discursos», per ser més exactes) que consisteix en un nombre reduït de persones amb les característiques que la investigació dicti, que manté una discussió sobre un tema suggerit per un moderador/a o preceptor/a i que produeix un «discurs» grupal com a resultat d'aquesta discussió.

Com es fa un grup de discussió?

D'acord amb la matèria que és objecte de recerca, es contacten al voltant de deu o dotze persones perquè participin en el grup; aquestes persones es reuneixen en un espai adequat i durant una hora i mitja o dues, discuteixen un tema que el moderador, que orienta i regula la discussió, els proposa. La discussió és registrada amb un magnetòfon, i de vegades en vídeo, i constitueix el producte final: la informació / les dades.

- **Selecció dels participants**

Hi ha tres aspectes que són clau: nombre, característiques i procediment de captació dels participants.

Pel que fa al **nombre**, es pretén constituir un grup que funcioni com a tal i no es divideixi en subgrups, és a dir, un grup «productiu» en el qual els participants s'estimulin els uns als altres i produeixin un discurs rellevant. Per aquest motiu, es considera ideal el grup d'entre 8 i 10 membres. Més de 10 implicaria un gran risc de divisió del grup, i menys de 8 faria que el grup fos poc productiu.

Aquestes idees bàsiques de productivitat i funcionament adequat del grup com a tal són també essencials en la selecció de les **característiques** que han de tenir els participants. La matèria que és objecte d'investigació és un dels aspectes que determinarà la tria dels participants, de manera que si es vol analitzar el consum de begudes alcohòliques, caldrà convocar tant persones consumidores com no consumidores. Habitualment es fixen dues o tres característiques que funcionen com a quotes per a la selecció.

Per evitar problemes, convé no fer grups molt heterogenis i, en alguns casos, és preferible fer dos grups que siguin homogenis en una característica determinada. Per exemple, estudiar la conducta sexual pot requerir formar grups d'homes i de dones per separat, per evitar un bloqueig o inhibició del discurs; en tot cas, no pot haver-hi un sol participant que tingui una característica important per a la investigació. En aquests casos, és millor captar-ne almenys dos.

Un cop fixades les característiques (quotes) que han de tenir els participants, se'ls **contacta**, normalment a través del procediment de «bola de neu», de manera que no es coneguin entre ells. Se'ls atrau pel tema genèric que es discutirà.

- **Preparació i recepció dels participants**

La sala per a la reunió ha de reunir les condicions adequades (aïllada de sorolls, agradable, còmoda, etc.) i, a més, hi ha d'haver una taula (rodona o ovalada) i mitjans per a la gravació de la discussió.

- **Comportament i funcions de la persona moderadora**

L'actuació del moderador es dirigeix a obtenir la màxima productivitat del grup en forma de discurs i a mantenir el funcionament del grup. La seva actuació pot anar des de l'extrem d'abstenir-se totalment d'intervenir (planteja el tema i s'inhibeix), fins a la intervenció màxima, plantejant preguntes i dirigint el debat.

Per començar, ha d'explicar què s'espera del grup (què és un grup de discussió) i ha de posar el tema damunt la taula. A partir d'aquest moment, el moderador ha d'estar atent a:

- Mantenir el grup com a tal i donar peu a la participació de totes les persones, la qual cosa implica moltes vegades reconduir-ne unes i estimular-ne d'altres, o recuperar els silencis o utilitzar-los.
- Atendre el desenvolupament de la discussió per assegurar-se que la informació produïda és la que es busca.
- Respecte a aquest últim punt, abans de la reunió el moderador ha de tenir un guió temàtic, que se li pot facilitar verbalment o per escrit, a fi que tingui presents els punts clau que s'han de tractar.

Així mateix, el moderador ha de reconduir les discussions que s'escapin del tema, aconseguir que s'aprofundeixi en els aspectes clau (utilitzant reforços no verbals o expressions verbals) i que es discuteixi sobre tots els punts, recapitulant el que queda per dir.

És possible que el grup discorri naturalment, de manera que la intervenció del moderador sigui innecessària i, en aquest cas, es mantindrà fora del discurs; en l'altre extrem, pot ser que la intervenció del moderador sigui molt necessària si el grup no funciona, es desvia del tema, etc.

- **El producte**

El producte del grup és el discurs, que es grava. La transcripció de la gravació i l'informe del moderador seran l'objecte de l'anàlisi.

En la transcripció, que es fa literalment sense retocs ni adorns, es distingeixen les intervencions del moderador i les del grup i, dins d'aquest, normalment es distingeix en funció de si la persona que parla és home o dona, i es deixa un marge ampli per comentaris i anàlisis.

- **L'anàlisi**

L'anàlisi comença amb la lectura, relectura i tornada a llegir de la transcripció, i l'escolta de la cinta. A mesura que van apareixent temes, pautes, tipus, etc., se'n va prenent nota al marge de la transcripció. És una bona pràctica tenir-ne dues còpies, de manera que una sigui la base de l'anàlisi i l'altra quedi intacta.

La interpretació del text es va conformant després de lectures successives del discurs i, també, a partir dels comentaris de l'investigador (revisió de la literatura sobre el tema).

La redacció de l'informe de resultats implica unir la interpretació del discurs als textos que resulten més excel·lents i que apareixen citats com a tals.

2. Entrevistes a informants clau

L'entrevista no directiva o entrevista en profunditat està orientada a investigar una temàtica determinada partint de la informació facilitada per l'entrevistat, però sense assenyalar límits, permetent que el relat sorgeixi lliurement amb una intervenció mínima de l'entrevistador/a, que només ha de procurar que les respostes girin al voltant de la qüestió que s'investiga.

L'entrevista focalitzada centra l'atenció de la persona entrevistada sobre algun aspecte concret que es vol abordar, de manera que hi ha una tasca prèvia que consisteix a delimitar els punts o aspectes que s'han de tractar. Aquesta delimitació es fa en funció dels objectius de la investigació, de les hipòtesis de partida, de les característiques de l'entrevistat i de la seva relació amb el succés o situació que s'investiga.

En conseqüència, per a l'aplicació d'aquesta tècnica, cal preparar una llista de preguntes (Guió de l'entrevista. Vegeu a l'annex 6 el Model d'entrevista a informants clau en el territori) que contingui els punts que es volen tractar, però no determina ni l'ordre ni l'extensió de les respostes, que queden a discreció de l'entrevistat.

Aquesta llista s'ha d'utilitzar amb flexibilitat, de manera que només s'han de plantejar les preguntes si els aspectes considerats bàsics no sorgeixen de manera espontània. És important respectar les prioritats de la persona entrevistada, tant pel que fa al moment, com pel que fa a l'extensió i profunditat amb què es tracta cada tema.

Aquest tipus d'entrevista és més operativa, dins de la complexitat analítica general de totes les entrevistes obertes no estructurades. Així mateix millora clarament les possibilitats de comparabilitat i, per tant, d'integració amb altres entrevistes realitzades en la mateixa investigació o en una de diferent, alhora que permet conservar la riquesa d'informació que proporciona el discurs espontani (encara que sigui dirigit).

Com es fa una entrevista focalitzada

- Preparació del guió de preguntes
- Selecció de l'espai
- Concertació de la cita
- Realització. Gravació
- Transcripció
- Anàlisi
- Informe

- **Preparació del guió**

Els passos que s'han de seguir en la preparació del guió estan reflectits en l'esquema següent. A partir dels objectius que es volen assolir amb l'entrevista, es fa una llista dels temes generals, que a continuació s'han de concretar en aspectes específics, sobre els quals es formularan les preguntes. Quan aquests temes estan explicitats, s'han d'ordenar i estructurar de manera lògica i seqüencial (és a dir, que l'exposició del primer porti a continuar amb els següents) i convertir-los en preguntes concretes, comprensibles i clares que facilitin les respostes sense condicionar o esbiaixar la informació que es vol obtenir. En paral·lel a aquest llistat de preguntes, s'ha de preparar una sèrie de qüestions alternatives, formulacions diferents que permetin no perdre o trencar el discurs, davant un punt que provoqui dificultats a l'entrevistat. De vegades aquestes preguntes seran «trampes», formes indirectes d'obtenir una informació que la persona no desitja donar de forma explícita.

Esquema teòric



- **Selecció de l'espai**

L'espai on es farà l'entrevista ha de tenir una sèrie de condicions, tant pel que fa a les característiques físiques del lloc o infraestructura, com pel que fa a l'ambient, que ha d'estar lliure d'implicacions psicològiques per a la persona entrevistada.

Pel que fa als primers, cal tenir cura que el lloc escollit sigui adequat, que hi hagi el mobiliari mínim per mantenir una conversa (cadires o butaques còmodes, taula o prestatge on posar l'aparell de gravació, etc.), que estigui protegit (sense sorolls que dificultin la conversa i amb un cert nivell d'intimitat) i lliure d'elements que provoquin distraccions.

Quant als requisits ambientals, s'ha d'optar per llocs neutres, no aversius al tema que es tractarà, entorns que no impliquin alteracions ni per l'entrevistador ni per l'entrevistat (per exemple, un hotel de luxe per parlar amb un obrer no qualificat sobre acomiadaments, o un despatx del centre escolar per entrevistar un alumne crític amb al centre).

Per les mateixes raons, s'ha de tenir cura amb la decoració i excloure símbols de militàncies concretes o de situacions polèmiques que puguin provocar rebuig o simpatia, i que puguin afectar el discurs de l'entrevistat (per exemple, cartells de partits polítics, símbols religiosos, il·lustracions eròtiques, etc.).

En resum, el lloc per celebrar una entrevista s'ha de seleccionar amb l'objectiu d'afavorir que la conversa flueixi sense distorsions alienes al tema sobre el qual es vol que discorri la conversa.

- **Concertació de la cita**

En el moment de concertar la cita s'han de tenir en compte dues advertències. La primera és que s'ha d'explicar a la persona entrevistada que no necessita preparar-se ni li cal consultar cap mena de documentació per preparar la trobada, perquè s'hi tractaran qüestions que ella coneix. La segona és que no convé avançar a la persona convocada preguntes o aspectes concrets que es tractaran a l'entrevista.

La raó d'aquests dos consells és evitar que el discurs natural de l'entrevistat es distorsioni. La informació que recullen aquestes entrevistes és la derivada del relat d'una experiència o situació viscuda i les dades que es busquen són les que ja té l'entrevistat. Consultes, lectures i altres preparacions podrien fer que modifiqués les seves impressions i que canviés la seva percepció. D'altra banda, aquesta informació la podrien obtenir els investigadors sense necessitat de l'entrevista, a través de l'estudi.

- **La realització de l'entrevista**

Arribat el moment de realitzar l'entrevista, l'única metodologia que s'ha de seguir és la que indiquen els manuals d'educació i el sentit comú.

En definitiva, com s'ha dit, es tracta de tenir una conversa, una xerrada, i així és com ha de transcórrer formalment. Per això l'entrevistador ha de generar empatia i s'ha de mostrar interessat. El guió, tan meditatament realitzat, és al seu cap (en una entrevista d'aquestes característiques, no s'han de consultar notes), i mentalment pot anar ratllant les qüestions a mesura que l'entrevistat les respon.

Només hi ha un element que distorsiona l'aparença de conversa o xerrada informal: **la gravadora**.

Totes les entrevistes obertes es basen en el discurs. Els discursos són les dades que s'obtidran i, atès que confiar totalment en la memòria seria molt arriscat, convé gravar les entrevistes a fi de tenir tota la informació. D'altra banda, l'enregistrament és una pràctica molt estesa. Una petita gravadora entre els conversadors és molt menys visible i distorsionadora que el fet que l'entrevistador estigui prenent notes continuament.

Normes per a la realització de l'entrevista focalitzada

1. Escollir el lloc adequat.
2. Crear la situació adequada (aïllament, contacte visual, etc.).
3. Fer preguntes comprensibles.
4. Introduir els temes gradualment.
5. Donar seguretat i afavorir la loquacitat.
6. Deixar parlar i saber escoltar.
7. Donar temps, però no perdre'l.
8. Prestar atenció total.
9. Ser, o semblar, espontani i franc.
10. Tenir paciència i comprensió.
11. Tractar en termes d'igualtat i respecte.
12. No donar consells, ni emetre judicis.
13. No contradir, ni discutir.
14. Fer registre immediat, discret, fidel, complet i veraç.

• **Transcripció i anàlisi**

Un cop acabada, l'entrevista es transcriu íntegrament en paper. De vegades, aquest pas pot ser innecessari i l'anàlisi es pot fer a partir de l'audició repetida de la gravació però, sens dubte, el treball d'anàlisi s'afavoreix, simplifica i facilita molt si es disposa de les dades transcrites.

La transcripció és fonamental si l'analista no és la mateixa persona que ha fet l'entrevista. És important que aquesta reproducció en paper sigui al més fidel possible, que contingui exactament totes les expressions tal com s'han produït, fins i tot quan han estat incorrectes o quan són interjeccions.

Per analitzar les entrevistes, convé tenir davant el guió amb el qual es van realitzar. Després d'una sèrie de lectures globals que permeten conèixer el desenvolupament general de cada entrevista, es van analitzant els diferents temes plantejats: en primer lloc en relació amb cadascuna de les entrevistes i, posteriorment, de manera integrada per a totes les que s'hagin fet amb objectius similars.

La integració temàtica permet una anàlisi comparada de les línies argumentals de cada entrevistat, i remarca les convergències i divergències per a cada tema. És convenient, per realitzar aquesta anàlisi, agrupar tots els textos per temes, seguint el guió preparat per a la seva realització i assenyalar les absències o omissions significatives que s'hagin produït en els diferents discursos.

Analitzar els discursos emesos en les entrevistes en profunditat és una feina complexa, similar en molts sentits a l'anàlisi dels discursos grupals, i implica una tasca de classificació, interpretació i integració de tota la informació.

3. El mètode Delphi

L'any 1948 la Rand Corporation va idear el mètode Delphi, que va denominar així al·ludint a la muntanya Delphos, a la qual acudien els grecs a consultar els oracles. La primera utilització del mètode neix per temes relacionats amb la defensa. Després del primer assaig, la Rand publica l'any 1964 els resultats d'un estudi prospectiu de gran abast que aplicava el mateix mètode. Es tractava de realitzar una previsió a llarg termini de quins serien els avenços científics que es produirien en el futur i les dates en què s'aconseguirien.

De manera gradual, aquest mètode es va anar estenent i es van ampliar els seus camps d'aplicació. Actualment el mètode Delphi s'utilitza per a situacions en les quals cal contrastar i combinar opinions individuals i no és aconsellable (o possible) reunir en debat els opinants/informants.

El mètode Delphi permet que un conjunt de persones treballi aïlladament i de forma anònima, alhora que permet agrupar de manera sistemàtica les opinions d'aquest grup.

Les característiques del **mètode Delphi** el fan particularment útil quan es tracta d'integrar les opinions d'experts allunyats físicament i, per tant, difícils de reunir, o bé persones que, per raó de les seves ocupacions, tenen dificultats per coincidir en una data determinada.

Un altre avantatge que presenta és que d'una banda permet agrupar de forma sistemàtica les opinions d'un grup, però al mateix temps impedeix el domini o excessiu protagonisme que poden exercir alguns membres d'aquest grup sobre d'altres.

Com a tècnica, el **mètode Delphi** té un conjunt de característiques que contribueixen a millorar i facilitar la recollida de la informació:

- a. La generació individual d'idees per cada membre del grup fa que se'n produeixin un nombre més alt.
- b. El procés de respondre per escrit afavoreix una resposta reflexionada i de millor qualitat.
- c. Com que és un procés individual i anònim, no hi ha interferències de les opinions, lideratges o suggestions dels altres membres del grup.
- d. Aquest mateix anonimat i l'aïllament entre els membres del grup els dona més llibertat per respondre sense la pressió de les convencions socials.
- e. El fet que no calgui la reunió física dels integrants (temporal i espacial), permet seleccionar molt més lliurement els participants, atenent exclusivament a la seva idoneïtat com a informadors.
- f. S'ha comprovat que l'error en la predicció d'un conjunt de persones expertes en un tema és sempre inferior a la mitjana de les opinions individuals dels membres d'aquest grup.

En general, el procés d'un estudi té tres trets bàsics: **l'anonimat, la realimentació i una resposta de grup mesurada estadísticament.**

L'anonimat és un mitjà per reduir els efectes de personalitats dominants. La realimentació és un recurs per anar modificant les opinions preliminars dels experts i l'ús de mesures estadístiques assegura que l'opinió de cada membre del grup serà representada en la resposta final.

La forma d'aplicació és la següent:

1. Delimitació dels objectius que es volen assolir. Aquesta tasca, que és la base de les següents, l'ha de realitzar l'equip gestor.
2. Selecció dels entrevistats. En funció de la informació que es pretén recollir se seleccionen les persones que participaran i se les informa del procés que s'inicia.
3. Formulació de les preguntes inicials o elaboració del qüestionari i enviament als experts. En aquesta fase és fonamental tenir en compte que es busca una resposta quantificable, és a dir, que s'ha de preveure l'anàlisi posterior. Juntament amb les preguntes s'ha d'enviar una carta motivadora i que afavoreixi la implicació de la persona en tot el procés.
4. Recepció i anàlisi de les respostes.
5. Organització de la informació i creació d'un nou qüestionari. Normalment aquest segon enviament de preguntes és el mateix o molt semblant que el primer i s'hi inclouen les respostes integrades obtingudes amb el primer perquè els experts reflexionin sobre el resultat i modifiquin o reiterin la seva opinió.
6. Enviament d'aquest nou qüestionari/informe, novament amb una carta motivadora i que afavoreixi la implicació de la persona.
7. Repetició del procés les vegades que es consideri necessari. Aquest procés descrit es fa tantes vegades com es consideri necessari fins arribar a una convergència i/o aclariment del tema proposat. Habitualment no es fan més de tres enviaments.
8. Anàlisi global i conclusions finals. Tal com ja s'ha expressat, els resultats que ha de produir aquesta tècnica són magnituds quantificables, és a dir, la informació generada és de tipus quantitatiu, encara que pot presentar-se de diverses maneres (en percentatges, en xifres absolutes, en ordenació, etc.).

L'informe final s'ha de remetre a totes les persones que hi han participat. En el cas que els experts que han format part del grup hagin de participar també en les decisions o mesures que s'adoptin com a conseqüència del procés, interessa fer-los participar en l'elaboració de les conclusions. La transparència en el procés ajuda a la implicació en les actuacions o decisions que se'n derivin.

4. El fòrum comunitari o assemblea participativa

Es tracta d'una convocatòria oberta a tots els ciutadans per discutir els problemes de les drogues i les seves solucions. Aquest mètode permet incorporar perspectives i enfocaments que es perdrien si només hi fossin convocats associacions i actors socials coneguts; el problema del mètode és la possible politització del fòrum i la possibilitat de no arribar a conclusions consensuades. Només s'ha d'utilitzar si a la comunitat hi ha un cert consens sobre les qüestions relatives a les drogues; en cas contrari, és millor utilitzar la tècnica següent.

5. Sessions participatives amb els agents locals i representants d'associacions i entitats

És aquí on s'ha de donar un paper rellevant a la comissió assessora i a la comissió tècnica participativa. Amb aquest objectiu s'organitzen sessions o tallers participatius, als quals es conviden representants de professionals i associacions. Aquestes sessions compleixen dos objectius importants:

- Primer, completar el diagnòstic amb les aportacions de les persones que hi participen, afavorint la relació entre elles, el coneixement de la realitat actual i de les seves expectatives.
- Segon, motivar i predisposar la comunitat, fer que aquesta se senti particip i faci seu el PLPD. Una major implicació de la comunitat afavoreix que s'assoleixin els objectius proposats.

Annex 6

Model d'entrevistes a informants clau del territori

Entrevistes semiestructurades a informants clau com a instrument de recollida d'informació i d'implicació comunitària en un pla local de prevenció de drogo-dependències

La realització d'entrevistes a informants clau és una estratègia bastant utilitzada en les etapes inicials del desenvolupament d'un pla local de prevenció de les drogodependències, ja que permet recollir informació sobre el consum de drogues al territori i els problemes que ocasiona. A més, completa les dades que es poden obtenir a través d'altres fonts, com ara les enquestes escolars, l'extrapolació de dades d'estudis epidemiològics de més abast, els registres d'inicis de tractament, etc. Això sol ja justifica la seva utilització, però, a més, aquest tipus d'entrevistes aporta un component participatiu al procés de recollida d'informació i pot afavorir la implicació de la comunitat en el pla, en la mesura que entre els informants seleccionats s'incloguin persones amb ascendència, representativitat o lideratge per a diferents sectors de la població.

El primer element que cal tenir en compte, doncs, és la selecció de les persones informants. La llista adjunta presenta una relació (no exhaustiva) de possibles informants:

Possibles informants clau d'un pla local de prevenció de les drogodependències:

- Representants polítics, principalment de l'àrea d'atenció a les persones (serveis socials, salut, joventut, esports, etc.).
- Persones coneixedores de la realitat local (propietaris de bars, persones conegudes, personatges singulars, etc.).
- Professionals de la salut (personal mèdic, d'infermeria i de farmàcia).
- Tècnics de serveis socials (treballadors socials, educadors).
- Tècnics de joventut (educadors i monitors d'equipaments juvenils).
- Representants de l'àmbit educatiu (professorat, tècnics d'educació).
- Representants de les forces i cossos de seguretat del territori (Mossos d'Esquadra, policia local, etc.).
- Representants de les associacions de mares i pares d'alumnes.
- Representants d'entitats cíviques, culturals i recreatives.
- Tècnics i monitors esportius.
- Representants d'entitats juvenils.
- Representants d'entitats d'afectats i d'ajuda als afectats.
- Representants de col·lectius reivindicatius en relació amb les drogues.
- Representants de l'alumnat, de grups de joves, grups musicals, capitans d'equips esportius, etc.
- Representants dels mitjans de comunicació locals.
- Representants d'associacions veïnals.
- Representants de gremis i associacions de comerciants.
- Representants de les comissions de festes locals.

El segon element que cal considerar fa referència a les característiques de les entrevistes. És preferible que siguin semiestructurades, amb preguntes obertes que permetin una expressió més lliure de les persones entrevistades. També és important que les preguntes no es limitin als aspectes relatius al consum de drogues i els problemes que se'n deriven, sinó que convé que incloguin també qüestions sobre les respostes o canvis que caldria introduir, sobre qui hauria de responsabilitzar-se de dur-les a terme, i sobre quines aportacions hi podria fer la persona entrevistada o el col·lectiu que representa o al qual pertany. A tall d'exemple, a continuació es proposa un model d'entrevista per al diagnòstic comunitari del consum de drogues:

Entrevista per al diagnòstic comunitari sobre drogues

Pla local de prevenció de drogodependències de

1. Percepció de consum

- a) Quina és la vostra percepció sobre el consum de drogues
- b) Al llarg de l'any, hi ha moments (p. e. festius) o èpoques (p. e. períodes turístics) en què es modifiquen els patrons de consum habituals?
- c) Diríeu que a es consumeixen més drogues que en altres llocs?
- d) Quins col·lectius consumeixen més drogues a?
- e) Quines són les més consumides a
(alcohol, porros, cocaïna, etc.)?

2. Percepció de problemes

- a) Penseu que a el consum de drogues ocasiona problemes?
- b) En cas afirmatiu, penseu que ocasiona pocs, bastants o molts problemes?
- c) Diríeu que n'ocasiona més, menys o els mateixos que en altres indrets semblants?
- d) Quins són els problemes més freqüents que ocasiona el consum de drogues a?
- e) En quins sectors de la població de repercuteixen més aquests problemes?
- f) Hi ha locals (bars, discoteques, etc.) que generen problemes en aquest sentit?
- g) En les festes populars, sol haver-hi problemes derivats del consum de alcohol o altres drogues?
- h) Voleu afegir alguna cosa en relació amb els problemes que les drogues causen a?

3. Percepció del compliment de la normativa legal sobre drogues

- a) Us sembla que, en general, aes respecta la normativa legal quant a la venda d'alcohol i de tabac als menors d'edat?
- b) Us sembla que aes respecta la prohibició de fumar en els llocs assenyalats per la llei?
- c) Què ens podeu dir de la conducció sota els efectes de l'alcohol (i/o altres drogues) a?
- d) Què ens podeu dir del consum d'alcohol o altres drogues en la via pública a? (Hi ha botellón? Hi ha llocs on els joves es troben habitualment per consumir porros o altres drogues?)
- e) Voleu afegir alguna cosa més sobre les drogues i les lleis a?

4. Dades objectivables de què puguin disposar

- a) En funció de la persona entrevistada, li heu de demanar si pot aportar dades objectivables que fonamentin les seves impressions.

5. Opinió sobre les respostes que caldria donar (què s'hauria de fer?)

- a) Coneixeu la iniciativa de desenvolupar un pla local de prevenció de les drogodependències? (Independentment de quina sigui la resposta, pregunteu quina opinió té d'aquesta iniciativa.)
- b) Què penseu que caldria fer a per fer front als problemes relacionats amb el consum de drogues i per evitar que s'estenguin o que n'apareguin de nous?
- c) Qui penseu que hauria de fer tot això? De qui és responsabilitat?

6. Percepció de les possibilitats i de la disposició del col·lectiu al qual pertany o representa la persona entrevistada, per a col·laborar amb el pla.

- a) Diríeu que el sector professional (o el servei o l'entitat) al qual pertanyeu o representeu, podria col·laborar d'alguna manera en la prevenció dels problemes relacionats amb el consum de drogues a?
- b) Si la resposta anterior és afirmativa: quines coses podríeu fer o en què podríeu ajudar o col·laborar? Si és negativa: per què ho dieu? Què us ho fa pensar?
- c) Com valoreu la disposició del col·lectiu al qual pertanyeu o representeu, per a implicar-se i col·laborar en la prevenció de les drogodependències?
- d) En funció de la resposta a la pregunta anterior, demaneu, si escau: com es podria augmentar la disposició del col·lectiu al qual pertanyeu o representeu per a col·laborar en la prevenció de les drogodependències?

Annex 7

Resum guia per a l'elaboració de plans locals de prevenció de drogodependències

Aquesta Guia proporciona els elements necessaris per a:

1. Decidir si és necessari i/o possible posar en marxa un PLPD.
2. Preparar una proposta per a l'elaboració d'un PLPD.
3. Dissenyar/elaborar un PLPD.
4. Implementar, gestionar i avaluar un PLPD.

A banda d'això, inclou referències normatives i bibliogràfiques actualitzades, i proporciona exemples de bones pràctiques i esborranys dels documents que es poden utilitzar en els diferents passos i processos (vegeu annexos).

1. Decidir si és necessari o possible endegar un PLPD

El pla local de prevenció de drogodependències (PLPD) és un conjunt coordinat i planificat de programes, projectes i actuacions en matèria de drogodependències en el qual es manifesta la voluntat de l'administració local de materialitzar les competències que li atribueixen les lleis. La Diputació de Barcelona planteja, en aquesta Guia, la realització d'un PLPD com un procés transversal i participatiu, del qual totes les àrees implicades se sentin autores, amb la finalitat d'aconseguir que s'implementi de manera eficaç, efectiva i sostenible.

Els PLPD han de ser impulsats per la voluntat política del consistori i pels equips tècnics de prevenció de les drogodependències, conjuntament amb els professionals de totes les àrees implicades i convé que comptin amb el suport de la comunitat. Els criteris que han de guiar-los són:

Globalitat: s'aborden de manera integral totes les drogues, legals i il·legals.

Normalització: es treballa amb dispositius i recursos normalitzats i serveis de la comunitat. No es creen estructures paral·leles.

Continuïtat: s'intervé de manera permanent en el temps promovent activitats sistemàtiques, continuades i planificades.

Operativitat: es plantegen objectius adequats a les necessitats.

Interdisciplinarietat: es fomenta la intervenció i el compromís de diferents sectors socials i de diferents tipus de professionals.

Sostenibilitat: el pla no ha de necessitar nous recursos financers ni humans, a fi que es pugui mantenir en el temps.

Les qüestions què és un PLPD i com es decideix si s'emprèn o no, es tracten amb més profunditat en l'apartat 1 d'aquesta Guia.

2. Preparar una proposta per a l'elaboració d'un PLPD

Un cop presa la decisió d'elaborar un PLPD s'ha de presentar una proposta per a la seva elaboració a la junta de govern local o al ple, que ha d'incloure com a mínim:

- La proposta de creació del grup motor, la comissió política i la comissió tècnica (que inclogui els membres de cada grup o comissió i les seves funcions).
- Un cronograma que mostri la planificació temporal del procés d'elaboració.
- Una justificació clara de la necessitat del PLPD.

(Apartat 1.1 de la Guia: Principis rectors dels plans locals de prevenció de drogodependències i Requisits per a iniciar un pla local de prevenció de drogodependències)

3. Dissenyar/elaborar un PLPD

Les fases, procediments, apartats i exemples de PLPD i de com elaborar-los constitueixen la part central de la Guia.

3.1 Marc teòric i principis d'intervenció

Entenem per prevenció aquell conjunt organitzat d'estratègies impulsades per una comunitat per anticipar-se a l'aparició de consums problemàtics de drogues, amb l'objectiu de reduir-los.

Dir comunitat és parlar d'una pluralitat de persones que coprotagonitzen la tasca d'actuar conjuntament, cadascú en el seu àmbit social respectiu (la família, el món educatiu, l'empresa, etc.), però amb una mateixa filosofia de base i una mateixa pretensió: contribuir al desenvolupament de comunitats cada vegada més competents per fer front als conflictes que representa l'abús de les drogues.

Prevenir l'abús de drogues d'acord amb un model comunitari suposa acotar un marc caracteritzat pels elements següents:

- La comunitat com un territori simbòlic, agent i destinatari de la intervenció.
- L'àmbit local com un escenari articulador de les propostes que s'han d'impulsar. El municipi és l'espai natural de la intervenció que estem descrivint.
- La dinamització de la comunitat organitzada, mitjançant l'impuls de xarxes entre entitats socials implicades.
- La creació d'espais de trobada que afavoreixin actuacions coordinades entre els diferents col·lectius implicats.
- El paper clau dels mediadors socials, persones sobre les quals se centren els moments essencials de la prevenció.
- La formació dels diversos agents socials en estratègies preventives que siguin adequades als espais en els quals desenvolupen la seva tasca.

(Apartats 1.1 i 1.2)

Els apartats del PLPD

• Diagnòstic i detecció de necessitats

Per acostar-se a la realitat del municipi cal elaborar un diagnòstic que permeti conèixer la situació del consum, l'abús de drogues i els problemes que se'n deriven, a fi d'obtenir un mapa de la realitat del territori.

Les dades imprescindibles per conèixer la realitat del municipi, és a dir, les seves necessitats reals són, d'una banda, les dades generals, que generalment no són molt diferents d'un lloc a un altre, i que publiquen les institucions estatals i autonòmiques (ESTUDES, EDADES, enquestes de salut de la comunitat autònoma, etc.). D'altra banda, les dades concretes de la realitat del municipi, que ens permetran valorar les seves peculiaritats:

- Característiques del municipi
- Recursos del municipi
- Accions preventives
- Estudis realitzats
- Dades quantitatives proporcionades pels agents socials del municipi (policia, centres d'atenció de drogodependències, espais d'oci, tècnics de sanitat, escoles, etc.)
- Dades qualitatives del municipi, entrevistes a població diana i sessions participatives a agents locals i representants de la ciutadania.

(Apartat 2.2 de la guia)

• Definició d'objectius generals i específics

Els objectius s'han de formular d'una manera clara i han de ser possibles i avaluables.

Objectius generals. Es plantegen a llarg termini, es formulen en termes abstractes i s'insereixen en el marc general. Han de descriure la meta cap a la qual es dirigeix el PLPD, que constitueix la raó i motiu de l'actuació.

Objectius específics. Concreten els objectius generals i fan referència a una àrea o estratègia d'actuació. Les seves característiques són: expressions possibles de l'objectiu general, es formulen amb verbs d'acció o activitat.

La definició dels objectius específics s'ha de correspondre amb les necessitats detectades en el diagnòstic i amb els objectius generals. La formulació **d'objectius generals i objectius específics**, d'actuacions, activitats i intervencions s'ha de contemplar com un model causal. Això suposa que mitjançant una sèrie d'activitats/actuacions volem aconseguir determinats resultats expressats com a objectius específics, i mitjançant la consecució dels objectius específics assolim el nostre objectiu general. Per tant, la definició concreta dels objectius específics, i la determinació posterior d'actuacions, ha de ser coherent i concordant.

(Apartat 2.3)

- **Estructura del pla**

En el moment de planificar les actuacions preventives s'han de tenir en compte els diversos espais de la vida social i tots els àmbits de possible influència dels professionals implicats en el pla. Es pot fer de diverses maneres: segons nivells d'actuació, àmbits d'actuació i eixos de treball.

- **Nivells d'actuació:** reducció de la demanda, detecció precoç i orientació, reducció de riscos, reducció de danys, inserció social i laboral i, finalment, informació i coneixement.
- **Àmbits d'actuació:** educatiu, familiar, salut i comunitat, oci i temps lliure, laboral i mitjans de comunicació social.
- **Eixos de treball:** prevenció i educació, prevenció i oci, prevenció i comunitat, tractament i reinserció i, finalment, investigació i coneixement.

(Apartat 2.4)

- **Organigrama**

La comissió política, el grup motor i la comissió tècnica constitueixen els tres òrgans clau per a l'elaboració i aprovació del pla, per a la seva execució, per a la seva avaluació i per a la seva millora contínua.

(Apartat 2.1)

- **Definició de les accions a realitzar**

Principis bàsics de les propostes d'acció:

- han de ser rigoroses, basades en la màxima evidència possible.
- han de ser avaluables.
- han de ser dinàmiques i revisables.
- requereixen la coordinació entre els agents i les entitats que hi intervenen.
- s'han de realitzar en un context global i de continuïtat.
- han de fomentar la participació del ciutadà com a subjecte actiu.
- han de ser assumibles.

(Apartat 2.4)

- **Temporalització**

El pla s'ha de programar a llarg termini, normalment quatre anys, però també anualment, i s'han de mostrar, per a cada any de durada del pla, els programes i projectes que es posaran en marxa per aconseguir els objectius específics del PLPD.

(Apartat 2.5)

- **Delimitació dels procediments d'avaluació**

L'avaluació és el procés d'identificar, obtenir i proporcionar informació útil i descriptiva sobre el valor i el mèrit de les metes, la planificació, la realització i l'impacte del nostre pla, programa, projecte o actuacions. En aquesta Guia es recomana dur a terme tres tipus diferents d'avaluació: una avaluació del disseny del PLDP prèvia a la seva execució, una avaluació contínua de procés i qualitat un cop iniciat el PLDP, i una avaluació de resultats

(Apartat 2.6)

4. Implementar, gestionar i avaluar un PLPD

La implementació, gestió i avaluació del PLPD han de fer-se amb informació vàlida i rellevant recollida i analitzada contínuament i, per tant, és essencial elaborar/dissenyar un sistema d'informació del PLDP que serveixi per a dur a terme les dues funcions.

(Apartat 2.6)

Referències bibliogràfiques

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

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

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

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

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

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

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

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

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Plans locals de prevenció de les drogodependències. Guia pel foment de la participació*. Col·lecció: Documents de Treball. Sèrie Benestar Social 5. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2008.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Àrea d'Atenció a les Persones. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

Webs d'interès

Xarxa local de prevenció de les drogodependències. Diputació de Barcelona: www.diba.cat/benestar/spott/xarxa_drogues

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

Pla Nacional sobre Drogues: www.pnsd.msc.es

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

EDEX, organització que treballa en educació per a la salut i prevenció de les drogodependències: www.edex.es

PDS (Promoció i Desenvolupament Social): www.pdsweb.org

Institut per a l'Estudi de les Addiccions: www.lasdrogas.info

Glossari

El glossari de termes que a continuació es presenta s'ha manllevat i adaptat del manual *Prevención de la A a la Z. Glosario de prevención del abuso de droga*, editat pel Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS) amb la col·laboració de la Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Drogues; del *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas* de Francisco Alvira i editat per l'Agència Antidroga de la Comunitat de Madrid, i de *Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación* de la Diputació de Barcelona.

A

Avaluació. Procés de recerca que informa si la intervenció preventiva ha estat eficaç, és a dir, si ha aconseguit els objectius que pretenia. En general, es parla d'*avaluació de procés* quan es pretén analitzar els passos fets per posar en marxa la intervenció: els recursos utilitzats, els materials, la població a la qual s'ha arribat, els costos, etc. Quan es pretén comprovar si s'han produït efectes atribuïbles a l'aplicació de l'actuació prevista (canvis de coneixement, actituds, etc.), es parla d'*avaluació de resultats*. Es pot plantejar a curt termini (després de l'actuació), a mitjà termini (als 12-18 mesos de finalitzar la intervenció) o a llarg termini (24 mesos o més després de finalitzar la intervenció). Finalment, si es pretén conèixer tots els efectes de la intervenció partint d'indicadors socials parlem d'avaluació de l'impacte.

D

Disseny d'avaluació. És el pla essencial d'una avaluació pel que fa a quina informació i com i quan cal recollir-la, i com analitzar-la per cobrir els objectius previstos.

E

Eficàcia i efectivitat d'una intervenció. Una intervenció és eficaç en la mesura que aconsegueix els objectius previstos, i és efectiva en la mesura que té algun efecte positiu, tingui relació o no amb els objectius previstos. Suposem que l'objectiu d'una intervenció és disminuir el consum de cànnabis d'un grup d'adolescents; si s'aconsegueix aquest objectiu, es dirà que la intervenció ha estat eficaç (s'ha aconseguit l'objectiu previst) i efectiva (s'ha produït un efecte positiu).

Eficiència d'una intervenció. L'eficiència d'una intervenció està relacionada amb el màxim aprofitament dels recursos disponibles. Serà més eficient aquella intervenció que, utilitzant els mateixos recursos, aconsegueixi més efectes positius o que aconsegueixi els mateixos efectes utilitzant menys recursos.

Estratègia de prevenció. Amb aquest terme es coneix tot allò que caracteritza una intervenció preventiva en el que és el conjunt d'activitats, actuacions i/o serveis que constitueixen la intervenció; estratègia i model d'intervenció coincideixen en gran part.

F

Factors de protecció. Aquelles característiques individuals, ambientals o socials que redueixen la probabilitat que una persona s'impliqui en el consum de drogues.

Factors de risc. Són aquelles condicions individuals, socials o ambientals que incrementen la probabilitat que una persona s'impliqui en el consum de drogues.

G

Grup diana. Grup de persones a les quals es dirigeix una actuació o un programa (per exemple: població general, immigrants, joves entre 14 i 19 anys, etc.).

I

Implementació. És el procés d'aplicació o execució d'un programa.

Indicador. Magnitud associada a una activitat que permet fer el seguiment i l'avaluació periòdics de resultats.

Informants clau. Es tracta de persones que per la seva situació dins de la comunitat són capaces d'aportar informació rellevant: responsables d'entitats i serveis comunitaris (farmàcies, policia local, associacions, etc.).

M

Metodologia. Exposició dels passos a seguir en la consecució dels objectius previstos en el programa, així com de les mesures que cal prendre i dels recursos necessaris per assolir-los.

O

Objectiu general. És una afirmació sobre els resultats esperats de la nostra intervenció en termes del problema sobre el qual s'actua. No cal que siguin necessàriament formulats en termes mesurables, però han de ser congruents amb la missió i els objectius específics, i han de proporcionar la direcció cap a la qual s'encamina l'estudi o programa.

Objectiu específic. És una concreció de l'objectiu general i ha d'estar formulat en termes operatius i sense ambigüitats. Objectiu caracteritzat com a mesurable, factible, concret, amb referència temporal i referit a la població destinatària i als resultats valorats en l'estudi.

P

Piràmide de població. Representació gràfica de la composició de la població per edats i sexes. A la dreta es col·loca el percentatge del total per les dones, i a l'esquerra pels homes. És útil perquè facilita una ràpida percepció sobre l'estructura de la població per edats i sexes. Així, una piràmide de base ampla i vèrtex estret significa una fertilitat alta.

Població diana. Grup de persones a qui es dirigeix una estratègia política, una intervenció o un programa (per exemple: població general, immigrants, joves entre 14 i 19 anys, etc.).

Programa. Conjunt organitzat, sistemàtic i coherent d'activitats i d'actuacions dutes a terme amb els recursos necessaris, dirigides a assolir uns objectius determinats en una població definida, en un termini establert i en funció d'uns recursos materials i humans prèviament determinats. Té la peculiaritat de ser transferible i generalitzable.

Projecte versus programa. Un projecte és un conjunt d'actuacions i d'activitats dirigides a aconseguir uns objectius determinats, realitzat dins el marc d'un programa però amb un menor abast.

R

Reducció de danys. Intervencions coordinades dirigides a minimitzar els danys associats al consum de drogues sense requerir necessàriament l'abstinència. El terme *reducció de danys* es comença a utilitzar més àmpliament a partir dels intents d'aturar l'extensió del VIH, proporcionant material d'injecció estèril als usuaris de drogues per via parenteral en els primers anys de la dècada dels vuitanta.

Reducció de la demanda. Les convencions internacionals per al control de drogues usen aquest terme en relació amb l'intent de disminuir la demanda de substàncies controlades per part dels consumidors. Les estratègies de reducció de la demanda contrasten amb les estratègies que intenten reduir l'oferta, tot i que a la pràctica la reducció de l'oferta i la demanda poden ser complementàries. Generalment l'èxit de la reducció de la demanda es mesura per la reducció de la prevalença d'ús, per exemple per una major abstinència; per tant, el seu impacte és diferent del de la reducció de danys.

Reducció de l'oferta. La reducció de l'oferta és un terme ampli usat per a un conjunt d'activitats dissenyades per aturar la producció, manufactura i distribució de drogues il·legals. El *control de l'oferta* és un terme usat sovint per referir-se a les activitats policials i duaneres. A la pràctica preventiva, aquest terme s'amplia també a l'oferta de drogues legals, incloent mesures que solen ser de caràcter legal i que regulen aspectes com la venda d'alcohol o tabac a menors, la publicitat d'aquestes drogues, els horaris de venda i els establiments autoritzats, etc.

Reducció de riscos.¹² Enfocament que fa referència a l'actuació pragmàtica per promoure la salut respectant les diferències d'estils de vida, reduir els riscos associats a certs comportaments i responsabilitzar els individus de les seves decisions. L'objectiu és permetre que les persones aprenguin a gestionar els riscos a partir d'una informació correcta i objectiva. Així, per a les persones que han decidit no consumir la informació pretén reforçar la seva posició i oferir, en cas de consum, pautes vàlides perquè aquest consum sigui com menys problemàtic millor.

S

Sistema d'informació. Un sistema d'informació és un conjunt de procediments de recollida d'informació sistemàtica i continuada del programa de prevenció.

12. *Disminució del risc i reducció del dany.* Es tracta de dos conceptes pròxims però no idèntics. La disminució del risc està més relacionada amb la prevenció (com en el cas dels programes orientats a evitar la conducció de vehicles sota els efectes de l'alcohol o altres drogues, per tal de prevenir els accidents de trànsit), mentre que la reducció del dany afecta més la faceta assistencial (és el cas dels programes de manteniment amb derivats opiàtics o les sales de venipunció assistida). *Estratègia Nacional sobre drogues 2009-2016. Pla Nacional de drogues*, p. 69.



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

Gerència de Serveis de Benestar Social

Pg. de la Vall d'Hebron, 171

Recinte Mundet - Edifici Serradell Trbal - 4a planta

08035 Barcelona

Tel. 934 022 160

Fax 934 022 496

www.diba.cat/benestar

gs.benestars@diba.cat