

Documents

**PLA D'ACCIÓ SOBRE
DROGUES DE
BARCELONA
2000-2003**

PLA D'ACCIÓ SOBRE DROGUES DE BARCELONA 2000-2003

**Aprovat a la sessió plenària de
24 de novembre de 2000**

Barcelona, 18 d'octubre de 2002

Edita: Institut Municipal de Salut Pública
Ajuntament de Barcelona
1a edició: Barcelona, novembre 2002
Tiratge: 500 exemplars
D.L.: B-3.263-2003
Producció gràfica: Primer Segona Edicions

Autors

Lluís Torralba. Institut Municipal de Salut Pública
Teresa Brugal. Institut Municipal de Salut Pública
Victoria García. Institut Municipal de Salut Pública
Dolors Graugés. Institut Municipal de Salut Pública
Anna Guitart. Institut Municipal de Salut Pública
Alícia Queralt. Institut Municipal de Salut Pública
Núria Ribot. Institut Municipal de Salut Pública
Alícia Rodríguez-Martos. Institut Municipal de Salut Pública
Carmen Vecino. Institut Municipal de Salut Pública
Carmen Macias. Institut Municipal de Salut Pública

Col·laboradors:

Manuela Ballestín

ÍNDEX

CAPÍTOL 1. ANTECEDENTS I PUNT DE PARTIDA	7
1.0. Introducció conceptual	9
1.1. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues 1989-1992	10
1.2. Balanç del Pla 1989-1992	11
1.3. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues 1992-1995	12
1.4. Balanç del Pla 1992-1995	12
1.5. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues 1996-1999	14
1.6. Balanç del Pla 1996-1999	14
CAPÍTOL 2. COM ESTEM ARA	19
2.0. Introducció	21
2.1. Marc juridicocompetencial	21
2.2. Oferta de serveis i programes de la ciutat	22
2.3. Perfil actuals del problema	22
2.3.0. Tabac	26
2.3.1. Alcohol	26
2.3.2. Heroïna	27
2.3.3. Cocaïna	29
2.3.4. Drogues de síntesi	29
2.4. Poblacions vulnerables	30
2.4.0. Introducció	30
2.4.1. Distribució dels indicadors a escala territorial	30
2.4.2. Els col·lectius marginals	33
CAPÍTOL 3. COM CONTINUAR AVANÇANT. OBJECTIUS I EIXOS D'INTERVENCIÓ DEL PLA 2000-2003	39
3.0. Eixos d'intervenció i objectius	41
3.1. Eix de prevenció	41
3.2. Eix d'assistència i incorporació social	44
3.3. Eix seguretat-dissuasió-repressió	48
3.4. Eix de suport: científic - informació i recerca	49
3.5. Eix territorial	51
CAPÍTOL 4. EL PADB COM A ENS	53
4.0. Estructura	55
4.1. Catàleg de serveis i programes	55
4.2. Finançament	56
4.3. Acords institucionals	56
RESUM/SUMMARI/RÉSUMÉ	59

CAPÍTOL 1

ANTECEDENTS I PUNT DE PARTIDA

Aquest document intenta exposar el camí recorregut pel Pla municipal d'acció sobre drogues i assenyalar quines són les directrius, les estratègies i els objectius per al període 2000-2003. Seguidament s'incorpora un breu resum dels objectius i el balanç dels anteriors plans elaborats i desenvolupats a la ciutat. Les millores aconseguides per aquests plans i els canvis produïts a l'entorn del consum de substàncies addictives, són els dos factors que determinen els objectius i els programes d'actuació de la nostra ciutat per al futur.

1.0. Introducció conceptual

El consum de drogues, amb els problemes que hi estan relacionats, ha representat una preocupació constant a les nostres societats.

L'ús de drogues és tan antic com la història de l'home. En cada època les drogues s'han utilitzat amb finalitats determinades d'acord amb el respectiu context social i cultural que en regulava el consum. Així, a l'antiguitat el seu ús es limitava al context màgic ritual amb la finalitat d'ajudar a interpretar determinats fenòmens naturals.

La possibilitat de fer-ne un ús generalitzat i, per tant, sense el límit que establia el marc cultural, és el que ha contribuït a situar el consum de drogues com un problema.

Dos fets han afavorit de manera essencial aquesta generalització. D'una banda, l'ampliació del comerç entre països, que ha facilitat també el bescanvi de substàncies addictives; i, de l'altra, la industrialització, que ha significat una revolució social i cultural molt important, que ha propiciat un canvi de model de relació, de rural a urbà, amb el consegüent increment de la socialització dels costums i la millora de la capacitat adquisitiva.

Les noves drogues introduïdes en el mercat, han aparegut regulades pels circuits comercials il·legals, com és el cas de l'heroïna i la cocaïna; i això ha creat un nou problema greu, juntament amb els ocasionats per l'ús generalitzat d'altres substàncies, com ara l'alcohol, en el cas del nostre país; circumstància que situa el problema de les drogodependències com un dels més destacats des del punt de vista social i de la salut.

La dècada dels seixanta va estar marcada per un fenomen de transgressió cultural, protagonitzada per un ampli sector juvenil que encapçalà un moviment de contestació al model social establert. Aquests joves utilitzaren substàncies com ara l'heroïna, l'LSD i el cànnabis perquè eren drogues que provenien d'altres contextos i, d'aquesta

manera, les relacionaven amb els nous valors humans que volien implantar, i alhora servien per confrontar i fins i tot provocar el sistema que volien canviar. La crisi econòmica general posterior frenà el ritme de desenvolupament econòmic, i el consum de drogues va prendre un significat diferent: ja no tenia aquella finalitat crítica, sinó que servia fonamentalment per evadir-se de la realitat.

Moltes de les persones que iniciaren el consum com a símbol d'una protesta juvenil, van patir les conseqüències a mitjà termini de la seva addicció. L'extensió del consum i, sobretot, els problemes que comportava apaqueren amb força quan aquestes pautes s'estengueren a altres sectors que no utilitzaven les substàncies amb un objectiu concret o lligat a unes finalitats determinades, sinó més aviat com un mecanisme d'imitació i que, a més, pels mateixos efectes permetia allunyar-se d'una realitat complexa i difícil. La possibilitat de guanyar diners amb un mercat il·legal incipient, marcà també la generalització de l'ús de drogues, i així començaren a ampliar-se les xarxes de distribució.

Les drogues han deixat de tenir, doncs, cada vegada més, un ús funcional, cultural, per ser objecte d'un mercat que produeix elevats guanys econòmics. La internacionalització i la sofisticació de les xarxes de comunicació possibiliten cada vegada més el transport entre països productors i consumidors, mentre que la seva ampliació i massificació en dificulten cada vegada més el control.

En el decurs dels anys vuitanta, s'afegeixen dos grans canvis. El primer és el desenvolupament de l'entorn de la gestió com a mecanisme per vèncer a la crisi econòmica, amb la incorporació de nous valors a la comunitat, entre els quals cal destacar la competitivitat i l'alt rendiment dels nous professionals. En aquest context, trobem drogues estimulants com ara la cocaïna, les amfetamines i moltes de les anomenades de disseny. El segon gran fet és l'impacte de la sida dins el col·lectiu de consumidors de drogues il·legals per via intravenosa, amb la consegüent disminució de la qualitat de vida de la nostra comunitat.

Aquesta evolució en el consum de drogues il·legals se suma als problemes associats al consum d'alcohol i d'altres drogues legals. Els relatius a alcohol són especialment importants en el nostre entorn per ser un país de tradició vinícola amb una gran cultura de consum.

El fenomen de les drogodependències és de caire pluricausal ja que intervenen en la seva aparició i manteniment diversos factors. D'una banda, les substàncies, que

són diverses i amb diferents efectes, però que tenen en comú la capacitat de modificar les funcions de l'organisme i la de crear addicció. L'individu sobre el qual incideixen reaccionarà de forma diferent en funció de la seva personalitat, experiències i entorn en què viu. D'altra banda, el context social on apareixen les drogues és essencial a l'hora de determinar qui serà el grau d'acceptació, les pautes de consum d'aquestes substàncies i les poblacions amb més risc de consumir-ne i, per tant, de patir-ne les conseqüències.

Aquesta pluridimensionalitat del fenomen implica que les accions encaminades a afrontar els efectes d'aquestes addiccions, com també les encaminades a evitar que es desenvolupin, cal abordar-les coordinadament des del conjunt de la política d'actuació ciutadana.

Els problemes relacionats amb les toxicomanies, malgrat que sorgeixen arreu, és a les grans ciutats on es manifesten de manera més punyent. Així, més enllà dels efectes concrets sobre l'individu, les drogues són una amenaça per al benestar i la seguretat en alguns barris de les ciutats, a causa dels problemes de salut pública i convivència que poden comportar.

Altres grans ciutats com la nostra (Amsterdam, Madrid, Londres, etc.) han hagut d'afrontar, des de fa anys, el repte que ha significat l'esclosió dels problemes relacionats amb el consum de drogues, especialment amb el de drogues il·legals. Així doncs, partint d'estratègies algunes vegades diferents, les ciutats han dissenyat programes i intervencions des de l'àmbit de l'Administració local per fer minvar l'impacte d'un fenomen que, amb les característiques particulars pròpies de cada entorn sociocultural, es manifesta d'una manera i amb una intensitat molt similars.

L'àmbit local disposa de recursos que aporten un suport imprescindible per desenvolupar accions més integrals i integrades, i alhora més properes als ciutadans, i per tant amb un grau més alt d'incidència.

Les accions que es poden oferir són molt variades i comprenen, entre d'altres, les relacionades amb l'educació, la protecció social, la salut, l'habitatge, la planificació i reanimació econòmiques i un ampli ventall de serveis. Així doncs, tal com recullen les conclusions de la Conferència "Política sobre drogues a Europa", que va tenir lloc el desembre del 1995 amb la participació de tots els Estats membres de la Unió Europea: "Les ciutats ocupen una posició estratègica per abordar els problemes de drogues des d'un punt de vista dinàmic, ja que aquestes comprenen les necessitats de les poblacions a les quals s'adrecen".

Des d'aquesta perspectiva, cal reconèixer que el consum de drogues i les seves conseqüències constitueixen un problema evolutiu que està lligat als canvis dels moviments socials i culturals que es donen en l'entorn, al mercat, com també al resultat dels programes d'actuació.

En aquest sentit, i des de les seves responsabilitats, l'Ajuntament de Barcelona i altres institucions, des de l'any 1979, van començar a donar una resposta específica al problema de les drogodependències, amb la creació de centres de tractament i programes de prevenció.

Amb la voluntat de conduir les diferents intervencions cap a un sistema de resposta més eficaç i abordar el problema des d'una perspectiva global, es creà l'any 1988 el Grup de Treball de Drogodependències, constituït amb representants de tots els grups polítics municipals. Aquest Grup, i des del consens, va definir les línies generals d'actuació per a Barcelona d'acord amb el marc genèric que defineix el Pla sobre drogues de Catalunya.

A partir d'aquestes línies directrius, es va elaborar el Pla municipal d'acció sobre drogodependències de Barcelona (PADB) per al període 1989-1992, que fou presentat i aprovat per unanimitat al Consell Plenari del març del 1989. Posteriorment, va ser revisat i actualitzat pel Grup de Treball de Drogodependències i va ser novament aprovat pel Consell Plenari del 27 març de 1992 (Pla 1992-1995). Com a evaluació d'aquest darrer període, el Grup de Treball de Drogues va aprovar el 28 de març de 1995 les noves línies directrius que havien de regir les diferents intervencions sobre drogues a la ciutat durant els anys 1996-1999.

Aquest document presenta el Pla d'acció sobre drogues de Barcelona 2000-2003, que desenvolupa i concreta les línies d'avanç establertes d'acord amb l'evolució del problema a la ciutat.

1.1. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues 1989-1992

El PADB del 1989 es plantejà, no simplement una millora en la gestió i l'eficàcia dels serveis municipals, sinó la integració de totes les actuacions que s'estaven duent a terme a la ciutat en un autèntic Pla de Barcelona.

Com a grans eixos d'actuació es definien:

- Actuar sobre els col·lectius de risc, sobretot infants i joves, per motivar pràctiques i hàbits saludables allu-

nyats de la drogaaddicció, cercant el nivell màxim de prevenció.

- Optimitzar la xarxa assistencial per garantir l'accessibilitat a programes de tractament al col·lectiu d'addictes que desitjaven abandonar la seva addicció.
- Garantir també l'atenció als drogaaddictes que no volien o no podien abandonar la seva addicció, però que estaven disposats a modificar els seus hàbits de risc, per tal que l'hàbit addictiu no els marginés encara més.
- Abordar des de la ciutat la repressió del tràfic de drogues i dels delictes característics associats al consum i al tràfic.

1.2. Balanç del Pla 1989-1992

La primera etapa del Pla d'acció sobre drogues es va centrar a unificar els criteris d'intervenció i els esforços per tal de desenvolupar les accions que es derivaven dels eixos d'actuació marcats. L'existència d'una àmplia base de treball, recursos i centres que ja funcionaven, va permetre impulsar amb més força els programes.

Destaquem les principals activitats realitzades per cada eix d'actuació:

- Actuar sobre els col·lectius de risc, en especial infants i joves per motivar pràctiques i hàbits allunyats de la drogaaddicció, buscant el nivell màxim de prevenció. Es va fer un estudi sobre els hàbits tòxics dels escolars de Barcelona que va permetre dissenyar i realitzar l'experiència pilot d'un programa preventiu sobre l'abús de substàncies addictives a l'escola primària (PASE). El suport tècnic als diferents treballadors de l'àmbit comunitari, com també el suport tècnic i financer a les associacions, va permetre engegar diversos projectes. D'altra banda, la realització de diferents campanyes d'informació adreçades a la població en general, als col·lectius més afectats i als professionals implicats, amb l'explicació dels diferents recursos existents a la ciutat i la manera d'accendir-hi, va contribuir a atenuar la percepció social que la drogaaddicció era un problema irresoluble.
- Optimitzar la xarxa assistencial per garantir l'accessibilitat a programes de tractament al col·lectiu d'addictes que desitjaven abandonar l'addicció i als que no volien o no podien, però que estaven disposats a modificar els hàbits de risc.
- Des de la perspectiva d'ofrir programes terapèutics més específics que afavorissin el contacte amb la població toxicòmana amb més mancances sociosanitàries, es van iniciar l'any 1990 els programes de manteniment amb metadona a la majoria dels CAS, i unes

cinc-centes persones van poder-se beneficiar del programa en aquest període. Aquest, juntament amb l'inici dels programes d'atenció orgànica, va representar el primer graó dels programes de disminució de risc. També cal remarcar l'increment del nombre de persones que iniciaren tractament al conjunt de centres de la ciutat.

- Durant aquest període, es va consolidar el sistema d'informació sobre drogodependències a Barcelona (SIDB), que es va configurar com una eina fonamental per poder copsar l'evolució del problema, facilitant informació a través del butlletí trimestral i de l'informe anual. Aquest sistema va ser clau per al coneixement de la presència i l'evolució de les drogues a la ciutat, com també del perfil de les persones drogodependents i dels problemes associats al consum d'aquestes substàncies.

- Abordar des de la ciutat la repressió del tràfic de drogues i dels delictes característics associats al consum i al tràfic de drogues.

La població addicta a les drogues il·legals atesa als CAS, molt sovint presenta problemes legals lligats a la seva trajectòria delictiva per mantenir la dependència. El PADB va tenir en compte en els seus programes de tractament, la necessitat d'atendre els problemes legals de les persones drogodependents, amb l'objectiu de canalitzar i facilitar a la Fiscalia i la Judicatura la informació necessària per tal de poder proposar mesures de compliment alternatiu que poguessin facilitar els processos de reinserció social iniciats des dels CAS.

Durant aquest període, també s'ha d'assenyalar la consolidació dels consells de Prevenció i Seguretat a tots els districtes de Barcelona, així com les taules de coordinació policial. Els consells de Prevenció i Seguretat van permetre trobar vies de participació a les entitats ciutadanes sensibilitzades amb el problema de les drogues del seu entorn i reduir els problemes de seguretat que hi anaven associats.

Les actuacions de la Guàrdia Urbana coordinades amb el PADB van tenir caràcter preventiu, assistencial i repressiu. En aquesta línia, durant aquest període es van ampliar les actuacions en relació amb la síndrome d'abstinència i la sobredosi; a aquest efecte es va facilitar la formació i el material de suport necessari per tal de qualificar les intervencions i que permetessin la detecció i el trasllat ràpid en situacions d'urgència. L'observació de l'extensió del consum de cocaïna a la ciutat va motivar l'inici d'un estudi conjunt amb Torí i Rotterdam que permetés esbrinar quina era la dimensió del problema i la tendència per tal de poder planificar les actuacions necessàries.

En conjunt, aquesta primera fase del PADB es pot definir com l'esforç d'establir les bases sòlides per conèixer la problemàtica de la ciutat i iniciar la coordinació i l'adequació dels diferents programes existents, tant els municipals com els impulsats per altres institucions.

1.3. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues. 1992-1995

Del balanç del primer període d'aplicació del PADB, es va redefinir l'objectiu marc i els eixos d'actuació fins el 1995.

El PADB es plantejà com a missió que "les estratègies de lluita contra les drogues s'han d'orientar a impedir, tant com sigui possible, el seu consum; a evitar els efectes de la marginació social, individual i col·lectiva que comporten; i a ajudar les persones que volen abandonar l'hàbit, si és possible, a reinserir-se socialment o, com a mínim, aconseguir que la droga tingui els mínims efectes negatius possibles sobre la seva salut, la seva vida i el seu entorn social".

Consegüentment amb aquesta línia, es va definir els grans eixos d'actuació següents:

- Actuar sobre la població en general i sobre els col·lectius de risc, per motivar pràctiques i hàbits saludables que afavoreixin una vida lliure de drogues.
- Garantir l'atenció al drogaaddicte i al seu entorn familiar per assolir, en la mesura que es pugui, l'abandó de la droga, la rehabilitació i la reinserció social.
- Afavorir la connexió i l'accés a la xarxa d'atenció al col·lectiu que no pot abandonar l'addicció, per tal de millorar les seves pràctiques de risc i evitar que l'hàbit addictiu no els margini encara més.
- Reprimir el tràfic de drogues i el mercat i els delictes associats.
- Afavorir els processos que permetin una resposta equilibrada al voltant dels problemes socials que creuen els drogodependents, basada en la participació i la col·laboració ciutadana.
- Equilibrar la resposta assistencial d'acord amb les problemàtiques que sorgeixen del consum de noves substàncies.

1.4. Balanç del Pla 1992 - 1995

- Actuar sobre la població en general i sobre els col·lectius de risc, per motivar pràctiques i hàbits saludables que afavoreixin una vida lliure de drogues.

Es va continuar impulsant els programes d'informació adreçats a la població en general, amb orientacions bàsiques per consolidar la idea que hi havia recursos per fer front als problemes relacionats amb les drogues.

També s'elaboraren diferents materials de suport als programes de prevenció dissenyats amb l'objectiu de connectar amb poblacions d'especial risc. Així, s'elaborà material adreçat als bevedors excessius, als consumidors de cocaïna, i als heroïnòmans que estan al carrer sense contacte amb els serveis sociosanitaris.

Com a resultat de l'anàlisi conjunta dels problemes del territori amb totes les parts implicades –els secretaris de Prevenció i Seguretat, els Serveis Personals del territori, els veïns, els professionals dels centres de drogues i els tècnics del PADB–, els programes de prevenció de drogues dels districtes es van ampliar al llarg d'aquest període, i augmentà el nombre de barris implicats. Així, l'any 1992 es van desenvolupar onze programes preventius amb base territorial, i l'any 1994, vint-i-un.

Des de l'Àmbit de Ciutat es va seguir impulsant el Grup de Drogodependències del Consell de Benestar Social com a instrument d'interlocució amb les entitats i estaments de representació ciutadana.

El Programa de prevenció adreçat a l'ensenyament primari (PASE), es va generalitzar, i així el darrer any es va assolir una cobertura del 36% de les escoles de Barcelona.

Per a la intervenció a l'escola secundària, s'inicià el programa "Decideix" durant l'any 1993. Durant el 1995, es va aplicar a 47 centres de la ciutat.

- Garantir l'atenció al drogaaddicte i al seu entorn familiar per assolir, en la mesura que es pugui, l'abandó de la droga, la rehabilitació i la reinserció social.
- Afavorir la connexió i l'accés a la xarxa d'atenció al col·lectiu que no pot abandonar l'addicció, per tal de millorar les seves pràctiques de risc i evitar que l'hàbit addictiu no els margini encara més.

Durant aquest període, s'amplià la cobertura assistencial obrint nous centres i recursos, i es van incorporar i ampliar programes d'atenció en els ja existents. També es va impulsar els programes adreçats a la població drogodependent que no contactava amb els recursos assistencials.

Així, durant l'any 1992 es va posar en funcionament el Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) de Nou Barris, es traslladà i amplià el Centre de Sants, i es posà en funci-

onament la Unitat Mòbil de Dispensació de Metadona (Bus). Aquesta ampliació va possibilitar també ampliar els programes de manteniment amb metadona. Aquests van permetre donar cabuda a molts drogodependents que fins aleshores no havien contactat amb els centres, i d'altres que havien fracassat en els programes lliures de drogues.

En aquest sentit, s'ha de remarcar l'increment de cobertura des de l'inici dels programes l'any 1990, fins l'any 1994, amb 1.500 places diàries de manteniment amb metadona a la ciutat.

Per tal de garantir el diagnòstic i el seguiment de la patologia orgànica associada al consum de drogues, es va dotar d'equips d'atenció sanitària tots els centres de tractament municipals.

En relació amb els programes de reinserció, es comptà amb els diferents recursos de la ciutat, tant de caràcter específic, només per a persones amb problemes de drogues, com de caràcter general (PIRMI, Programa d'orientació laboral, etc.). Es col·laborà també amb els programes d'atenció social dels districtes i el Programa de pobresa, entre d'altres, per tal de poder oferir els recursos mínims necessaris per iniciar i donar suport a un procés de tractament i reinserció en els casos de persones que patien mancances bàsiques.

Es va impulsar el Programa d'atenció judicial, a través de la seva coordinació amb el Servei d'Atenció i Orientació Social del Departament de Justícia de la Generalitat i la Fiscalia Delegada per a la Prevenció i Repressió del Tràfic de Drogues de Catalunya, per garantir la informació als fiscals i jutges de l'evolució terapèutica de la persona encausada i possibilitar l'atorgament de mesures alternatives a la presó.

Un dels elements destacables del PADB 1992-1995 va ser l'ampliació dels programes anomenats de disminució de risc.

Així, va impulsar el programa d'agents de Salut iniciat experimentalment a mitjan any 1991 al districte de Ciutat Vella, que consisteix en la presència al carrer d'educadors i extoxicòmans que contacten amb toxicòmans actius per facilitar-los material preventiu i derivar-los als centres de tractament. Durant l'any 1995, van repartir 18.228 paquets de material estèril i contactaren amb unes set-centes persones.

Durant l'any 1993, es va posar en funcionament el Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS), conjun-

tament amb l'Òrgan Tècnic de Drogodependències i la Creu Roja de Catalunya. Aquest centre es dissenyà per oferir atenció a la població toxicòmana que es troba en situacions de crisi quan la resta de centres de la ciutat no hi poden donar resposta. Aquest projecte ha permès facilitar 96.000 xeringues i 39.000 preservatius durant el 1995, juntament amb altres activitats de caire socio-sanitari, i ha contactat amb unes dues mil persones.

Durant el 1994, es va iniciar de manera pilot el programa d'agents de salut des de les oficines de farmàcia, al districte de Nou Barris.

Un avanç que cal destacar en aquest període és l'ampliació dels programes d'atenció a les drogues a les presons i, a partir del 1992, la incorporació dels programes de manteniment amb metadona. Actualment es disposa de programes de metadona a la majoria de presons. La col·laboració amb aquest programa va facilitar que els pacients que iniciaven tractament en els centres, poguessin continuar-lo a la presó en el cas que haguessin de complir condemna, i que, una vegada acabada, continuessin el procés terapèutic ambulatori al centre. De tota manera, cal assenyalar que la població que compleix condemna és molt elevada i que el procés iniciat a les presons amb els PMM ha de tenir la seva correspondència en la xarxa de la ciutat, per tal de garantir la continuïtat del programa.

- Reprimir el tràfic de drogues i el mercat i els delictes associats.
- Afavorir els processos que permetin una resposta equilibrada al voltant dels problemes socials que creen els drogodependents, basada en la participació i la col·laboració ciutadana.

Les taules de coordinació policial en cada territori van permetre analitzar els problemes de tràfic de la zona, intercanviar informacions, coordinar i prioritzar actuacions en el territori. Els resultats van ser més eficàcia en les intervencions i més coneixement i col·laboració. En molts casos, va significar una anticipació a l'aparició dels problemes. Aquestes actuacions, juntament amb el desenvolupament dels consells de Seguretat Ciutadana a cada districte (amb la participació de les entitats veïnals representatives), van permetre abordar els problemes de seguretat a l'entorn del consum de drogues des d'una perspectiva més àmplia, conjugant les mesures punitives amb les de prevenció i assistencials.

Aquest marc va possibilitar també connectar amb inquietuds ciutadanes al voltant dels problemes derivats del consum i el tràfic de drogues, i va permetre establir actuacions que, a més de millorar el problema de manera objectiva, han fet disminuir el sentiment d'inseguretat

per part de la població, que amb la intervenció se sent més protegida.

Per tal de millorar i qualificar totes aquestes intervencions, es van dur a terme programes de formació i reciclatge adreçats a les forces de seguretat.

Cal destacar la coordinació amb la Guàrdia Urbana, la policia i els centres assistencials per tal de prevenir els conflictes eventuals que el gran nombre de població atesa podia provocar als centres i al seu entorn geodèmogràfic.

- Equilibrar la resposta assistencial d'acord amb les problemàtiques que sorgeixen del consum de noves substàncies.

Durant aquest darrer període, el SIDB es va consolidar i, a més, va permetre identificar les tendències temporals de la magnitud de l'abús de drogues a la ciutat i descriure les característiques bàsiques dels addictes, i també es destacà com una eina de suport per a la gestió, l'avaluació i la implantació de programes.

El SIDB, doncs, possibilità l'elaboració de diversos estudis i anàlisis sobre la població toxicòmana i alcohòlica, la retenció dels programes de manteniment amb metadona i la seroconversió dels pacients amb VIH, i la tuberculosi, entre d'altres.

També s'hi van incorporar les dades relatives a les característiques socials dels drogaaddictes i l'anàlisi de totes les dades per districtes i barris, i això facilità l'adequació de les intervencions a les característiques específiques del problema en les diferents zones.

1.5. Característiques i objectius del Pla municipal d'acció sobre drogues 1996-1999

Del balanç dels resultats obtinguts amb l'aplicació dels anteriors plans de drogues, mantenint-se la mateixa missió global, i d'acord amb l'evolució i el coneixement del problema a la ciutat, els grups polítics van aprovar, el 28 de març de 1995, les següents grans línies d'actuació per al període 1996-1999:

- Adaptar la prevenció a les necessitats territorials, donant suport a les entitats ciutadanes.
- Augmentar la cobertura amb el màxim criteri de equitat.
- Incorporar nous agents de salut (oficines de farmàcia).
- Procurar que tots els centres específics donin les mateixes prestacions bàsiques, promocionant els recur-

sos específics integrats en la xarxa normalitzada.

- Garantir el tractament a les persones empresonades.
- Donar suport a l'execució de la llei, tot evitant la criminalització dels drogodependents i afavorint mesures alternatives a la presó.
- Aprofundir en el coneixement, la dimensió, les tendències i l'avaluació de polítiques i estratègies desenvolupades.

1.6. Balanç del Pla 1996-1999

El període 1996-1999, ha estat marcat per tres grans fets, el primer dels quals és el balanç positiu dels deu anys del Pla d'acció sobre drogues a la nostra ciutat; el segon és l'avaluació de l'any 1998, en el transcurs del qual s'han desenvolupat correctament els objectius aprovats per als anys 1996-1999; i el tercer és que, com a conseqüència dels anteriors, hem pogut redissenyar el nou Pla 2000-2003.

Pel que fa al desplegament del Pla 1996-1999, farem una breu síntesi per a cadascun dels àmbits d'intervenció.

Àmbit preventiu

En primer lloc, cal ressenyar l'existència de cinc plans sobre drogues de districte, amb un grau diferent d'evolució. Així, els districtes de Nou Barris, Sant Andreu i Sant Martí són els més estructurats i consolidats, mentre que els de Ciutat Vella i Horta-Guinardó no s'han pogut recollir tots els indicadors qualitatius ni estan establerts totes les comissions.

Aquesta metodologia participativa està tenint importants repercussions a l'hora de programar i executar les accions dels diferents col·lectius que intervenen en la dinàmica dels plans sobre drogues dels districtes –cossos de seguretat, serveis personals, salut escolar, salut mental d'adults i infantil-juvenil, serveis d'assistència primària sanitària i centres de drogues, i centres de planificació familiar, entre d'altres–, facilitant que la coordinació entre les diferents xarxes d'atenció al ciutadà siguin funcionals i operatives. Aquest procés ha generat una dinàmica i unes expectatives que ens han fet replantejar aquesta línia, no com una estratègia (la territorialització), sinó com un cinquè eix del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona: l'eix territorial.

Cal destacar que, el desembre del 1997, un grup de gues per via parenteral que treballen en els diferents

programes d'intercanvi de xeringues de Barcelona i l'àrea metropolitana van decidir crear un grup de treball per tal d'intercanviar experiències, adequar les seves intervencions i unir esforços. El seu objectiu era i és millorar l'eficàcia dels programes d'intercanvi. L'evolució dels programes d'intercanvi de xeringues ha estat la següent:

Taula 3.3. Nombre de persones amb malaltia terminal ateses a domicili segons el sector sanitari. Any 2000

	1996	1997	1998	1999
Xeringues donades	218.539	273.939	372.033	476.582
Xeringues tornades	119.595	161.568	224.182	283.311
Percentatge de devolució	58,7	58,9	59,0	61,7

Pel que fa als programes preventius en el marc escolar, cal assenyalar que els programes de què disposàvem eren aplicables a primària des dels dotze anys. Amb la implantació de l'ESO, els estudiants comencen als dotze anys la secundària, la qual cosa obliga a la creació d'un material específic per a primària. És en aquest sentit que el PADB ha creat un nou programa: "Tori, el goril·la de colors", que treballa el sentit de pertinença de l'infant a la comunitat. Va adreçat a nens de vuit a onze anys i està emmarcat en el programa "Col·lecció i créixer".

D'altra banda, i dins l'eix preventiu, s'ha creat un nou material, en suport vídeo, per treballar la prevenció de drogues entre els pares, continuant el desplegament de les activitats preventives amb les AMPA. Aquest material disposa d'una guia per tal de facilitar l'homogeneïtat dels diferents fòrums de treball, i alhora intenta desangoixar els pares i donar-los eines adients de comunicació pares-fills.

També s'ha creat el Programa preinfant d'atenció als fills dels drogodependents, que en el decurs de l'any 1998 va rebre 62 demandes, a conseqüència de les quals van entrar en programa 55 famílies. Aquestes 55 famílies ateses van arribar derivades dels CAS (el 67,7%), dels serveis de ginecologia i obstetrícia i neonatologia (el 23,52%), i la resta (8,78%) dels serveis socials. Pel que fa a l'any 1999, el Programa preinfant va atendre 72 famílies, 56 de les quals presentaven problemes de drogodependència (en 12 d'aquestes tenia problemes de drogaaddicció el pare, en 22 la mare, i en 22 tots dos). El nombre de casos tancats va ser de 40, el nombre de

primeres visites va ser de 47, i el nombre de casos que procedien del 1998 va ser de 25. El 58% de les famílies ateses van ser derivades del CAS; el 32%, dels centres sanitaris (serveis de neonatologia, obstetrícia i ginecologia), i el 7%, dels serveis socials. El 3% restant procedien d'altres centres derivadors (centres de salut mental d'adults i infantil-juvenil, escoles bressol i pisos d'acollida d'adolescents). L'any 1998, es va crear l'Observatori de nous consums juvenils en conveni entre la Generalitat de Catalunya i la Diputació de Barcelona. Entre el material lliurat, hi ha el primer informe de l'Observatori sobre el consum de drogues en l'àmbit juvenil.

Àmbit d'assistència i reinserció

Pel que fa a l'àmbit d'assistència i reinserció, es van incrementar les places fins al límit que l'oferta era igual a la demanda del mateix recurs, i amb un nombre de 2.400 places s'ha estat capaç d'absorbir totes les demandes d'inclusió. Aquest esforç de gestió va ser difícil per la manca d'aquests dispositius a l'àrea metropolitana, cosa que va fer que el 20% de l'oferta assistencial fos ocupada per persones residents en altres municipis. Pel que fa a l'oferta de tractament per altres drogues (drogues de síntesi, cocaïna, cànnabis, etc.), cal dir que tan sols van ser ocupades un 38% de les places existents.

Cal afegir que l'any 1998 es va crear el Servei d'Orientació de Drogues, amb una derivació de 98 casos, i es van rebre 159 trucades de diferents professionals de les xarxes normalitzades.

El tractament de les patologies orgàniques associades va permetre abaixar la taxa de seroconversió per la sida fins a un 2,73%, i garantir el tractament i la quimioprofilaxi de la tuberculosi.

El darrer trimestre del 1998, es va iniciar un projecte d'intervenció a Can Tunis per tal de reduir les desigualtats de salut i atenció sociosanitària que pateixen els grups socialment més desfavorits, com són els usuaris de drogues, acostant-los els diferents recursos per millorar la seva situació, contactant i incorporant a programes de manteniment amb metadona (PMM) els usuaris d'heroïna en els centres de tractament que els correspon.

D'altra banda, es va incrementar en un 10% el nombre de pacients inclosos en programes d'atenció social.

Àmbit dissuasió-repressió

Es va presentar l'Informe de drogues al Consell de Seguretat de Barcelona, i alhora es va participar en les taules de coordinació policial de quatre districtes de la ciutat. Cal fer esment de l'increment (15%) de persones amb seguiment

per problemes judicials, com també la garantia de tractament a les persones que han estat sancionades administrativament per un consum públic ostentós de drogues.

Àmbit de suport, formació i avaluació

Es van millorar els indicadors epidemiològics que permeten conèixer l'impacte del consum de drogues per a cada unitat territorial de la ciutat, cosa que permeté el desenvolupament dels plans de drogues de districte; també es va desenvolupar una plataforma de gestió per als centres municipals i el 40% dels no municipals.

Així mateix, es van desenvolupar quatre projectes d'investigació que han permès avaluar:

1. L'eficàcia del PMM.
2. L'impacte de les desigualtats en el consum de drogues.
3. L'evolució dels factors predictors del compliment del tractament supervisat de tuberculosi.
4. Els factors associats a la mortalitat d'usuaris de drogues.

A continuació, en la taula 1, vegem un resum del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona segons els tres períodes esmentats i els seus elements estructurals.

Taula 1. Pla d'acció sobre drogues de Barcelona. Períodes i elements estructural.

Període	1988-1991	1992-1995	1996-1999
Missió	"impedir, tant com sigui possible, el seu consum; evitar els efectes de la marginació social, individual i col·lectiva que comporten, i ajudar les persones que en volen abandonar l'hàbit, si és possible, a reinserir-se socialment o, com a mínim, aconseguir que la droga tingui els mínims efectes negatius sobre la seva salut, la seva vida i el seu entorn social".		

Característiques

- Consens i sinergisme polític
- Quatre eixos d'actuació:

– Prevenció

– Tractament i reinserció

– Dissuasió i repressió

– Informació i investigació*

Organització: a. Direcció Política; b. Direcció Participativa* i c. Direcció Executiva

- Actuar sobre els col·lectius de risc, sobretot infants i joves, per proporcionar-los estils de vida aliens al consum de drogues.
- Optimitzar la xarxa assistencial, actuant també sobre els que no eren capaços de deixar les drogues.
- Vetllar pel compliment del marc legal, sancionant els delictes de tràfic i els relacionats al consum públic.

- Actuar sobre la població en general i els col·lectius de risc, donant prioritat als infants i joves, per motivar hàbits i pràctiques saludables buscant el màxim nivell de prevenció.
- Garantir l'atenció al drogaddicte i al seu entorn familiar per aconseguir, en la mesura que es pugui, l'abandon de la droga, la rehabilitació i la incorporació social.
- Afavorir l'accés a la xarxa assistencial per als qui no arriben a la xarxa de tractament, convenients de no poder abandonar la seva addicció, per evitar les seves pràctiques de risc i, a la vegada, aconseguir que la seva addicció no els margini i més.

- Reprimir el tràfic, el mercat de drogues, com també els delictes associats.
- Afavorir els processos que permeten una resposta equilibrada als problemes socials associats, basada en la participació i la col·laboració ciutadana.
- Adequjar la resposta assistencial a les necessitats generades pel consum de noves substàncies.

- Adaptar la prevenció a les necessitats territorials, donant suport a les entitats ciutadanes.
- Augmentar la cobertura amb el màxim criteri d'equitat.
- Incorporar nous agents de salut (oficines de farmàcia)
- Procurar que tots els centres específics donin les mateixes prestacions bàsiques, promocionant els recursos específics integrats en la xarxa normalitzada.

- Garantir el tractament a les persones empresonades.
- Donar suport a l'execució de la llei, evitant la criminalització dels addicts i afavorint mesures alternatives a la presó.
- Aprofundir sobre el coneixement, la dimensió, les tendències i l'avaluació de polítiques i estratègies desenvolupades.

Estratègies

- Reordenació dels recursos preventius i assistencials.
- Creació d'un sistema d'informació sobre drogodependències (SLDB).
- Sensibilització ciutadana i participació en els consells de Seguretat i Prevenció dels districtes.
- Programes de disminució de dany: programes de manteniment amb metadona i d'intercanvi de xeringues.

- Enfortir les activitats de caràcter preventiu en el territori, perquè es desenvolupin programes generals i específics en les àrees de més risc donant suport a entitats cíviques i voluntariat.
- Ampliació dels programes d'educació preventiva a l'escola.

- Els ciutadans han de ser protagonistes de la política sobre drogues, sent tant destinataris com actors principals.
- Territorialització, amb plans de drogues en els districtes que donin respostes a mida.
- Política de disminució de riscos.
- Suport a les iniciatives professionals.
- Ordenació amb protocols de col·laboració entre institucions i programes.

* La Direcció Participativa corresponia al grup de drogodependències del Consell de Benestar Social, format per col·legis professionals de metges, psicòlegs, assistents socials, Consell de la Joventut, sindicats, partits polítics, associacions de professionals, associació del voluntariat, Federació d'Associacions de Veïns i Justícia. La seva finalitat consistia a treballar diferents aspectes de la intervenció, indicant i fent propostes de canvi i d'avans.

CAPÍTOL 2

COMO ESTEM ARA

2.0. Introducció

Per planificar i desenvolupar les actuacions que ens han de conduir a assolir els objectius marcats pel Pla de drogues de la ciutat, cal que situem, d'una banda, el marc juridicocompetencial i, de l'altra, els recursos tant específics com inespecífics que hi ha actualment a la ciutat. Aquests elements que determinen l'entorn de què disposa Barcelona per afrontar els problemes relacionats amb les drogues juntament amb un coneixement acurat d'aquesta problemàtica, permet perfilar quines són les prioritats i estratègies que cal adoptar. L'estudi de l'evolució dels problemes lligats al consum de drogues ens donarà la mesura de l'avaluació i, per tant, de l'eficàcia de les nostres intervencions.

Tot seguit es descriuen aquests tres elements de l'entorn.

2.1. Marc juridicocompetencial

El municipi de Barcelona i el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, més específicament a través de l'Órgan Tècnic de Drogodependències, que és qui té les competències en matèria de drogodependències (Llei 20/1985), han subscrit, des del 1987, diferents convenis parciaus per programar i executar les actuacions d'informació, prevenció, assistència i reinserció, docència i recerca en matèria de drogues.

Amb data 18 de desembre de 1990, se signà un conveni de col·laboració local entre el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, amb l'objectiu de col·laborar en el desenvolupament coordinat de les diferents actuacions que en matèria de drogodependències es duguin a terme a la ciutat de Barcelona, cadascun dins l'àmbit de les seves respectives competències (Annex 1). Aquest conveni es renova cada any adequant-lo a les necessitats de la ciutat segons l'evolució del problema. I es deleguen aquestes tasques en el Pla municipal d'acció sobre Drogues que aprovà el Consell Plenari de l'Ajuntament amb data de 10 de març de 1989 amb l'accord de tots els grups polítics del consistori municipal.

Així mateix i a l'àmbit del territori català, el Consell Executiu, darrer responsable de la política d'intervenció en matèria de drogues, (Llei 20/1985), va aprovar el 20 d'abril de 1987 el Pla de drogodependències de la Generalitat de Catalunya, que, entre d'altres, estructurava els recursos assistencials en diferents graus d'intervenció. Així, es considera com a primer nivell d'intervenció

el d'assistència primària sanitària i social. És en aquest apartat que cal tenir presents les modificacions que la Llei d'ordenació sanitària (15/1990) imprimeix amb la creació del Servei Català de la Salut (SCS), l'estructuració de les regions sanitàries i els sectors sanitaris. S'incorpora un element clarificador, el Pla de salut, que orienta les actuacions en el terreny assistencial i de promoció de la salut. Es produeix una sinergia concurrencial de competències entre el SCS i els ajuntaments.

Pel que fa al territori de la ciutat de Barcelona, el 17 de juny de 1992, es va constituir una comissió de treball entre el Servei Català de la Salut i l'Ajuntament de Barcelona, amb l'encàrrec d'estructurar i analitzar l'estat de salut en la demarcació municipal, com també elaborar el Pla de la regió sanitària de Barcelona ciutat. S'asseyen l'alcoholisme, el tabaquisme i altres drogodependències com a objectius d'intervenció del Pla de salut. Cal destacar, en el vessant d'assistència primària sanitària, el paper que ha tingut l'Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament en l'elaboració de les guies d'actuació per a la detecció, el diagnòstic, el tractament i el seguiment dels bevedors excessius d'alcohol i el de les drogodependències, la sida i la tuberculosi.

No podem obviar, per la seva importància, el paper competencial que té l'Ajuntament vers l'assistència primària social i el CAS. Així, la prevenció i la reinserció són responsabilitat dels municipis catalans (Llei de serveis socials de 27-12-85). Promouen la incorporació en el II Pla d'actuació social (1992-1995), en l'apartat dels programes integrats, del Programa social de drogodependències, que situen sempre en els nivells preventius i d'integració social, concretant la seva actuació en els àmbits següents: accions de prevenció comunitària; detecció; informació, orientació, primera valoració i, si cal, derivació als centres d'atenció i seguiment referencial; seguiment de l'entorn sociosanitari, i seguiment del procés d'integració social un cop acabat el tractament.

En aquest sentit, l'Ajuntament té subscrit un conveni marc de cooperació interadministrativa en matèria de benestar social amb la Conselleria de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya des de l'any 1993, que inclou l'àmbit de les drogodependències des del seu vessant preventiu i d'inserció social. Els criteris d'actuació s'estableixen amb el Programa social de drogodependències sota el marc general de l'Órgan Tècnic de Drogodependències.

Així doncs, com a resum, observem que els nivells preventiu i de reinserció són competència municipal per la Llei

de serveis socials i la Llei municipal i de règim local de Catalunya. El nivell assistencial competeix a la Generalitat de Catalunya, que delega l'assistència específica en matèria de drogues al Pla d'acció sobre drogues i comparteix amb l'Àrea de Salut Pública l'assistència primària.

2.2. Oferta de serveis i programes de la ciutat

Per desenvolupar el Pla d'acció sobre drogues de Barcelona es va crear, l'any 1989, una xarxa assistencial especialitzada que li donés suport, xarxa que en els darrers anys ha experimentat un gran increment (figura 1), i a la vegada s'ha consolidat.

En l'eix preventiu i entre les activitats que es duen a terme en els diferents territoris de la ciutat, destaquen els programes comunitaris: plans de districte (prevenció, assistència, reinserció i dissuasió a l'àmbit del territori) i els programes de contacte i disminució de danys (programa de recollida de xeringues al carrer, programa d'agents de salut, servei d'atenció i prevenció sociosanitària –SAPS– nocturn, agents de salut a les oficines de farmàcia, i programa d'intercanvi de xeringues al carrer). També s'han desenvolupat programes de prevenció específics per a la intervenció en l'àmbit escolar (programes PASE i "Decideix").

En l'eix de tractament i reinserció, destaca l'activitat que duen a terme els centres d'atenció i seguiment de toxicomanies (CAS) de Barcelona. D'entre les activitats que fan aquests centres, cal destacar els programes de tractament de les addicions (programa lliure de drogues orientat a l'abstinença, programa lliure d'alcohol, programa de manteniment amb substàncies substitutives), el subprograma de diagnòstic i seguiment de patologies orgàniques, en què s'inclouen la prevenció, la detecció, el diagnòstic i el tractament de les principals patologies relacionades amb el consum de drogues psicoactives, i també el subprograma d'atenció social i seguiment de derivacions, que té com a objectiu afavorir els processos d'integració social a partir dels programes de reinserció existents. A les taules 2 i 3 es mostren els indicadors d'activitat desenvolupada a la ciutat de Barcelona durant l'any 1999 comparats amb els anys 1991 i 1997, en què s'observa el gran increment d'activitat i d'oferta que ha presentat la ciutat en aquests darrers anys.

Cal destacar que a l'any 1999 s'ha obert un nou CAS al districte d'Horta-Guinardó. Aquest equipament atén persones amb problemes relacionats amb l'alcohol, i els serveis que ofereix són els següents: servei d'acollida i informació, servei d'atenció als familiars, servei de tra-

tament de l'alcoholisme, i servei d'atenció als fills d'alcohòlics o alcohòliques, com també un centre d'activitats i tallers, treball social comunitari i col·laboracions amb voluntariat.

En l'apartat residencial, la unitat de llarga estada, la d'acollida i els programes residencials urbans han experimentat en el darrer quinquenni un augment tant quantitatius com qualitatius (figura 2).

D'altra banda, pel que fa a la reinserció, s'ha incrementat i consolidat l'oferta d'atenció social, de seguiment de derivacions, de processos d'integració social i de tallers educatius.

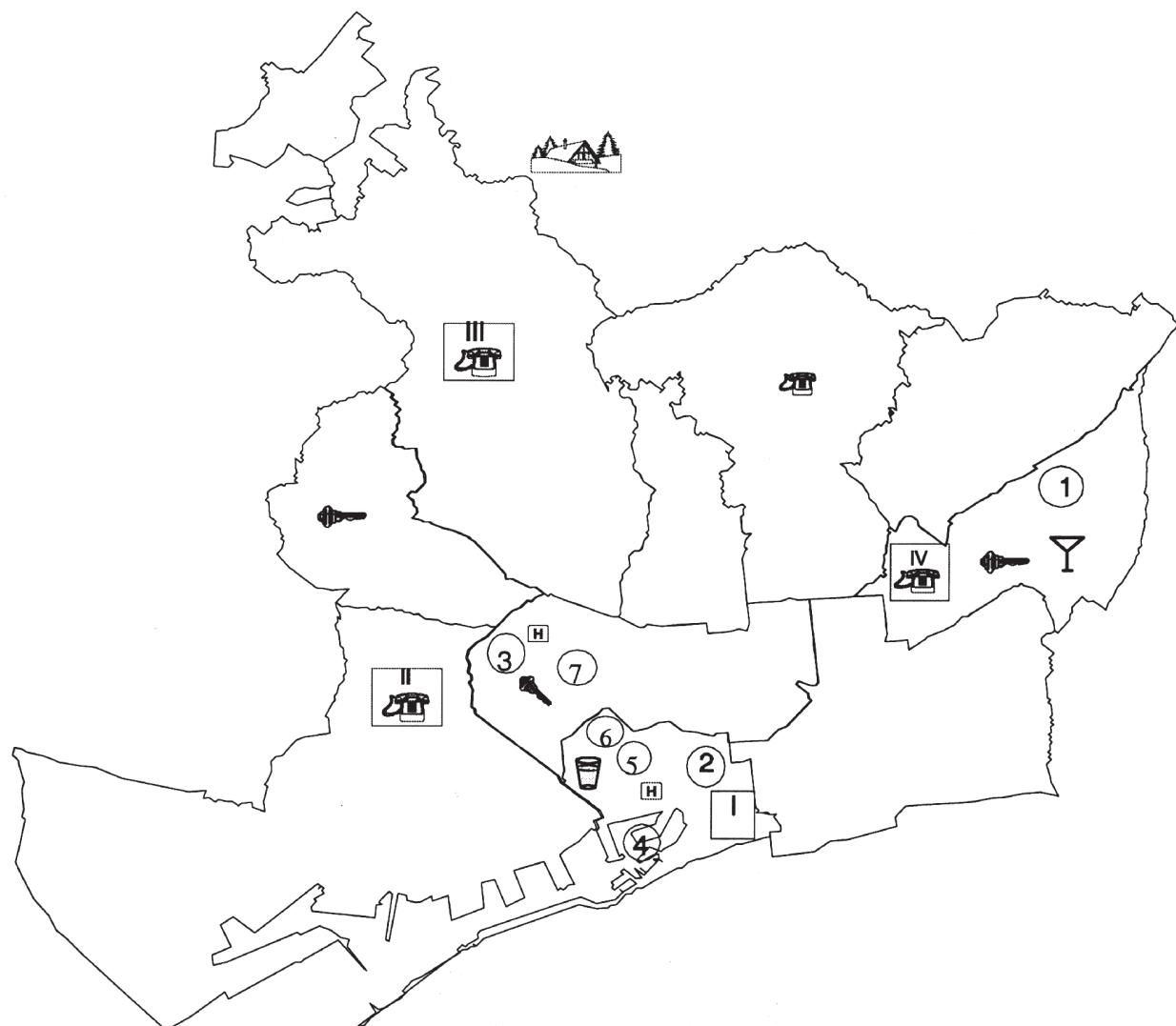
2.3. Perfil actual del problema

Barcelona disposa d'un conjunt de dispositius i sistemes d'informació que permeten analitzar la situació del consum de drogues legals i il·legals a la nostra ciutat. Entre aquests instruments, cal destacar el sistema d'informació de drogues (SIDB), el registre de sida i el de tuberculosi, les enquestes de salut de Barcelona i Catalunya, les enquestes de consum a l'àmbit escolar (FRESC i FRISC) i les estadístiques vitals de mortalitat. Així mateix, altres estudis d'àmbit català o espanyol han aportat dades sobre la realitat de Barcelona (Òrgan Tècnic de Drogodependències i *Plan nacional de drogas*), i també, com es comenta en cada cas, s'han fet estudis específics per a determinades substàncies (cocaïna) i processos (pacients en PMM). Cal destacar que el 1998 es va crear l'Observatori de nous consums juvenils, els informes del qual seran útils per a les properes edicions.

L'alcohol i el tabac són les substàncies psicoactives més esteses a la nostra ciutat i que més problemes de salut comporten. Sens dubte, la percepció social que generen és de tolerància i "normalitat". Poca alarma i molts pre-judicis són les regles del joc per al seu abordatge preventiu, juntament amb els importants interessos econòmics legals que les potencien.

Les drogues il·legals, per la seva naturalesa i els seus efectes, generen una percepció social radicalment diferent. Els opiacis, que van experimentar un considerable increment durant els vuitanta, generaren importants danys sanitaris i socials en el nostre entorn. Actualment, s'observa una estabilització a la baixa del fenomen i un canvi important en els hàbits de consum dels heroïnòmans. Sens dubte, encara avui l'heroïna continua estant present, de manera significativa, en les morts per sobre-dosi, la sida, la tuberculosi i el medi penitenciari.

Figura 1. Xarxa assistencial de Barcelona en drogodependències 1989



A. RECURSOS ESPECÍFICS

Centres d'atenció i seguiment

- I Cas Barceloneta
- II Cas Sants
- III Cas Sarrià
- IV Cas Garbivent
- 1 Casa Bloc
- 2 Unitat drogodependències de la Generalitat
- 3 Unidad d'alcoholisme de la Generalitat de Toxicomanias
- 4 Servei de prevenció i orientació (Spott)
- 5 Servei de toxicomanies de Cruz Roja
- 6 Caritas
- 7 Unitat tabaquisme Generalitat

Centres de reinserció

- Y Taller de Alcohol
- Tallers Socio-educatius
- ◆ Pisos terapèutics
- ▲ Comunitat terapéutica

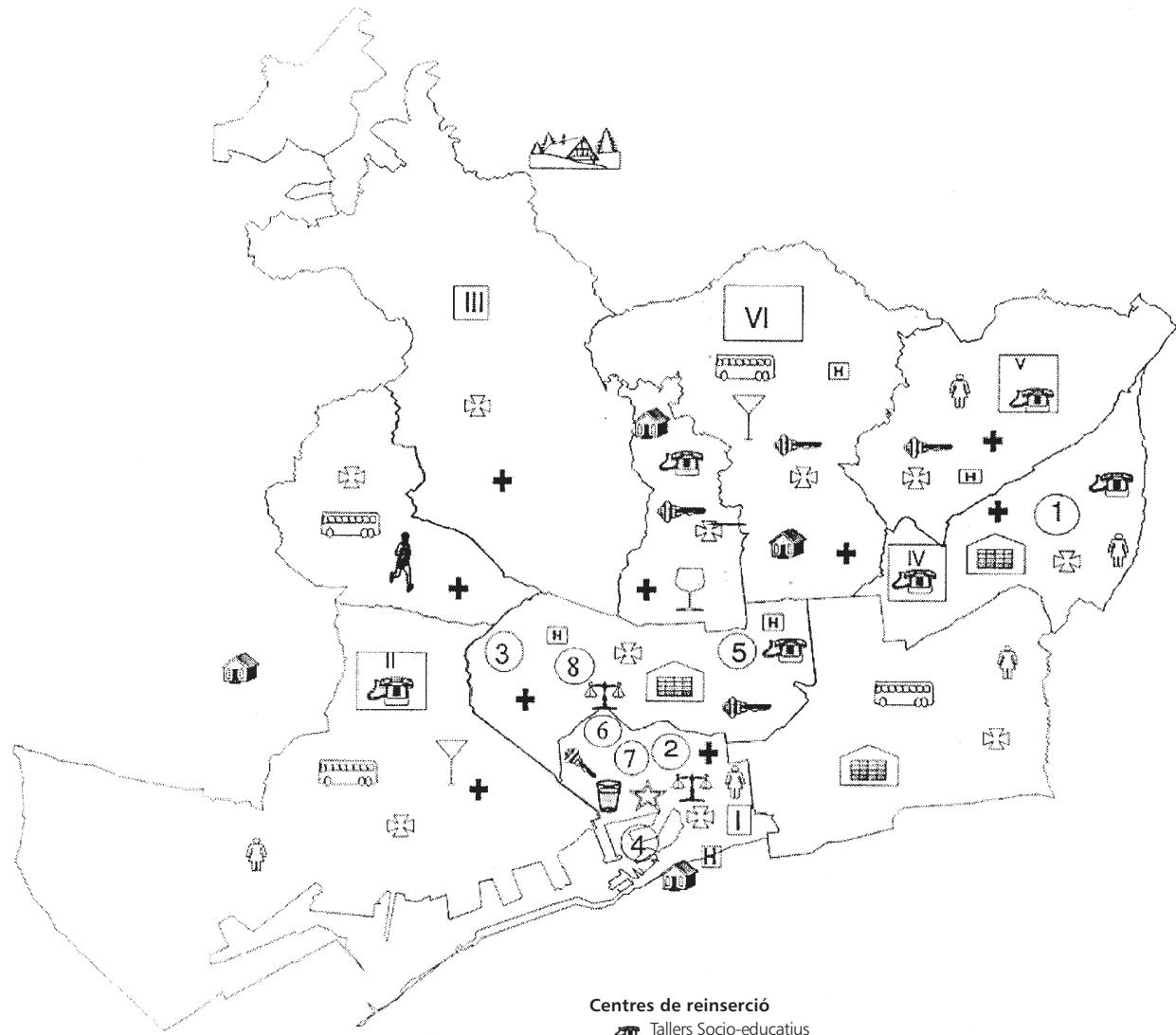
Altres recursos i programes

- [H] Unitat desintoxicació Hospital Mar i Clínic
- [C] Centre dispensador de metadona. Generalitat

B. RECURSOS INESPECÍFICS

- Serveis Socials, Serveis sanitaris
- Associacions de pobresa

Figura 2. Xarxa assistencial de Barcelona en drogodependències 2000



A. RECURSOS ESPECÍFICS

Centres d'atenció i seguiment

- I Cas Barceloneta
 - II Cas Sants
 - III Cas Sarrià
 - IV Cas Garbivent
 - V Cas Nou Barris
 - VI Cas Horta-Guinardó
 - 1 Casa Bloc
 - 2 Unitat drogodependències de la Generalitat
 - 3 Unidad d'alcoholologia de la Generalitat. Hospital Clínic
 - 4 Servei de prevenció i orientació (Spott)
 - 5 Unitat de toxicomanies St. Pau-Citran
 - 6 Servei de toxicomanies de Creu Roja
 - 7 CECAS
 - 8 Unitat tabagisme Generalitat

Centres de reinserció

- Centres de referència
 - Tallers Socio-educatius
 - Pisos terapèutics
 - Taller de Alcohol
 - Comunitat terapèutica
 - A. RAUXA
 - Sport DROG
 - E.A.T.-S.E.M.
 - Centre de dia

Altres recursos i programes

- Agents de salut al carrer
 - Unitat desintoxicació Hosp. Vall d'Hebron, Mar, Clínic, Sant Pau
 - Farmàcias dispensen. metadona
 - Agents Salut Farmàcia
 - SAPS (Sservei d'atenció i Prevenció Socio-Sanitària)
 - BUS metadona
 - C.D. Metadona. Generalitat
 - Centre de penitenciari. Model, Wat, Ras, Trinquet

B. RECURSOS INESPECÍFICS

- RECURSOS INESPECÍFICS**

Taula 2. Activitat desenvolupada pels centres d'atenció i seguiment (CAS) municipals. Barcelona, 1991-1997-1999

	Barceloneta			Sarrià			Nou Barris			Sants			Garbívent			Bus		
	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999
1a visita il·legals	249	177	178	154	272	292	SD	332	282	240	514	468	283	462	336	SD	SD	SD
1a visita alcohol.	24	83	61	56	155	143	SD	125	135	74	199	226	110	248	187	SD	SD	SD
Pacients PMM el 31-12	110	211	213	38	220	321	SD	281	378	42	312	384	23	322	383	SD	270	319
Visites successives il·legals i alcohol	ND 19.378	19.173	ND 15.938	16.543	SD 21.413	27.019	ND 40.876	38.941	ND 31.065	31.167	ND 39.292	40.900	SD	SD	—	SD	SD	SD
Visites successives PMM	ND 23.888	22.818	ND 18.163	20.644	SD 24.785	30.635	ND 31.111	27.676	ND 48.492	42.110	ND 33.111	27.676	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Pacients tractats durant l'any	602	616	615	489	914	978	SD	1.054	1.071	1.066	1.608	1.709	1.514	1.489	1.518	SD	SD	SD

PMM: Programa de manteniment amb metadona; ND: no hi ha dades; SD: sense dades

Font: Programa municipal d'atenció a les drogodependències

Taula 3. Activitat desenvolupada pels centres d'atenció i seguiment (CAS) municipals. Barcelona, 1991-1997-1999

CENTRES	1a visita		1a visita		1a visita		Pacients en PMM el 31-12		Visites successives		Visites successives		Pacients tractats				
	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999	1991	1997	1999		
Hospital Clínic	53	39	88	448	432	496	0	0	0	ND	ND	ND	0	0	ND	ND	ND
Lluís Companys	0	6	7	172	300	325	221	82	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Casa Bloc	111	158	174	3	18	39	0	0	0	ND	ND	ND	0	0	ND	ND	ND
Creu Roja	436	465	563	22	75	58	0	203	220	ND	8.573	10.219	0	18.905	11.781	ND	ND
Càritas	42	178	212	53	79	56	0	0	0	ND	ND	ND	0	0	ND	ND	ND
SPOTT	177	656	648	0	1	27	—	129	152	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
Hospital Sant Pau	295	194	326	68	174	174	0	86	150	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
CPH Barcelona	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	203	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
CP Joves	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	5	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
Barcelona	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	40	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
CP Dones	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND
Barcelona	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	ND	ND	ND	ND

PMM: Programa de manteniment amb metadona; ND: no hi ha dades; CPH: Centre penitenciari d'homes; CP: centre penitenciari

Font: Programa municipal d'atenció a les drogodependències

En els darrers anys, s'observa un increment dels problemes relacionats amb la cocaïna (problemes cardiovasculars i psicopatològics). Sembla que estan relacionats en gran manera amb usuaris antics, i no amb un augment de la incidència, i amb els heroïnòmans politoxicòmans.

Les drogues estimulants (amfetamines, de síntesi i LSD) van experimentar un lleuger augment. Un augment basat en el consum ocasional i experimental, i amb un alt rebuig de la subcultura de l'heroïna. En contraposició, pot existir una politoxicomania amb l'alcohol i la cocaïna. En tot cas, les poblacions d'heroïnòmans i de consumidors d'estimulants presenten perfils socio-demogràfics, culturals i de consum radicalment diferents i confrontats.

2.3.0. Tabac

El tabac ha estat la substància psicoactiva més consumida a la ciutat de Barcelona. El concepte, cada vegada més estès, de la relació existent entre hàbit tabàquic i problemes de salut, ha produït una major sensibilització entorn del tabac com a "objecte de risc". Al mateix temps, s'ha generat a la societat una més gran demanda a favor dels "espais lliures de fum" i es creen estratègies perquè els fumadors abandonin l'hàbit.

La dependència tabàquica és el principal problema de salut pública a la ciutat, i no tan sols per la morbiditat i mortalitat associades, sinó pels trastorns comportamentals que produeix la nicotina. Si bé la seva extensió i impacte són molt importants, la gran tolerància social existent, les campañes propagandístiques de la indústria i l'absència de conflictivitat, confereixen a l'hàbit tabàquic una aparent falta de problemàtica. L'abordatge del tabaquisme com a conducta adictiva, segons descriu el DSM-IV, té tractament des de la perspectiva psicosocial, comportamental i farmacològica. En aquest marc es combinen les estratègies d'abordatge clínic individual amb l'execució de polítiques públiques, des de la informació de les repercussions negatives, el compliment de normes legals i el contramàrqueting. Entre les activitats de prevenció desenvolupades, cal destacar la realització de programes com ara el PASE (Programa contra l'abús de substàncies estupefaents) i el Decideix, d'entre els que es desenvolupen en el marc escolar, com també

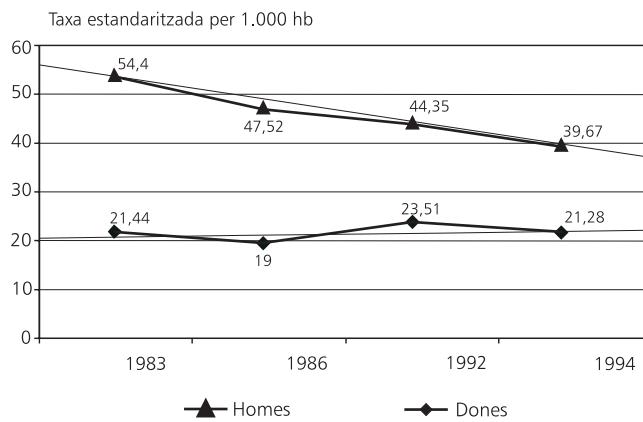
la potenciació de la transmissió de la informació positiva per deixar l'hàbit tabàquic entre la població en general.

Actualment, el consum de tabac continua present en un terç de la població barcelonina (29,5%), amb una progressiva equiparació entre homes (39,7%) i dones (21,3%). La tendència del tabaquisme en els homes és a la baixa, mentre que en les dones és globalment estable, però pujant sobretot en el grup de dones joves i pertanyents a la classe social alta (figura 3).

L'objectiu del Pla de salut de Barcelona per a l'any 2000 és arribar a una prevalença de consum general de la població del 20%. Si bé la tendència a Barcelona és descendent en els darrers anys, encara s'està lluny de l'objectiu marcat. Tot i així, l'enquesta FRISC (1997) mostra que en les darreres cohorts de joves la prevalença de consumidors habituals ha disminuït un 23% respecte a l'any 1996.

La mortalitat atribuïble al tabac presenta una tendència decreixent des de l'any 1993, i el 1995 va arribar a una taxa d'1,7 morts per cada 100.000 habitants, i es va millorar l'objectiu mínim marcat pel Pla de salut de Catalunya, la qual cosa es correspon amb la disminució observada en els darrers cinc anys de les morts produïdes per càncer de tràquea, bronquis i pulmó. Paral·lelament, la cessació tabàquica va en augment, i se supera l'objectiu proposat pel Pla de salut.

Figura 3. Prevalència de fumadors més grans de catorze anys. Per sexes.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona (1983, 86, 92) IMS
Enquesta de Salut de Catalunya (1994) Sevei Català de la Salut

2.3.1. Alcohol

L'estudi de la situació de dependència de l'alcohol (abús de l'alcohol al DSM-IV, o consum perjudicial d'alcohol segons ICD-10) a la nostra comunitat pateix d'importants limitacions, per la

qual cosa només es disposa de dades de les enquestes de salut.

El 1992 es va fer, en el marc de l'Enquesta de salut de Barcelona, una avaluació del percentatge de població de 15 a 65 anys que consumia més de 75 ml (60 g) d'alcohol per dia en els homes i 40 ml (32 g) en les dones. Aquests nivells, que es consideren de risc elevat, van mostrar percentatges del 6,6% en els homes i del 3,7% en les dones. Aquesta anàlisi no s'ha repetit, i això dificulta poder observar-ne l'evolució.

En mesurar la mortalitat atribuïble a l'alcohol (criteris proposats per Piedrola i els seus col·laboradors), s'observa una discreta tendència a la baixa (24,1 per cada 100.000 hab. el 1995), lluny encara del valor desitjat per a l'any 2000 (20,7 per cada 100.000 hab.) (figura 4).

La cirrosi hepàtica constitueix a la ciutat la cinquena causa de mortalitat prematura, amb una taxa de mortalitat de 22,62 per cada 100.000 hab., taxa que, expressada en APVP, mostra importants diferències entre les diferents zones socioeconòmiques de la ciutat, ja que és més del doble en els districtes deprimits que a la resta de la ciutat.

Pel que fa a les dades d'inicis de tractament en pacients alcohòlics, es disposa de les dades corresponents als centres d'atenció i seguiment (CAS) de la ciutat; no és pas així pel que fa a les que es produeixen en altres recursos (atenció primària de salut i salut mental), públics o privats. La tendència a l'alça que s'observa en els esmentats centres sembla que es deu més a variacions en l'oferta, que no pas en la demanda (figura 5). Durant l'any 1998, iniciaren tractament en aquests centres 1.902 persones amb problemes d'alcohol. La mitjana d'edat d'aquests pacients fou de 42,5 anys, i la seva història etilica prèvia de 22 anys.

No es detecten en aquesta població altres comportaments de risc relacionats amb l'alcohol més que els tradicionals, ja que els que es donen en la població juvenil que mostra patrons de consum compulsiu esporàdic, no són detectats als CAS. No es disposa a la ciutat d'altres indicadors que permetin avaluar les tendències de problemàtiques associades al consum d'alcohol, com podrien ser les altes hospitalàries, els accidents de trànsit relacionats amb l'alcohol o la presència de problemàtica sociosanitària en la xarxa primària social i de salut.

Figura 4. Evolució de la mortalitat atribuïble a l'alcohol

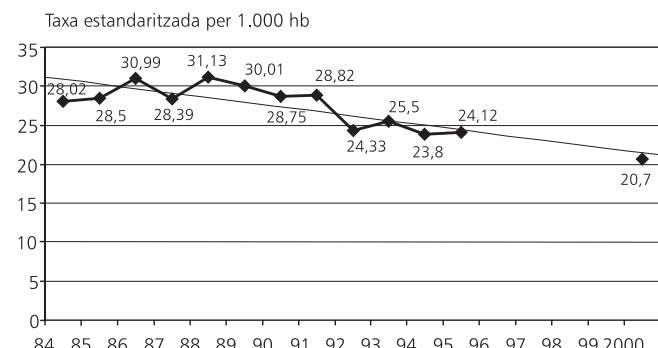
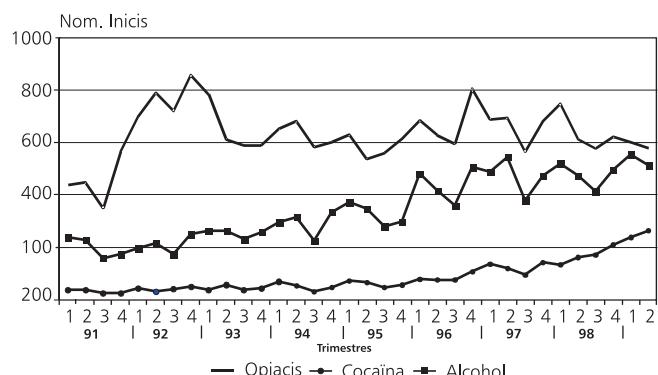


Figura 5. Evolució del nombre d'inicis de tractament en els CAS de Barcelona segons la droga que motiva el tractament. Barcelona, 1991-1998



2.3.2. Heroïna

En un estudi d'estimació de la prevalença, mitjançant la tècnica de captura-recaptura, s'han estimat a la ciutat prop de 10.000 consumidors d'opiacis ($N = 9.176$; $I/C = 7.188-12.222$). Junament amb aquestes dades, hi ha evidències que reforcen la hipòtesi que el nombre de consumidors crònics s'està estabilitzat a la baixa. Entre aquestes evidències, cal destacar les demandes d'inici de tractament (93%) de casos coneguts, la disminució de nous casos detectats per urgències (de 1.350 a 565) i la mortalitat per sobredosi (del 16,1% al 12,4%).

L'heroïna és la substància que més inicis de tractament ha provocat en l'últim decenni (figura 5). Durant el 1998, ho van fer un total de 2.556 pacients, un 31% els quals ho van intentar per primera vegada. A diferència d'altres moments del període, dels casos nous, només un 25% consumien per via injectada, i un 9% d'aquests compartien els estris de venopunció.

Pel que fa a la sida, cal destacar que, entre la població d'usuaris crònics d'heroïna per via endovenosa, ha disminuït el nombre de nous casos afectats (l'any 1998, 101 casos). Així mateix, el nombre de casos d'infecció pel virus ha passat d'una taxa del 5,5% l'any 1991 a una d'1,5% l'any 1996 (figura 6).

La mortalitat per sobredosi ha experimentat un lleuger descens en els darrers anys, en part relacionat amb la modificació de les pautes de consum i també amb els mecanismes d'atenció immediats extrahospitalaris (061). Aquestes defuncions per sobredosi, juntament amb les provocades per la sida, constitueixen actualment a Barcelona la primera causa de mortalitat juvenil i la primera causa en anys potencials de vida perduts. Totes dues, amb una pronunciada diferenciació sociodemogràfica.

Els 2.556 heroïnòmans que iniciaren tractament el 1998, mostraven el perfil següent: el 75% eren homes amb una edat compresa entre els 30 i els 35 anys, més de les dues terceres parts dels quals havien intentat abans el tractament. La seva història de consum era d'uns deu anys. El 82% vivien amb la família, el 47% no tenien estudis bàsics, i el 54% estaven a l'atur buscant el primer treball. Per mantenir econòmicament la seva drogodependència, es gastaven una mitjana de 36.000 pessetes setmanals, i les obtenien en un 32% del seu treball, un 20% de la família, un 12% de robatoris, un 11% del tràfic de droges, un 8% de la prostitució i un 8% de fons socials; la resta, el 9%, no ho declaraven. El 71% havien estat detinguts alguna vegada, i més de la meitat d'aquests havien ingressat a la presó. Els motius pels quals havien iniciat tractament era per pressió familiar (35%), per problemes de salut (27%) i per problemes legals (7%). Havien anat a urgències sanitàries durant l'últim any un 4%, i d'aquests, un 27% per episodis de sobredosi; la prevalença observada d'infecció VIH l'any 1998 en aquest col·lectiu era del 28%.

Els programes de manteniment amb metadona (PMM) i els programes de disminució de risc s'iniciaren el 1990 i s'expandiren enormement al llarg del període. L'elevada retenció dels PMM davant els clàssics orientats a l'abstinença (75% enfront del 6%) al cap d'un any de tractament, representa per si sola una excepcional

Figura 6. Evolució del nombre de casos de sida en UDVP i de la taxa de seroconversió al VIH. Barcelona, 1984-1998.

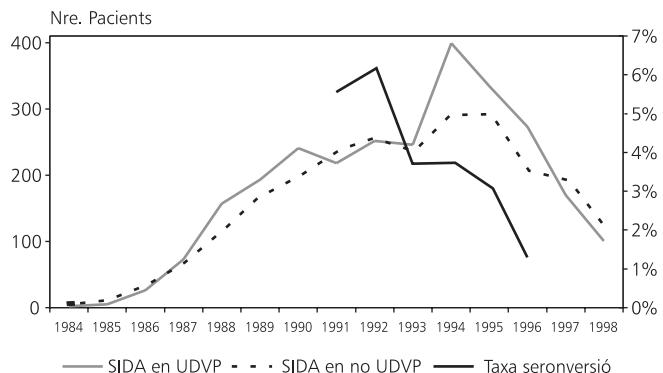


Figura 7. Supervivència dels usuaris d'opiacis segons la font d'origen.

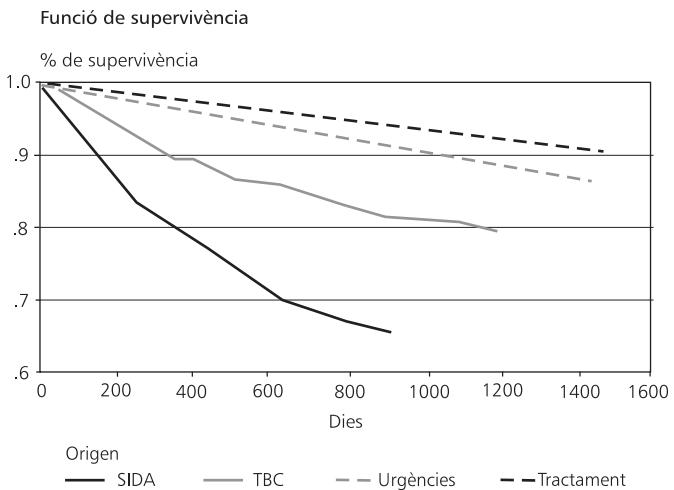
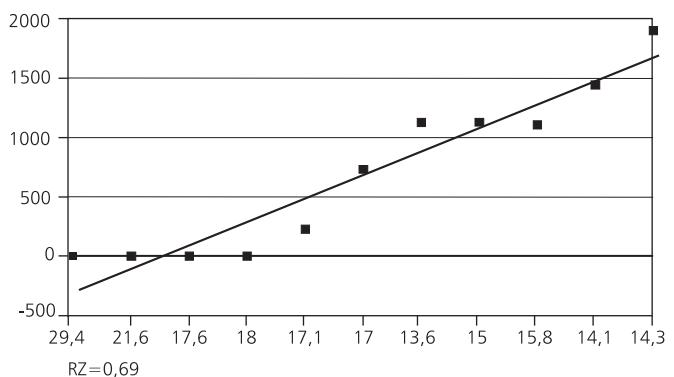


Figura 8. Correlació entre les places de manteniment amb metadona i el percentatge de victimització. Barcelona, 1987-1997.



ocasió de supervisió i actuació clínica. La figura 7 mostra que la supervivència dels heroïnòmans en tractament és un 5% més gran que els que es detecten a urgències i no segueixen cap tractament, i un 20% més gran que en els pacients diagnosticats de tuberculosi que no reben tractament. Aquests mateixos PMM faciliten que el compliment dels programes antituberculosos es dugui a terme avui en drogodependents pràcticament igual que en la resta de la població (93% i 96%).

Al cap de dotze mesos de tractament, els heroïnòmans medicats en un PMM mostren millors manifestes en vitalitat, percepció del dolor, aïllament social, mobilitat, situació laboral i procediments judicials.

Globalment, a la ciutat s'observa una acceptable correlació ($R^2 = 0,69$) entre el nombre de places de PMM disponibles i la percepció ciutadana d'inseguretat (índex de victimització) (figura 8).

2.3.3. Cocaïna

La prevalença de consumidors de cocaïna a la ciutat ha requerit un estudi específic. Amb la metodologia de "bola de neu", s'estimà que el 1991 hi havia prop de 35.000 consumidors esporàdics (un mínim d'una vegada en els darrers sis mesos o vint-i-cinc vegades al llarg de la vida) de cocaïna. La xifra estimada de consumidors crònics (un mínim d'una vegada per setmana en els darrers sis mesos) era de 12.000 persones. L'any 1999, mitjançant la tècnica del captura-recaptura utilitzant l'indicador d'urgències, s'ha estimat que la prevalença d'usuaris problemàtics és de 25.988 persones, la qual cosa significa una taxa de 3 per cada 100 habitants de 15 a 54 anys a la ciutat de Barcelona.

L'any 1999, la cocaïna fou la tercera causa que motivà tractament en els pacients atesos en els centres d'atenció i seguiment de la ciutat, tot i que cal tenir present que, en el cas dels tractats per primera vegada, la cocaïna va superar l'heroïna, amb 646 casos versus 627. La història que manifesten aquests pacients mostra que van fer, abans d'iniciar el tractament, prop de set anys de consum, preferentment per via nasal, encara que en els dos últims anys s'observa un augment progressiu de la via fumada i injectada, molt vinculada als politoxicòmans d'heroïna i cocaïna.

Els inicis de tractament han crescut progressivament els darrers anys (100 el 1991, 120 el 1994 i 983 el 1999), amb un més gran pendent en els tres darrers anys. A les urgències, el nombre de pacients que consulten per

cocaïna ha passat de 450 l'any 1992 a 2.021 l'any 1999. Les característiques i els perfils dels addictes a la cocaïna fa preveure un increment de la demanda d'atenció per part dels centres de salut mental, com també d'una problemàtica no explicitada i no demandada, que impossibilita una quantificació precisa de la morbiditat atesa i percebuda relacionada amb el consum de cocaïna.

2.3.4. Drogues de síntesi

La dècada dels noranta ha estat marcada per la inflexió en l'ús de l'heroïna i la popularització de les drogues de síntesi. Aquestes "substàncies de moda" es presenten en forma de pastilles o píndoles, de composició molt variable i, obviament, desconeguda pel consumidor, que es vincula al perfil lúdic de consum esporàdic i de cap de setmana, en la població juvenil, amb l'alcohol com a acompanyant habitual.

Està en fase de realització un estudi sociològic en l'àmbit metropolità per avaluar la seva extensió, impacte i perfils de consum, que es farà amb una més gran precisió que l'actual. Les actuacions s'han centrat en la prevenció de l'ús responsable, fomentant els estils de vida lliures de substàncies desconegudes, els seus possibles riscos, i les actuacions urgents que cal dur a terme en cas d'alteracions produïdes pel consum (cop de calor, alteracions hemodinàmiques o psicològiques, etc.).

Entre les urgències ateses a la ciutat, el primer cas en què apareix mencionat l'èxtasi es produeix el 1992, i des de llavors s'ha produït un lent però constant increment, fins a arribar a les 320 urgències ateses el 1998. No són significatius els traumatismes i la resta de causes externes en aquest volum d'urgències; destaquen, en canvi, els trastorns cardiovasculars i els psicològics. Són escassos els inicis de tractament per aquestes drogues en els centres d'atenció i seguiment de la ciutat, i es concentren en grups de consumidors que han tingut algun problema sanitari col·lectiu (grup amb algun cas d'alteració greu que ha estimulat el conjunt) o legal. A la ciutat de Barcelona s'ha reportat dos morts per intoxicació aguda relacionada amb aquestes substàncies, tot i que tots dos tenien presència d'altres substàncies.

2.4. Poblacions vulnerables

2.4.0. Introducció

Estudis previs, duts a terme a la ciutat de Barcelona, han posat de manifest la presència de desigualtats i poblacions especialment vulnerables en el consum de substàncies psicoactives. A fi i efecte de poder estudiar la distribució d'aquest col·lectiu, hem analitzat en primer lloc la distribució dels indicadors socials a la ciutat de Barcelona.

2.4.1. Distribució dels indicadors a escala territorial

Distribució dels indicadors socials

La distribució de la població amb més atur es troba al centre de la ciutat i en determinades àrees bàsiques de Salut (ABS) que pertanyen a les zones perifèriques de la ciutat (Besòs, Ciutat Meridiana, Bon Pastor o el Carmel), les quals van patir un creixement important durant els anys seixanta principalment d'immigrants d'altres zones més pobres de l'Estat. Actualment, són àmbits obrers on l'atur, principalment de llarga durada, ha estat molt present des de la crisi del començament dels anys vuitanta. Les zones de la ciutat que presenten una situació més benestant són les àrees bàsiques de Sarrià - Sant Gervasi i de l'Eixample. Aquest patró s'observa en la figura 9.

Si observem la distribució de dos indicadors que mostren condicions de vida més extremes, com són les pensions mínimes de reinserció (PIRMI) o la distribució del percentatge de persones ingressades a la presó Model segons zona de residència, observem una distribució similar a l'anterior, i les zones més afectades són la zona centre i portuària i la zona nord-est de la ciutat (figures 10 i 11).

La distribució dels indicadors de salut

A l'analitzar alguns indicadors de mobilitat relacionats amb el consum de drogues, observem que presenten una distribució territorial similar a la descrita anteriorment. Tal com s'observa a la figura 12, el consum d'opiacis és més elevat a l'àrea cèntrica de la ciutat (Ciutat Vella), a les zones litoral i nord-est de la ciutat, essent més baix a la zona de l'Eixample i nord-oest. Aquest patró és molt similar a la distribució de la sida i la tuberculosi en usuaris de drogues, ja que això és un reflex dels pacients afectats i no de la malaltia en si.

Si observem la relació existent entre els indicadors socioeconòmics i la distribució del consum d'opiacis, observem que les correlacions són altes per a tots els indicadors ($r > 0,7$), i s'observa una més gran relació amb els indicadors que mostren situacions extremes, com són el de pobresa extrema (*pirmis*) i el de conflictivitat social (presó) (figura 13).

Altres causes de mort, com la mortalitat per cirrosi i per càncer de pulmó en els homes, també presenten una distribució desigual i amb un patró similar al descrit anteriorment. La relació entre la mortalitat per cirrosi i càncer de pulmó amb l'atur es presenta en la figura 14. Un altre aspecte important que cal tenir en compte és l'evolució de les desigualtats a la ciutat de Barcelona. Tal com s'observa en la figura 15, la mortalitat per sobredosi de drogues i per sida va experimentar un augment l'any 1987, i de forma molt més important al districte de Ciutat Vella que a tot Barcelona o al districte més benestant. El 1996, pel que fa a la sida, aquesta diferència ha disminuït, però en el cas de la sobredosi s'ha mantingut constant.

Finalment, cal assenyalar que quan s'analitza la mortalitat segons nivell d'estudis, s'observa que tant per al cas de la sida com pel que fa a la sobredosi, les persones amb menys estudis presenten unes taxes més altes (figura 16).

Figura 9. Distribució del percentatge d'atur segons ABS

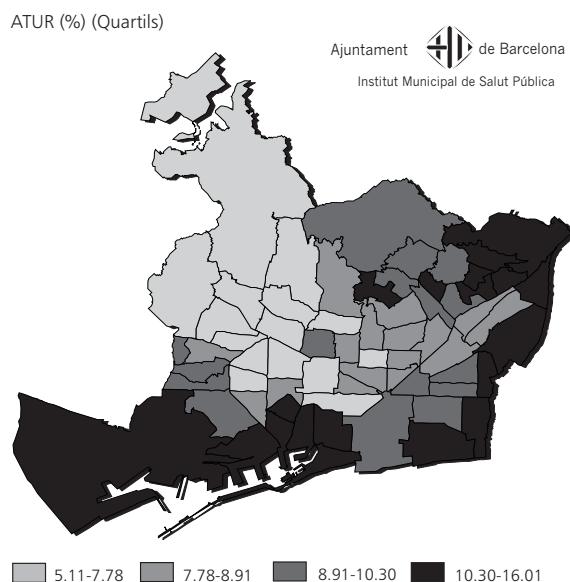


Figura 10. Distribució de la taxa de pirmis concedides per ABS

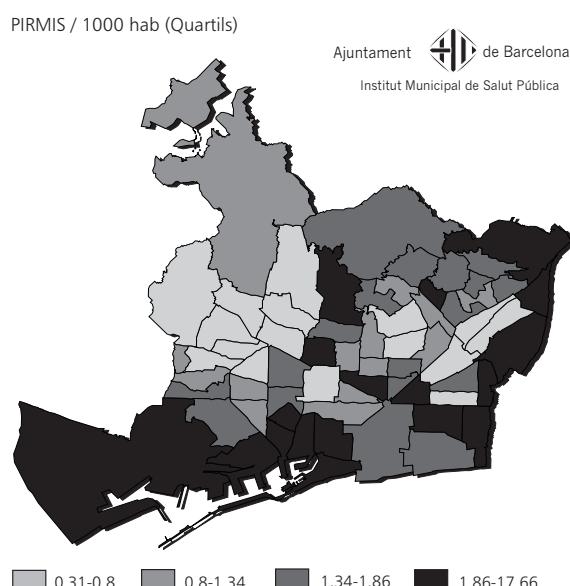


Figura 11. Distribució de la taxa d'ingressats a la presó Model segons ABS

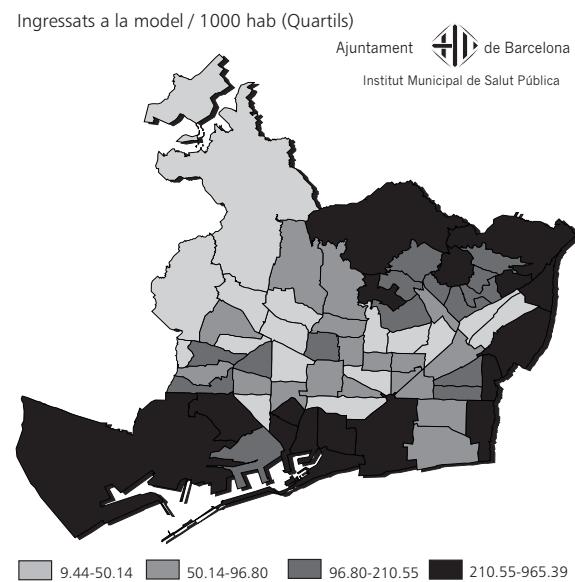


Figura 12. Distribució de la prevalença de consum d'opiacis segons ABS

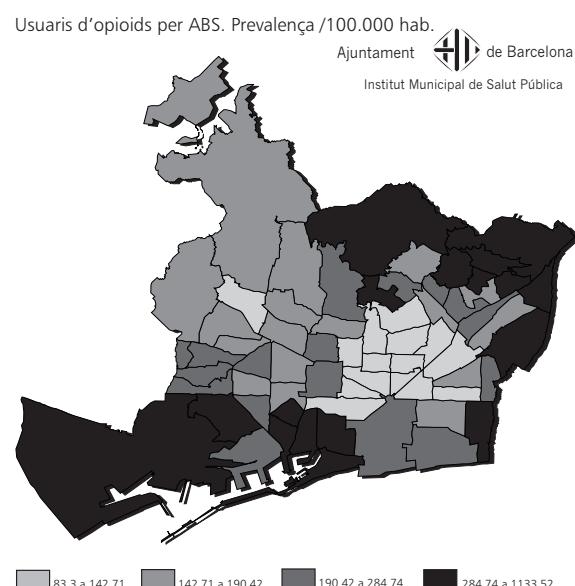


Figura 13. Correlació de la prevalència del consum d'opiacis segons atur i taxa d'empresonament

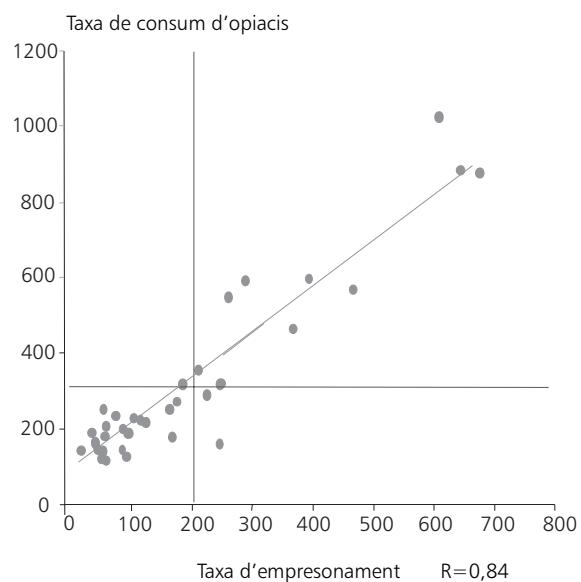
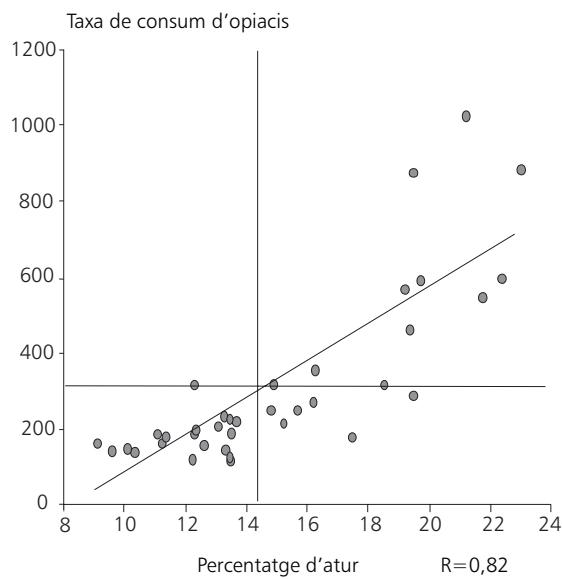
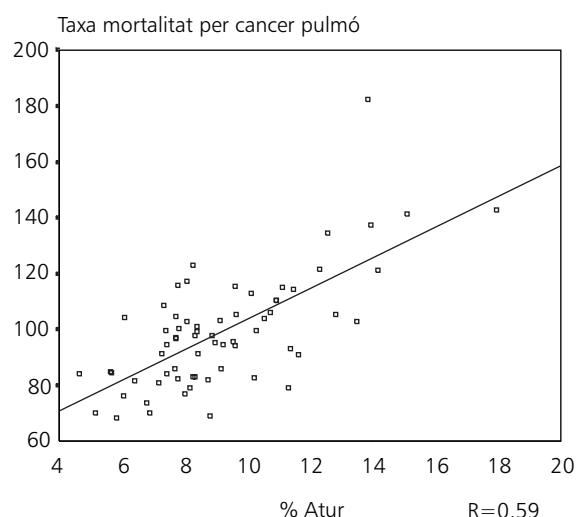
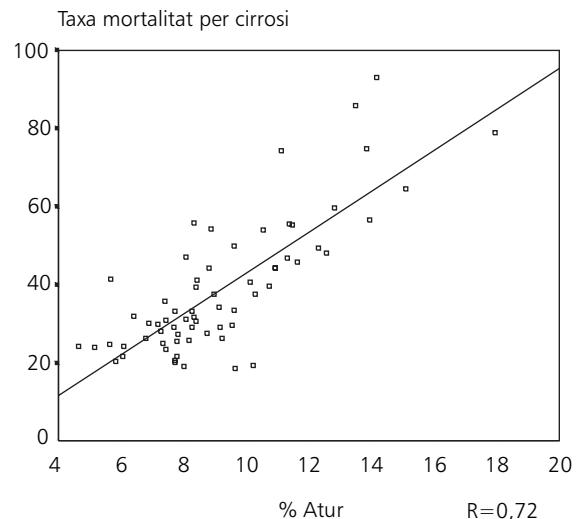


Figura 14. Correlació de la mortalitat per cirrosi i càncer de pulmó segons atur



2.4.2. Els col·lectius marginals

La marginació és una situació que implica una manca de recursos a tots els nivells, des d'un punt de vista estructural que ha estat profundament interioritzada i no es pot modificar en el pla diners de treballs realitzats sense contracte. La meitat de la població té uns ingressos setmanals inferiors a 10.000 ptes.; el grup de menys ingressos és el dels toxicòmans, i el que en té més, les prostitutes/ transvestits. En tots quatre col·lectius hi ha un percentatge important de gent que ha estat detinguda durant l'any anterior a l'entrevista. El cas en què aquesta proporció resulta més elevada és el dels toxicòmans, entre els quals aquesta situació s'ha donat en un 91% dels casos.

El coneixement de la salut de la població marginal és una tasca difícil, ja que les fonts d'informació sanitària de la ciutat habitualment no inclouen aquesta població. És per això que a Barcelona, l'any 1997, es va fer una enquesta específica per a població marginal, que incloïa prostitutes i transvestits que treballen al carrer, persones immigrades que provenen de països en vies de desenvolupament i normalment amb situació legal d'irregularitat, i, finalment, toxicòmans i toxicòmanes en actiu. Per a l'obtenció de la mostra es va utilitzar el mètode de zones *blanc* (la mostra va ser de seixanta persones per col·lectiu). D'altra banda, es va fer una enquesta a població sense sostre de la ciutat, que són persones que viuen al carrer o a centres d'acollida. En aquest cas la mostra va ser de 483 persones (aproximadament la meitat del col·lectiu present a la ciutat).

A continuació es presenten els resultats de les dues enquestes. Cal assenyalar que, com que els qüestionaris no eren exactament iguals, no es poden donar els mateixos resultats per a les dues enquestes.

Característiques sociodemogràfiques, de l'habitatge i de xarxa social

En la taula 4 es presenten les principals característiques sociodemogràfiques. Excepte en el cas dels toxicòmans, la majoria de persones entrevistades són dones. El grup d'edat més freqüent és el de 31 a 45 anys per a tots els col·lectius, excepte el cas dels sense sostre, que és la de més de 45 anys.

Figura 15. Distribució de la mortalitat per sobredosi i sida en dos districtes de Ciutat Vella i tot Barcelona

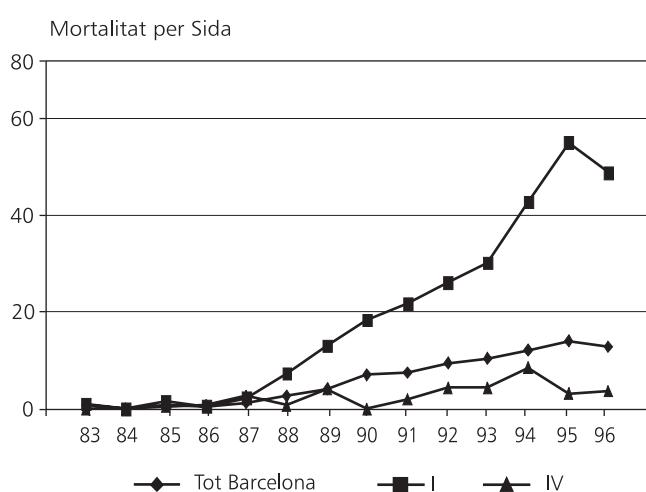
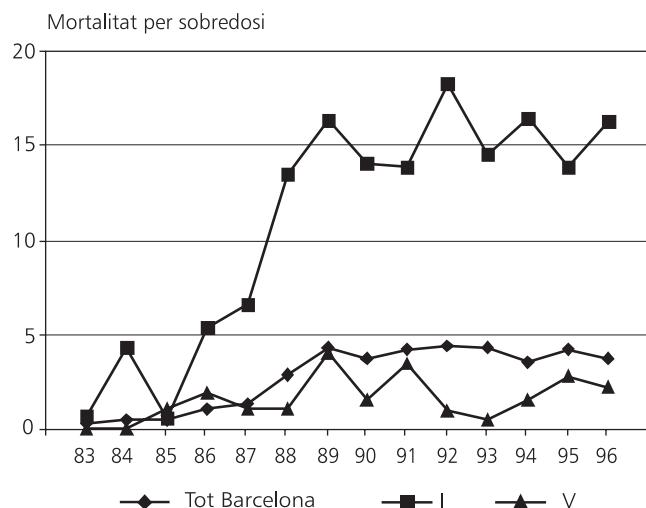
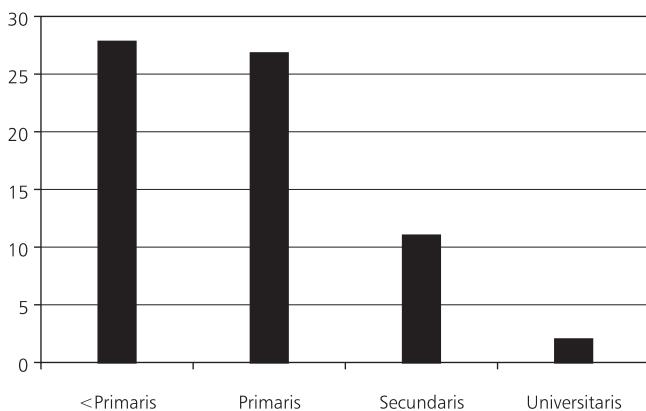


Figura 16. Mortalitat per sobredosi segons nivell d'estudis



Taula 4. Característiques sociodemogràfiques i de l'habitatge en els quatre col·lectius: prostitutes/transvestits, immigrants i toxicòmans i sense sostre. Barcelona, 1997

		PROSTITUTES		IMMIGRANTS		TOXICÒMANOS		SENSE SOSTRE	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sexe	Homes	19	31,1	25	41,7	38	64,4	434	89,9
	Dones	42	68,9	35	58,3	21	35,6	49	10,1
Edat	< 31 anys	19	31,1	26	43,3	25	42,4	103	21,7
	31-45 anys	34	55,7	27	45,0	32	54,2	169	35,6
	> 45 anys	8	13,1	7	11,7	2	3,4	203	42,7
Origen	BCN-Catalunya	26	42,6	-	-	44	74,6	180	37,3
	Estat Espanyol	28	45,9	-	-	11	18,6	226	46,8
	Estranger	7	11,5	60	100	4	6,8	77	15,9
Estat civil	Solter	37	60,7	30	50,0	40	67,8	254	52,6
	Altres situacions	24	39,3	30	50,0	19	32,2	229	47,4
Persones que viuen soles		19	31,1	10	16,7	13	22,0	—	—
Aigua (corrent, calenta, dutxa)	Totes tres	45	73,8	41	68,3	37	62,7	—	—
Energia (elèctrica, gas, butà)	Com a mínim dues	48	78,7	53	88,3	44	74,6	—	—
Comoditats a la llar (rentadora, nevera, cuina)	Totes tres	42	68,9	45	75,0	33	55,9	—	—
Problemes a l'habitatge (goteres, esquerdes, humitat, mal ventilat, mal il·luminat)	Cap	42	68,9	21	35,0	27	45,8	—	—
	Un problema	10	16,4	17	28,3	14	23,7	—	—
	Dos o més problemes	9	14,8	22	36,7	18	30,5	—	—
Presència d'insectes, rates o altres	Com a mínim un	16	26,2	25	41,7	22	37,3	—	—
Nivell d'estudis	Analfabets i < primaris	31	50,8	27	45,0	22	37,3	86	17,8
	Primaris	23	37,7	9	15,0	33	55,9	319	66,0
	> primaris	7	11,5	24	40,0	4	6,8	78	16,1
Obtenció de diners	Treball sense contracte	26	42,6	29	48,3	19	32,2	—	—
	Diners de la parella	26	42,6	27	45,0	15	25,4	—	—
	Diners dels pares	12	19,7	15	25,0	26	44,1	—	—
	Prostitució	61	100	-	-	10	16,9	—	—
Ingressos setmanals (ptes.)	< 10.000	18	29,5	31	51,7	41	69,5	—	—
	11.000-30.000	17	27,9	24	40,0	12	14,1	—	—
	31.000-50.000	5	8,2	3	5,0	3	5,0	—	—
	> 50.000	21	34,4	2	3,3	4	6,7	—	—
Detencions		27	44,3	22	36,7	54	91,5	—	—
Total		61	100	60	100	59	100	483	100

n: nombre de casos

Un 17,5% dels entrevistats viuen sols o soles, i el percentatge més alt (31%) és el pertanyent al grup de prostitutes/transvestits. El grup dels toxicòmans i toxicòmanes és el que gaudeix de menys comoditats a la llar, és a dir rentadora, nevera i cuina. Cal destacar que el 29,6% no tenen aigua calenta ni dutxa i que un alt percentatge dels entrevistats tenen problemes importants al seu habitatge, com ara goteres, esquerdes, mala ventilació, humitat o mala il·luminació, com també presència d'insectes, rates, etc. (evidentment, aquesta informació no existeix per als sense sostre).

La majoria tenen estudis primaris o primària incompleta.

Respecte a la població que no és sense sostre, un 40% obtenen diners de treballs realitzats sense contracte. La meitat de la població té uns ingressos setmanals inferiors a 10.000 ptes.; el grup de menys ingressos és el dels toxicòmans, i el que en té més, les prostitutes/ transvestits. En tots quatre col·lectius hi ha un percentatge important de gent que ha estat detinguda durant l'any anterior a l'entrevista. El cas en què aquesta proporció resulta més elevada és el dels toxicòmans, entre els quals aquesta situació s'ha donat en un 91% dels casos.

En la figura 17 es presenten les càrregues familiars dels enquestats dels tres col·lectius de l'enquesta de marginals, en què s'observa la menor càrrega de persones grans i la càrrega més important de fills menors; destacarem que el 10% de toxicòmans en actiu declaren tenir fills al seu càrec. Pel que fa a suport social, més d'un 90% dels enquestats declaren tenir una o més persones per parlar de problemes personals, la majoria de les quals són familiars.

Els dotze mesos anteriors a l'entrevista, una tercera part de la població marginal ha tingut necessitat d'ajut per malaltia, necessitat d'allotjament i necessitat d'ajut per menjar (figura 18). La majoria dels casos han obtingut l'ajut que necessitaven.

Estat de salut

Les dones presenten pitjor estat de salut percebut que els homes, i són sobretot el col·lectiu dels immigrants i el dels toxicòmans els que es troben en una situació més deficitària, ja que han manifestat mala salut més de la meitat dels casos.

Entre els trastorns crònics més declarats, cal destacar els trastorns nerviosos o depressions que afecten més de la meitat dels enquestats i principalment els toxicòmans. Seguidament el mal d'esquena, la migranya i els trastorns de circulació, que afecten sempre més les prostitutes/transvestits. Pel que fa a l'hepatitis, afecta un 86% dels toxicòmans i un 23% de les prostitutes. Cal assenyalar que un 3,3% de les prostitutes/transvestits i un 13,6% dels toxicòmans declaren tenir sida, i un 9,8% i un 49,2% de cada col·lectiu, respectivament, declaren ser VIH-positius.

Tant pel que fa a la salut percebuda, com a la presència de trastorns crònics, aquests col·lectius presenten una situació molt més precària que la població en general de Barcelona.

Figura 17. Distribució de les càrregues familiars segons col·lectiu

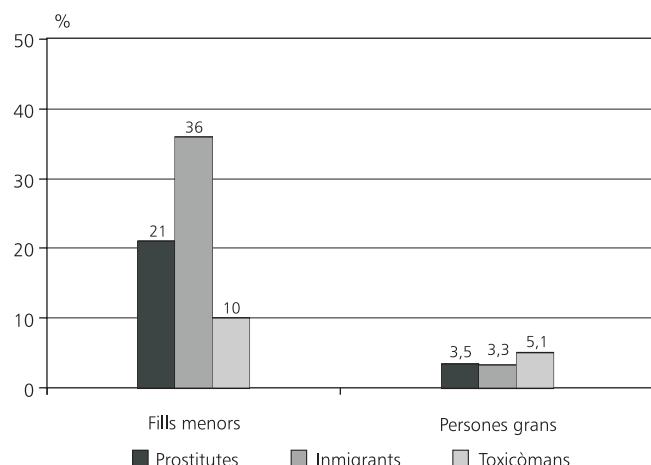
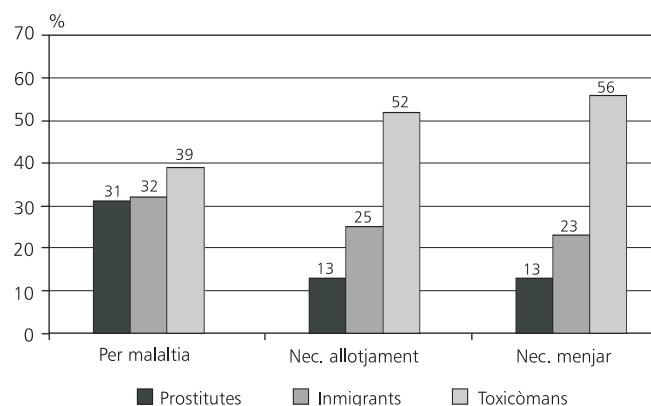


Figura 18. Distribució de les necessitats d'ajut segons col·lectiu



Respecte a la salut mental, cal assenyalar que els col·lectius que tenen unes puntuacions més baixes i, per tant, pitjor salut mental, són les prostitutes/transvestits i els toxicòmans. En canvi, la vitalitat és pitjor en el cas dels toxicòmans. A la població sense sostre, se'ls va passar un altre qüestionari de salut mental, ja que entre els indigents aquesta problemàtica sol ser molt important. Es va detectar ansietat en un 25% dels casos, depressió en un 22,7%, paranoia en un 4,5%, megalomania en un 2,3% i culpa delirant i esquizofrènia en un 1,1%.

Conductes relacionades amb la salut

En la figura 19 es presenta el consum de tabac i d'alcohol. El consum de tabac és més important en el cas dels toxicòmans (97%), els sense sostre (84,5%) i les prostitutes/transvestits (77%). Un 49,5% dels sense sostre, un 43% de les prostitutes/transvestits i un 37% dels toxicòmans i toxicòmanes tenen un consum d'alcohol elevat, superior als 40 g d'alcohol al dia, que és considerat de risc per a la salut. Un 38% de les prostitutes/transvestits i un 22% dels toxicòmans declaren tenir problemes de salut a causa de l'alcohol. Tant el consum de tabac com el de l'alcohol són més elevats que els de la població en general de Barcelona.

Respecte al consum en l'últim mes (figura 20), s'observa que és més alt el de cocaïna que el d'heroïna en tots els grups, principalment entre les prostitutes/transvestits i els toxicòmans. Les prostitutes/transvestits i els toxicòmans que han pres heroïna alguna vegada, ho han fet majoritàriament per via injectada. La cocaïna ha estat presa per via nasal en la majoria de prostitutes/transvestits (83,3%) i, en canvi, la majoria (67,9%) de toxicòmans l'han pres per via injectada.

Si analitzem el policonsum, observem que les prostitutes/transvestits han consumit cocaïna sola (18% dels casos), i la resta cocaïna i altres substàncies; en canvi, els toxicòmans han consumit sobretot heroïna i cocaïna (20,3% dels casos), o bé heroïna, cocaïna i benzodiazepines (64,4%).

Respecte a la utilització del preservatiu, la majoria dels enquestats i enquestades declaren utilitzar el preservatiu quan tenen relacions sexuals amb parelles ocasionals (70% dels casos), i aquest percentatge és més alt en el cas de les

prostitutes/transvestits. Els toxicòmans no l'utilitzen tant. Respecte a la utilització de preservatiu en les parelles estables, la majoria declaren no utilitzar-lo mai.

Utilització de serveis sanitaris i socials

Prop del 50% de la població entrevistada ha anat al metge durant els trenta dies anteriors a l'entrevista, i el percentatge més alt correspon al del col·lectiu dels toxicòmans. La majoria de col·lectius s'han visitat en un centre de salut, tot i que els toxicòmans també utilitzen els serveis d'urgències i els centres d'atenció i seguiment per a toxicòmans (CAS), i els sense sostre també els serveis d'urgències.

Un 81% de les prostitutes van al ginecòleg periòdicament, mentre que només ho fan un 60% de les immigrants i el 50% de les toxicòmanes.

Figura 19. Consum de tabac i alcohol (> 40g/dia) segons col·lectiu

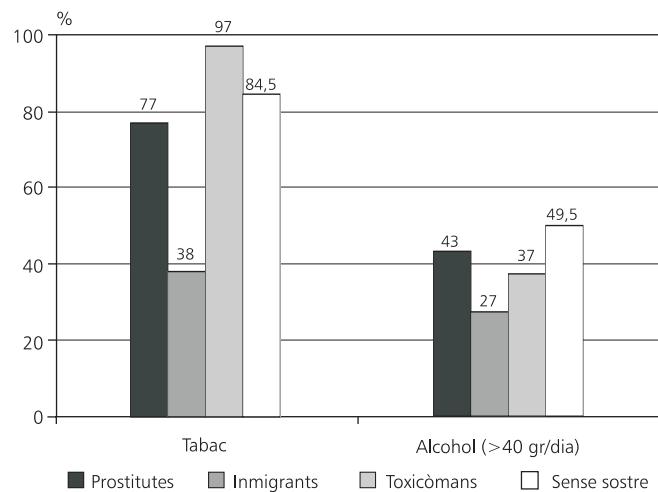
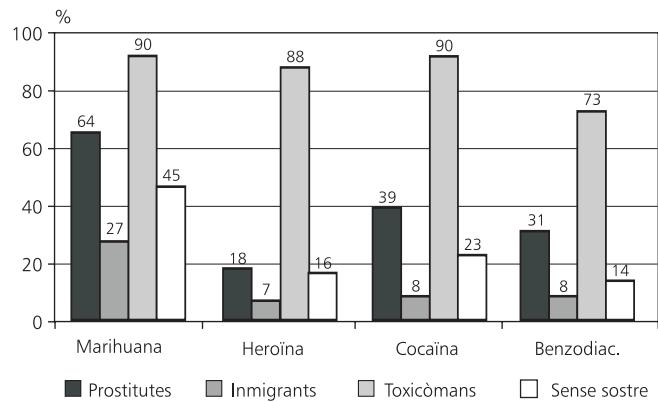


Figura 20. Consum de drogues psicoactives segons col·lectiu



Un percentatge elevat de persones han visitat els serveis socials durant l'últim any. Els toxicòmans són els que més ho han fet, en un 69% de casos, seguits dels immigrants, en un 52%, i les prostitutes/transvestits, en un 33%; els sense sostre tan sols ho han fet en un 18% de casos.

Conclusions

La distribució dels usuaris de drogues esta fortament relacionada amb elevats índexs de pobresa i amb una conflictivitat social extrema. Aquestes desigualtats, que van augmentar al començament dels anys noranta, estan en actualment estancades.

En determinades zones deprimides de la ciutat, la relació entre pobresa i consum de drogues no és tan clara. A mateix nivell d'atur, hi ha barris amb més prevalença d'usuaris de drogues i altres barris amb baixa prevalença. Aquest fet té diverses explicacions. En primer lloc, una explicació podria ser la falta de vertebració social o l'existència de xarxes de suport social (fet també anomenat capital social), les quals actuarien d'esmorteidor de la problemàtica social en alguns barris. aquestes variables podrien afectar de manera diferent als diversos barris de la ciutat.

Una segona explicació podria ser l'efecte de les variables contextuales de grup, és a dir, el fet que la interacció entre una persona i una altra dins de la comunitat pot tenir un efecte en la transmissió d'una creença, actituds o valors, en el nostre cas, l'addicció.

Finalment, podríem parlar de la desintegració social que pateixen determinats barris, provocada per la concentració de població marginal. Aquest fenomen està descrit en els nuclis de les grans ciutats industrialitzades i s'anomena fenomen d'inner city. És a dir, que la marginació atreu més marginació.

CAPÍTOL 3

COM CONTINUAR AVANÇANT. OBJECTIUS I EIXOS
D'INTERVENCIÓ DEL PLA 2000-2003

3. PLA D'ACCIÓ 2000-2003

3.0. Eixos d'intervenció i objectius

En el decurs d'aquestes tres actuacions dins el PABD, s'ha mantingut la mateixa missió, la qual cosa ens permet prosseguir en la mateixa línia, és a dir que:

"Les línies de lluita contra les drogues s'han d'entendre orientades a impedir, tant com sigui possible, el seu consum; a evitar els efectes de la marginació social, individual i col·lectiva que comporten, i a ajudar les persones que en volen abandonar l'hàbit, si és possible, a reinserir-se socialment o, com a mínim, aconseguir que la droga tingui els mínims efectes negatius sobre la seva salut, la seva vida i el seu entorn social."

Per tal d'implantar aquesta missió, les estratègies que cal utilitzar per al 2000-2003 són l'ordenació de tots els recursos assistencials en el si del PADB, la integració funcional del PADB amb la xarxa de salut mental, primària sanitària i social, i la consolidació dels programes de contacte i salut.

Seguint la metodologia emprada des del seu inici, cal definir els eixos en què es vertebrà el Pla d'acció sobre drogues per als anys 2000 a 2003, i és, en aquest sentit, que el Pla es dota, després de deu anys de treball continuat, d'un cinquè i nou eix, l'eix territorial; així doncs, el Pla queda configurat de la manera següent:

- Eix de prevenció
- Eix d'assistència i incorporació social
- Eix de dissuasió
- Eix de coneixement
- Eix territorial.

Seguidament detallarem els objectius generals que emmarquen cada eix d'actuació, com també els objectius específics que concreten l'aplicació de les directrius polítiques per a aquest nou període.

3.1. Eix de prevenció

L'eix preventiu del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona orienta les seves accions vers la consecució d'un estat de benestar de les persones de la nostra comunitat que, immerses en una cultura de consum, molts cops addictiva, han de disposar de la informació i el reforçament positiu per evitar l'ús de drogues, així com les conseqüències associades al consum.

El treball del Pla dins aquest eix estarà centrat en l'evitació, tant com sigui possible, de les conductes d'ús, abús

i dependència de substàncies psicoactives en les persones de la nostra comunitat. Aquesta intenció, s'ha de treballar en un ambient de sinergia entre tots els estaments de la comunitat, com ara el social, el cultural, el familiar i l'àmbit de salut, independentment de si es tracta de les actuacions envers drogues legals o il·legals.

Així, se centraran les activitats de prevenció de les drogodependències a identificar i intervenir sobre les circumstàncies individuals i socioculturals que afavoreixen l'aparició de l'ús de drogues, independentment de si la persona és un jove, un adolescent o bé un adult. S'entén que la utilització de drogues se situa en un marc de relacions en què les expectatives, les motivacions i les recompenses del seu ús tenen un paper important, especialment si aquestes experiències d'ús no troben altres activitats i experiències vitals alternatives.

En definitiva, creix la importància d'estimular la capacitat de respecte i comunicació entre les persones, mantenint una estratègia operativa de promoció de la salut, des del doble vessant de l'educació per la salut a l'escola i la prevenció i detecció precoç de conductes de risc o patologies físiques o socials relacionades amb l'abús de substàncies, i des de l'atenció primària de salut o serveis socials de base.

Tot això, sense oblidar les actuacions que dificultin la presència de les drogues en els diferents ambients (measures de compliment de normativa de venda, tràfic, etc.), que resten incloses en l'eix de dissuasió, però que sota cap circumstància no minvaran l'estat de dret de la persona, ja que aquest fet podria produir una marginació i/o estigmatització que impossibilitaria la integració de l'usuari a la societat.

A tot el que s'ha exposat, cal afegir que les mesures preventives han de ser generals amb les particularitats necessàries de cada àmbit d'intervenció i actuant sobre cada franja de població de forma diferenciada, i alhora perseguint una interconnexió com si de "gots comunicants" es tractés. Per això, s'ha de comptar amb la participació, tant pel que fa a la seva definició com a la seva realització, de totes les parts implicades, és a dir, els joves i adolescents, els adults, els professionals, els pares i mares, els mitjans de comunicació, l'entorn escolar, el món laboral i les xarxes associatives i de voluntariat, etc.

Objectius generals de l'eix preventiu:

- a) Evitar o, si més no, endarrerir l'edat del primer ús de substàncies amb capacitat addictiva, tant legals com

- il·legals, en la població d'adolescents i joves de la nostra ciutat.
- b) Evitar la progressió i consolidació de l'ús de substàncies addictives, legals i il·legals, en les persones que ja les consumeixen.
 - c) Afavorir la cultura del lleure mitjançant la utilització d'espais lúdics i participatius al llarg de les diferents etapes de la vida.

Objectius específics de l'eix preventiu:

1. Crear, conjuntament amb el Servei de Promoció de la Salut de l'Istitut Municipal de Salut Pública, un catàleg dels programes existents de prevenció de drogues en l'àmbit escolar, evaluats abans de l'any 2001.

Avaluació:

- Col·laboració en l'establiment dels criteris mínims d'efectivitat dels programes específics.
- Col·laboració en l'elaboració dels catàlegs.
- Publicació dels catàlegs.

2. Difondre a totes les escoles de primària i secundària de la ciutat de Barcelona el catàleg actualitzat dels programes de prevenció de drogues en l'àmbit escolar.

Avaluació:

- Percentatge d'escoles de primària i secundària que reben el catàleg.

3. Actualització continuada dels programes preventius de l'abús de substàncies addictives que es promocionen des de l'Istitut Municipal de Salut Pública.

Avaluació:

- Percentatge d'actualitzacions dins els programes en curs en un període de quatre anys, i nombre d'actualitzacions en cada programa.
- Nombre de nous programes o materials.

4. Avaluació continuada del procés d'introducció i utilització de programes preventius a l'escola.

Avaluació:

- Percentatge de programes amb avaluació anual.

5. Ampliar la implantació dels programes preventius específics en l'àmbit escolar fins a aconseguir, com a mínim, que el 50% de les escoles els desenvolupi abans de l'any 2003.

Avaluació:

- Percentatge d'escoles que tenen almenys un programa de prevenció de drogues implantat a l'escola.

6. Formació dels docents encarregats d'introduir algun dels programes a l'escola (p. ex.: programa Decideix).

Avaluació:

- Nombre de professors que assisteixen al curs anualment (total i per districtes).

7. Formació del 50% dels tècnics dels equips de salut territorial, abans del 2001, com a conductors i moderadors de sessions, col·loqui i prevenció en l'àmbit familiar dins el programa de suport preventiu (p. ex.: visionament del vídeo *Pares i mares d'adolescents: viure els riscos, pensar els límits*).

Avaluació:

- Percentatge de professionals dels equips de salut escolar formats.

8. Difondre el Programa de suport preventiu adreçat a pares i educadors al 100% de les associacions de mares i pares abans del 2001.

Avaluació:

- Percentatge d'associacions de mares i pares que han rebut el material.

9. Garantir el suport tècnic a les entitats ciutadanes que s'adrecin al Pla per dur a terme un projecte de prevenció de drogues.

Avaluació:

- Percentatge d'entitats ciutadanes que han rebut suport tècnic després de presentar un projecte.

10. Realització, actualització i promoció, abans de la fi del 2001, d'un material de sensibilització i informació per a la població en general i per a subpoblacions específiques sobre el risc associat al consum de tabac, begudes alcohòliques i psicofàrmacs, alcohol i conducció, i cànnabis.

Avaluació:

- Publicació del material.

11. Distribució del material de sensibilització i informació per a la població en general, garantint la seva presència en el 60% dels punts d'informació ciutadana, el 30% de les oficines de farmàcia, el 50% dels centres d'assistència primària, sanitaris i socials, i el 100% de les associacions implicades en els temes de drogues, abans del 2002.

Avaluació:

- Percentatge de cobertura aconseguida.

12. Realització, cada any, d'un curs per a nous voluntaris i d'un curs d'actualització per a responsables d'associacions.

Avaluació:

- Realització dels cursos.

13. Assessorament i orientació a professionals docents i associacions de pares i mares sobre activitats preventives que vulguin posar en funcionament.

Avaluació:

- Nombre d'assessoraments.

14. Difondre el model de programa preventiu d'àmbit laboral, desenvolupat amb la col·laboració del Centre de Salut Laboral de l'Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona i els sindicats, adreçant-se a tota empresa de més de cent treballadors establerta a la nostra ciutat abans del 2001.

Avaluació:

- Percentatge d'empreses de més de cent treballadors a les quals se'ls ha informat del Programa.

15. Estudiar individualment els casos dels fills de drogodependents que inicien tractament, i valorar i detectar les seves necessitats i perseguir que abans de l'any 2003 tots els fills de persones amb problemes d'addicció que inicien tractament hagin estat estudiats.

Avaluació:

- Percentatge de fills valorats de persones amb problemes d'addicció que hagin iniciat tractament a qualsevol centre d'atenció.

16. Ampliar la cobertura del programa d'actuació específic per als fills de drogodependents en situació de risc especial, perseguint que, anualment, almenys el 80% dels pacients amb fills que hagin iniciat tractament estiguin inclosos en el programa.

Avaluació:

- Percentatge anual de fills inclosos en el programa.

17. Coordinació amb altres institucions (universitats, etc.) i àrees de l'Ajuntament (Serveis Socials, Jovantut, Guàrdia Urbana, etc.) per incentivar la realització d'activitats que fomentin la cultura del lleure saludable, facilitin la integració social i facin prevenció del risc (accidents de trànsit relacionats amb el consum d'alcohol o altres drogues).

Avaluació:

- Nombre d'activitats anuals realitzades dirigides a infants i/o joves, en l'àmbit de Barcelona ciutat, que promoguin el lleure saludable.
- Memòria de les activitats realitzades per a la prevenció primària dels accidents de trànsit atribuïbles a l'alcohol.
- Nombre d'accidents de trànsit ocorreguts a la ciutat de Barcelona i que tinguin com a causa l'ús de drogues legals o il·legals.

18. Durant el període de vigència d'aquest Pla sobre drogues, s'emetrà una circular que recordi sistemàticament als organitzadors de les revetllles populars, als serveis municipals dels districtes i a la Guàrdia Urbana la limitació de l'oferta de begudes alcohòliques i la prohibició de la seva promoció mitjançant concursos, amb l'objectiu d'assolir una cobertura del 100% dels organitzadors

Avaluació:

- Percentatge d'organismes organitzadors de revetllles populars que han rebut una circular per recordar la limitació en l'oferta de begudes alcohòliques i la prohibició de fer-ne promoció.
- Percentatge d'expedients oberts per incompliment de la normativa sobre el total de revetllles organitzades.

19. Durant el període de vigència d'aquest Pla sobre drogues, s'haurà de garantir la presència de begudes alternatives en el 100% de les celebracions promogudes per l'Administració local.

Avaluació:

- Percentatge de celebracions promogudes per l'Administració local que ofereixen begudes sense alcohol.

20. Continuar oferint un servei d'orientació sobre drogues als professionals que treballen amb adolescents que n'inicien el consum i als pares, des de fora del marc dels centres de tractament per evitar l'estigmatització que poden representar.

Avaluació:

- Percentatge d'increment de les demandes.

21. Garantir que en tots i cadascun dels plans sobre drogues de districte hi参与 activament almenys una entitat o associació del territori.

Avaluació:

- Percentatge d'entitats o associacions que han participat sobre el total de plans de districte en funcionament.

22. Abans de l'acabament de l'any 2000, el PADB elaborarà unes recomanacions sobre la dispensació responsable de begudes alcohòliques.

Avaluació:

- Edició de les recomanacions.

23. Abans de l'acabament del 2001, tots els serveis municipals disposaran de les recomanacions sobre dispensació responsable de begudes alcohòliques.

Avaluació:

- Nombre de serveis municipals que disposen del material respecte al total de serveis municipals.

3.2. Eix d'assistència i incorporació social

Aquest eix persegueix oferir una atenció a les persones que, presentant un consum de risc o bé una dependència, necessitin un ajut personalitzat i específic. Les intervencions dissenyades engloben des de l'atenció primària fins a l'especialitzada, incidint sobre els factors biològics, psicològics i socials inherents al fenomen de la drogaaddicció.

En definitiva, es pretén fer una tasca orientada a millorar i, si és possible, guarir les persones amb drogodependències, com també al control i el tractament de les patologies orgàniques, psicològiques i sociofamilials associades al consum. Com a darrer objectiu, es procurarà la incorporació o reincorporació de la persona a la seva comunitat, fins i tot en els casos en què la deshabituació no sembli viable (programes de reducció de danys).

Objectius generals d'assistència i incorporació social

- a) Millorar la qualitat i esperança de vida de la població dependent de substàncies amb capacitat addictiva i del seu entorn més immediat.
- b) Garantir l'accés als dispositius assistencials a tota persona que ho sol·liciti.
- c) Potenciar les actuacions que afavoreixin el canvi d'hàbits i comportaments de risc de la població usuària de drogues legals i/o il·legals.

Objectius específics de l'eix assistència i incorporació social:

1. Garantir una atenció especialitzada sectoritzada abans de l'any 2001.
Avaluació:
 - Percentatge d'usuaris dels centres específics residents a la mateixa unitat territorial.
2. Disposar d'un catàleg de programes i serveis mí nims assistencials i de reinserció per a tots els centres d'atenció i seguiment de la ciutat abans d'acabar l'any 2001.
Avaluació:
 - Publicació del catàleg.
3. Garantir una mínima oferta assistencial i de reinserció en cadascun dels centres d'atenció i seguiment de la ciutat, independentment de la seva titularitat, abans del 2002.
Avaluació:
 - Percentatge de pacients nous als quals se'ls assigna els programes i serveis mí nims del catàleg.

4. Garantir que el nou usuari del servei serà atès abans de quinze dies des del moment de la sol·licitud de tractament. Aquest objectiu ha de ser assolit abans de l'any 2001, amb criteri de cobertura poblacional.

Avaluació:

- Dies transcorreguts entre la demanda de tractament i la primera visita concedida.

5. Protocol·litzar i editar les diferents activitats que configurin el catàleg de serveis mí nims abans de l'any 2002.

Avaluació:

- Elaboració dels protocols.
- Edició dels protocols.

6. Creació i aplicació d'un instrument d'història clínica en suport informàtic per a les àrees sanitàries, socioeducatives i psicoterapèutiques abans del 2002.

Avaluació:

- Elaboració de les històries clíniques en suport informàtic de les àrees sanitàries, socioeducatives i psicoterapèutiques.
- Aplicació de l'instrument d'història clínica als CAS.

7. Elaborar i aplicar els protocols de detecció de sida, hepatitis B i C, tuberculosi i malalties de transmissió sexual a tots els pacients que sol·licitin tractament en qualsevol dels centres específics de la ciutat abans del 2001.

Avaluació:

- Nombre de centres assistencials que els apliquin i enregistren a la història sanitària.
- Percentatge anual de diagnòstics realitzats per cada nou pacient i enregistrats a la història clínica.
- Percentatge de protocols de detecció aplicats per cada pacient nou i enregistrat a la història clínica.

8. Realització de l'anamnesi protocol·litzada de detecció de disfuncions socials a tots els pacients que sol·licitin tractament en qualsevol dels centres específics de la ciutat abans del 2001.

Avaluació:

- Nombre de centres assistencials que les apliquin i enregistren a la història social.
- Percentatge anual d'anamnesis realitzades per cada nou pacient i enregistrades a la història social.
- Percentatge de disfuncions socials detectades sobre el total d'anamnesis realitzades.

9. Abans del 2003, les intervencions sobre les disfuncions socials greus s'hauran de dur a terme en el 60% dels pacients atesos als centres d'atenció i seguiment.

Avaluació:

- Percentatge anual de nous usuaris als quals se'ls apliquin les intervencions protocol-litzades sobre disfuncions socials i les enregistren a la història social.

10. Realització de l'anamnesi protocol-litzada per detectar els trastorns mentals (història psicopatològica) a tots els pacients que sol·licitin tractament en qualsevol dels centres específics de la ciutat abans del 2003.

Avaluació:

- Nombre de centres assistencials que apliquin l'anamnesi psicopatològica i l'enregistren a la història clínica.
- Percentatge anual d'anamnesis realitzades dins el total d'històries clíniques obertes.

11. Creació de circuits i protocols de coordinació i derivació amb la xarxa d'assistència primària sanitària, social i mental abans del 2002, en cadascun dels centres d'atenció i seguiment.

Avaluació:

- Percentatge de pacients nous que, sent subsidaris de derivació, s'hagin derivat anualment a les xarxes corresponents (salut mental, atenció primària de salut i atenció primària social).
- Percentatge persones derivades des del CAS a les xarxes normalitzades amb protocol de derivació emplenat.
- Percentatge de pacients nous en què consta que s'ha fet alguna coordinació.

12. Garantir que cada nou usuari dels centres d'assistència i seguiment tindrà diagnòstic i un pla terapèutic individualitzat i enregistrat a la seva història clínica, tot especificant els vessants sanitari, social i psicoterapèutic. Aquest objectiu serà cobert abans del 2002.

Avaluació:

- Nombre de centres que apliquen diagnòstics i pla terapèutic individualitzat.
- Percentatge d'enregistrament de diagnòstic i pla terapèutic en document d'història clínica després de trenta dies d'haver iniciat el tractament.

13. Fer un diagnòstic d'orientació en cadascun dels vessants estudiats: patologia orgànica, trastorns mentals i del comportament (incloent-hi els trastorns

perús de drogues), utilitzant els codis de classificació de les malalties CIE-10, que inclou totes les patologies, abans d'acabar l'any 2002.

Avaluació:

- Percentatge d'històries clíniques obertes amb orientació diagnòstica codificada.
- Percentatge de persones derivades dels CAS a les xarxes normalitzades amb protocol de derivació emplenat.
- Percentatge de casos nous en els quals consta que s'ha fet alguna coordinació amb altres xarxes.

14. Crear protocols de detecció per al diagnòstic precoç de patologies psiquiàtriques dels usuaris dels CAS abans del 2001.

Avaluació:

- Disposar de protocols de detecció de patologies psiquiàtriques.

15. Establir amb el Servei de Salut Mental del Consorci Sanitari de Barcelona els mecanismes de coordinació que permetin adreçar els pacients amb patologia psiquiàtrica des de la Xarxa de Drogues a la de Salut Mental, per tal que rebin un tractament integrat abans del 2002.

Avaluació:

- Establiment d'una plataforma de Coordinació entre el Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona i el Programa de Salut Mental del Consorci Sanitari de Barcelona.

16. Validar instruments per a l'avaluació dels programes terapèutics abans del 2003.

Avaluació:

- Disposar dels instruments evaluats abans del 2003.

17. Garantir l'efectivitat dels serveis dels CAS abans del 2003.

Avaluació:

- Aplicació dels instruments d'avaluació de resultats validats a tots els CAS de Barcelona.
- Millora anual dels indicadors de qualitat de vida dels usuaris atesos.

18. Abans del 2003, s'haurà de tenir informació sobre el consum de drogues no institucionalitzades (opiàcis, cocaïna i altres estimulants, derivats del cànnabis, al·lucinògens, inhalants, etc.) d'almenys el 80% de la població atesa a l'assistència primària de salut (APS) de menys de 45 anys, i s'haurà d'haver donat consell mínim o intervenció breu orientada a

l'abstinència i a la prevenció dels riscos associats amb aquest consum, almenys al 60% dels consumidors detectats, tal com assenyala el Pla de salut.

Avaluació:

- Evolució del percentatge d'històries clíniques d'assistència primària (HCAP) d'adults de menys de 45 anys de la població atesa als centres d'AP en els quals consti el registre dels consums de drogues no institucionalitzades, tal com assenyala el Pla de salut.
- Percentatge de consumidors de drogues detectades a l'APS als quals s'ha donat consell mínim o intervenció breu orientada a la prevenció de riscos associats.

19. Abans del 2003, s'haurà de tenir informació sobre el consum d'alcohol d'almenys el 80% de la població atesa a l'assistència primària de salut (APS) de més de disset anys, i un 40% de la població adolescent d'entre quinze i disset anys atesa als centres d'APS. Igualment s'haurà d'haver donat consell mínim o intervenció breu almenys al 50% dels consumidors de quantitats excessives d'alcohol detectats, tal com assenyala el Pla de salut.

Avaluació:

- Percentatge de persones de més de disset anys que tenen registrat a la història clínica d'assistència primària (HCAP) el consum d'alcohol.
- Percentatge de persones d'entre quinze i disset anys que tenen registrat a la història clínica d'assistència primària (HCAP) el consum d'alcohol.
- Percentatge de persones de més de disset anys que tenen registrat a la història clínica d'assistència primària (HCAP) un consell per a la reducció del consum d'alcohol.
- Percentatge d'històries clíniques d'assistència primària (HCAP) de be vedors de risc que tenen registrat un consell per a la reducció del consum d'alcohol.

20. Abans de l'any 2003 s'haurà aprofundit en la promoció de les intervencions breus (detecció precoç i intervenció breu) sobre abusadors d'alcohol i altres drogues des de l'atenció primària de salut i, eventualment, des d'altres àmbits inespecífics com ara el món laboral, els serveis d'urgències o traumatologia, etc. S'impulsarà la derivació treballada des de serveis sanitaris de pacients dependents de substàncies legals i il·legals, tal com assenyala el Pla de salut.

Avaluació:

- Nombre d'activitats (coordinacions, sessions clíniques, etc.) fetes dins el període de vigència d'aquest pla.
- Materials editats o difosos.

21. Editar una carpeta de materials de suport per a la intervenció sobre problemes d'alcohol des de l'atenció primària de salut.

Avaluació:

- Edició i distribució del material.

22. Contribuir a la informació, assessorament i formació continuada dels professionals d'atenció primària de salut.

Avaluació:

- Nombre de sessions de formació o assessoraments facilitats.

23. Continuar garantint la cobertura al 100% dels tractaments als pacients que estan empresonats i en PMM i són residents a la nostra ciutat.

Avaluació:

- Percentatge de pacients residents a la ciutat i empresonats i en PMM que triguen més de quaranta-vuit hores a ser atesos pel centre d'atenció i seguiment.

24. Continuar incrementant les places del Programa de manteniment amb metadona o altres agonistes d'opiàcis tant com sigui necessari perquè l'oferta sigui igual a la demanda.

Avaluació:

- Nombre de pacients residents a la ciutat que demanden tractament amb PMM.
- Nombre de places de manteniment amb metadona disponibles.

25. Continuar donant tractament supervisat, com a mínim, al 90% dels UDVP de Barcelona que hagin estat diagnosticats de tuberculosi, des dels centres d'atenció a les drogodependències de Barcelona.

Avaluació:

- Percentatge de pacients tuberculosos amb tractament supervisat.

26. Continuar donant quimioprofilaxi antituberculosa supervisada, com a mínim, al 90% dels UDVP en PMM de Barcelona als quals hagi estat prescrita, des dels centres d'atenció a les drogodependències de Barcelona.

Avaluació:

- Percentatge de pacients als quals se'ls ha prescrit la quimioprofilaxi i estan en dispensació supervisada.

27. Incrementar, com a mínim, en un 5% anual el nombre de derivacions a recursos específics d'usuaris de drogues contactats en situació de marginació i que no estan en els circuits assistencials.

Avaluació:

- Definició dels criteris de marginació.
- Nombre d'usuaris que compleixen el criteri i estan fora de la xarxa.
- Percentatge anual de derivacions en usuaris de drogues contactats en situació de marginació.

28. Col·laborar amb les diferents administracions i entitats cíviques que treballin amb immigrants, incitant en els col·lectius de màxima vulnerabilitat com són els joves i adolescents, per tal de fer-los reduir el consum de substàncies psicoactives i incorporar-los als circuits terapèutics.

Avaluació:

- Nombre de coordinacions i/o assessoraments.
- Nombre de sessions formatives per a professionals.
- Edició de material.
- Nombre d'immigrants amb tractament.

29. Garantir la continuïtat en la distribució de material informatiu sobre tècniques correctes d'autovenopunció, sobredosi i sexe segur als usuaris de drogues il·legals atesos als centres de tractament i per als que encara no hi han anat però han contactat amb programes de disminució de risc.

Avaluació:

- Percentatge d'usuaris de drogues atesos als centres de tractament als quals s'ha donat material informatiu sobre tècniques correctes d'autovenopunció, sobredosi i sexe segur.
- Percentatge d'usuaris de drogues que encara no han estat atesos als centres de tractament però sí que han contactat amb programes de disminució de risc, als quals se'ls ha donat material informatiu sobre tècniques correctes d'autovenopunció, sobredosi i sexe segur.

30. Continuar disposant de programes de tractament capaços d'acollir els consumidors de noves substàncies als centres de tractament específics.

Avaluació:

- Percentatge de places de tractament ocupades per consumidors de noves substàncies.

31. Crear i difondre material de suport per als serveis d'urgències hospitalàries i 061 per a les actuacions sobre drogues, abans del 2002.

Avaluació:

- Edició del material.
- Distribució del material en els serveis específicats.

32. Implantar estratègies de disminució de risc amb tallers de sexe segur, tècniques d'autovenopunció

segures i de canvi de via, des dels dispositius de contacte del carrer i des dels CAS.

Avaluació:

- Nombre anual de tallers de sexe segur, tècniques d'autovenopunció segures i de canvi de via.
- Nombre de persones per taller.

33. Incrementar en un 10% anual el nombre de persones que són formades en tallers de sexe segur, tècniques d'autovenopunció segures i de canvi de via.

Avaluació:

- Percentatge anual de persones formades en tallers de sexe segur, tècniques d'autovenopunció segures i de canvi de via.

34. Continuar implantant l'anamnesi sobre la qualitat de vida dels fills dels usuaris atesos als centres d'atenció i seguiment de la ciutat, fins a assolir la fita que el 2002 el 100% de les històries clíniques disposaran de la informació necessària.

Avaluació:

- Percentatge anual d'històries clíniques de nous usuaris amb la informació emplenada.

35. Garantir la presència de programes de contacte amb la població de risc a totes les zones de la ciutat detectades amb indicadors de problemes associats al consum de drogues, per sobre de la mitjana de la ciutat.

Avaluació:

- Percentatge de programes de contacte amb població de risc en els emplaçaments en què el mapatge així ho detecta.

36. Garantir la informació als jutges que ho sol·licitin sobre els processos terapèutics, assolits per les persones que tenen afers pendents amb la justícia, però que podrien beneficiar-se d'una mesura alternativa a la presó. Aquest procés es realitzarà a través de la Direcció General de Mesures Penals i Alternatives de Justícia Juvenil (DGMPAJ) del Departament de Justícia de la Generalitat, amb un increment del 10% de les mesures alternatives anualment.

Avaluació:

- Nombre de coordinacions amb DGMPAJ.
- Nombre de persones ateses anualment als centres de drogues de la ciutat a les quals, tenint causes pendents, els són aplicades les mesures alternatives.

3.3. Eix seguretat-dissuasió-repressió

Aquest programa se centra bàsicament en el control de l'oferta i, per tant, en tots els mecanismes de mercat dels quals disposen les xarxes de distribució de drogues, tant legals com il·legals. Tot i que les competències directes en matèria de represió del tràfic de drogues i les conductes delictives i antisocials vinculades al tràfic s'escapen de l'àmbit municipal, les actuacions se centraran en la dissuasió del consum a la via pública i a facilitar el contacte dels usuaris de drogues amb els recursos assistencials, com també a vetllar pel compliment efectiu de la normativa legal existent quant a venda i consum de drogues legals.

Hi ha un vincle directe entre les actuacions de caràcter dissuasiu i les de caràcter preventiu en el camp de l'oferta i, atès que, tal com s'ha esmentat abans, les competències directes s'escapen de l'àmbit municipal, el PADB centrarà la seva intervenció en aquest camp principalment en les actuacions que s'orientin a la prevenció.

Les persones que consumeixen drogues i en depenen, sovint cometan delictes o, per mantenir el seu consum, provoquen sota l'efecte de les drogues alteracions de l'ordre públic que produeixen un greu malestar i alarma social. És cert que la majoria de les vegades són víctimes del seu propi problema, la drogodependència, però no és menys cert que causen dany al seu entorn i que cal actuar per prevenir-ho. S'ha d'évitar, però, la criminalització i la progressiva marginació de les persones amb problema addictiu. Les actuacions han de tendir, en la mesura del que sigui possible, a reconduir i facilitar el contacte amb la xarxa assistencial, sense que això signifiqui que les persones afectades no s'hagin de fer responsables dels seus propis actes i de les repercussions que produeixen en el seu entorn social.

El consum evident en la via pública i les conseqüències d'aquest també són motiu d'alarma social, i alhora, a vegades per les seves circumstàncies, és perillós per al mateix drogaaddicte.

L'abandó dels estris per al consum de drogues il·legals representa també un perill per a la salut i la seguretat dels ciutadans, i cal orientar les actuacions en aquest sentit perquè els espais de la comunitat estiguin lliures de perill.

D'altra banda, és necessari també garantir el control de les normatives sobre venda i consum de drogues legals, alcohol i tabac, com a criteri preventiu per tal d'évitar, en la mesura del que sigui possible, el contacte amb l'alco-

hol de les persones més joves i també controlar les conseqüències de l'ús abusiu d'aquesta substància.

El Pla, per mitjà del Consell de Seguretat Urbana de Barcelona (CSUB), dels consells de prevenció i seguretat dels districtes i les taules de coordinació policials, afavoreix la línia de coordinació dins els diferents àmbits territorials de la ciutat. La participació en aquests consells de la Policia, la Guàrdia Urbana, entitats representatives del districte, secretaris de prevenció i representants dels serveis personals facilita l'intercanvi i el disseny d'actuacions coordinades en l'àmbit de la seguretat.

D'altra banda, la coordinació amb la Fiscalia Delegada per a la Prevenció i Repressió del Tràfic Il·legal de Drogues de Catalunya és bàsica per facilitar la informació i els recursos assistencials necessaris per afavorir les mesures de compliment alternatiu a les persones drogodependents amb problemes amb la justícia.

Objectius generals de l'eix seguretat-dissuasió-repressió:

- a) Facilitar un ambient comunitari que controli l'oferta de substàncies addictives.
- b) Vetllar pel compliment efectiu de les normatives sobre venda, dispensació i consum (edat, horari, lloc i circumstàncies) de drogues legals.
- c) Dissuadir el consum ostentós de drogues il·legals a la via pública i locals de concorrència pública, facilitar el contacte amb els centres de tractament i disminuir els riscos associats al consum públic.

Objectius específics de dissuasió i repressió

1. Es definirà i realitzarà de forma coordinada amb la Guàrdia Urbana una estratègia d'intervenció (conjunció de mesures dissuasives i repressives) en seguretat viària abans de l'any 2001.

Avaluació:

- Nombre d'activitats, campanyes i materials fet en col·laboració.

2. Garantir la formació i el reciclatge als professionals dels cossos de la Guàrdia Urbana i la Policia Nacional, per tal de garantir l'homogeneïtat de les actuacions de tipus repressiu-dissuasiu i el coneixement de les actuacions i recursos de la ciutat.

Avaluació:

- Nombre de sessions formatives.

3. Garantir l'oferta assistencial per a la remissió de la sanció administrativa en matèria de drogues a les persones denunciades per la Guàrdia Urbana o la Policia Nacional i sancionades pel Govern Civil per possessió o consum públic de drogues il·legals.

Avaluació:

- Percentatge de persones, d'entre les que reben una sanció administrativa, que inicien tractament per aquest motiu.

4. Garantir l'assessorament i el suport als consells de prevenció i seguretat ciutadana de Barcelona i als consells de districte a través de la coordinació amb els secretaris tècnics de prevenció i de la presentació anyal de l'informe sobre drogues.

Avaluació:

- Percentatge de consells en què s'ha presentat un informe sobre les activitats realitzades en matèria de drogues en el decurs de l'any.

5. Incorporar els cossos de seguretat a les sessions obertes d'intercanvi d'experiències professionals a la ciutat.

Avaluació:

- Nombre de professionals dels cossos de seguretat que participen a les sessions obertes del PADB.

6. Garantir la presència de la Guàrdia Urbana amb objectius de dissuasió en els llocs de la via pública o locals de concorrència pública en els quals l'Administració local tingui coneixement que es produeix venda i/o consum de drogues.

Avaluació:

- Percentatge d'expedients sancionadors oberts per consum o venda de drogues a la via pública o locals de concorrència pública.

3.4. Eix de suport: científic - informació i recerca

Té com a finalitat facilitar la informació necessària a cada nivell d'actuació, de manera que ha de donar suport a la gestió i als diferents programes, i alhora ha de permetre emprendre accions immediates, facilitant els instruments necessaris per mesurar l'eficàcia i l'eficiència d'aquestes. Aquí s'inclouen els sistemes d'informació de drogues de Barcelona, els d'informació sanitària general, els de monitorització de problemes de salut específics, de vigilància epidemiològica i de monitorització de demandes socials, com també investigacions puntuals en matèria assistencial.

Aquest eix incorpora l'Observatori de nous consums juvenils, desenvolupat en el decurs del Pla 1996-1999. Aquest instrument de coneixement té com a finalitat l'observació i la descripció dels nous patrons de consum i de les actituds i valors dels joves respecte al consum de drogues, per facilitar la construcció d'estratègies preventives més orientades a la forma de pensar dels joves i adolescents del nostre medi, com també a conèixer quin és l'impacte que té sobre la comunitat.

Objectius generals de l'eix d'informació i recerca

- a) Conèixer les tendències i les magnituds del consum de drogues legals i il·legals a cadascun dels districtes de la ciutat.
- b) Estudiar i descriure les necessitats de la comunitat i dels usuaris de drogues.
- c) Descriure les característiques i les necessitats dels grups vulnerables.
- d) Desenvolupar indicadors d'eficàcia i eficiència dels recursos.
- e) Disposar d'un nucli de reflexió que permeti un aprofundiment de les estratègies emprades..

Objectius específics de l'eix d'informació i recerca

1. Garantir la continuïtat anual de disposar d'uns indicadors epidemiològics de consum de drogues il·legals en base poblacional.

Avaluació:

- Edició anual dels indicadors:
- d'inicis de tractament,
- d'urgències,
- de mortalitat i
- de prevalença.

2. Disposar d'indicadors sobre la tipologia de les substàncies decomissades pel que fa a la seva naturalesa, puresa i composició dels adulterants abans del 2002.

Avaluació:

- Coordinacions al laboratori.
- Edició de dades.

3. Abans de l'any 2001 es disposarà d'un model d'enquesta de consum d'alcohol i drogues per a la població en general.

Avaluació:

- Elaboració dels instruments corresponents i publicació periòdica (cada cinc anys) de la informació obtinguda.

4. Garantir la publicació d'un butlletí semestral d'anàlisi de les dades de gestió, dels centres d'atenció i

- seguiment de titularitat municipal, pel que fa a l'estat dels usuaris dels serveis i al procés i els resultats de les intervencions assistencials i biopsicosocials dutes a terme.
- Avaluació:**
- Edició semestral del butlletí de gestió.
5. Incloure en el sistema d'informació els centres no municipals per tal que disposin del butlletí semestral de gestió, durant la vigència del Pla.
- Avaluació:**
- Percentatge de centres de titularitat no municipal que disposen de butlletí de gestió.
6. Crear un model d'història clínica informatitzada abans del 2001.
- Avaluació:**
- Percentatge d'expedients oberts que utilitzen la nova història clínica.
7. Conèixer abans del 2001 l'impacte comunitari que els excessos de consum i tràfic de drogues tenen sobre la comunitat, i elaborar mapes dels punts problemàtics de cada zona.
- Avaluació:**
- Edició de mapes de les zones de consum i tràfic de cadascun dels districtes.
8. Abans de l'any 2001 es disposarà de l'indicador d'accidents de trànsit mortals ocorreguts a la ciutat de Barcelona i que tinguin la presència de substàncies psicoactives en sang.
- Avaluació:**
- Nombre d'accidents de trànsit mortals ocorreguts a la ciutat de Barcelona amb resultat positiu de presència d'alcohol en sang.
 - Nombre d'accidents de trànsit mortals ocorreguts a la ciutat de Barcelona amb resultat positiu de presència de benzodiazepines en sang.
 - Nombre d'accidents de trànsit mortals ocorreguts a la ciutat de Barcelona amb resultat positiu de presència d'altres drogues en sang.
9. Abans d'acabar el 2002, es farà un estudi pilot en el servei d'urgències d'un hospital de la ciutat per conèixer l'evolució dels accidents de trànsit ocorreguts a la ciutat de Barcelona amb detecció d'alcohol en sang.
- Avaluació:**
- Nombre d'accidents de trànsit ocorreguts a la ciutat de Barcelona amb detecció d'alcohol en sang.
10. Mantenir el coneixement de quins són els valors i els estils de vida dels joves i els adolescents respecte al consum d'alcohol i les drogues de síntesi.
- Avaluació:**
- Edició de l'informe de l'Observatori de nous consums juvenils.
11. Continuar facilitant el coneixement epidemiològic del consum de substàncies il·legals a l'Observatori Europeu.
- Avaluació:**
- Coordinació amb l'equip de l'Observatori Europeu (nombre de coordinacions).
12. Participació en diversos grups de treball i jornades, conjuntament amb altres professionals, ciutats i organismes europeus (OMS, OTD, fòrums, etc.), per reflexionar i avançar sobre els diferents models d'abordatge del problema de les drogues i les estratègies d'intervenció, com també per elaborar i editar materials.
- Avaluació:**
- Participacions en fòrums diversos.
 - Material elaborat.
13. Creació d'un fòrum dels professionals de la xarxa d'atenció a les drogodependències per tal d'unificar i homogeneïtzar les intervencions assistencials a la ciutat de Barcelona, abans del 2001.
- Avaluació:**
- Creació del fòrum.
14. Publicació del material produït pel fòrum dels professionals de la xarxa d'atenció a les drogodependències, en el qual figurin els criteris tècnics de les intervencions assistencials més eficaces a la ciutat de Barcelona, abans del 2001.
- Avaluació:**
- Edició del material generat en el fòrum.

3.5. Eix territorial

Un enfocament global de les intervencions en matèria de drogues per a Barcelona, ha de tenir en compte necessàriament un axioma bàsic: la ciutat està composta per realitats territorials diferents. Així, el problema de les drogues en el seu conjunt també està definit per la suma de les diverses realitats dels barris que integren la ciutat.

La importància i les particularitats que l'impacte del consum de drogues produueix a cada zona estan en relació amb la distribució de les edats, el nivell sociocultural i econòmic, els problemes de salut, les vivències comunitàries, la presència de tràfic, etc. Des d'aquesta perspectiva local, cal plantejar-se també una aproximació a les solucions de forma particularitzada per tal d'ajustar els programes a les necessitats i les potencialitats concretes.

Aquest eix prioritza les línies de millora generals i l'aplicació concreta i ajustada a cada zona, amb la finalitat de millorar les intervencions amb criteris de més equitat i redistribució des d'una perspectiva d'igualtat. D'altra banda, també fa necessària la definició del problema i les alternatives per afrontar-lo de forma conjunta i sinèrgica, amb totes les parts implicades, és a dir, amb tots els elements que componen i intervenen en aquella comunitat.

A més, en acostar el Pla d'acció sobre drogues al territori es pretén convertir la comunitat en agent actiu i personalment implicat en tot el que representi la promoció i el desenvolupament d'estils de vida saludables. A partir d'una informació, una sensibilització i una orientació adients, els ciutadans poden conèixer millor el fenomen del consum de drogues i els recursos terapèutics al seu abast. Quan aquesta sensibilitat i informació es refereixen al territori immediat, és més fàcil que el ciutadà es faci seu el problema i s'impliqui en la resposta.

El Pla d'acció sobre drogues pretén, a escala de districte, que la comunitat deixi de ser un receptor passiu de mesures de l'Administració per assumir-les com a pròpies.

Dins de cada eix, els programes corresponents al PADB es desenvoluparan d'acord amb el disseny i les mesures adients a les necessitats del territori.

L'eix territorial es concreta amb la creació dels plans d'acció sobre drogues de districte.

Objectius generals de l'eix territorial:

- Afavorir la participació ciutadana en els fòrums de discussió i decisió sobre drogues.
- Millorar la percepció i l'actitud de la comunitat sobre els consumidors crònics de substàncies addictives.
- Generar plataformes de treball per adaptar el Pla d'acció sobre drogues al territori i implantar-lo.

Objectius específics de l'eix territorial:

- Abans del 2003, els òrgans de govern de cadascun dels districtes decidiran, en funció de les informacions objectives disponibles, la constitució de la comissió política del pla d'acció sobre drogues del districte.

Avaluació:

- Percentatge de comissions polítiques constituïdes.

- Abans del 2001, es disposarà d'una anàlisi detallada de cadascun dels districtes i els barris pel que fa al consum de drogues. Així, es recollirà la informació sociodemogràfica dels territoris i es farà una anàlisi de la situació respecte de les drogues legals i il·legals (a través de les dades del SIDB), i s'analitzarà quina és la situació pel que fa als recursos específics i inespecífics dels districtes.

Avaluació:

- Elaboració del document de treball.

- Abans d'acabar el primer semestre de l'any 2000 i a partir de l'anàlisi detallada de la situació a cada districte, és disposarà d'una llista de dos o tres districtes als quals es donarà prioritat per crear els plans de districte.

Avaluació:

- Elaboració i presentació del corresponent informe i avantprojecte als districtes de la llista (percentatge sobre el total previst).

- Constitució de la infraestructura (comissió política, comissió tècnica i nucli orgànic) per al pla de districte a cada districte prioritat.

Avaluació:

- Percentatge dins el total de districtes previstos que han constituït la comissió política.
- Percentatge dins el total de districtes previstos que han constituït la comissió tècnica.
- Percentatge dins el total de districtes previstos que han constituït el nucli orgànic i la infraestructura i han elaborat el document marc.

5. Elaboració del document marc per al pla de districte.

Avaluació:

- Percentatge de documents marc elaborats dins els districtes prioritats.

6. Presentació i aprovació del pla de districte a càrrec del plenari a cada districte prioritat.

Avaluació:

- Percentatge de projectes presentats i acceptats d'entre els elaborats.

7. Abans de sis mesos de constituïda la comissió permanent de cada districte, s'haurà elaborat un programa per a drogues legals i per a drogues il·legals amb la llista d'objectius específics, el cronograma d'actuació i els indicadors d'avaluació d'aquest, seguint les indicacions establertes al Pla d'acció sobre drogues de Barcelona per als anys 2000-2003.

Avaluació:

- Edició del document de pla de districte.

8. Assegurar el suport tècnic i/o financer dels programes preventius que es deriven dels plans d'acció sobre drogues de districte, i aconseguir l'any 2003 cobertura als districtes municipals prioritats.

Avaluació:

- Percentatge de programes preventius de districtes amb suport tècnic i/o financer donats.

9. Garantir l'assessorament a totes les demandes d'intervenció preventiva, tant si són vehiculitzades per professionals, com per entitats en els districtes que no tinguin encara un pla desenvolupat.

Avaluació:

- Percentatge d'assessoraments preventius de districtes sense pla de districte fet.

10. Elaborar anualment programes de formació continuada i intercanvi professional per a professionals dels districtes amb un pla d'acció sobre drogues.

Avaluació:

- Percentatge de formacions continuades i intercanvis professionals fets anualment.

11. Implantar els protocols d'actuació per a drogues il·legals i legals en el 80% de cadascuna de les direccions d'assistència primària (DAP) que disposin d'estructures reformades abans del 2003, seguint els criteris de l'Òrgan Tècnic de Drogodependències i el Consorci Sanitari de Barcelona.

Avaluació:

- Coordinacions amb l'Òrgan Tècnic de Drogodependències i el Consorci Sanitari de Barcelona.

- Percentatge de DAP amb protocols d'actuació de formació continuada implantats i intercanvis professionals fets anualment.

12. Oferir unes jornades de formació professional i de coordinació entre els diferents treballadors del districte, a l'inici del pla de drogues de districte, i promoure trobades anuals d'intercanvi entre professionals.

Avaluació:

- Nombre de jornades de formació-coordinació als districtes (percentatge d'entre els prioritats).
- Nombre de trobades d'intercanvi anual (percentatge d'entre els que ja han fet la formació inicial).

CAPÍTOL 4

EL PADB COM A ENS

4.0. Estructura

El Pla d'acció sobre drogues de Barcelona comprèn tres àmbits de direcció diferents: la direcció política, la direcció gerencial i la participativa.

La direcció política s'estableix a partir del Grup de Drogues, constituit per un delegat de cada partit polític amb representació al consistori. Les funcions d'aquest grup són establir la política d'abordatge de la ciutat, determinar la missió del Pla, definir les línies estratègiques d'avanç, aprovar els objectius específics que cal desenvolupar en el període establert i fer l'avaluació global del Pla. Tanmateix, el Grup Polític de Drogues proposarà la presentació del document del Pla d'acció sobre drogues de Barcelona al plenari municipal cada quatre anys. La presidència d'aquest grup li correspon al president de l'Institut Municipal de Salut Pública, futura Agència de Salut Pública, o, si no n'hi ha, al regidorponent de Salut Pública. La secretaria del Grup Polític de Drogues serà desenvolupada pel gerent del Pla d'acció sobre drogues o, si no n'hi ha, pel seu director.

La direcció participativa s'estableix a partir del Grup de Drogues del Consell de Benestar Social, integrat per representants d'entitats i institucions ciutadanes. Aquest segueix el desenvolupament i l'execució del Pla i elabora recomanacions i propostes que s'aproven en consell plenari i s'inclouen als plans d'actuació del PADB. El Consell de Benestar Social nomenarà a un coordinador del Grup, que s'encarregarà de portar a terme el programa anual i de redactar les propostes del Grup per portar-les fins al Consell de Benestar Social. Així mateix, s'ha creat una Comissió Intermunicipal. Aquestes propostes seran incorporades al pla d'acció sobre drogues del període corresponent.

El Pla d'acció sobre drogues de Barcelona, sota la Direcció Gerencial, té una Direcció Executiva, que serà la responsable de dur a terme les funcions de planificació, execució i gestió del Pla d'acció sobre drogues d'acord amb les línies estratègiques aprovades en plenari municipal i seguint el catàleg de serveis exposat a continuació.

4.1. Catàleg de serveis i programes

Sobre la base del catàleg de serveis presentat per l'Agència de Salut Pública de Barcelona, s'elaboren els programes d'actuació següents:

I. Programes assistencials als CAS

1. Programa d'atenció orgànica i educació sanitària.
2. Programa de deshabituació alcohòlica.

3. Programa de deshabituació de drogues il·legals (lliure de drogues).
4. Programa per a drogues il·legals de manteniment amb agonistes (PMM).
5. Programa grupal.
6. Programa judicial.
7. Programa de reinserció i reeducació.
8. Altres programes.

II. Programes assistencials residencials

1. Programa de centre d'acollida.
2. Programa de pisos terapèutics.
3. Programa de comunitat terapèutica.

III. Programes d'intervenció comunitària o plans de districte

1. Programes assistencials de disminució de risc oferts fora dels CAS
 - 1.1. Programa d'agents de salut al carrer (contacte i intercanvi de xeringues).
 - 1.2. Programa de recollida de xeringues al carrer.
 - 1.3. Programa de farmàcies (intercanvi de xeringues; manteniment amb metadona).
 - 1.4. Programa del Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS).
2. Programes preventius i d'educació per la salut
 - 2.1. Programa de suport al voluntariat.
 - 2.2. Programa d'activitats preventives a l'escola.
 - 2.3. Programa d'orientació sobre drogues.
3. Programes de dissuasió-repressió
 - 3.1. Programa amb cossos de seguretat.
 - 3.2. Programa de taules de seguretat territorials.

IV. Programa d'informació - formació i recerca

1. Programa d'informació sobre drogues (SIDB).
2. Programa de suport i assessorament.
3. Programa d'investigacions científiques.
4. Programa de gestió.

V. Programa de relacions institucionals

1. Programa de col·laboració intramunicipal (Consell de Benestar Social, Consell de Seguretat Ciutadana, Afers Socials, etc.).
2. Programa de col·laboració interinstitucional a l'àmbit de Barcelona ciutat (Generalitat, Diputació, Càritas, Creu Roja, etc.).
3. Programa de col·laboració interinstitucional a escala estatal (*Plan nacional sobre drogas*, FAD, Ajuntament, etc.).
4. Programa de col·laboració interinstitucional a escala europea (Group Pompidou, Fòrum, etc.).

4.2. Finançament

L'estructura de finançament del PADB estarà en el futur fortament relacionada amb el finançament de l'Agència de Salut Pública de Barcelona. El sentit de les competències municipals s'orienta cap a la progressiva cobertura financera de l'assistència per part del Servei Català de la Salut. Per tal de mantenir l'estructura de finançament del PADB oferta als programes anteriors i assumint una transitorietat estable de la situació actual, s'ofereix la proposta de finançament i despeses d'aquest PADB*

4.3 Acords institucionals

El Pla d'acció sobre drogues de Barcelona orienta les línies d'actuació i objectius segons les directrius i recomanacions del *Plan nacional sobre drogas* i les estableerts en el Pla de drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

A fi de garantir la coordinació funcional dels serveis i centres de la ciutat de Barcelona, és necessari establir acords i/o coordinacions institucionals i amb les entitats que desenvolupen programes d'intervenció a la ciutat. L'Ajuntament de Barcelona, a partir del que marca la Llei 20/1985, sobre mesures i accions per a la prevenció i assistència de les situacions derivades del consum de substàncies que comporten la dependència, i les seves modificacions posteriors; del Pla de drogodependències per a Catalunya del 1987, i del Pla de salut de la regió sanitària de Barcelona ciutat, té establert un conveni

marc de col·laboració amb el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya amb caràcter indefinit, amb revisió anual i articulat a través de l'Òrgan Tècnic de Drogodependències. Per al proper període es proposen les mesures següents:

1. Adoptar les mesures adequades per a la progressiva assumpció per part de la Generalitat de Catalunya de les despeses dels programes sociosanitaris del PADB.
2. Proposar que s'ampliïn, des de les estructures competents, els programes d'atenció als drogaaddictes a les presons, fent les mateixes tasques que un CAS (primeres visites, programes de manteniment amb metadona, intercanvi de xeringues, etc.), i que es garanteixi l'adequat contacte amb la xarxa externa assistencial.
3. Interessar-se perquè l'esforç de detecció precoç de patologies orgàniques associades al consum de drogues, que es fa als centres d'atenció i seguiment, sigui seguit per una fluida coordinació i derivació per a la incorporació en la xarxa normalitzada d'atenció sanitària (hospitals, atenció primària, etc.).
4. Afavorir la incorporació de programes de detecció i seguiment de drogodependències a l'atenció primària de salut amb una especial incidència en els programes adreçats als bevedors de risc i la incorporació de programes de manteniment amb metadona amb població normalitzada.

La coordinació de les iniciatives interdepartamentals (Justícia, Benestar, etc.) i entre àrees municipals es mantindrà, tal com marca el conveni vigent, per mitjà de l'Òrgan Tècnic de Drogodependències i el Pla d'acció sobre drogues de Barcelona.

	2000	2001	2002	2003
Ingressos				
Ajuntament	426.000	426.000	426.000	426.000
OTD	186.000	256.000	270.000	285.000
ICASS	39.000	40.000	42.000	44.000
SCS	40.000	45.000	50.000	55.000
Diputació	4.000	5.000	6.000	7.000
Total	695.000	772.000	794.000	817.000
Despeses				
Informació i prevenció	121.000	123.000	125.000	127.000
Assistència i reinserció	554.000	628.000	638.000	651.000
Docència i recerca	20.000	21.000	22.000	24.000
Total	695.000	772.000	794.000	817.000

* En tot cas, el finançament haurà de tendir a aconseguir que les institucions es facin responsables econòmics de les seves respectives competències. En aquest sentit, l'Ajuntament, les relatives a informació, reinserció, prevenció i les vinculades a recerca i docència d'aquestes. Els òrgans del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, les relatives a l'assistència i les de docència i recerca vinculades a aquesta. El Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, les relatives al suport especialitzat a les tasques d'associacionisme, preventió i reinserció.

Els acords generals que es derivin de la revisió anual de programes i preus que s'estableixin entre l'Òrgan Tècnic i el Pla s'inclouran en el conveni.

5. Dotar dels elements diagnòstics necessaris de patologia orgànica associada als centres de tractament específic de drogodependències.

Amb la Diputació de Barcelona es mantindran els acords i línies de col·laboració fins ara establertes, incloent-hi les propostes següents:

- Adequació dels programes d'atenció segons els criteris acordats conjuntament per a la ciutat de Barcelona.
- Utilització per part de la Diputació del sistema d'informació i dels recursos de documentació i investigació del PADB.
- Intercanvi d'experiències i programes.
- Incorporació en el Pla d'acció sobre drogues territorial que correspongui.

L'Ajuntament de Barcelona té establert un conveni de col·laboració marc en matèria de Benestar Social amb la Creu Roja que incorpora el Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària (SAPS), que es creà el mes d'abril del 1993 de mutu acord entre l'Òrgan Tècnic de Drogues de la Conselleria de Sanitat, el PADB i la Creu Roja. Aquest està finançat majoritàriament pel Ministeri de Afers Socials. L'Ajuntament hi participa amb la cessió del local i n'assumeix el manteniment.

L'orientació d'aquest projecte s'estableix a través de comissions tècniques de seguiment per tal d'adequar les actuacions a les necessitats i evolució del problema de les drogues a la ciutat.

Amb la Creu Roja se seguiran mantenint els acords i les línies de col·laboració fins ara establertes, incloent-hi les propostes següents:

- Incorporació del CAS de la Creu Roja al conveni de col·laboració.
- Adequació dels programes d'atenció segons els criteris acordats conjuntament amb la ciutat de Barcelona.
- Utilització per part de la Creu Roja del sistema d'informació i dels recursos de documentació i investigació del PADB.
- Intercanvi d'experiències i programes.
- Incorporació al Pla d'acció sobre drogues territorial que correspongui.

Altres acords:

La coordinació funcional amb els centres no municipals: Càritas, Sant Pau, Casa Bloc, SPOTT, Creu Roja, Unitat d'Alcohologia de l'Hospital Clínic, Lluís Companys i Unitat de Desintoxicació, s'establirà a través de la Comissió Tècnica Territorial de Barcelona. D'altra banda, s'elaboren protocols tècnics de col·laboració amb cada centre per formalitzar els circuits i programes.

L'acord de col·laboració entre la Direcció General de Relacions amb l'Administració de Justícia de la Generalitat, la Fiscalia Delegada per a la Prevenció i Repressió del Tràfic Il·legal de Drogues a Catalunya i l'Ajuntament s'actualitzarà mitjançant un conveni per tal de continuar cooperant en els afers de les persones en tractament per problemes de drogues que tenen relació amb l'Administració de Justícia.

**RESUMEN
SUMMARY
RÉSUMÉ**

RESUMEN

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS DE BARCELONA 2000-2003

RESUMEN del texto modificado con las aportaciones realizadas por la Comisión Política de Drogas del Ayuntamiento con fecha 10 de octubre de 2000

Índice

1. Barcelona, un Plan de consenso	63
2. Planes de acción sobre drogas de Barcelona 1988-1999	63
2.1. Las actuaciones hasta el 1987	63
2.2. El Plan de acción 1988-1991	63
2.3. El Plan de acción 1992-1995	63
2.4. El Plan de acción 1996-1999	63
3. La realidad de las drogas en Barcelona	64
3.1. Tabaco	64
3.2. Alcohol	64
3.3. Heroína	65
3.4. Cocaína	66
3.5. Drogas de síntesis	67
4. Plan de acción sobre drogas 2000-2003	67
4.1. Ejes de intervención y objetivos	67
4.2. Eje de prevención	67
4.3. Eje de asistencia e incorporación social	69
4.4. Eje seguridad-disuasión-represión	73
4.5. Eje de apoyo: científico - información e investigación	74
4.6. Eje territorial	75

1. BARCELONA, UN PLAN DE CONSENSO

Uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, al que debemos hacer frente, es el abuso de sustancias adictivas. Varios estudios indican que el 18% de la población presenta un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de su vida. El impacto de las conductas adictivas sobre la calidad de vida de la comunidad, del mismo usuario y del entorno sociofamiliar más cercano se manifiesta en inseguridad ciudadana, repercusiones sobre la salud, pérdida de años de vida y trascendencia sobre los hijos de los drogodependientes.

En 1987, los dirigentes políticos de todos los partidos decidieron que el trabajo conjunto era la única estrategia para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos, tanto por lo que se refiere a la persona consumidora como para su entorno familiar y comunitario.

En la actualidad, la ciudad de Barcelona lleva más de diez años trabajando en un plan de acción sobre drogas que tiene la particularidad, única en el Estado español, de basarse en el consenso de todas las fuerzas políticas presentes en el consistorio municipal, a la vez que se sustenta en la participación social. Es el «modelo Barcelona», un término con el que se nos reconoce y que presenta una filosofía basada en la normalización y en la garantía de los derechos de todos los ciudadanos, una metodología asentada en el territorio y en el conocimiento de la realidad, y unos resultados positivos de cobertura universal y de mejora de la calidad de vida.

2. PLANES DE ACCIÓN SOBRE DROGAS DE BARCELONA 1988-1999

El Plan de acción sobre drogas de Barcelona se ha desarrollado sobre la evaluación anual y el reajustamiento cuadrienal. Su finalidad se ha ido redefiniendo, y lo mismo se ha hecho con sus objetivos, profundizándose en las estrategias de avance. Con estas particularidades se ha podido ir consolidando un modelo sustentado en la tolerancia, el respeto y la solidaridad. Un modelo que no sólo persigue la abstinencia o el no consumo, sino que también fomenta la incorporación de todas las tareas preventivas dirigidas a los jóvenes y los adolescentes. En este último aspecto ha sido crucial la información y el refuerzo de todas las actitudes positivas, orientadas al desarrollo de habilidades para realizar actividades alternativas. Los resultados positivos obtenidos se sustentan en un trabajo de capitalización del compromiso y de las tareas realizadas por todos los ciudadanos, el movimiento asociativo, el voluntariado y los profesionales.

El entorno que acompaña al mundo de las drogodependencias es muy cambiante, y continuamente se añaden variables nuevas, como las enfermedades orgánicas o los nuevos condicionantes culturales. A pesar de todo, la realidad del trabajo realizado hasta ahora indica que hay que seguir trabajando en un marco de reflexión y tolerancia, la única metodología que permite afrontar todas las necesidades que se van generando desde diferentes estamentos: comunitario, personal, público, familiar, asociativo y profesional.

2.1. Las actuaciones hasta 1987

La asistencia municipal a los adictos empezó, a finales de los años treinta, con la atención a los alcohólicos des de una vertiente social, y no fue hasta los años cincuenta que se les comenzó a tratar como enfermos. En el año 1976 se creó el Servei d'Alcoholisme i Altres Toxicomanies (SAAT), que se abría a otras drogodependencias (básicamente de sustancias alucinógenas). En 1980, el Área de Servicios Sociales estableció un programa de atención a las drogodependencias, a partir del cual se crearon los primeros centros de atención para drogodependientes, las primeras unidades de desintoxicación y otros recursos ambulatorios.

En 1985, se aprobó el Plan Nacional sobre Drogas, que sentaba las bases para la prevención y la asistencia. Un año más tarde, se creó el Òrgan Tècnic de Drogodependències, impulsor del Plan de drogodependencias de la Generalitat de Catalunya (1987). En 1988, se consensuó el Plan municipal de acción sobre drogodependencias (PMAD). Posteriormente, en 1989, se creó el Sistema de información sobre drogas de Barcelona (SIDB), un programa para la recogida sistemática de datos sobre el abuso de drogas ilegales.

2.2. El Plan de acción 1988-1991

El Plan de 1988, elaborado a partir de las líneas directrices acordadas por todas las fuerzas políticas presentes en el consistorio municipal, permitió establecer una plataforma homogénea de todas las actuaciones que se estaban llevando a cabo en la ciudad en un marco de auténtico plan de acción. Durante el periodo 1988-1991, se consiguió una participación social solidaria y colaboradora como instrumento básico, a fin de que los valores y las actuaciones resultantes del Plan llegasen a todos los ciudadanos de la ciudad.

2.3. El Plan de acción 1992-1995

En el año 1992, el Grupo de Trabajo de Drogodependencias, después del seguimiento y balance del primer periodo de aplicación del Plan y de acuerdo con la evolución del fenómeno de las drogodependencias en la ciudad (con la aparición de nuevas drogas), redefinió el objetivo marco y los ejes de actuación que se tenían que seguir hasta el año 1995. Así, durante estos años se consolidaron las actuaciones y la oferta preventiva y asistencial iniciadas durante el periodo anterior.

2.4. El Plan de acción 1996-1999

La penúltima edición del Plan es coherente con las líneas de actuación básicas de los periodos anteriores y pone el acento en la consolidación de las metas conquistadas hasta ahora, así como también en la apertura de nuevos frentes y el refuerzo de las actuaciones iniciadas últimamente. El Plan ha ido ampliando su cobertura por lo que respecta a la política preventiva y de intervención precoz, así como de disminución de daños, con la colaboración respectiva de educadores, de agentes de salud y de

profesionales de las oficinas de farmacia. Este periodo se caracteriza por el desarrollo de los planes territoriales o planes de distrito. Los objetivos de esta etapa se desarrollan sobre los mismos ejes estructurados de la primera edición del Plan (prevención, tratamiento y rehabilitación, disuasión y represión, e información e investigación).

3. LA REALIDAD DE LAS DROGAS EN BARCELONA

3.1. Tabaco

El tabaco ha sido la sustancia psicoactiva más consumida en la ciudad de Barcelona. El concepto, cada vez más extendido, de la relación existente entre hábito tabáquico y problemas de salud, ha producido una mayor sensibilización entorno al tabaco como "objeto de riesgo". Al mismo tiempo, se ha generado en la sociedad una mayor demanda a favor de los "espacios libres de humo" y se crean estrategias para que los fumadores abandonen el hábito.

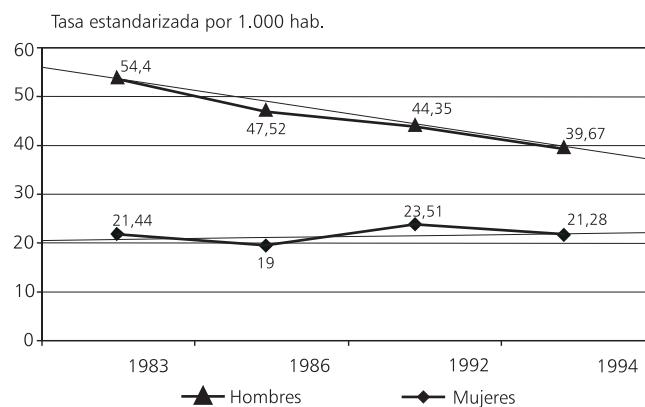
La dependencia tabáquica es el principal problema de salud pública en la ciudad, y no sólo por la morbilidad y mortalidad asociadas, sino por los trastornos comportamentales que produce la nicotina. Si bien su extensión e impacto son muy importantes, la gran tolerancia social existente, las campañas propagandísticas de la industria y la ausencia de conflictividad, confieren al hábito tabáquico una aparente falta de problemática. El abordaje del tabaquismo como conducta adictiva, según describe el DSM-IV, tiene tratamiento desde la perspectiva psicosocial, comportamental y farmacológica. En este marco se combinan las estrategias de abordaje clínico individual con la ejecución de políticas públicas, desde la información de las repercusiones negativas, el cumplimiento de normas legales y el contramárketing. Entre las actividades de prevención desarrolladas, cabe destacar la realización de programas como el PASE (Programa contra el abuso de sustancias estupefacientes) y el «Decideix», de entre los que se desarrollan en el marco escolar, así como también la potenciación de la transmisión de la información positiva para dejar el hábito tabáquico entre la población en general.

Actualmente, el consumo de tabaco continúa presente en un tercio de la población barcelonesa (29,5%), con una progresiva equiparación entre hombres (39,7%) y mujeres (21,3%). La tendencia del tabaquismo en los hombres es a la baja, mientras que en las mujeres es globalmente estable, pero subiendo sobre todo en el grupo de mujeres jóvenes y pertenecientes a la clase social alta (figura 1).

El objetivo del Plan de salud de Barcelona para el año 2000 es llegar a una prevalencia de consumo general de la población del 20%. Si bien la tendencia en Barcelona es descendiente en los últimos años, aún se está lejos del objetivo marcado. Aun así, la encuesta FRISC

(1997) muestra que en las últimas cohortes de jóvenes la prevalencia de consumidores habituales ha disminuido un 23% respecto al año 1996. La mortalidad atribuible al tabaco presenta una tendencia decreciente desde el año 1993, y en 1995 llegó a una tasa de 1,7 muertos por cada 100.000 habitantes, y se mejoró el objetivo mínimo marcado por el Plan de salud de Cataluña, la cual cosa se corresponde con la disminución observada en los últimos cinco años de las muertes producidas por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Paralelamente, la cesación tabáquica va en aumento, y se supera el objetivo propuesto por el Plan de salud.

Figura 1. Prevalencia de fumadores mayores de catorce años, por sexos



Fuente: *Enquesta de Salut de Barcelona* (1983, 86, 92)
IMS *Enquesta de Salut de Catalunya* (1994), Servei Català de la Salut

3.2. Alcohol

El estudio de la situación de dependencia del alcohol (abuso del alcohol en el DSM-IV, o consumo perjudicial de alcohol según ICD-10) en nuestra comunidad padece de importantes limitaciones, por lo cual sólo se dispone de datos de las encuestas de salud.

En 1992 se efectuó, en el marco de la *Enquesta de salut de Barcelona*, una evaluación del porcentaje de población de 15 a 65 años que consumía más de 75 ml (60 g) de alcohol por día en los hombres y 40 ml (32 g) en las mujeres. Estos niveles, que se consideran de riesgo elevado, mostraron porcentajes del 6,6% en los hombres y del 3,7% en las mujeres. Este análisis no se ha repetido, lo cual dificulta poder observar su evolución.

Al medir la mortalidad atribuible al alcohol (criterios propuestos por Piedrola y sus colaboradores), se observa una discreta tendencia a la baja (24,1 por cada 100.000 hab. en 1995), lejos aún del valor deseado para el año 2000 (20,7 por cada 100.000 hab.) (figura 2).

La cirrosis hepática constituye en la ciudad la quinta causa de mortalidad prematura, con una tasa de mortalidad de 22,62 por cada 100.000 hab., tasa que, expresada en APVP, muestra importantes diferencias entre las diferentes zonas socioeconómicas de la ciudad, ya que es más del doble en los distritos deprimidos que en el resto de la ciudad.

En cuanto a los datos de inicios de tratamiento en pacientes alcohólicos, se dispone de los datos correspondientes a los centros de atención y seguimiento (CAS) de la ciudad; no es así por lo que respecta a los que se producen en otros recursos (atención primaria de salud y salud mental), públicos o privados. La tendencia al alza que se observa en los citados centros parece que se debe más a variaciones en la oferta, que no en la demanda (figura 3). Durante el año 1998, iniciaron tratamiento en estos

centros 1.902 personas con problemas de alcohol. La edad promedio de estos pacientes fue de 42,5 años, y su historia etílica previa, de 22 años.

No se detectan en esta población otros comportamientos de riesgo relacionados con el alcohol más que los tradicionales, dado que los que se dan en la población juvenil que muestra patrones de consumo compulsivo esporádico, no son detectados en los CAS. No se dispone en la ciudad de otros indicadores que permitan evaluar las tendencias de problemáticas asociadas al consumo de alcohol, como podrían ser las altas hospitalarias, los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol o la presencia de problemática sociosanitaria en la red primaria social y de salud.

3.3. Heroína

En un estudio de estimación de la prevalencia, mediante la técnica de captura-recaptura, se han estimado en la ciudad alrededor de 10.000 consumidores de opiáceos ($N = 9.176$; IC = 7.188-12.222). Junto con estos datos, existen evidencias que refuerzan la hipótesis de que el número de consumidores crónicos se está estabilizado a la baja. Entre estas evidencias, hay que destacar las demandas de inicio de tratamiento (93%) de casos conocidos, la disminución de nuevos casos detectados por urgencias (de 1.350 a 565) y la mortalidad por sobredosis (del 16,1% al 12,4%).

La heroína es la sustancia que más inicios de tratamiento ha provocado en el último decenio (figura 3). Durante 1998, lo hicieron un total de 2.556 pacientes, un 31% los cuales lo intentaron por primera vez. A diferencia de otros momentos del periodo, de los casos nuevos, sólo un 25% consumían por vía inyectada, y un 9% de éstos compartían los utensilios de venopunción.

En cuanto al sida, debe destacarse que, entre la población de usuarios crónicos de heroína por vía endovenosa, ha disminuido el número de nuevos casos afectados (en el año 1998, 101 casos). Así mismo, el número de casos de infección por el virus ha pasado de una tasa del 5,5% en 1991 a una de 1,5% en 1996 (figura 4).

La mortalidad por sobredosis ha experimentado un ligero descenso en los últimos años, en parte relacionado con la modificación de las pautas de consumo y también con los mecanismos de atención inmediatos extrahospitalarios (061). Estas defunciones por sobredosis, junto con las provocadas por el sida, constituyen actualmente en Barcelona la primera causa de mortalidad juvenil y la primera causa en años potenciales de vida perdidos. Ambas, con una acusada diferenciación sociodemográfica.

Los 2.556 heroinómanos que iniciaron tratamiento en 1998, mostraban el siguiente perfil: el 75% eran hombres con una edad comprendida entre los 30 y los 35 años, más de las dos terceras partes de los cuales habían intentado antes el tratamiento. Su historia de

Figura 2. Evolución de la mortalidad atribuible al alcohol

Tasa estandarizada por 1.000 hab.

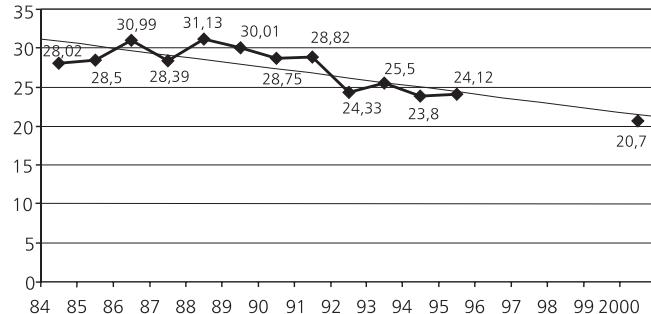


Figura 3. Evolución del número de inicios de tratamiento en los CAS de Barcelona según la droga que motiva el tratamiento. Barcelona, 1991-1998

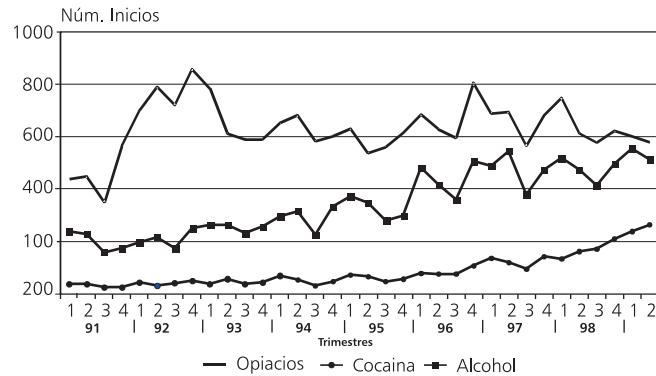
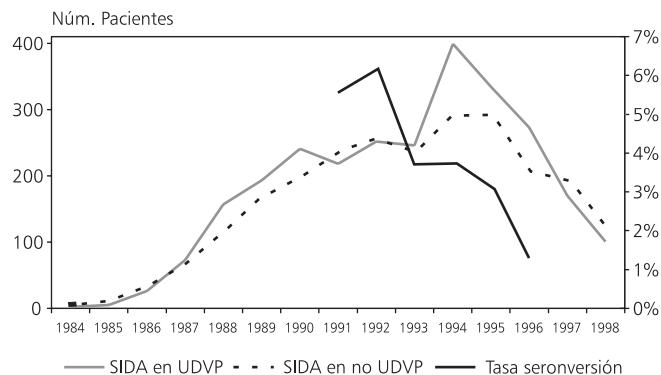


Figura 4. Evolución del número de casos de sida en UDVP y de la tasa de seroconversión al VIH. Barcelona, 1984-1998.



consumo era de unos diez años. El 82% vivían con la familia, el 47% no tenían estudios básicos, y el 54% estaban en paro buscando el primer trabajo. Para mantener económicamente su drogodependencia, se gastaban un promedio de 36.000 pesetas semanales, y las obtenían en un 32% de su trabajo, un 20% de la familia, un 12% de robos, un 11% del tráfico de drogas, un 8% de la prostitución y un 8% de fondos sociales; el resto, el 9%, no lo declaraban. El 71% habían sido detenidos alguna vez, y más de la mitad de éstos habían ingresado a la cárcel. Los motivos por los cuales habían iniciado tratamiento era por presión familiar (35%), por problemas de salud (27%) y por problemas legales (7%). Habían ido a urgencias sanitarias durante el último año un 4%, y de éstos, un 27% por episodios de sobredosis; la prevalencia observada de infección VIH en 1998 en este colectivo era del 28%.

Los programas de mantenimiento con metadona (PMM) y los programas de disminución de riesgo se iniciaron en 1990 y se expandieron enormemente a lo largo del periodo. La elevada retención de los PMM ante los clásicos orientados a la abstinencia (75% frente al 6%) al año de tratamiento, representa por sí sola una excepcional ocasión de supervisión y actuación clínica. La figura 5 muestra que la supervivencia de los heroinómanos en tratamiento es un 5% mayor que los que se detectan a urgencias y no siguen ningún tratamiento, y un 20% mayor que en los pacientes diagnosticados de tuberculosis que no reciben tratamiento. Estos mismos PMM facilitan que el cumplimiento de los programas antituberculosos se lleve a cabo hoy en drogodependientes prácticamente igual que en el resto de la población (93% y 96%).

A los doce meses de tratamiento, los heroinómanos medicados en un PMM muestran mejoras manifiestas en vitalidad, percepción del dolor, aislamiento social, movilidad, situación laboral y procedimientos judiciales. Globalmente, en la ciudad se observa una aceptable correlación ($R^2 = 0,69$) entre el número de plazas de PMM disponibles y la percepción ciudadana de inseguridad (índice de victimización) (figura 6).

3.4. Cocaína

La prevalencia de consumidores de cocaína en la ciudad ha requerido un estudio específico. Con la metodología de "bola de nieve", se estimó que en 1991 había alrededor de 35.000 consumidores esporádicos (un mínimo de una vez en los últimos seis meses o veinticinco veces a lo largo de la vida) de cocaína. La cifra estimada de consumidores crónicos (un mínimo de una vez por semana en los últimos seis meses) era de 12.000 personas. En 1999, mediante la técnica del captura-recaptura utilizando el indicador de urgencias, se ha estimado que la prevalencia de usuarios problemáticos es de 25.988 personas, lo cual significa una tasa de 3 por cada 100 habitantes de 15 a 54 años en la ciudad de Barcelona.

Figura 5. Supervivencia de los usuarios de opiáceos según la fuente de origen.

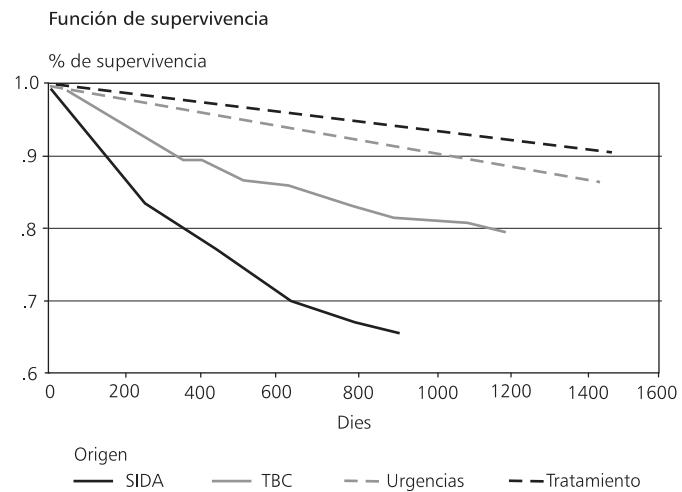
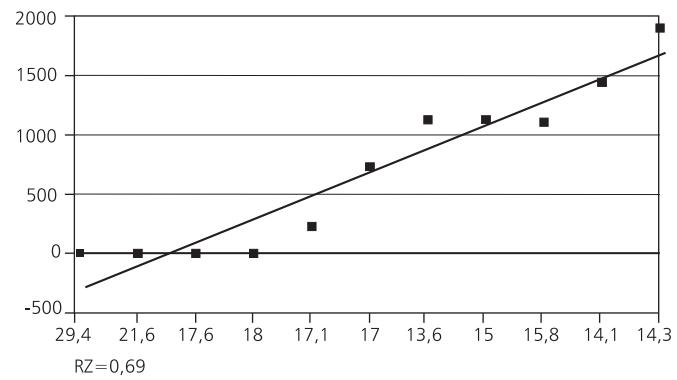


Figura 6. Correlación entre las plazas de mantenimiento con metadona y el porcentaje de victimización. Barcelona, 1987-1997.



En 1999, la cocaína fue la tercera causa que motivó tratamiento en los pacientes atendidos en los centros de atención y seguimiento de la ciudad, aunque hay que tener presente que, en el caso de los tratados por primera vez, la cocaína superó a la heroína, con 646 casos versus 627. La historia que manifiestan estos pacientes muestra que hicieron, antes de iniciar el tratamiento, alrededor de siete años de consumo, preferentemente por vía nasal, aunque en los dos últimos años se observa un aumento progresivo de la vía fumada e inyectada, muy vinculada a los politoxicómanos de heroína y cocaína.

Los inicios de tratamiento han crecido progresivamente en los últimos años (100 en 1991, 120 en 1994 y 983 en 1999). Con una mayor pendiente en los tres últimos años. En las urgencias, el número de pacientes que consultan por cocaína ha pasado de 450 en 1992 a 2.021 en 1999. Las características y los perfiles de los adictos a la cocaína hace prever un incremento de la demanda de atención por parte de los centros de salud mental, así como también de una problemática no explicitada y no demandada, que imposibilita una cuantificación precisa de la morbilidad atendida y percibida relacionada con el consumo de cocaína.

3.5. Drogas de síntesis

La década de los noventa ha estado marcada por la inflexión en el uso de la heroína y la popularización de las drogas de síntesis. Estas "sustancias de moda" se presentan en forma de pastillas o píldoras, de composición muy variable y, obviamente, desconocida por el consumidor, que se vincula al perfil lúdico de consumo esporádico y de fin de semana, en la población juvenil, con el alcohol como acompañante habitual.

Está en fase de realización un estudio sociológico en el ámbito metropolitano para evaluar su extensión, impacto y perfiles de consumo, que se realizará con una mayor precisión que el actual. Las actuaciones se han centrado en la prevención del uso responsable, fomentando los estilos de vida libres de sustancias desconocidas, sus posibles riesgos, y las actuaciones urgentes que hay que llevar a cabo en caso de alteraciones producidas por el consumo ("golpe de calor", alteraciones hemodinámicas o psicológicas, etc.).

Entre las urgencias atendidas en la ciudad, el primer caso en que aparece mencionado el éxtasis se produce en 1992, y desde entonces se ha producido un lento pero constante incremento, hasta llegar a las 320 urgencias atendidas en 1998. No son significativos los traumatismos y el resto de causas externas en este volumen de urgencias; destacan, en cambio, los trastornos cardiovasculares y los psicológicos. Son escasos los inicios de tratamiento por estas drogas en los centros de atención y seguimiento de la ciudad, y se concentran en grupos de consumidores que han tenido algún problema sanitario colectivo (grupo con algún caso de alteración grave que ha estimulado al conjunto) o legal. En la ciudad de Barcelona se ha reportado dos muertos por intoxicación aguda relacionada con estas sustancias, aunque ambos tenían presencia de otras sustancias.

4. PLAN DE ACCIÓN 2000-2003

4.1. Ejes de intervención y objetivos

En el transcurso de estas tres actuaciones dentro del PABD, se ha mantenido la misma misión, lo cual nos permite proseguir en la misma línea, o sea que:

"Las líneas de lucha contra las drogas deben entenderse orientadas a impedir, en lo posible, su consumo; a evitar los efectos de la marginación social, individual y colectiva que comportan, y a ayudar a las personas que quieren abandonar el hábito, si es posible, a reintegrarse socialmente o, como mínimo, conseguir que la droga tenga los mínimos efectos negativos sobre su salud, su vida y su entorno social."

Para implantar esta misión, las estrategias que hay que utilizar para el 2000-2003 son la ordenación de todos los recursos asistenciales en el seno del PADB, la integración funcional del PADB con la red de salud mental, primaria sanitaria y social, y la consolidación de los programas de contacto y salud.

Siguiendo la metodología empleada desde su inicio, hay que definir los ejes en que se vertebral el Plan de acción sobre drogas para los años 2000 a 2003, y es, en este sentido, como el Plan se dota, después de diez años de trabajo continuado, de un quin-

to y nuevo eje, el eje territorial; así pues, el Plan queda configurado del siguiente modo:

- Eje de prevención
- Eje de asistencia e incorporación social
- Eje de disuisión
- Eje de conocimiento
- Eje territorial.

Seguidamente detallamos los objetivos generales que enmarcan cada eje de actuación, así como también los objetivos específicos que concretan la aplicación de las directrices políticas para este nuevo periodo.

4.2. Eje de prevención

El eje preventivo del Plan de acción sobre drogas de Barcelona orienta sus acciones hacia la consecución de un estado de bienestar de las personas de nuestra comunidad que, inmersas en una cultura de consumo, muchas veces adictiva, han de disponer de la información y el refuerzo positivo para evitar el uso de drogas, así como las consecuencias asociadas a su consumo. El trabajo del Plan dentro de este eje estará centrado en la evitación, tanto como sea posible, de las conductas de uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en las personas de nuestra comunidad. Esta intención, se ha de trabajar en un ambiente de sinergia entre todos los estamentos de la comunidad, como el social, el cultural, el familiar y el ámbito de salud, independientemente de si se trata de las actuaciones hacia drogas legales o ilegales.

Así, se centrarán las actividades de prevención de las drogodependencias en identificar e intervenir sobre las circunstancias individuales y socioculturales que favorecen la aparición del uso de drogas, independientemente de si la persona es un joven, un adolescente o bien un adulto. Se entiende que la utilización de drogas se sitúa en un marco de relaciones en que las expectativas, las motivaciones y las recompensas de su uso tienen un papel importante, especialmente si estas experiencias de uso no encuentran otras actividades y experiencias vitales alternativas.

En definitiva, crece la importancia de estimular la capacidad de respeto y comunicación entre las personas, manteniendo una estrategia operativa de promoción de la salud, desde la doble vertiente de la educación para la salud en la escuela y la prevención y detección precoz de conductas de riesgo o patologías físicas o sociales relacionadas con el abuso de sustancias, y desde la atención primaria de salud o servicios sociales de base.

Todo esto, sin olvidar las actuaciones que dificultan la presencia de las drogas en los diferentes ambientes (medidas de cumplimiento de normativa de venta, tráfico, etc.), que quedan incluidas en el eje de disuisión, pero que bajo ninguna circunstancia menguarán el estado de derecho de la persona, ya que este hecho podría producir una marginación y/o estigmatización que imposibilitaría la integración del usuario a la sociedad.

A todo lo expuesto, debe añadirse que las medidas preventivas han de ser generales con las particularidades necesarias de cada ámbito de intervención y actuando sobre cada franja de población de forma diferenciada, y a la vez persiguiendo una interconexión como si de «vasos comunicantes» se tratase. Por ello, debe contarse con la participación, tanto por lo que respecta a

su definición como a su realización, de todas las partes implicadas, o sea, los jóvenes y adolescentes, los adultos, los profesionales, los pares y mares, los medios de comunicación, el entorno escolar, el mundo laboral y las redes asociativas y de voluntariado, etc.

Objetivos generales del eje preventivo:

- a. Evitar o, cuando menos, retardar la edad del primer uso de sustancias con capacidad adictiva, tanto legales como ilegales, en la población de adolescentes y jóvenes de nuestra ciudad.
- b. Evitar la progresión y consolidación del uso de sustancias adictivas, legales e ilegales, en las personas que ya las consumen.
- c. Favorecer la cultura del ocio mediante la utilización de espacios lúdicos y participativos a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Objetivos específicos del eje preventivo:

1. Crear, conjuntamente con el Servicio de Promoción de la Salud del Institut Municipal de Salut Pública, un catálogo de los programas existentes de prevención de drogas en el ámbito escolar, evaluados antes del año 2001.

Evaluación:

- Colaboración en el establecimiento de los criterios mínimos de efectividad de los programas específicos.
- Colaboración en la elaboración de los catálogos.
- Publicación de los catálogos.

2. Difundir a todas las escuelas de primaria y secundaria de la ciudad de Barcelona el catálogo actualizado de los programas de prevención de drogas en el ámbito escolar.

Evaluación:

- Porcentaje de escuelas de primaria y secundaria que reciben el catálogo.

3. Actualización continua de los programas preventivos del abuso de sustancias adictivas que se promocionan desde el Institut Municipal de Salut Pública.

Evaluación:

- Porcentaje de actualizaciones dentro de los programas en curso en un periodo de cuatro años, y número de actualizaciones en cada programa.
- Número de nuevos programas o materiales.

4. Evaluación continua del proceso de introducción y utilización de programas preventivos en la escuela.

Evaluación:

- Porcentaje de programas con evaluación anual.

5. Ampliar la implantación de los programas preventivos específicos en el ámbito escolar hasta conseguir, como mínimo, que el 50% de las escuelas los desarrolle antes del año 2003.

Evaluación:

- Porcentaje de escuelas que tienen al menos un programa de prevención de drogas implantado en la escuela.

6. Formación de los docentes encargados de introducir alguno de los programas en la escuela (p. ej.: programa Decideix).

Evaluación:

- Número de profesores que asisten al curso anualmente (total y por distritos).

7. Formación del 50% de los técnicos de los equipos de salud territorial, antes de 2001, como conductores y moderadores de sesiones, coloquio y prevención en el ámbito familiar dentro del programa de apoyo preventivo (p. ex.: visionado del vídeo *Pares i mares d'adolescents: viure els riscos, pensar els límits*).

Evaluación:

- Porcentaje de profesionales de los equipos de salud escolar formados.

8. Difundir el Programa de apoyo preventivo dirigido a padres y educadores en el 100% de las asociaciones de madres y padres antes de 2001.

Evaluación:

- Porcentaje de asociaciones de madres y padres que han recibido el material.

9. Garantizar el apoyo técnico a las entidades ciudadanas que se dirijan al Plan para llevar a cabo un proyecto de prevención de drogas.

Evaluación:

- Porcentaje de entidades ciudadanas que han recibido apoyo técnico después de presentar un proyecto.

10. Realización, actualización y promoción, antes del final de 2001, de un material de sensibilización e información para la población en general y para subpoblaciones específicas sobre el riesgo asociado al consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y psicofármacos, alcohol y conducción, y cannabis.

Evaluación:

- Publicación del material.

11. Distribución del material de sensibilización e información para la población en general, garantizando su presencia en el 60% de los puntos de información ciudadana, el 30% de las oficinas de farmacia, el 50% de los centros de asistencia primaria, sanitarios y sociales, y el 100% de las asociaciones implicadas en los temas de drogas, antes de 2002.

Evaluación:

- Porcentaje de cobertura conseguida.

12. Realización, cada año, de un curso para nuevos voluntarios y de un curso de actualización para responsables de asociaciones.

Evaluación:

- Realización de los cursos.

13. Asesoramiento y orientación a profesionales docentes y asociaciones de padres y madres sobre actividades preventivas que quieran poner en marcha.

Evaluación:

- Número de asesoramientos.

14. Difundir el modelo de programa preventivo de ámbito laboral, desarrollado con la colaboración del Centro de Salud Laboral del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona y los sindicatos, dirigiéndose a toda empresa de más de cien trabajadores asentada en nuestra ciudad antes de 2001.

Evaluación:

- Porcentaje de empresas de más de cien trabajadores a las que se les ha informado del Programa.

15. Estudiar individualmente los casos de los hijos de drogodependientes que inician tratamiento, y valorar y detectar sus necesidades y perseguir que antes del año 2003 todos los hijos de personas con problemas de adicción que inician tratamiento hayan sido estudiados.

Evaluación:

- Porcentaje de hijos valorados de personas con problemas de adicción que hayan iniciado tratamiento en cualquier centro de atención.

16. Ampliar la cobertura del programa de actuación específico para los hijos de drogodependientes en situación de riesgo especial, persiguiendo que, anualmente, al menos el 80% de los pacientes con hijos que hayan iniciado tratamiento estén incluidos en el programa.

Evaluación:

- Porcentaje anual de hijos incluidos en el programa.

17. Coordinación con otras instituciones (universidades, etc.) y áreas del Ayuntamiento (Servicios Sociales, Juventud, Guàrdia Urbana, etc.) para incentivar la realización de actividades que fomenten la cultura del ocio saludable, faciliten la integración social y hagan prevención del riesgo (accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas).

Evaluación:

- Número de actividades anuales realizadas dirigidas a niños y/o jóvenes, en el ámbito de Barcelona ciudad, que promuevan el ocio saludable.
- Memoria de las actividades realizadas para la prevención primaria de los accidentes de tráfico atribuibles al alcohol.
- Número de accidentes de tráfico ocurridos en la ciudad de Barcelona y que tengan como causa el uso de drogas legales o ilegales.

18. Durante el periodo de vigencia de este Plan de drogas, se emitirá una circular que recuerde sistemáticamente a los organizadores de las verbenas populares, a los servicios municipales de los distritos y a la Guàrdia Urbana la limitación de la oferta de bebidas alcohólicas y la prohibición de su promoción mediante concursos, con el objetivo de alcanzar una cobertura del 100% de los organizadores.

Evaluación:

- Porcentaje de organismos organizadores de verbenas populares que han recibido una circular recordando la limitación en la oferta de bebidas alcohólicas y la prohibición de su promoción.
- Porcentaje de expedientes abiertos por incumplimiento de la normativa sobre el total de verbenas organizadas.

19. Durante el periodo de vigencia de este Plan de drogas, se deberá garantizar la presencia de bebidas alternativas en el 100% de las celebraciones promovidas por la Administración local.

Evaluación:

- Porcentaje de celebraciones promovidas por la Administración local que ofrecen bebidas sin alcohol.

20. Continuar ofreciendo un servicio de orientación sobre drogas a los profesionales que trabajen con adolescentes que inician consumo y a los padres, desde fuera del marco de los centros de tratamiento para evitar la estigmatización que pueden representar.

Evaluación:

- Porcentaje de incremento de las demandas.

21. Garantizar que en todos y cada uno de los planes de drogas de distrito participe activamente al menos una entidad o asociación del territorio.

Evaluación:

- Porcentaje de entidades o asociaciones que han participado sobre el total de planes de distrito en funcionamiento.

22. Antes de la finalización del año 2000, el PADB creará unas recomendaciones sobre la dispensación responsable de bebidas alcohólicas.

Evaluación:

- Edición de las recomendaciones.

23. Antes de la finalización de 2001, todos los servicios municipales dispondrán de las recomendaciones sobre dispensación responsable de bebidas alcohólicas.

Evaluación:

- Número de servicios municipales que disponen del material respecto al total de servicios municipales.

4.3. Eje de asistencia e incorporación social

Este eje persigue ofrecer una atención a aquellas personas que, presentando un consumo de riesgo o bien una dependencia, precisen de una ayuda personalizada y específica. Las intervenciones diseñadas engloban desde la atención primaria hasta la especializada, incidiendo sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales inherentes al fenómeno de la drogadicción.

En definitiva, se pretende realizar una tasca orientada a mejorar y, si es posible, curar a las personas con drogodependencias, así como al control y el tratamiento de las patologías orgánicas, psicológicas y sociofamiliares asociadas al consumo. Como último objetivo se procurará la incorporación o reincorporación de la persona a su comunidad, incluso en aquellos casos en que la deshabituación no parezca viable (programas de reducción de daños).

Objetivos generales de asistencia e incorporación social

- a. Mejorar la calidad y la esperanza de vida de la población dependiente de sustancias con capacidad adictiva y de su entorno más inmediato.

- b. Garantizar el acceso a los dispositivos asistenciales a toda aquella persona que lo solicite.
- c. Potenciar las actuaciones que favorezcan el cambio de hábitos y comportamientos de riesgo de la población usuaria de drogas legales y/o ilegales.

Objetivos específicos del eje asistencia e incorporación social:

1. Garantizar una atención especializada sectorizada antes del año 2001.

Evaluación:

- Porcentaje de usuarios de los centros específicos residentes en la misma unidad territorial.

2. Disponer de un catálogo de programas y servicios mínimos asistenciales y de reinserción para todos los centros de atención y seguimiento de la ciudad antes de finalizar el año 2001.

Evaluación:

- Publicación del catálogo.

3. Garantizar una mínima oferta asistencial y de reinserción en cada uno de los centros de atención y seguimiento de la ciudad, independientemente de su titularidad, antes de 2002.

Evaluación:

- Porcentaje de pacientes nuevos a los que se les asigna los programas y servicios mínimos del catálogo.

4. Garantizar que el nuevo usuario del servicio será atendido antes de quince días desde el momento de la solicitud de tratamiento. Este objetivo debe ser alcanzado antes del año 2001, con criterio de cobertura poblacional.

Evaluación:

- Días transcurridos entre la demanda de tratamiento y la primera visita concedida.

5. Protocolizar y editar las diferentes actividades que configuren el catálogo de servicios mínimos antes del año 2002.

Evaluación:

- Elaboración de los protocolos.
- Edición de los protocolos.

6. Creación y aplicación de un instrumento de historia clínica en apoyo informático para las áreas sanitarias, socioeducativas y psicoterapéuticas antes de 2002.

Evaluación:

- Elaboración de las historias clínicas en apoyo informático de las áreas sanitarias, socioeducativas y psicoterapéuticas.
- Aplicación del instrumento de historia clínica en los CAS.

7. Elaborar y aplicar los protocolos de detección de sida, hepatitis B y C, tuberculosis y enfermedades de transmisión sexual a todos los pacientes que soliciten tratamiento, en cualquiera de los centros específicos de la ciudad antes de 2001.

Evaluación:

- Número de centros asistenciales que los apliquen y registran en la historia sanitaria.

- Porcentaje anual de diagnósticos realizados por cada nuevo paciente y registrados en la historia clínica.
- Porcentaje de protocolos de detección aplicados por cada paciente nuevo y registrado en la historia clínica.

8. Realización de la anamnesis protocolizada de detección de disfunciones sociales a todos los pacientes que soliciten tratamiento en cualquiera de los centros específicos de la ciudad antes de 2001.

Evaluación:

- Número de centros asistenciales que las apliquen y registran en la historia social.
- Porcentaje anual de anamnesis realizadas por cada nuevo paciente y registradas a la historia social.
- Porcentaje de disfunciones sociales detectadas sobre el total de anamnesis realizadas.

9. Antes de 2003, las intervenciones sobre las disfunciones sociales graves se deberán realizar en el 60% de los pacientes atendidos en los centros de atención y seguimiento.

Evaluación:

- Porcentaje anual de nuevos usuarios a los que se les aplican las intervenciones protocolizadas sobre disfunciones sociales y las registren en la historia social.

10. Realización de la anamnesis protocolizada para la detección de los trastornos mentales (historia psicopatológica) a todos los pacientes que soliciten tratamiento en cualquiera de los centros específicos de la ciudad antes de 2003.

Evaluación:

- Número de centros asistenciales que apliquen la anamnesis psicopatológica y la registren en la historia clínica.
- Porcentaje anual de anamnesis realizadas dentro del total de historias clínicas abiertas.

11. Creación de circuitos y protocolos de coordinación y derivación con la red de asistencia primaria sanitaria, social y mental antes de 2002, en cada uno de los centros de atención y seguimiento.

Evaluación:

- Porcentaje de pacientes nuevos que, siendo subsidiarios de derivación, se hayan derivado anualmente a las redes correspondientes (salud mental, atención primaria de salud y atención primaria social).
- Porcentaje personas derivadas desde el CAS a las redes normalizadas con protocolo de derivación cumplimentado.
- Porcentaje de pacientes nuevos en que consta que se ha realizado alguna coordinación.

12. Garantizar que cada nuevo usuario de los centros de asistencia y seguimiento tendrá diagnóstico y un plan terapéutico individualizado y registrado en su historia clínica, especificándose la vertiente sanitaria, la social y la psicoterapéutica. Este objetivo será cubierto antes de 2002.

Evaluación:

- Número de centros que apliquen diagnósticos y plan terapéutico individualizado.

- Porcentaje de registros de diagnóstico y plan terapéutico en documento de historia clínica después de treinta días de haber iniciado tratamiento.
13. Realizar un diagnóstico de orientación en cada una de las vertientes estudiadas: patología orgánica, trastornos mentales y del comportamiento (inclusive los trastornos por uso de drogas), utilizando los códigos de clasificación de las enfermedades CIE-10, que incluye todas las patologías, antes de finalizar el año 2002.
- Evaluación:**
- Porcentaje de historias clínicas abiertas con orientación diagnóstica codificada.
 - Porcentaje de personas derivadas de los CAS a las redes normalizadas con protocolo de derivación cumplimentado.
 - Porcentaje de casos nuevos en los que consta que se ha hecho alguna coordinación con otras redes.
14. Crear protocolos de detección para el diagnóstico precoz de patologías psiquiátricas de los usuarios de los CAS antes de 2001.
- Evaluación:**
- Disponer de protocolos de detección de patologías psiquiátricas.
15. Establecer con el Servicio de Salud Mental del Consorci Sanitari de Barcelona los mecanismos de coordinación que permitan dirigir los pacientes con patología psiquiátrica desde la Red de Drogas a la de Salud Mental, a fin de que reciban un tratamiento integrado antes de 2002.
- Evaluación:**
- Establecimiento de una plataforma de coordinación entre el Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona y el Programa de Salud Mental del Consorci Sanitari de Barcelona.
16. Validar instrumentos para la evaluación de los programas terapéuticos antes de 2003.
- Evaluación:**
- Disponer de los instrumentos evaluados antes de 2003.
17. Garantizar la efectividad de los servicios de los CAS antes de 2003.
- Evaluación:**
- Aplicación de los instrumentos de evaluación de resultados validados en todos los CAS de Barcelona.
 - Mejora anual de los indicadores de calidad de vida de los usuarios atendidos.
18. Antes de 2003, se deberá tener información sobre el consumo de drogas no institucionalizadas (opiáceos, cocaína y otros estimulantes, derivados del cannabis, alucinógenos, inhalantes, etc.) de al menos el 80% de la población atendida en la asistencia primaria de salud (APS) menor de 45 años, y se tendrá que haber dado consejo mínimo o intervención breve orientada a la abstinencia y a la prevención de los riesgos asociados con este consumo, al menos al 60% de los consumidores detectados, tal y como señala el Plan de salud.

Evaluación:

- Evolución del porcentaje de historias clínicas de asistencia primaria (HCAP) de adultos menores de 45 años de la población atendida en los centros de APS en los cuales conste el registro de los consumos de drogas no institucionalizadas, tal y como señala el Plan de salud.
- Porcentaje de consumidores de drogas detectadas en la APS a los que se ha dado consejo mínimo o intervención breve orientada a la prevención de riesgos asociados.

19. Antes de 2003, se deberá tener información sobre el consumo de alcohol de al menos el 80% de la población atendida en la asistencia primaria de salud (APS) de más de diecisiete años, y un 40% de la población adolescente de entre quince y diecisiete años atendida en los centros de APS. Igualmente se tendrá que haber dado consejo mínimo o intervención breve al menos al 50% de los consumidores de cantidades excesivas de alcohol detectados, tal y como señala el Plan de salud.

Evaluación:

- Porcentaje de personas de más de diecisiete años que tienen registrado en la historia clínica de asistencia primaria (HCAP) el consumo de alcohol.
- Porcentaje de personas de entre quince y diecisiete años que tienen registrado en la historia clínica de asistencia primaria (HCAP) el consumo de alcohol.
- Porcentaje de personas de más de diecisiete años que tienen registrado en la historia clínica de asistencia primaria (HCAP) un consejo para la reducción del consumo de alcohol.
- Porcentaje de historias clínicas de asistencia primaria (HCAP) de bebedores de riesgo que tienen registrado un consejo para la reducción del consumo de alcohol.

20. Antes del año 2003 se habrá profundizado en la promoción de las intervenciones breves (detección precoz e intervención breve) sobre abusadores de alcohol y otras drogas desde la atención primaria de salud y, eventualmente, desde otros ámbitos inespecíficos como el mundo laboral, los servicios de urgencias o traumatología, etc. Se impulsará la derivación trabajada desde servicios sanitarios de pacientes dependientes de sustancias legales e ilegales, tal como señala el Plan de salud.

Evaluación:

- Número de actividades (coordinaciones, sesiones clínicas, etc.) realizadas dentro del periodo de vigencia de este plan.
- Materiales editados o difundidos.

21. Editar una carpeta de materiales de apoyo para la intervención sobre problemas de alcohol desde la atención primaria de salud.

Evaluación:

- Edición y distribución del material.

22. Contribuir a la información, asesoramiento y formación continua de los profesionales de atención primaria de salud.

Evaluación:

- Número de sesiones de formación o asesoramientos facilitados.

23. Seguir garantizando la cobertura al 100% de los tratamientos a los pacientes que están encarcelados y en PMM y son residentes en nuestra ciudad.

Evaluación:

- Porcentaje de pacientes residentes en la ciudad y encarcelados y en PMM que tardan más de cuarenta y ocho horas en ser atendidos por el centro de atención y seguimiento.

24. Seguir incrementando las plazas del Programa de mantenimiento con metadona u otros agonistas de opiáceos tanto como sea necesario para que la oferta sea igual a la demanda.

Evaluación:

- Número de pacientes residentes en la ciudad que piden tratamiento con PMM.
- Número de plazas de mantenimiento con metadona disponibles.

25. Seguir dando tratamiento supervisado, como mínimo, al 90% de los UDVP de Barcelona que hayan sido diagnosticados de tuberculosis, desde los centros de atención a las drogodependencias de Barcelona.

Evaluación:

- Porcentaje de pacientes tuberculosos con tratamiento supervisado.

26. Seguir dando quimioprofilaxis antituberculosa supervisada, como mínimo, al 90% de los UDVP en PMM de Barcelona a los que haya sido prescrita, desde los centros de atención a las drogodependencias de Barcelona.

Evaluación:

- Porcentaje de pacientes a los que se les ha prescrito la quimioprofilaxis y están en dispensación supervisada.

27. Incrementar, como mínimo, en un 5% anual el número de derivaciones a recursos específicos de usuarios de drogas contactados en situación de marginación y que no están en los circuitos asistenciales.

Evaluación:

- Definición de los criterios de marginación.
- Número de usuarios que cumplen el criterio y están fuera de la red.
- Porcentaje anual de derivaciones en usuarios de drogas contactados en situación de marginación.

28. Colaborar con las diferentes administraciones y entidades cívicas que trabajen con inmigrantes, incidiendo en los colectivos de máxima vulnerabilidad como son los jóvenes y los adolescentes, a fin de hacerlos reducir el consumo de sustancias psicoactivas e incorporarlos a los circuitos terapéuticos.

Evaluación:

- Número de coordinaciones y/o asesoramientos.
- Número de sesiones formativas para profesionales.
- Edición de material.
- Número de inmigrantes con tratamiento.

29. Garantizar la continuidad en la distribución de material informativo sobre técnicas correctas de autovenopunción,

sobredosis y sexo seguro a los usuarios de drogas ilegales atendidos en los centros de tratamiento y para los que aún no han acudido pero han contactado con programas de disminución de riesgo.

Evaluación:

- Porcentaje de usuarios de drogas atendidos en los centros de tratamiento a los que se ha dado material informativo sobre técnicas correctas de autovenopunción, sobredosis y sexo seguro.
- Porcentaje de usuarios de drogas que aún no han sido atendidos en los centros de tratamiento pero sí que han contactado con programas de disminución de riesgo, a los que se les ha dado material informativo sobre técnicas correctas de autovenopunción, sobredosis y sexo seguro.

30. Seguir disponiendo de programas de tratamiento capaces de acoger a los consumidores de nuevas sustancias en los centros de tratamiento específicos.

Evaluación:

- Porcentaje de plazas de tratamiento ocupadas por consumidores de nuevas sustancias.

31. Crear y difundir material de apoyo para los servicios de urgencias hospitalarias y 061 para las actuaciones sobre drogas, antes de 2002.

Evaluación:

- Edición del material.
- Distribución del material en los servicios especificados.

32. Implantar estrategias de disminución de riesgo con talleres de sexo seguro, técnicas de autovenopunción seguras y de cambio de vía, desde los dispositivos de contacto de la calle y desde los CAS.

Evaluación:

- Número anual de talleres de sexo seguro, técnicas de autovenopunción seguras y de cambio de vía.
- Número de personas por taller.

33. Incrementar en un 10% anual el número de personas que son formadas en talleres de sexo seguro, técnicas de autovenopunción seguras y de cambio de vía.

Evaluación:

- Porcentaje anual de personas formadas en talleres de sexo seguro, técnicas de autovenopunción seguras y de cambio de vía.

34. Seguir implantando la anamnesis sobre la calidad de vida de los hijos de los usuarios atendidos en los centros de atención y seguimiento de la ciudad, hasta alcanzar la meta que en el 2002 el 100% de las historias clínicas dispondrán de la información necesaria.

Evaluación:

- Porcentaje anual de historias clínicas de nuevos usuarios con la información cumplimentada.

35. Garantizar la presencia de programas de contacto con la población de riesgo a todas las zonas de la ciudad detectadas con indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, por encima del promedio de la ciudad.

Evaluación:

- Porcentaje de programas de contacto con población de riesgo en las ubicaciones en que la mapización así lo detecta.

36. Garantizar la información a los jueces que lo soliciten sobre los procesos terapéuticos, alcanzados por las personas que tienen asuntos pendientes con la justicia, pero que podrían beneficiarse de una medida alternativa a la cárcel. Este proceso se realizará a través de la Dirección General de Medidas Penales y Alternativas de Justicia Juvenil (DGMPAJ) del Departamento de Justicia de la Generalitat, con un incremento del 10% de las medidas alternativas anualmente.

Evaluación:

- Número de coordinaciones con DGMPAJ.
- Número de personas atendidas anualmente en los centros de drogas de la ciudad a las que, teniendo causas pendientes, les son aplicadas las medidas alternativas.

4.5. Eje de seguridad-disuasión-represión

Este programa se centra básicamente en el control de la oferta y, por lo tanto, en todos los mecanismos de mercado de los que disponen las redes de distribución de drogas, tanto legales como ilegales. Aunque las competencias directas en materia de represión del tráfico de drogas y las conductas delictivas y antisociales vinculadas al tráfico se escapan del ámbito municipal, las actuaciones se centrarán en la disuasión del consumo en la vía pública y en facilitar el contacto de los usuarios de drogas con los recursos asistenciales, así como también en velar por el cumplimiento efectivo de la normativa legal existente en cuanto a venta y consumo de drogas legales.

Existe un vínculo directo entre las actuaciones de carácter disuasivo y las de carácter preventivo en el campo de la oferta y, debido a que, tal y como se ha mencionado antes, las competencias directas se escapan del ámbito municipal, el PADB centrará su intervención en este campo principalmente en las actuaciones que se orienten a la prevención.

Las personas que consumen drogas y dependen de este consumo, a menudo cometen delitos o, para mantener su consumo, provocan bajo el efecto de las drogas alteraciones del orden público que producen un grave malestar y alarma social. Es cierto que la mayoría de las veces son víctimas de su propio problema, la drogodependencia, pero no es menos cierto que causan daño a su entorno y que hay que actuar para prevenirlo. Se debe evitar, sin embargo, la criminalización y la progresiva marginación de las personas con problema adictivo. Las actuaciones han de tender, en lo posible, a reconducir y facilitar el contacto con la red asistencial, sin que ello signifique que las personas afectadas no se tengan que hacer responsables de sus propios actos y de las repercusiones que producen en su entorno social.

El consumo evidente en la vía pública y las consecuencias que conlleva también son motivo de alarma social, y al mismo tiempo, a veces por sus circunstancias, es peligroso para el mismo drogadicto.

El abandono de los utensilios para el consumo de drogas ilegales representa también un peligro para la salud y la seguridad de los

ciudadanos, y hay que orientar las actuaciones en este sentido para que los espacios de la comunidad estén libres de peligro. Por otra parte, es necesario también garantizar el control de las normativas sobre venta y consumo de drogas legales, alcohol y tabaco, como criterio preventivo con el objeto de evitar, en lo posible, el contacto con el alcohol de las personas más jóvenes y también controlar las consecuencias del uso abusivo del mismo. El Plan, por medio del Consell de Seguretat Urbana de Barcelona (CSUB), de los consejos de prevención y seguridad de los distritos y las mesas de coordinación policiales, favorece la línea de coordinación dentro de los diferentes ámbitos territoriales de la ciudad. La participación en estos consejos de la Policía, la Guàrdia Urbana, entidades representativas del distrito, secretarios de prevención y representantes de los servicios personales facilita el intercambio y el diseño de actuaciones coordinadas en el ámbito de la seguridad.

Por otro lado, la coordinación con la Fiscalia Delegada per a la Prevenció i Repressió del Tràfic Il·legal de Drogues de Catalunya es básica para facilitar la información y los recursos asistenciales necesarios para favorecer las medidas de cumplimiento alternativo a las personas drogodependientes con problemas con la justicia.

Objetivos generales del eje seguridad-disuasión-represión:

- a. Facilitar un ambiente comunitario que controle la oferta de sustancias adictivas.
- b. Velar por el cumplimiento efectivo de las normativas sobre venta, dispensación y consumo (edad, horario, lugar y circunstancias) de drogas legales.
- c. Disuadir el consumo ostentoso de drogas ilegales en la vía pública y locales de concurrencia pública, facilitar el contacto con los centros de tratamiento y disminuir los riesgos asociados al consumo público.

Objetivos específicos de disuasión y represión

1. Se definirá y realizará de forma coordinada con la Guàrdia Urbana una estrategia de intervención (conjunción de medidas disuasivas y represivas) en seguridad vial antes del año 2001.

Evaluación:

- Número de actividades, campañas y materiales realizados en colaboración.

2. Garantizar la formación y el reciclaje a los profesionales de los cuerpos de la Guàrdia Urbana y la Policía Nacional, a fin de garantizar la homogeneidad de las actuaciones de tipo represivo-disuasivo y el conocimiento de las actuaciones y recursos de la ciudad.

Evaluación:

- Número de sesiones formativas.

3. Garantizar la oferta asistencial para la remisión de la sanción administrativa en materia de drogas a las personas denunciadas por la Guàrdia Urbana o la Policía Nacional y sancionadas por el Gobierno Civil por posesión o consumo público de drogas ilegales.

- Evaluación:**
- Porcentaje de personas, de entre las que reciben una sanción administrativa, que inician tratamiento por este motivo.
4. Garantizar el asesoramiento y el apoyo a los consejos de prevención y seguridad ciudadana de Barcelona y a los consejos de distrito a través de la coordinación con los secretarios técnicos de prevención y de la presentación anual del informe sobre drogas.
- Evaluación:**
- Porcentaje de consejos en que se ha presentado un informe sobre las actividades realizadas en materia de drogas en el transcurso de l año.
5. Incorporar los cuerpos de seguridad a las sesiones abiertas de intercambio de experiencias profesionales en la ciudad.
- Evaluación:**
- Número de profesionales de los cuerpos de seguridad que participan en las sesiones abiertas del PADB.
6. Garantizar la presencia de la Guàrdia Urbana con objetivos de disuisión en los lugares de la vía pública o locales de concurrencia pública en los que la Administración local tenga conocimiento de que se produce venta y/o consumo de drogas.
- Evaluación:**
- Porcentaje de expedientes sancionadores abiertos por consumo o venta de drogas en la vía pública o locales de concurrencia pública.
- 4.5. Eje de apoyo: científico - información e investigación**
- Tiene como finalidad facilitar la información necesaria a cada nivel de actuación, de modo que debe dar apoyo a la gestión y a los diferentes programas, y a la vez ha de permitir emprender acciones inmediatas, facilitando los instrumentos necesarios para medir la eficacia y la eficiencia las mismas. Aquí se incluyen los sistemas de información sobre drogas de Barcelona, los de información sanitaria general, los de monitorización de problemas de salud específicos, de vigilancia epidemiológica y de monitorización de demandas sociales, así como también investigaciones puntuales en materia asistencial.
- Este eje incorpora el Observatorio de nuevos consumos juveniles, desarrollado en el transcurso del Plan 1996-1999. Este instrumento de conocimiento tiene como objeto la observación y la descripción de los nuevos patrones de consumo y de las actitudes y valores de los jóvenes respecto al consumo de drogas, para facilitar la construcción de estrategias preventivas más orientadas a la forma de pensar de los jóvenes y adolescentes de nuestro medio, así como a conocer cuál es el impacto que tiene sobre la comunidad.
- Objetivos generales del eje de información e investigación**
- a. Conocer las tendencias y las magnitudes del consumo de drogas legales e ilegales en cada uno de los distritos de la ciudad.
 - b. Estudiar y describir las necesidades de la comunidad y de los usuarios de drogas.
 - c. Describir las características y las necesidades de los grupos vulnerables.
- d. Desarrollar indicadores de eficacia y eficiencia de los recursos.
 - e. Disponer de un núcleo de reflexión que permita una profundización de las estrategias empleadas.
- Objetivos específicos del eje de información e investigación**
1. Garantizar la continuidad anual de disponer de unos indicadores epidemiológicos de consumo de drogas ilegales en base poblacional.
- Evaluación:**
- Edición anual de los indicadores:
 - de inicios de tratamiento,
 - de urgencias,
 - de mortalidad y
 - de prevalencia.
2. Disponer de indicadores sobre la tipología de las sustancias decomisadas por lo que respecta a su naturaleza, pureza y composición de los adulterantes antes de 2002.
- Evaluación:**
- Coordinaciones en el laboratorio.
 - Edición de datos.
3. Antes del año 2001 se dispondrá de un modelo de encuesta de consumo de alcohol y drogas para la población en general.
- Evaluación:**
- Elaboración de los instrumentos correspondientes y publicación periódica (cada cinco años) de la información obtenida.
4. Garantizar la publicación de un boletín semestral de análisis de los datos de gestión, de los centros de atención y seguimiento de titularidad municipal, por lo que se refiere al estado de los usuarios de los servicios y al proceso y los resultados de las intervenciones asistenciales y biopsicosociales llevadas a cabo.
- Evaluación:**
- Edición semestral del boletín de gestión.
5. Incluir en el sistema de información los centros no municipales a fin de que dispongan del boletín semestral de gestión, durante la vigencia del Plan.
- Evaluación:**
- Porcentaje de centros de titularidad no municipal que disponen de boletín de gestión.
6. Crear un modelo de historia clínica informatizada antes de 2001.
- Evaluación:**
- Porcentaje de expedientes abiertos que utilizan la nueva historia clínica.
7. Conocer antes de 2001 el impacto comunitario que los excesos de consumo y tráfico de drogas tienen sobre la comunidad, y elaborar mapas de los puntos problemáticos de cada zona.
- Evaluación:**
- Edición de mapas de las zonas de consumo y tráfico de cada uno de los distritos.

8. Antes del año 2001 se dispondrá del indicador de accidentes de tráfico mortales ocurridos en la ciudad de Barcelona y que tengan la presencia de sustancias psicoactivas en sangre.

Evaluación:

- Número de accidentes de tráfico mortales ocurridos en la ciudad de Barcelona con resultado positivo de presencia de alcohol en sangre.
- Número de accidentes de tráfico mortales ocurridos en la ciudad de Barcelona con resultado positivo de presencia de benzodiazepinas en sangre.
- Número de accidentes de tráfico mortales ocurridos en la ciudad de Barcelona con resultado positivo de presencia de otras drogas en sangre.

9. Antes de finalizar el 2002, se realizará un estudio piloto en el servicio de urgencias de un hospital de la ciudad para conocer la evolución de los accidentes de tráfico ocurridos en la ciudad de Barcelona con detección de alcohol en sangre.

Evaluación:

- Número de accidentes de tráfico ocurridos en la ciudad de Barcelona con detección de alcohol en sangre.

10. Mantener el conocimiento de cuáles son los valores y los estilos de vida de los jóvenes y los adolescentes respecto al consumo de alcohol y las drogas de síntesis.

Evaluación:

- Edición del informe del Observatorio de nuevos consumos juveniles.

11. Continuar facilitando el conocimiento epidemiológico del consumo de sustancias ilegales en el Observatorio Europeo.

Evaluación:

- Coordinación con el equipo del Observatorio Europeo (número de coordinaciones).

12. Participación en diferentes grupos de trabajo y jornadas, conjuntamente con otros profesionales, ciudades y organismos europeos (OMS, OTD, fórum, etc.), por reflexionar y avanzar sobre los diferentes modelos de abordaje del problema de las drogas y las estrategias de intervención, así como también para elaborar y editar materiales.

Evaluación:

- Participaciones en fórum diferentes.
- Material elaborado.

13. Creación de un fórum de los profesionales de la red de atención a las drogodependencias con el objeto de unificar y homogeneizar las intervenciones asistenciales en la ciudad de Barcelona, antes de 2001.

Evaluación:

- Creación del fórum.

14. Publicación del material producido por el fórum de los profesionales de la red de atención a las drogodependencias, en el cual figuren los criterios técnicos de las intervenciones asistenciales más eficaces en la ciudad de Barcelona, antes de 2001.

Evaluación:

- Edición del material generado en el fórum.

4.6. Eje territorial

Un enfoque global de las intervenciones en materia de drogas para Barcelona, ha de tener en cuenta necesariamente un axioma básico: la ciudad está compuesta por realidades territoriales diferentes. Así, el problema de las drogas en su conjunto también está definido por la suma de las diversas realidades de los barrios que integran la ciudad.

La importancia y las particularidades que el impacto del consumo de drogas produce en cada zona están en relación con la distribución de las edades, el nivel sociocultural y económico, los problemas de salud, las vivencias comunitarias, la presencia de tráfico, etc. Desde esta perspectiva local, hay que plantearse también una aproximación a las soluciones de forma particularizada a fin de ajustar los programas a las necesidades y las potencialidades concretas.

Este eje prioriza las líneas de mejora generales y la aplicación concreta y ajustada en cada zona, con la finalidad de mejorar las intervenciones con criterios de más equidad y redistribución desde una perspectiva de igualdad.

Por otro lado, también hace necesaria la definición del problema y las alternativas para afrontarlo de forma conjunta y sinérgica, con todas las partes implicadas, es decir, con todos los elementos que componen e intervienen en aquella comunidad.

Además, al acercar el Plan de acción sobre drogas al territorio se pretende convertir la comunidad en agente activo y personalmente implicado en todo lo que represente la promoción y el desarrollo de estilos de vida saludables. A partir de una información, una sensibilización y una orientación adecuadas, los ciudadanos pueden conocer mejor el fenómeno del consumo de drogas y los recursos terapéuticos a su alcance. Cuando esta sensibilidad e información se refieren al territorio inmediato, es más fácil que el ciudadano se haga suyo el problema y se implique en la respuesta.

El Plan de acción sobre drogas pretende, en el ámbito del distrito, que la comunidad deje de ser un receptor pasivo de medidas de la Administración para asumirlas como propias.

Dentro de cada eje, los programas correspondientes al PADB se desarrollarán de acuerdo con el diseño y las medidas adecuadas a las necesidades del territorio.

El eje territorial se concreta con la creación de los planes de acción sobre drogas de distrito.

Objetivos generales del eje territorial:

- a. Favorecer la participación ciudadana en los fórum de discusión y decisión sobre drogas.
- b. Mejorar la percepción y la actitud de la comunidad sobre los consumidores crónicos de sustancias adictivas.
- c. Generar plataformas de trabajo para adaptar el Plan de acción sobre drogas al territorio e implantarlo.

Objetivos específicos del eje territorial:

1. Antes de 2003, los órganos de gobierno de cada uno de los distritos decidirán, en función de las informaciones objetivas disponibles, la constitución de la comisión política del plan de acción sobre drogas del distrito.

- Evaluación:**
- Porcentaje de comisiones políticas constituidas.
2. Antes de 2001, se dispondrá de un análisis pormenorizado de cada uno de los distritos y los barrios por lo que respecta al consumo de drogas. Así, se recogerá la información sociodemográfica de los territorios y se realizará un análisis de la situación respecto a las drogas legales e ilegales (a través de los datos del SIDB), y se analizará cuál es la situación en cuanto a los recursos específicos e inespecíficos de los distritos.
- Evaluación:**
- Elaboración del documento de trabajo.
3. Antes de finalizar el primer semestre del año 2000 y a partir del análisis detallado de la situación en cada distrito, se dispondrá de una lista de dos o tres distritos a los que se dará prioridad para crear los planes de distrito.
- Evaluación:**
- Elaboración y presentación del correspondiente informe y anteproyecto en los distritos de la lista (porcentaje sobre el total previsto).
4. Constitución de la infraestructura (comisión política, comisión técnica y núcleo orgánico) para el plan de distrito en cada distrito priorizado.
- Evaluación:**
- Porcentaje dentro del total de distritos previstos que han constituido la comisión política.
 - Porcentaje dentro del total de distritos previstos que han constituido la comisión técnica.
 - Porcentaje dentro del total de distritos previstos que han constituido el núcleo orgánico y la infraestructura y han elaborado el documento marco.
5. Elaboración del documento marco para el plan de distrito:
- Evaluación:**
- Porcentaje de documentos marco elaborados dentro de los distritos priorizados.
6. Presentación y aprobación del plan de distrito a cargo del plenario en cada distrito priorizado.
- Evaluación:**
- Porcentaje de proyectos presentados y aceptados de entre los elaborados.
7. Antes de seis meses de constituida la comisión permanente de cada distrito, se habrá elaborado un programa para drogas legales y para drogas ilegales con la lista de objetivos específicos, el cronograma de actuación y los indicadores de evaluación de éste, siguiendo las indicaciones establecidas en el Plan de acción sobre drogas de Barcelona para los años 2000-2003.
- Evaluación:**
- Edición del documento de plan de distrito.
8. Asegurar el apoyo técnico y/o financiero de los programas preventivos que se derivan de los planes de acción sobre drogas de distrito, y conseguir en el año 2003 cobertura en los distritos municipales priorizados.
- Evaluación:**
- Porcentaje de programas preventivos de distritos con apoyo técnico y/o financiero dados.
9. Garantizar el asesoramiento a todas las demandas de intervención preventiva, tanto si son vehiculizadas por profesionales, como por entidades en los distritos que no tengan aún un plan desarrollado.
- Evaluación:**
- Porcentaje de asesoramientos preventivos de distritos sin plan de distrito elaborado.
10. Elaborar anualmente programas de formación continuada e intercambio profesional para profesionales de los distritos con un plan de acción sobre drogas.
- Evaluación:**
- Porcentaje de formaciones continuadas e intercambios profesionales realizados anualmente.
11. Implantar los protocolos de actuación para drogas ilegales y legales en el 80% de cada una de las direcciones de asistencia primaria (DAP) que dispongan de estructuras reformadas antes de 2003, siguiendo los criterios del Órgano Técnico de Drogodependencias y el Consorci Sanitari de Barcelona.
- Evaluación:**
- Coordinaciones con el Órgano Técnico de Drogodependencias y el Consorci Sanitari de Barcelona.
 - Porcentaje de DAP con protocolos de actuación de formación continuada implantados e intercambios profesionales realizados anualmente.
12. Ofrecer unas jornadas de formación profesional y de coordinación entre los diferentes trabajadores del distrito, al inicio del plan de drogas de distrito, y promover encuentros anuales de intercambio entre profesionales.
- Evaluación:**
- Número de jornadas de formación-coordinación a los distritos (porcentaje de entre los priorizados).
 - Número de encuentros de intercambio anual (porcentaje de entre los que ya han realizado la formación inicial)

SUMMARY

BARCELONA DRUGS ACTION PLAN 2000-2003

SUMMARY of the modified text including the contributions made by the City Council Policy Commission on Drugs on 10 October 2000

Contents

1	Barcelona, a Plan based on consensus	79
2.	Drugs Action Plans 1988-1999	79
2.1.	Activities through 1987	79
2.2.	Action plan 1988-1991	79
2.3.	Action plan 1992-1995	79
2.4.	Action plan 1996-1999	79
3.	The reality of drugs in Barcelona	80
3.1.	Tobacco	80
3.2.	Alcohol	80
3.3.	Heroin	81
3.4.	Cocaine	82
3.5.	Synthetic drugs	83
4.	Drugs Plan 2000-2003	83
4.1.	Intervention and objectives	83
4.2.	Prevention	83
4.3.	Assistance and social inclusion	85
4.4.	Security - Dissuasion - Suppression	89
4.5.	Support: scientific - information and research	90
4.6.	Territorial Plans	91

1. BARCELONA, A PLAN BASED ON CONSENSUS

One of the principal public health problems that we face in our country is the abuse of addictive substances. Different studies indicate that 18% of the general population experience disorders caused by the consumption of substances throughout their lives. The impact of addictive behaviours on the quality of life of the community, the user and the people who constitute the user's closest social and family surroundings is reflected in public safety problems, repercussions on health, shortened life expectancy, and long-term effects on the children of drug-dependents.

In 1987, political leaders from all the different parties decided that working together was the only strategy that would improve the quality of life of all citizens, referring to both persons that consume drugs and the members of their families and communities.

As of today, the city of Barcelona has been working for more than ten years with a drugs plan that features the peculiarity—unique in Spain—of being built on consensus between all the political forces present in the city council. It is based on social participation. It is the "Barcelona model," a term by which we are acknowledged, and which represents a philosophy based on the normalisation and guaranteed protection of the rights of all citizens, a methodology adapted to the territory and built on real knowledge of the current situation, and the positive results of universal coverage and improvement of the quality of life.

2. BARCELONA DRUGS ACTION PLAN 1988-1999.

The Barcelona Drugs Action Plan has been developed with annual evaluations and quadrennial adjustments. Its purpose and objectives have been progressively redefined, and the strategies for advancement have been studied in depth. These particularities have helped us to progressively consolidate a model based on tolerance, respect and solidarity. A model that not only pursues abstinence or non-consumption, but also fosters the incorporation of all types of preventive efforts directed at young people and adolescents. In this final aspect, the information and reinforcement of positive attitudes, focused on the development of abilities to participate in alternative activities, has been eminently important. The positive results that have been obtained are based on an effort of investing in the commitment and efforts made by citizens, the association movement, volunteers and professionals.

The environment that surrounds the world of drug dependences is extremely changeable, and new variables are constantly being added, such as organic diseases and new cultural conditions. In spite of this, the reality of the work completed to date indicates that we need to continue working within a framework of reflection and tolerance, the only methodology that allows us to satisfy the needs that are generated within the various branches of society: community, personal, public, family, associations and professional.

2.1. Activities through 1987

Municipal assistance to addicts began in the late 1930's, with attention to alcoholics from a social perspective, but it was not until the 1950's that they began to be treated as victims of a disease. In 1976, the Service of Alcoholism and other Toxicomanias (SAT) was created, which opened up treatment to other drug addictions (basically hallucinogens).

In 1980, the Department of Social Services established a drug addiction care program, through which the first drug-dependents care centres, the first detoxification units and other walk-in resources were established.

The National Drugs Plan was approved in 1985. This plan laid the foundations for prevention and assistance. One year later, the Technical Committee on Drug Addictions, promoter of the Drug Dependencies Plan of the Government of Catalonia (1987), was created. The Municipal Action Plan on Drug Addictions (PMAD) was approved in 1988. The Barcelona Drug Information System (SIDB), a programme for the systematic collection of data on the abuse of illegal drugs, was created a year later, in 1989.

2.2. Action Plan 1988-1991

The Plan of 1988, drafted from the guidelines agreed upon by all the political forces present in the city council, allowed a homogenous platform to be established for all the activities that were being carried out in the city, within the framework of a true action plan. During the period from 1988-1991, solidary and collaborative social participation was developed as a basic instrument for ensuring that the values and activities resulting from the Plan would reach all the residents of the city.

2.3. Action Plan 1992-1995

In 1992, the Work Group on drug addiction redefined the framework objective and the areas of intervention that were to be followed until 1995, after tracking and analysing the results of the first period of application of the Plan, and in accordance with changes in the phenomenon of drug addictions in the city (including the appearance of new drugs). Therefore, the interventions and preventive services and assistance initiated during the previous period were consolidated during these years.

2.4. Action Plan 1996-1999

The penultimate publication of the Plan is coherent with the basic areas of intervention of the previous periods, and emphasised the consolidation of milestones achieved to date, and the opening of new fronts and the reinforcement of recently initiated interventions. The plan has progressively expanded its coverage to include preventive policy and early intervention, as well as damage reduction, with the respective co-operation of educators, health care professionals and pharmaceutical specialists. This period is characterised by the development of territorial or district plans. The objectives of this stage were developed in the

same areas laid out in the first publication of the Plan (prevention, treatment and rehabilitation, dissuasion and suppression, and information and research).

3. THE REALITY OF DRUGS IN BARCELONA

3.1. Tobacco

Tobacco is the psychoactive substance with the highest levels of consumption in the city of Barcelona. The increasingly accepted concept of the relationship that exists between tobacco use and health problems has produced a greater sensitivity surrounding tobacco as an "object of risk." At the same time, a greater demand has been generated in society for "smoke-free areas," and strategies are being created to help smokers to quit their habit.

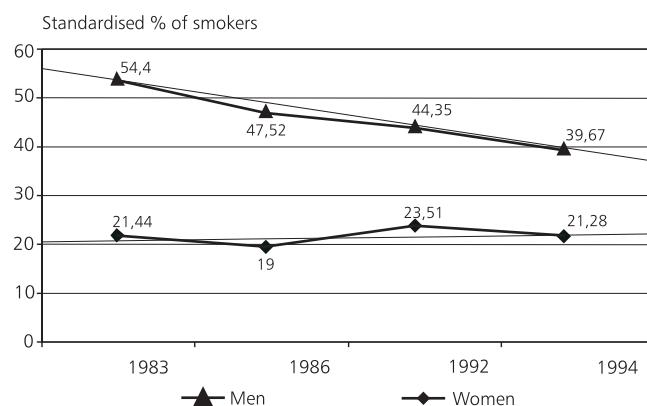
Tobacco dependence is the greatest public health problem in the city, not only because of associated illnesses and mortality, but also because of the behavioural disorders caused by nicotine. Although the extent and impact of tobacco use are very significant, the high existing level of social tolerance, the industry's promotional campaigns and the absence of conflictive issues give the tobacco habit an unproblematic appearance. The approach to tobacco use as an addictive behaviour as described in DSM-IV includes treatment from the psychosocial, behavioural, mental and pharmacological perspectives. Within this framework, the strategies of the individual clinical approach are combined with the execution of public policies, including the diffusion of information on the negative repercussions of tobacco use, improved compliance with legal standards and counter-marketing. Among the preventive activities that have been developed, the implementation of programs such as PASE (programme against the abuse of narcotic substances) and "Decideix!" (You Decide!), among those that are carried out within the scholastic framework, as well as the increased transmission of positive information on quitting the tobacco habit among the general population, are worth mentioning.

Currently, tobacco consumers continue to represent a third of the population of Barcelona (29.5%), with the percentages of men (39.7%) and women (21.3%) growing increasingly closer. The tendency toward tobacco use is dropping among men, while the tendency among women is stable overall, but is increasing specifically in the group of young women belonging to the upper socio-economic class (figure 1).

The objective of the Barcelona Health Plan for the year 2000 is to reduce the prevalence of consumption in the general population to 20%. Although there has been a downward trend in Barcelona in recent years, levels are still far from this objective. Even so, the FRISC survey (1997) shows that the prevalence of habitual tobacco consumers has dropped by 23% among young people since 1996.

Deaths attributable to tobacco have decreased since 1993, reaching a rate of 1.7 deaths per 100,000 inhabitants in 1995, which exceeds the objective set forth in the Health Plan of Catalonia. This reflects the reduction in deaths caused by trachea, bronchial and lung cancer, which has been observed in the last five years. At the same time, there is an increase in persons quitting tobacco use, beyond the objective proposed in the Health Plan.

Figure 1.- Prevalence of smokers over 14 years old, by gender.



Source: Barcelona Health Survey (1983,86,92)/IMS
Catalonia Health Survey (1994), Servei Català de la Salut (Catalan Health Service)

3.2. Alcohol

Research on the current situation of alcohol dependency (abuse of alcohol according to the DSM-IV or harmful consumption of alcohol according to ICD-10) in our community is subject to significant limitations, so data is only available from the health surveys.

In 1992 an evaluation was completed within the framework of the Barcelona Health Survey to determine the percentage of the population aged 15-65 that consumed more than 75 ml (60gr.) of alcohol per day among men and 40 ml (32gr.) of alcohol per day among women. These levels are considered to entail a high degree of risk. The results indicated rates of 6.6% of men and 3.7% of women. This analysis has not been repeated to observe any possible changes.

When mortality attributable to alcohol is measured (criteria proposed by Piedrola and Cols.), a slight downward trend is observed (24.1 per 100,000 inhab. in 1995), although the rates remain far from the desired value for the year 2000 (20.7 per 100,000 inhab.) (figure 2).

Hepatic cirrhosis represents the city's fifth-leading cause of premature mortality, with a mortality rate of 22.62 per 100,000 inhab. This rate, expressed in APVP, reveals significant differences between the various socio-economic areas of the city; the rate is more than double in depressed districts than it is in the rest of the city.

With regard to data on initiation of treatment in alcoholic patients, the data corresponding to the city's centres of attention and follow-up (CAS), but not those that take place through other resources (primary care centres for health and mental health), whether public or private. An upward trend is observed in the centres mentioned above, which appears to be due more to variations in supply and not in demand (figure 3). In 1998, 1,902 people with alcohol problems initiated treatment in these centres. The average age of these patients was 42.5, and they had an average previous history of drinking of 22 years.

No other risk-increasing behaviours are detected in this population besides the traditional risk-increasing behaviours, since those behaviours that appear among the young population that reveals patterns of compulsive sporadic consumption are not detected in the CAS centres. No other indicators are available in the city that allow the trends of problems associated with alcohol consumption, such as hospital releases, alcohol-related traffic accidents or the existence of sociosanitary problems in the primary social and health assistance network to be evaluated.

3.3. Heroin

In a study using the capture-recapture method to determine the prevalence of heroine, it was estimated that there are approximately 10,000 consumers of opiates in the city ($N=9.176$; $IC=7.188-12.222$). Along with this data, there is evidence that supports the fact that the number of chronic consumers is steadily dropping. Among this evidence, we should point out the number of requests for initiation of treatment (93%) of known cases, the reduction of new cases detected through emergency services (from 1,350 to 565) and deaths caused by overdose (from 16.1% to 12.4%).

Heroin is the substance that has provoked the greatest number of initiations of treatment in the past decade (figure 3). In 1998, a total of 2,556 patients initiated treatment, 31% of which were trying for the first time. Unlike other times within the period, only 25% of the new cases consumed the drug intravenously, and of these, 9% shared intravenous hardware.

As far as AIDS is concerned, it is important to note that, among the population of chronic heroine users consuming the drug intravenously, the number of new AIDS cases has decreased (in 1998, 101 cases). Also, the number of cases of infection with the virus has dropped from 5.5% in 1991 to 1.5% in 1996 (figure 4).

Mortality due to overdose has decreased slightly in recent years, partially because of changes in the patterns of consumption, as well as the mechanisms of immediate extrahospitalary care (061). Deaths caused by overdose, along with deaths caused by AIDS, currently constitute Barcelona's leading cause of death among young people and the leading cause in reduced life expectancy, both with marked sociodemographic differentiation.

The 2,556 heroine users who initiated treatment in 1998 comprised the following profile: 75% were men between 30 and 35 years old, of which more than 2/3 had tried treatment before. Their history of consumption had a duration of about 10 years. 82% of them lived with their families, 47% had not completed basic education, and 54% were unemployed, seeking their first job. In order to financially support their addiction, they spent an average of

Figure 2. Changes in mortality attributable to alcohol.

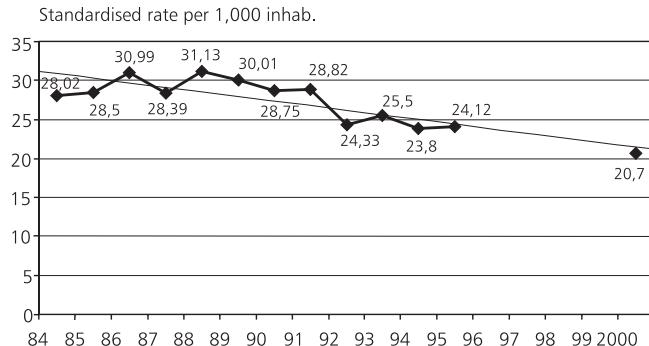


Figure 3. Changes in the number of initiations of treatment in the CAS centres of Barcelona, by the drug that motivated treatment. Barcelona 1991-98

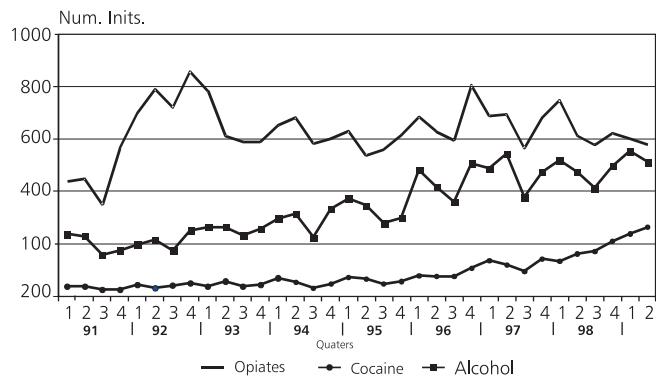
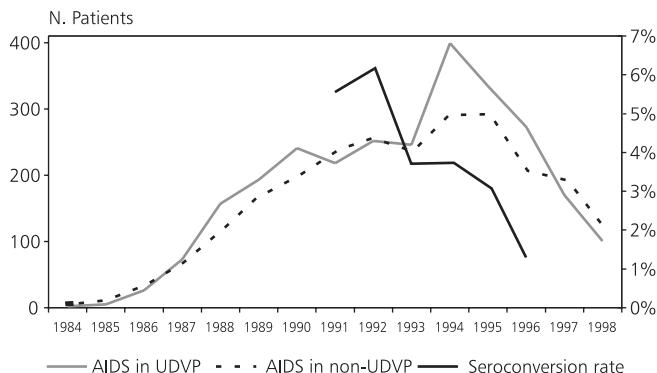


Figure 4.- Changes in the number of AIDS cases in UDVP and in the rate of HIV seroconversion. Barcelona 1984-98



36,000 ptas. per week. 32% obtained this money through employment, 20% from their family, 12% from theft and robbery, 11% from drug traffic, 8% from prostitution and another 8% from social funds; the remaining 9% did not state where they obtained this money. 71% of them had been arrested at least once, and more than half of those that had been arrested had been imprisoned. The primary motives for which they initiated treatment were pressure from their families (35%), health problems (27%), and legal problems (7%). 4% of them had used emergency health services during the past year, and of these, 27% had done so in relation to an overdose; the prevalence of HIV infection observed in this group in 1998 was 28%.

Methadone maintenance programs (PMM) and risk reduction programs were initiated in 1990, and they both underwent enormous expansion throughout the period. The high level of retention in PMM's after one year of treatment, compared with traditional programs focused on abstinence (75% compared to 6%) in itself represents an exceptional opportunity for supervision and clinical intervention. Figure 5 shows that it is 5% more likely that heroine users in treatment will survive than users that are detected in emergency rooms and do not follow any treatment, and 20% more likely than patients diagnosed with tuberculosis who do not receive treatment. These same PMM's facilitate practically the same degree of compliance in tuberculosis control programs among drug-dependants as among the rest of the population (93% and 96%).

After 12 months of treatment, heroine users treated in PMM's manifest perceptible improvements in vitality, pain perception, social isolation, mobility, employment and judicial proceedings.

Overall, an acceptable correlation ($R^2=0.69$) is observed in the city between the number of available vacancies in PMM's and the perception among citizens of threats to safety (victimisation index) (figure 6).

3.4. Cocaine

A specific study was necessary to determine the prevalence of cocaine users in the city. Using the "snowball" methodology, it is estimated that in 1991 there were around 35,000 sporadic cocaine users (at least once in the previous 6 months, or 25 times in a lifetime). The estimated number of chronic consumers (at least once per week in the previous six months) was 12,000. In 1999, using the capture-recapture method with the emergency services indicator, the prevalence of problematic users was estimated at 25,988, which represents a rate of 3 percent of inhabitants aged 15-54 in the city of Barcelona.

In 1999, cocaine was the third-leading cause that motivated treatment in patients cared for in the city's care

Figure 5. Survival of opiate users by source.

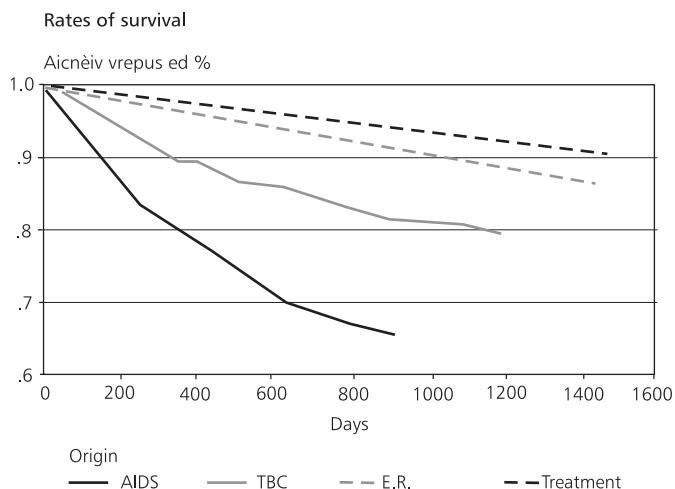
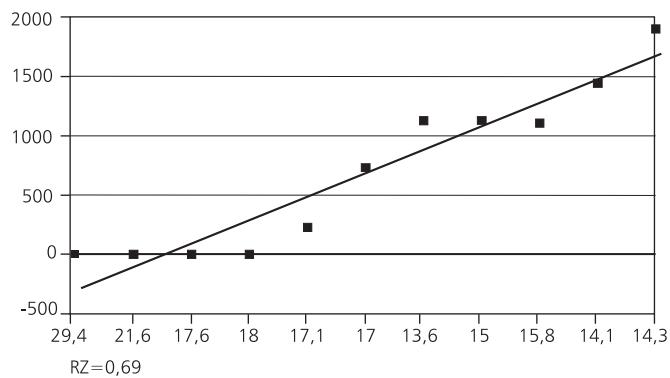


Figure 6.- Correlation between the number of vacancies in Methadone treatment programs and the percentage of victimisation. Barcelona 1987-97



and follow-up centres, although it should be taken into account that in the case of first-time treatments, cocaine, with 646 cases, exceeded heroine, with 627 cases. The histories of these patients reflect about 7 years of consumption prior to initiating treatment, preferably taken nasally, although a gradual increase has been observed in the past two years in smoking and intravenous consumption of cocaine, closely linked to persons addicted to multiple drugs, including both heroine and cocaine.

Treatment initiations have grown progressively in recent years (100 in 1991, 120 in 1994 and 983 in 1999) with a sharper increase in the last three years. In emergency rooms, the number of patients attended in relation to cocaine has gone from 450 patients in 1992 to 2,021 patients in 1999. The characteristics and profiles of cocaine addicts indicate an expected increase in the demand for attention from mental health centres, as well as a problem that is not explicitly stated and not demanded, which makes it impossible to precisely quantify the actual and perceived morbidity related to the consumption of cocaine.

3.5. Synthetic drugs

The decade of the nineties has been marked by the drop in the use of heroine and the popularisation of synthetic drugs. These types of "fashion drugs" are available in the form of pills or tablets of highly variable composition that is obviously unknown to the consumer. They are linked to the recreational profile of sporadic and weekend use in the young population, usually taken with alcohol.

A sociological study is currently underway in the metropolitan area to evaluate the extent, impact and consumption profiles of synthetic drugs; this study will be carried out with much greater precision than the current study. Interventions have been focused on prevention and responsible consumption, promoting lifestyles free of unknown substances, providing information about their possible risks, and the urgent actions to be taken in case of side effects caused by the consumption of these drugs ("heat waves," hemodynamic or psychological alterations).

The first medical emergency attended to in the city in which Ecstasy was mentioned took place in 1992, and since then there has been a slow, steady increase, reaching 320 emergency cases attended in 1998. Traumas and other external causes are not significant to this volume of emergency cases, but cardiovascular and psychological disorders, on the other hand, stand out. Initiation of treatment for these drugs in the city's Attention and Follow-up Centres is rare, and is concentrated among groups of consumers that have had some collective health problem (a group with some case of a serious side effect that has stimulated the entire group) or legal problem. In the city of Barcelona, two deaths have been reported for acute intoxication related to these substances, although other substances were also present in the bodies of the two victims.

4. ACTION PLAN 2000-2003

4.1. Intervention and objectives

The same mission has been maintained throughout the course of these three programs within the PADB, which allows us to continue working along the same lines. The mission is stated as follows:

"The battle lines against drugs should be understood as focused on preventing their consumption as much as possible; preventing the effects of social, individual and group exclusion that drug use entails; and helping people who want to quit the habit, if possible, to be socially integrated, or at least to limit the negative effects of drugs on their health, life and social environment as much as possible."

In order to carry out this mission, the strategies to be used for 2000-2003 consist of ordering all the resources for assistance within the body of the PADB, functionally integrating the PADB with the mental health, primary health care and social service networks, and consolidating the Contact and Health Programs. Following the methodology used since the plan's beginnings, the areas that will constitute the backbone of the Drugs Action Plan for the years from 2000 through 2003 need to be de-

fined, and it is in this regard that, after 10 years of continuous work, a new, fifth area has been added to the Plan: Territorial Plans. The Plan is thus broken down as follows:

- Prevention
- Social Assistance and Inclusion.
- Dissuasion.
- Awareness.
- Territorial Plans

Below we will detail the general objectives for each area of intervention, as well as the specific objectives that represent the application of the policy guidelines for this new period.

4.2. Prevention

The activities of prevention within the Drugs Action Plan of Barcelona are focused on achieving a condition of well-being for the persons in our community who, immersed in a culture of consumption, often addictive, need information and positive reinforcement to avoid using drugs and thus avoid the consequences associated with drug consumption.

The work of the Plan within this area will be centred on preventing, as much as possible, the use, abuse and addiction to psychoactive substances among the members of our community. This goal will require work in an atmosphere of synergy between all the branches of the community, including the social, cultural, family and health branches, independent of whether the interventions are focused on legal or illegal drugs.

Therefore, activities for the prevention of drug addiction will be focused on identifying and acting on the individual and socio-cultural circumstances that favour drug use, independent of whether the person is a youth, adolescent or even an adult. It is understood that drug use is found in a framework of relationships, where expectations, motivations, and the rewards for its use play an important role, especially if these experiences of use are not countered with other alternative activities and life experiences.

Definitively, it is becoming increasingly important to stimulate the capacity of respect and communication between people, maintain an operational of health promotion, from the dual perspectives of health education in the schools and prevention and early detection of risk behaviours or physical or social pathologies associated with substance abuse, and from the primary care of health or basic social services.

All this must be done without omitting those interventions that impede the presence of drugs in different environments (measures for improving compliance with regulations on sales, traffic, etc.) which are included in the Dissuasion area, but which under no circumstance shall affect the rights of the individual, since this fact could cause a social exclusion and/or stigmatisation that would make it impossible for the user to be integrated into society.

To all the above, it should be added that preventive measures should be general, with the necessary adaptations to each area of intervention, adapting actions to each segment of the population, while seeking an interconnection as if they were "linked drops." Therefore, there must be participation, in both the definitions and the implementation, of all the parties involved, including youth and adolescents, adults, professionals, parents,

communication media, the schools, labour and the networks of associations and volunteerism, etc.

General Objectives – Prevention:

- a. Prevent the use of, or at least delay the age of first use of, potentially addictive substances, whether legal or illegal, in the adolescent and young population of our city.
- b. Prevent the progression and consolidation of the use of addictive substances, whether or illegal, among persons who already consume them.
- c. Favour the culture of recreation through the use of leisure and participative areas and events throughout the various stages of life.

Specific objectives – Prevention:

1. In conjunction with the Health Promotion Service of the Municipal Health Institute, create a catalogue of existing drug prevention programs in the schools, evaluated prior to the year 2001.

Evaluation:

- Collaborate in the establishment of the minimum criteria for determining the effectiveness of the specific programs.
- Collaborate in preparing the catalogues.
- Publish the catalogues.

2. Distribute the updated Catalogue of drug prevention in the schools to all primary and secondary schools in the city of Barcelona.

Evaluation:

- Percentage of primary and secondary schools that receive the catalogue.

3. Continuously update the programs for the prevention of addictive substance abuse, which are promoted by the Municipal Institute of Public Health.

Evaluation:

- Percentage of updates within the programs in progress in a period of 4 years, and the number of updates to each program.
- Number of new programs or materials.

4. Continuos evaluation of the process of implementation and use of preventive programs in the schools.

Evaluation:

- Percentage of programs with annual evaluations.

5. Expand the implementation of specific preventive programs in the schools, until at least 50% of the schools develop these programs by the year 2003.

Evaluation:

- Percentage of schools that have implemented at least one drug prevention program in the school.

6. Training the teaching personnel in charge of implementing any of the programs in the schools (i.e.: the DECIDEIX! Program).

Evaluation:

- Number of teachers that assist the course annually (total and by district).

7. Train of 50% of technical personnel of the Territorial Health Teams, by 2001, as directors and moderators of sessions, seminars and prevention in the family within the preventive support program (for example: show the video *Pares i mares de adolescents: viure els riscos, pensar els límits* [Parents of adolescents: live the risks, think about the limits]).

Evaluation:

- Percentage of professionals of the School Health Teams who are trained

8. Distribute the Preventive Support Program directed at parents and educators to 100% of the Parent-Teacher Associations by 2001.

Evaluation:

- Percentage of Parent-Teacher Associations that have received the material.

9. Guarantee technical support to the citizen organisations that address the Plan to implement a drug prevention project.

Evaluation:

- Percentage of citizen organisations that have received technical support after presenting a project.

10. Preparation, update and promotion, by the end of 2001, of material intended to inform and increase the awareness of the general population and specific subpopulations, on the risks associated with the consumption of tobacco, alcoholic beverages and psychotropic drugs, drinking and driving, and cannabis.

Evaluation:

- Publication of the material.

11. Distribution of the material for informing and increasing the awareness of the general population, guaranteeing presence at 60% of citizen information points, 30% of all pharmacy offices, 50% of Primary Care, Health and Social Centres and 100% of all associations involved in drug-related issues, by the year 2002.

Evaluation:

- Percentage of coverage achieved.

12. Yearly completion of a course for new volunteers and a refresher course for association managers.

Evaluation:

- Completion of the Courses.

13. Consulting and orientation for teaching professionals and parent-teacher associations in regard to preventive activities that they want to initiate.

Evaluation:

- Number of consulting assignments.

14. Promote the Preventive program model in the workplace, developed with the collaboration of the Labour Health

Centre of the Municipal Institute of Public Health of Barcelona and the Unions, directed to every company located in our city with more than 100 employees by 2001.

Evaluation:

- Percentage of companies with more than 100 employees that have been informed of the Program.

15. Individually study the children of drug addicts who initiate treatment, evaluating and detecting their needs and seeking to study all children of persons with addiction problems who initiate treatment before the year 2003.

Evaluation:

- Percentage of children of persons with addiction problems who have initiated treatment at any Care centre that have been evaluated.

16. Expand the coverage of the specific intervention program for the children of drug addicts in high-risk situations, seeking to include in the program at least 80% of patients with children who have initiated treatment every year.

Evaluation:

- Annual percentage of children included in the program.

17. Co-ordination with other institutions (universities, etc.) and departments of the City Government (Social Services, Youth, Municipal Police, etc.), to provide incentives for activities that promote the culture of healthy recreation, facilitate social integration and prevent risks (traffic accidents related to the consumption of alcohol or other drugs).

Evaluation:

- Number of activities carried out every year, directed to children and/or youth, city-wide, promoting healthy recreation.
- Report of the activities completed for primary prevention of traffic accidents attributable to alcohol.
- Number of traffic accidents in the city of Barcelona that are caused by the use of legal or illegal drugs.

18. During the period in which this Drugs Plan is in force, a circular will be issued that will systematically remind the organisers of popular festivals, the Municipal Services of the districts and the Municipal Police of the limitation of the availability of alcoholic beverages and the prohibition of their promotion through contests, with the objective of achieving coverage of 100% of the organisers.

Evaluation:

- Percentage of agencies that organise popular festivals that have received the circular, reminding them of the limitation in the availability of alcoholic beverages and the prohibition of their promotion.
- Percentage of dossiers opened for non-compliance with the regulations, out of the total number of festivals organised.

19. During the period in which this Drugs Plan is in force, the presence of alternative beverages should be guaranteed at 100% of all celebrations promoted by the local government.

Evaluation:

- Percentage of celebrations promoted by the local government where non-alcoholic beverages are available.

20. Continue offering a Drugs Orientation Service to professionals who work with adolescents that initiate consumption and to parents, outside the treatment centres in order to avoid any social stigmatisation that the service may represent.

Evaluation:

- Percentage of increase in requests

21. Guarantee that at least one organisation or association from each and every territory participates actively in the District Drug Plans.

Evaluation:

- Percentage of organisations or associations that have participated, out of the total number of district plans in operation.

22. By the end of the year 2000, the PADB will draft recommendations on the responsible distribution of alcoholic beverages.

Evaluation:

- Publication of the recommendations.

23. By the end of 2001, all the Municipal Services will have the recommendations on the responsible distribution of alcoholic beverages.

Evaluation:

- Number of Municipal Services that have the material out of the total number of Municipal Services.

4.3. Assistance and social inclusion

These areas seek to offer attention to those persons who, subject to either a risk-level consumption or an addiction, require personalised and specific help. The interventions designed herein cover everything from primary care to specialised care, with attention to the biological, psychological and social factors inherent in the phenomenon of drug addiction.

Definitively, the intention is to implement efforts focused on improving and, if possible, curing persons with drug addictions, as well as the monitoring and treatment of the organic,

psychological and social/family pathologies associated with consumption. A final objective is the social inclusion or reintegration of the person into his/her community, even in those cases where overcoming the addiction does not seem viable (damage reduction programs).

General objectives - assistance and social inclusion

- a. Improve the quality of life and life expectancy of the population dependent on potentially addictive substances and of their most immediate surroundings.
- b. Guarantee access to assistance devices to all persons who request it.

- c. Improve interventions that favour the change of habits and risk behaviours in the population that uses legal and/or illegal drugs.

Specific objectives - assistance and social inclusion:

1. Guarantee specialised, sectorial attention by the year 2001.

Evaluation:

- Percentage of users of the specific centres residing in the same territorial unit.

2. Develop a catalogue of programs and minimum assistance services and of social reintegration services for all the Attention and Follow-up Centres in the city by the end of the year 2001.

Evaluation:

- Publication of the Catalogue.

3. Guarantee a minimum availability of assistance and reintegration services in each of the Attention and Follow-up Centres in the city, independent of the agency that operates them, by 2002.

Evaluation:

- Percentage of new patients that have been assigned to the programs and minimum services of the catalogue.

4. Guarantee that new users of the service will be attended within fifteen days from the time the request for treatment was made. This objective should be reached before the year 2001, based on the criteria of population coverage.

Evaluation:

- Days that pass between the request for treatment and the first visit granted.

5. Protocol and publish the different activities that appear in the Catalogue of Minimum Services before the year 2002.

Evaluation:

- Completion of the Protocols.
- Publication of the Protocols.

6. Creation and application of a computerised clinical history instrument for the health, socioeducational and psychotherapeutic areas before 2002.

Evaluation:

- Elaboration of the computerised clinical history instrument for the health, socioeducational and psychotherapeutic.
- Application of the clinical history instrument in the CAS centres

7. Draft / apply the protocols for the detection of AIDS, Hepatitis B and C, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases to all patients that request treatment, in any of the specific centres of the city before 2001.

Evaluation:

- Number of assistance centres that apply them and register them in the Sanitary History.

- Annual percentage of diagnoses performed by each new patient and registered in the Clinical History.
- Percentage of detection protocols applied for each new patient and registered in the Clinical History.

8. Completion of a protocolised case history for the detection of social dysfunctions in all patients that request treatment in any of the specific centres of the city before 2001.

Evaluation:

- Number of assistance centres that apply them and register them in the Social History.
- Annual percentage of case histories completed for each new patient and registered in the Social History.
- Percentage of social dysfunctions detected out of the total number of case histories performed.

9. Before 2003, interventions must be performed for serious social dysfunctions in 60% of patients attended in the Attention and Follow-up Centres.

Evaluation:

- Annual percentage of new users to which the protocolised interventions on social dysfunctions have been applied, which have been registered in the Social History.

10. Completion of protocolised case histories for the detection of mental disorders (psychopathological history) to all patients that request treatment in any of the specific centres of the city by 2003.

Evaluation:

- Number of assistance centres that apply the psychopathological case history and register it in the clinical history.
- Annual percentage of case histories performed out of the total number of clinical histories opened.

11. Creation of circuits and protocols for the co-ordination and redirection with the primary health, social and mental health assistance network before 2002, in each of the Attention and Follow-up Centres.

Evaluation:

- Percentage of new patients that, being subject to redirection, have been redirected annually to the corresponding networks (mental health, primary health care and primary social care).
- Percentage of persons redirected from the CAS centres to the normalised networks with a completed redirection protocol.
- Percentage of new patients for whom the records indicate that some co-ordination has been made.

12. Guarantee that each new user of the Assistance and Follow-up Centres will receive a diagnosis and an individualised Therapeutic Plan, and that it will be registered in its clinical history, specifying the health, social and psychotherapeutic aspects. This objective will be reached before 2002.

Evaluation:

- Number of centres that apply diagnostics and Individualised Therapeutic Plans.

- Percentage of registration of diagnoses and Therapeutic Plans in clinical history documents thirty days after treatment was initiated.
13. Perform an orientative diagnosis in each of the aspects being studied: organic pathology, mental and behavioural disorders (including disorders caused by drug use), using the CIE-10 disease classification codes, which includes all pathologies, before the end of the year 2002.
- Evaluation:**
- Percentage of clinical histories opened with coded diagnostic orientation.
 - Percentage of persons redirected from the CAS centres to the normalised networks with a completed redirection protocol.
 - Percentage of new cases for which the records indicate that some co-ordination has been performed with other networks.
14. Create detection protocols for the early diagnosis of psychiatric pathologies in users of the CAS centres before 2001.
- Evaluation:**
- Existence of detection protocols for psychiatric pathologies.
15. Along with the Mental Health Service of the Barcelona Health Consortium (Barcelona Health Consortium), establish mechanisms of co-ordination that allow patients with psychiatric pathologies to be directed from the Drugs Network to the Mental Health Network, so they can receive integrated treatment, before 2002.
- Evaluation:**
- Establishment of a platform of Co-ordination between the Drugs Action Plan of Barcelona and the Mental Health Program of the Barcelona Health Consortium.
16. Validate instruments for the evaluation of the therapeutic programs before 2003.
- Evaluation:**
- Availability of the evaluated instruments before 2003.
17. Guarantee the effectiveness of the services of the CAS centres before 2003.
- Evaluation:**
- Application of the instruments for the evaluation of validated results in all the CAS centres of Barcelona.
 - Annual improvement of quality of life indicators for attended users.
18. Before 2003, there should be information on the consumption of non-institutionalised drugs (opiates, cocaine and other stimulants, derivatives of cannabis, hallucinogens, inhalants, etc.) of at least 80% of the population under 45 years old attended in Primary Health Assistance (APS) centres, and a minimum advice or brief intervention should have been made, focusing on abstinence and the prevention of the risks associated with this consumption, to

at least 60% of the consumers detected, as indicated in the Health Plan.

Evaluation:

- Changes in the percentage of Clinical History of Primary Assistance (HCAP) of adults less than 45 years old in the population attended in AP centres in which the record indicates the consumption of non-institutionalised drugs, as indicated in the Health Plan.
- Percentage of drug consumers detected in APS centres to whom a minimum advice or brief intervention focused on the prevention of associated risks has been given.

19. Before 2003, there must be information on the consumption of alcohol of at least 80% of the population over 17 years old attended in the Primary Health Assistance (APS) centres, and 40% of the adolescent population adolescent between 15 and 17 years old attended in the APS centres. Also, a minimum advice or brief intervention should be given to at least 50% of excessive consumers of alcohol detected, as indicated in the Health Plan.

Evaluation:

- Percentage of persons over 17 years old who have alcohol consumption registered in the Clinical History of Primary Assistance (HCAP).
- Percentage of persons between 15 and 17 years old who have the consumption of alcohol registered in the Clinical History of Primary Assistance (HCAP).
- Percentage of persons over 17 years old who have been advised to reduce the consumption of alcohol registered in the Clinical History of Primary Assistance (HCAP).
- Percentage of Clinical History of Primary Assistance (HCAP) of risk drinkers that have registered the advice to reduce the consumption of alcohol.

20. Before the year 2003 there should be an increased promotion of brief interventions (early detection and brief intervention) to abusers of alcohol and other drugs from the Primary Health Attention centres and, eventually, from other unspecified sources such as workplaces, emergency room or traumatology services, etc. Concentrated redirection from health services of patients addicted to legal or illegal substances will be promoted, as indicated in the Health Plan.

Evaluation:

- Number of activities (co-ordinations, clinical sessions, etc.) completed within the period in which this plan is in force.
- Published or distributed materials.

21. Publish a binder of support materials for the intervention on the problems of alcohol from Primary Health Attention centres.

Evaluation:

- Publication and distribution of the material.

22. Contribute to the information, consulting and continued training of the Primary Health Attention professionals.

Evaluation:

- Number of training sessions or consultations made.

23. Continue guaranteeing the coverage of 100% of treatments to patients who are imprisoned and participating in a PMM and are residents of our city.

Evaluation:

- Percentage of patients who are residents of the city and are imprisoned, on PMM's, who must wait more than 48 hours to be attended by the Attention and Follow-up Centre.

24. Continue to increase the vacancies in the Methadone Maintenance Program or those of other opiate agonists, as much as necessary for supply to equal demand.

Evaluation:

- Number of patients who are residents of the city that request PMM treatment
- Number of available vacancies in Methadone treatment programs.

25. Continue providing supervised treatment to at least 90% of the UDVP's in Barcelona that have been diagnosed with tuberculosis, from the Drug-Dependencies Attention centres of Barcelona.

Evaluation:

- Percentage of tuberculosis patients with supervised treatment.

26. Continue giving supervised chemoprophylaxis tuberculosis treatment to at least 90% of the UDVP's on PMM in Barcelona to which it has been prescribed, from the Drug Dependencies Attention centres of Barcelona.

Evaluation:

- Percentage of patients to whom chemoprophylaxis has been prescribed who are in supervised treatment.

27. Increase the annual number of redirections to specific resources of drug users contacted in a situation of social exclusion and that are not in the assistance circuits 5%.

Evaluation:

- Definition of the criteria of exclusion.
- Number of users that meet the criteria and are not in the network.
- Annual percentage of redirections of drug users contacted in a situation of social exclusion.

28. Collaborate with the different levels of Administration and civic bodies that work with immigrants, working with those groups that are most vulnerable, such as youth and adolescents, in order to reduce their consumption of psychoactive substances and incorporate them into the therapeutic circuits.

Evaluation:

- Number of co-ordinations and/or consultations
- Number of training sessions for professionals
- Publication of material
- Number of immigrants with treatment.

29. Guarantee continuity in the distribution of informational material on correct self-injection techniques, overdoses and safe sex to users of illegal drugs attended in the treat-

ment centres and to those who have not yet gone to the treatment centres, but have contacted with risk reduction programs.

Evaluation:

- Percentage of drug users attended in the treatment centres to which informative material on correct self-injection techniques, overdoses and safe sex have been given.
- Percentage of drug users that have not yet been attended in the treatment centres, but have contacted with risk reduction programs, to which informative material has been provided on correct self-injection techniques, overdoses and safe sex.

30. Continue to have treatment programs capable of accepting the consumers of new substances in the specific treatment centres.

Evaluation:

- Percentage of treatment vacancies occupied by consumers of new substances.

31. Create and diffuse support material for the hospital emergency services and 061 for interventions on drugs, before 2002.

Evaluation:

- Publication of the material.
- Distribution of the material in the specified services.

32. Implement risk reduction strategies with workshops on safe sex, safe self-injection and dosage method change techniques, from the street contact devices and the CAS centres.

Evaluation:

- Annual number of workshops on safe sex, safe self-injection and dosage method change techniques.
- Number of persons per workshop

33. Increase the number of persons who are trained in workshops on safe sex, safe self-injection and dosage method change techniques by 10% annually.

Evaluation:

- Annual percentage of persons trained in workshops on safe sex, safe self-injection and dosage method change techniques.

34. Continue implementing case histories on the quality of life of the children of users attended in the city's Attention and Follow-up Centres, until, by 2002, 100% of the Clinical histories include the necessary information.

Evaluation:

- Annual percentage of clinical histories of new users with the information included.

35. Guarantee the presence of contact programs with the at-risk population in all those areas of the city detected with indicators of problems associated with drug consumption, above the city-wide average.

Evaluation:

- Percentage of contact programs with at-risk population in those locations where detected through mapping.

36. Guarantee the availability of information on the therapeutic processes achieved by persons who have cases pending with la justice, but could benefit from an alternative sentence as opposed to prison, to the judges that request it.. This process will be completed through the Directorate General of Penal Sentences and Alternatives of Juvenile Justice (DGMPAJ) of the Department of Justice of the Government of Catalonia, with an annual increase of 10% of alternative sentencing.

Evaluation:

- Number of cases co-ordinated with DGMPAJ
- Number of persons attended annually in the city's drug centres that, having cases pending, are subjected to alternative sentencing.

4.4. Security - Dissuasion - Suppression

This program is basically focused on controlling the availability of drugs and, therefore, on all the market mechanisms included in the drug distribution networks, whether legal or illegal. Since the direct competencies in relation to the suppression of drug traffic and of criminal and antisocial behaviours linked to drug traffic are beyond the municipal scope, activities will be focused on dissuasion of consumption in public thoroughfares and on facilitating the contact of drug users with assistance resources, and on ensuring the effective execution of the existing legal regulations with regard to the sale and consumption of legal drugs.

There is a direct link between dissuasive activities and preventive activities in the field of availability and, given that, as was mentioned above, the direct competencies are beyond the municipal scope, the PADB will focus its intervention in this field primarily on activities oriented toward prevention.

People who consume drugs and/or are addicted to them often perpetrate crimes, or in order to maintain their habit of consumption, they cause, while under the effects of drugs, alterations of public order that produce serious discomfort and social alarm. It is true that in most cases they are victims of their own problem, drug addiction, but it is no less true that they harm their surrounds and

that actions must be taken. However, the criminalisation and progressive social exclusion of addicted persons should be avoided. The activities should tend, as much as possible, to redirect and facilitate contact with the assistance network, without changing the fact that they must be accountable for their own acts and for the repercussions that they cause to the people around them.

Open consumption in public, and its consequences, are also motive for social alarm, while, at times due to the circumstances, it is also dangerous for the drug addict himself/herself.

Discarded hardware used in the consumption of illegal drugs also represents a threat to the health and security of the citizenry, and activities should be focused on maintaining the community areas free of this danger.

On the other hand, it is also necessary to guarantee the monitoring of regulations on the sale and consumption of legal drugs, alcohol and tobacco, as a preventive method in order to prevent, as much as possible, the contact of younger people

with alcohol, and to control the consequences of abusive consumption.

Through the Urban Security Council of Barcelona (CSUB), the District Councils of Prevention and Security and the Police Co-ordination boards, the Plan favours co-ordination within the different territorial sectors of the city. The participation of the National Police, Municipal Police, representative bodies of the district,

secretaries of prevention and representatives of the personal services on these Councils facilitates the exchange and design of co-ordinated activities in the scope of security.

On the other hand, co-ordination with the Office of the Prosecuting Attorney for the Prevention and Suppression of Illegal Drug Traffic of Catalonia is fundamental in order to facilitate the information and assistance resources necessary to favour measures of alternative compliance for drug addicts who have problems with the law.

General objectives - security-dissuasion-suppression:

- a. Facilitate a community environment that controls the availability of addictive substances.
- b. Supervise the effective compliance of regulations on the sale, distribution and consumption of legal drugs (age, times, place and circumstances).
- c. Dissuade the open consumption of illegal drugs in public thoroughfares and public-accessible premises, facilitate contact with treatment centres and reduce the risks associated with public consumption.

Specific objectives - dissuasion and suppression:

1. A strategy of intervention (conjunction of dissuasive and repressive measures) in street safety shall be defined and implemented in co-ordination with the Municipal Police before the year 2001.

Evaluation:

- Number of activities, campaigns and materials completed in collaboration.

2. Guarantee training for the professionals of the bodies of the Municipal Police and National Police, in order to guarantee the homogeneity of repressive-dissuasive activities and awareness of the activities and resources of the city.

Evaluation:

- Number of training sessions.

3. Guarantee the availability of assistance for the remission of drug-related administrative sanctions to persons accused by the Municipal Police, National Police and sanctioned by the Civil Government for possession or public consumption of illegal drugs.

Evaluation:

- Percentage of persons out of the total who receive an administrative sanction that initiate treatment for this reason.

4. Guarantee consulting and support to the Councils of Prevention and Safety of Barcelona and to the District Coun-

cils through co-ordination with the technical prevention secretaries and the annual presentation of the report on drugs.

Evaluation:

- Percentage of councils in which a report has been presented on activities performed in relation to drugs in the course of the year.

5. Involve the Security Forces in open sessions for the exchange of professional experiences in the city.

Evaluation:

- Number of professionals from the Security Forces that participate in the open sessions of the PADB.

6. Guarantee the presence of the Municipal Police for dissuasive purposes in those locations of the public thoroughfare or public-accessible premises where the Local Administration is aware that drugs are sold and/or consumed.

Evaluation:

- Percentage of sanctioning dossiers opened for the consumption or sale of drugs in public thoroughfares or in public-accessible premises.

4.5. Support: scientific - information and research

The objective of this area is to facilitate the necessary information on every level of intervention, so that, support must be provided to the management and the different Programs, while allowing immediate actions to be undertaken, facilitating the instruments necessary to measure the effectiveness and efficiency of the same. This includes Barcelona's drugs information systems, general health information systems, and systems for monitoring specific health problems, disease control and monitoring social demands, as well as specific investigations related to assistance.

This area includes the observatory of new juvenile consumption, developed in the course of the Plan 1996-1999. The purpose of this knowledge instrument is to observe and describe the new patterns of consumption, and the attitudes and values of young people with regard to the consumption of drugs, facilitating the construction of preventive strategies more focused on the way of thinking of youth and adolescents in our environment, and allows us to know the impact they have on the community.

General objectives - information and research:

- a. Learn the trends and magnitudes of the consumption of legal and illegal drugs in each district of the city.
- b. Study and describe the needs of the community and of drug users.
- c. Describe the characteristics and needs of the vulnerable groups.
- d. Develop indicators of the effectiveness and efficiency of resources.
- e. Make available a think tank that allows the strategies undertaken to be more deeply analysed.

Specific objectives - information and research:

1. Guarantee the annual continuity of the availability of epidemiological indicators of the consumption of illegal drugs in the population base.

Evaluation:

- Annual publication of the following indicators:
 - initiations of treatment,
 - emergency services,
 - mortality and
 - prevalence.

2. Ensure availability of indicators of the type of substances confiscated, in regard to their nature, purity and composition of the adulterants before 2002.

Evaluation:

- Laboratory co-ordinations.
- Publication of data.

3. By the year 2001 there will be a model survey of alcohol and drug consumption for the general population

Evaluation:

- Elaboration of the corresponding instruments and periodical publication (every 5 years) of the resulting information.

4. Guarantee the publication of a triennial newsletter analysing data on management, municipally owned Attention and Follow-up Centres, with regard to the condition of the users of the services and the process and results of assistance and of the bio-psycho-social interventions carried out.

Evaluation:

- Triennial publication of the management newsletter.

5. Include non-municipal centres in the information system so that they can receive the triennial management newsletter throughout the period in which the Plan is in force.

Evaluation:

- Percentage of non-municipal centres that receive the management newsletter.

6. Create a computerised clinical history form by 2001.

Evaluation:

- Percentage of dossiers opened using the new clinical history.

7. Before 2001, learn the impact of excessive consumption and drug traffic on the community, drafting maps of problem spots within each area.

Evaluation:

- Publication of maps of the consumption and traffic areas in each district

8. Statistics on fatal traffic accidents in the city of Barcelona involving the presence of psychoactive substances in the blood will be available by the year 2001.

Evaluation:

- Number of fatal traffic accidents in the city of Barcelona with positive alcohol test.

- Number of accidents of fatal traffic accidents in the city of Barcelona with positive test for benzodiazepines.
- Number of accidents of fatal traffic accidents in the city of Barcelona with positive tests for other drugs.

9. By the end of 2002, a pilot study will be completed on the Emergency Service of a hospital in the city in order to learn about changes in traffic accidents in the city of Barcelona with positive alcohol detection.

Evaluation:

- Number of traffic accidents in the city of Barcelona with detection of alcohol.

10. Maintain awareness of the values and lifestyles of young people and adolescents with regard to the consumption of alcohol and synthetic drugs.

Evaluation:

- Publication of the report of the Observatory of new juvenile consumption

11. Continue facilitating epidemiological knowledge on the consumption of illegal substances to the European Observatory .

Evaluation:

- Co-ordination with the team of the European Observatory (number of consultations)

12. Participation in different work groups and workshops in conjunction with other professionals, cities and European agencies (OMS, OTD, Fòrum, etc.), in order to analyse and advance on the different models for approaching the drug problem and intervention strategies, and for the elaboration/publication of materials

Evaluation:

- Participation in different forums.
- Material completed

13. Creation of a forum of the professionals of the drug addiction attention network, in order to unify and homogenise assistance intervention in the city of Barcelona, by 2001.

Evaluation:

- Creation of the forum

14. Publication of the material produced in the forum of professionals of the drug addiction attention network, including the technical criteria of the most effective interventions of assistance in the city of Barcelona, by 2001.

Evaluation:

- Publication of the material generated in the forum

4.6. Territorial Plans

An overall focus of the interventions in drug-related issues for Barcelona must include a basic axiom that the city is made up of different territorial realities. Thus, the drug problem in its totality is also defined by the sum of the diverse realities of the quarters that compose the city.

The significance and particularities of the impact of drug consumption in each area is related to age distribution, sociocultural and economic class levels, health problems, community conditions, the presence of drug traffic, etc. An approach should also be undertaken from this local perspective to develop customised solutions in order to adapt the programs to specific local needs and possibilities.

This area prioritises general improvement and specific applications adapted to each area, in order to improve the interventions with criteria for greater equity and redistribution from a perspective of equality.

On the other hand, it is also necessary to define the problem and the alternatives in order to face it jointly and with synergy, with all the parties involved; in other words, with all the elements that constitute and act in that community.

In addition, when approaching the territory drugs plan, the intention is to make the community an active agent, personally involved in everything that represents the promotion and development of healthy lifestyles. Based on information, awareness and orientation, the citizens can be more aware of the phenomenon of drug consumption and the therapeutic resources available to them. When this awareness and information refers to the immediate territory, it is more likely that the citizen will make the problem his or her own, and will get involved in the response to it.

On the district level, the intention of the Drugs Action Plan is for the community to cease to be a passive receptor of measures from the administration, and to assume them as their own.

Within each area, the programs corresponding to the PADB will be developed in accordance with the design and measure adapted to the needs of the territory.

This territorial perspective is specifically implemented with the creation of District Drug Plans.

General objectives - territorial:

- a. Favour citizen participation in forums of discussion and decision on drugs.
- b. Improve the perception and attitude of the community toward chronic consumers of addictive substances.
- c. Generate working platforms to adapt the Drug Plan to the territory and implement it.

Specific objectives - territorial:

1. Before 2003, the governmental bodies of each of the districts will determine, in function of the available objective information, the constitution of the Policy Commission on the District Drugs Plan.

Evaluation:

- Percentage of Policy Commissions constituted.

2. By 2001 a detailed analysis of drug consumption in each the districts and quarters will be available. Thus the territory's sociodemographic information will be collected and an analysis will be made of the situation with legal and illegal drugs (through the data from the SIDB), and the situation with regard to the specific and non-specific resources of the districts will be taken into account.

- Evaluation:**
- Elaboration of the working document.
3. By the end of the first four months of the year 2000, and based on the detailed analysis of the situation in each district, a list will be available indicating 2-3 districts which will receive greater priority in the creation of district plans.
- Evaluation:**
- Elaboration and presentation of the corresponding report and project outline to the districts on the list (percentage out of the total expected).
4. Constitution of the infrastructure (policy commission, technical commission and organic committee) for the District Plan in each prioritised district.
- Evaluation:**
- Percentage of the total number of districts indicated that have constituted the policy commission.
 - Percentage of the total number of districts indicated that have constituted the technical commission.
 - Percentage of the total number of districts indicated that have constituted the organic committee and infrastructure and have drafted the framework document.
5. Drafting the framework document for the District Plan:
- Evaluation:**
- Percentage of framework documents drafted within the prioritised districts.
6. Presentation and approval of the District Plan by the Plenary in each prioritised district.
- Evaluation:**
- Percentage of plans presented and accepted out of the total number of plans drafted.
7. Within six months after the Permanent Commission of each District is constituted, a program for legal and illegal drugs will be drafted with a list of specific objectives, a timeline of activities and the corresponding indicators for evaluation, following the indications established in the Drugs Action Plan of Barcelona for the years 2000-2003.
- Evaluation:**
- Publication of the District Plan document.
8. Ensure the technical and/or financial support of preventive programs that are derived from the district drug plans, achieving coverage for the prioritised municipal districts by the year 2003.
- Evaluation:**
- Percentage of district preventive programs preventives that receive technical and/or financial support.
9. Guarantee consulting to all requests for preventive intervention, whether they be operated by professionals or agencies of the districts that do not yet have a Plan developed.
- Evaluation:**
- Percentage of preventive consultations for districts without a completed district plan.
10. Annually carry out continued training programs of continued training and professional exchange for professionals of the districts with a Drug Plan.
- Evaluation:**
- Percentage of continued training and professional exchanges completed each year.
11. Implement the protocols of intervention for illegal and legal drugs in 80% of each of the Primary Assistance Centres (DAP) that have been restructured before 2003, according to the criteria of the Technical Committee on Drug addictions and the Barcelona Health Consortium.
- Evaluation:**
- Co-ordinations completed with the Technical Committee on Drug addictions and the Barcelona Health Consortium.
 - Percentage of DAP centres with protocols of intervention for continued training implemented and professional exchanges completed annually.
12. Offer workshops for professional training and co-ordination between the different workers of the district, at the initiation of the District Drugs Plan, and promote annual meetings for exchange between professionals.
- Evaluation:**
- Number of training-co-ordination workshops in districts (% prioritised districts).
 - Annual number of exchange-meetings (% of those that have already completed the initial training).

RÉSUMÉ

PLAN D'ACTION SUR LES DROGUES DE BARCELONE 2000-2003

RÉSUMÉ du texte modifié avec les apports de la Commission
politique des Drogues de la Mairie en date du 10 octobre
2000

Table des matières

1.	Barcelone, un Plan de consensus	95
2.	Plan d'Action sur les Drogues de Barcelone 1988-1999	95
2.1.	Les actions menées jusqu'en 1987	95
2.2.	Le Plan d'action 1988-1991	95
2.3.	Le Plan d'action 1992-1995	95
2.4.	Le Plan d'action 1996-1999	95
3.	La réalité des drogues à Barcelone	96
3.1.	Tabac	96
3.2.	Alcool	96
3.3.	Héroïne	97
3.4.	Cocaïne	98
3.5.	Drogues de synthèse	99
4.	Plan d'Action 2000-2003	99
4.1.	Axes d'intervention et objectifs	99
4.2.	Axe de prévention	99
4.3.	Axe d'assistance et d'intégration sociale	102
4.4.	Axe Sécurité - Dissuasion - Répression	105
4.5.	Axe de soutien : scientifique - information et recherche	106
4.6.	Axe territorial	107

1. BARCELONE, UN PLAN DE CONSENSUS

L'un des problèmes principaux de santé publique dans notre pays auquel nous devons faire face est l'abus de substances addictives. Diverses études montrent que 18 % de l'ensemble de la population présentent au long de leur vie des troubles liés à la consommation de substances. L'incidence des comportements de dépendance sur la qualité de vie de la communauté, de l'usager lui-même et de l'environnement sociofamilial le plus proche se manifeste par de l'insécurité dans la ville, des répercussions sur la santé, une perte d'années de vie et des effets majeurs sur les enfants des toxicomanes.

En 1987, les dirigeants politiques de tous les partis ont décidé que travailler ensemble était la seule stratégie pour améliorer la qualité de vie de tous les citoyens, tant de la personne consommant ces substances que de l'environnement familial et communautaire.

À ce jour, cela fait plus de dix ans que la ville de Barcelone travaille à l'application d'un plan de drogues ayant la particularité, unique dans l'État espagnol, d'être fondé sur le consensus de toutes les forces politiques présentes au conseil municipal, tout en s'appuyant sur la participation sociale. C'est le "modèle Barcelone", expression par laquelle on nous identifie et qui présente une philosophie fondée sur la normalisation et la garantie des droits de tous les citoyens, une méthodologie adaptée au territoire et établie sur la base de la connaissance de la réalité, et des résultats positifs en termes de couverture universelle et d'amélioration de la qualité de vie.

2. PLAN D'ACTION SUR LES DROGUES DE BARCELONE 1988-1999

Le Plan d'action sur les drogues de Barcelone a été développé sur la base d'une évaluation annuelle et d'un réajustement quadriennal. Sa finalité a été progressivement redéfinie, ainsi que ses objectifs, et l'on a approfondi les stratégies permettant de progresser. Avec ces particularités, il a été possible de consolider petit à petit un modèle basé sur la tolérance, le respect et la solidarité. Un modèle qui ne prétend pas seulement obtenir comme résultats l'abstinence ou la non consommation mais qui encourage l'inclusion de toutes les tâches de prévention adressées aux jeunes et aux adolescents. À propos de ce dernier point, l'information et le renforcement de toutes les attitudes positives visant à développer des habiletés pour réaliser des activités alternatives ont été des éléments essentiels. Les résultats positifs obtenus s'appuient sur un travail de capitalisation du compromis et des tâches accomplies par l'ensemble des citoyens, le mouvement associatif, le volontariat et les professionnels.

L'environnement qui accompagne le monde des dépendances aux drogues est très changeant et de nouvelles variables viennent s'y ajouter sans arrêt, telles que les maladies organiques ou les nouveaux conditionnements culturels. Malgré tout, la réalité du travail bien fait jusqu'à présent indique qu'il faut continuer à travailler dans un cadre de réflexion et de tolérance, la seule méthodologie qui permet d'affronter tous les besoins générés par les différents domaines : communautaire, personnel, public, familial, associatif et professionnel.

2.1. Les actions menées jusqu'en 1987

L'assistance municipale aux toxicomanes a démarré, à la fin des années 30, par les soins donnés aux alcooliques depuis une perspective sociale, et il faudra attendre les années cinquante pour que l'on commence à les traiter en tant que malades. En 1976 a été créé le Service d'alcoolisme et autres toxicomanies (SAT), qui était ouvert à d'autres dépendances aux drogues (notamment aux hallucinogènes).

En 1980, le Département des services sociaux a établi un programme de soins pour les dépendances aux drogues, à partir duquel ont été créés les premiers centres de soins aux toxicomanes, les premières unités de désintoxication et autres moyens ambulatoires.

En 1985 a été approuvé le Plan national sur les Drogues, qui je-tait les bases pour la prévention et l'assistance. Un an plus tard a été créé l'Organe technique de Dépendances aux Drogues, initiateur du Plan de dépendances aux drogues du Gouvernement autonome de Catalogne (1987). En 1988, le Plan municipal d'action sur les dépendances aux drogues (PMAD) a été établi par consensus. Ultérieurement, en 1989, a été créé le Système d'information sur les drogues de Barcelone (SIDB), un programme pour la saisie systématique des données sur l'abus de drogues illégales.

2.2. Le Plan d'action 1988-1991

Le Plan de 1988 élaboré à partir des lignes directrices accordées par toutes les forces politiques présentes au conseil municipal a permis d'établir une plate-forme homogène de toutes les interventions qui étaient en cours de réalisation dans la ville, les insérant dans le cadre d'un véritable plan d'action. Pendant la période 1988-1991, on a réussi à obtenir une participation sociale solidaire et collaboratrice qui a été un instrument essentiel pour permettre que les valeurs et les interventions émanant du Plan touchent tous les citoyens de la ville.

2.3. Le Plan d'action 1992-1995

En 1992, le Groupe de Travail sur les dépendances aux drogues, après le suivi et le bilan de la première période de mise en oeuvre du Plan et en accord avec l'évolution du phénomène des dépendances aux drogues dans la ville (avec l'apparition de nouvelles drogues) a redéfini l'objectif-cadre et les axes d'intervention qu'il fallait suivre jusqu'en 1995. Pendant ces années, les interventions et l'offre préventive et d'assistance engagées pendant la période précédente ont ainsi été consolidées.

2.4. Le Plan d'action 1996-1999

L'avant-dernière édition du Plan est cohérente avec les principales lignes d'intervention des périodes précédentes et met l'accent sur la consolidation des résultats atteints jusqu'à présent, ainsi que sur l'ouverture de nouveaux fronts et le renforcement des actions récemment engagées. Le Plan a étendu progressivement sa couverture en matière de politique de prévention et d'intervention

précoce, ainsi que de diminution des dommages, avec la collaboration respective d'éducateurs, d'agents de santé et de professionnels des pharmacies. Cette période se caractérise par le développement des plans territoriaux ou plans d'arrondissement. Les objectifs de cette étape sont développés sur les mêmes axes structurés de la première édition du Plan (prévention, traitement et réhabilitation, dissuasion et répression, et information et recherche).

3. LA RÉALITÉ DES DROGUES À BARCELONE

3.1. Tabac

Le tabac a été la substance psychoactive la plus consommée dans la ville de Barcelone. Le concept, de plus en plus répandu, du rapport existant entre l'habitude tabagique et les problèmes de santé a produit une plus forte sensibilisation autour du tabac en tant qu'"objet de risque". Parallèlement, une plus grande demande en faveur des "espaces sans fumée" est apparue dans la société et des stratégies ont été créées pour que les fumeurs abandonnent cette habitude.

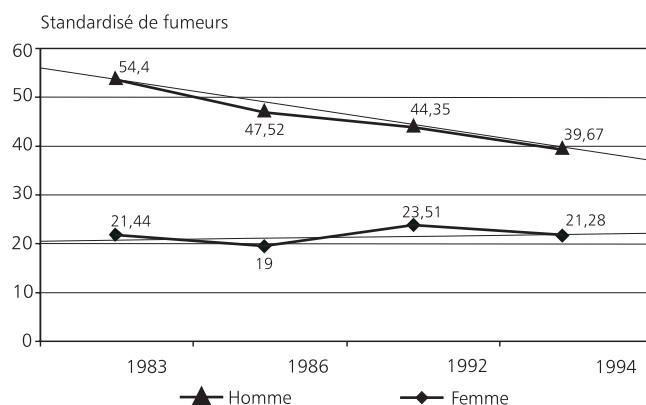
La dépendance tabagique est le plus grand problème de santé publique dans la ville, pas seulement en raison de la morbi-mortalité associée mais du fait des troubles de comportement engendrés par la nicotine. Bien que son étendue et sa répercussion soient très importantes, la grande tolérance sociale existante, les campagnes publicitaires de l'industrie et l'absence de conflictivité font que l'habitude tabagique semble dépourvue de problématique. Le tabagisme, considéré comme un comportement de dépendance d'après la description qu'en fait le DSM-IV, a un traitement depuis la perspective psychosociale, comportementale et pharmacologique. On combine dans ce cadre les stratégies d'approche clinique individuelle à l'exécution de politiques publiques, allant de l'information concernant les répercussions négatives, le respect des normes légales et du contre-marketing. Parmi les activités de prévention développées, il faut souligner la mise en oeuvre de programmes tels que le PASE (programme contre l'abus de stupéfiants) et "Decideix" (Décide), parmi ceux qui sont développés dans le cadre scolaire, ainsi que le renforcement de la transmission à l'ensemble de la population de l'information positive en vue d'abandonner l'habitude tabagique.

Actuellement, le tabac continue d'être consommé par un tiers de la population barcelonaise (29,5 %), une progressive réduction de l'écart séparant les hommes (39,7 %) et les femmes (21,3 %). La tendance du tabagisme chez les hommes est à la baisse, tandis que chez les femmes dans l'ensemble elle est stable, mais en augmentation surtout dans le groupe des jeunes femmes appartenant à la classe sociale élevée (figure 1). L'objectif du Plan de Santé de Barcelone pour l'an 2000 est de parvenir à une prévalence de la consommation

générale de 20 % dans la population. Bien que la tendance à Barcelone soit décroissante au cours des dernières années, on est encore loin de l'objectif fixé. Néanmoins, l'enquête FRISC (1997) montre qu'en ce qui concerne les dernières cohortes de jeunes, la prévalence de consommateurs habituels a diminué de 23 % par rapport à 1996.

La mortalité attribuable au tabac présente une tendance décroissante depuis 1993, atteignant en 1995 un taux de 1,7 décès pour 100 000 habitants, améliorant ainsi l'objectif fixé par le Plan de Santé de la Catalogne, ce qui correspond à la diminution observée ces cinq dernières années dans les décès survenus suite à un cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Parallèlement, l'abandon de l'habitude tabagique va en croissant, dépassant ainsi l'objectif proposé par le Plan de Santé.

Figure 1.- Prévalence des fumeurs âgés de plus de 14 ans par sexe.



Source: Enquête de Santé à Barcelone (1983,86,92)
IMS Enquête de Santé en Catalogne (1994), Servei Català de la Salut

3.2. Alcool

L'étude de la situation de dépendance à l'alcool (abus de l'alcool dans le DSM-IV ou consommation nocive de l'alcool d'après l'ICD-10) dans notre communauté a d'importantes limitations, ce qui explique pourquoi l'on ne dispose que des données des enquêtes de santé.

En 1992, dans le cadre de l'Enquête de Santé à Barcelone, a été faite une évaluation du pourcentage de la population comprise dans le segment d'âges 15-65 ans consommant plus de 75 ml (60 g) d'alcool par jour chez les hommes et 40 ml (32 g) chez les femmes. Ces niveaux, considérés comme étant à haute risque, ont atteint dans cette évaluation des pourcentages de 6,6 % chez les hommes et de 3,7 % chez les femmes. Cette analyse n'a pas été répétée afin d'en observer l'évolution.

En mesurant la mortalité attribuable à l'alcool (critères proposés par Piedrola i Cols.), on observe une tendance discrète à la baisse (24,1 pour 100 000 hab. en 1995) encore loin de la valeur voulue pour l'an 2000 (20,7 pour 100 000 hab.) (figure 2).

La cirrhose hépatique constitue dans la ville la cinquième cause de mortalité prématurée, avec un taux de mortalité de 22,62 pour 100 000 hab., taux qui, exprimé en années potentielles de vie perdue (APVP), montre des différences importantes entre les différentes zones socio-économiques de la ville, atteignant plus du double dans les arrondissements "déprimés" comparativement au reste de la ville.

Pour ce qui est des données concernant les commençements de traitement chez les patients alcooliques, on dispose des données correspondant aux centres de soins et de suivi (CAS) de la ville ; ce qui n'est pas le cas pour celles émanant d'autres sources (soins primaires de santé et santé mentale), publiques ou privées. La tendance à la hausse observée dans les centres mentionnés semble être plutôt due aux variations de l'offre qu'à celles de la demande (figure 3). Au cours de l'année 1998, 1 902 personnes ayant des problèmes dus à l'alcool ont commencé un traitement dans ces centres. L'âge moyen de ces patients était de 42,5 ans et leur histoire éthylique date de 22 ans.

On n'a pas décelé dans cette population des comportements à risque liés à l'alcool autres que les traditionnels ; en effet, ceux qui se produisent dans la population jeune montrant des modèles de consommation compulsifs et sporadiques ne sont pas décelés dans les CAS. On ne dispose pas dans la ville d'autres indicateurs permettant d'évaluer les tendances des problématiques associées à la consommation d'alcool, tels que par exemple les exéats hospitaliers, les accidents de la circulation liés à l'alcool ou la présence de problématiques socio-sanitaires dans le réseau primaire social et de santé.

3.3. Héroïne

Une étude d'estimation de la prévalence, par la technique de capture-recapture, fait état de l'existence dans la ville d'environ 10 000 usagers d'opiacés ($N=9\ 176$; $IC=7\ 188-12\ 222$). En plus de ces données, il existe des preuves appuyant le fait que le nombre d'usagers chroniques est stabilisé à la baisse. Parmi ces données, notons les demandes de commencement de traitement (93 %) de cas connus, la diminution de nouveaux cas décelés par les services d'urgence (de 1 350 à 565) et la mortalité par overdose (de 16,1 % à 12,4 %).

L'héroïne est la substance qui a provoqué le plus de commençements de traitement dans la dernière décennie (figure 3). Au cours de 1998, un total de 2 556 patients ont commencé à la suivre, dont 31 % l'ont tenté pour la première fois. À la différence de ce qui s'est produit à d'autres moments de la période, seulement 25 % des nouveaux cas consommaient la drogue par voie intraveineuse et 9 % de ce dernier groupe partageaient les ustensiles de veinoponction.

Pour ce qui est du Sida, il faut souligner que dans la population d'usagers chroniques d'héroïne par voie endoveineuse le nombre de nouveaux cas a diminué (pour 1998, 101 cas). De même, le nombre d'infections par le virus est passé d'un taux de 5,5 % en 1991 à 1,5 % en 1996 (figure 4).

La mortalité par overdose a expérimenté une légère baisse dans les dernières années, en partie du fait de la modification des types de consommation et aussi du fait des mécanismes de soins immédiats extra-hospitaliers (061). Ces décès par overdose, conjointe-

Figure 2.- Évolution de la mortalité attribuable à l'alcool.

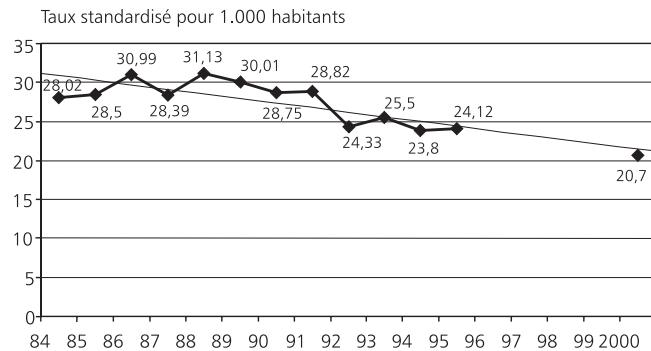


Figure 3.- Évolution du nombre de commençements de traitement dans les CAS de Barcelone suivant la drogue motivant le traitement. Barcelone 1991-98

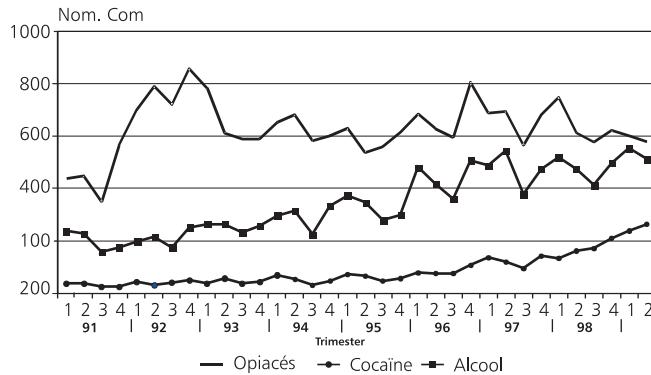
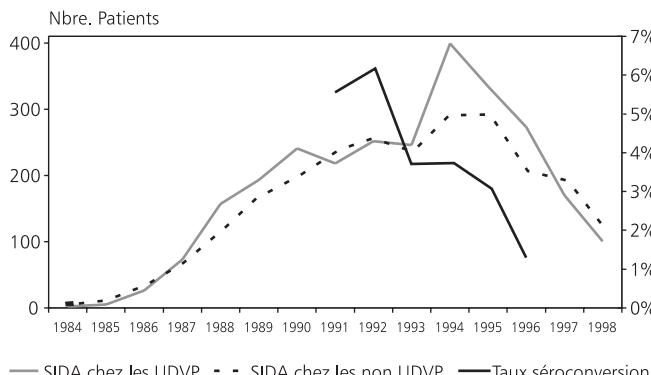


Figure 4.- Évolution des cas de Sida chez les UDVP et du taux de séroconversion au VIH. Barcelone 1984-98



ment à ceux provoqués par le SIDA, constituent actuellement à Barcelone la première cause de mortalité des jeunes et la première cause en années potentielles de vie perdues. Toutes les deux faisant preuve d'une différenciation sociodémographique accusée.

Les 2 556 héroïnomanes qui commencèrent le traitement en 1998 avaient le profil suivant : 75 % étaient des hommes d'un âge compris entre 30-35 ans et dont plus des 2/3 avaient essayé auparavant le traitement. Leur histoire de consommation datait de 10 ans. 82 % vivaient avec leur famille, 47 % n'avaient pas d'études élémentaires et 54 % étaient au chômage à la recherche d'un premier emploi. Pour maintenir économiquement leur dépendance à l'héroïne, ils dépensaient une moyenne de 36 000 PTA par semaine, 32 % les obtenant de leur travail, 20 % de la famille, 12 % des vols, 11 % du trafic de drogues, 8 % de la prostitution et 8 % de fonds sociaux ; le reste, 9 %, ne se sont pas prononcés. 71 % avaient été arrêtés occasionnellement et plus de la moitié de ce dernier groupe avait été mis en prison. La raison pour laquelle ils avaient commencé le traitement était sous la pression de la famille (35 %), pour des problèmes de santé (27 %), des problèmes légaux (7 %). 4 % d'entre eux étaient passé par les services d'urgence sanitaires au cours de la dernière année et, parmi ce dernier groupe, 27 % pour cause d'overdose ; la prévalence observée d'infection VIH en 1998 dans ce collectif était de 28 %.

Les programmes de maintien à la méthadone (PMM) et les programmes de réduction des risques furent engagés en 1990 et connurent une très forte expansion tout au long de la période. La forte rétention qui se produit dans les PMM par rapport aux programmes classiques visant l'abstinence (75 % contre 6 %) au bout d'un an de traitement représente en soi une occasion exceptionnelle de supervision et d'intervention clinique. La figure 5 montre que la survie des héroïnomanes en traitement est 5 % supérieure à la survie de ceux qui sont identifiés dans les services d'urgence et ne suivent aucun traitement, et supérieure de 20 % à celle des patients diagnostiqués de tuberculose et qui ne reçoivent pas de traitement. Ces mêmes PMM font que l'accomplissement des programmes antituberculeux soient pratiquement équivalents de nos jours, qu'il s'agisse des tuberculeux dépendants aux drogues ou de ceux appartenant au reste de la population (93 % et 96 %).

Au bout de 12 mois de traitement, les héroïnomanes prenant des médicaments dans un PMM montrent des améliorations manifestes quant à la vitalité, la perception de la douleur, l'isolement social, la mobilité, la situation professionnel et les procédures judiciaires.

Globalement, dans la ville on observe une corrélation acceptable ($R^2=0,69$) entre le nombre de places de PMM disponibles et la perception citadine d'insécurité (indice de victimisation) (figure 6).

Figure 5. Survie des usagers des opiacés selon la source d'origine.

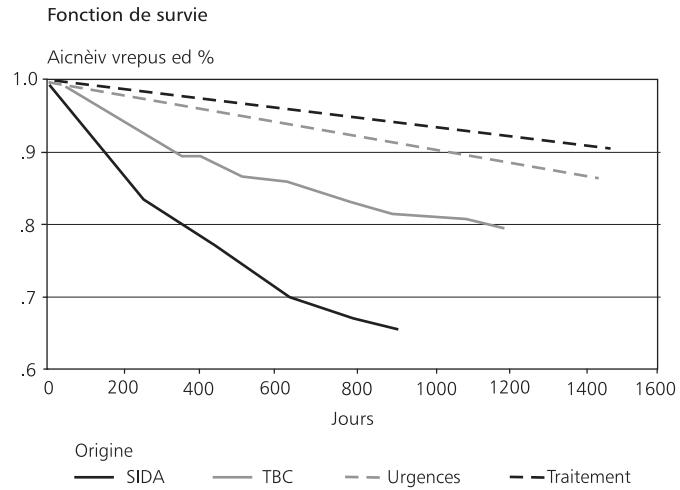
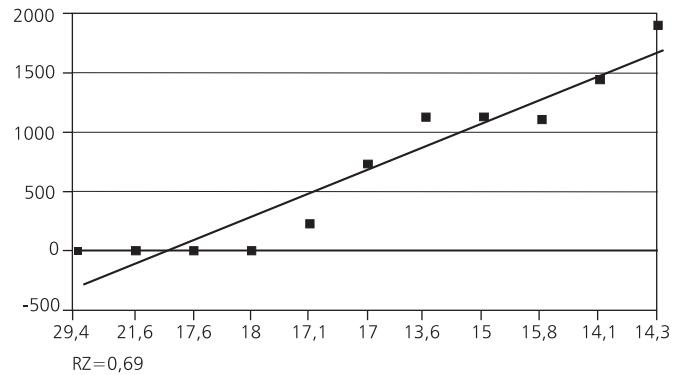


Figure 6.- Correlation between the number of vacancies in Methadone treatment programs and the percentage of victimisation. Barcelona 1987-97



3.4. Cocaïne

La prévalence des consommateurs de cocaïne dans la ville a requis une étude spécifique. Avec la méthodologie de la " boule de neige ", on estime qu'en 1991 il existait près de 35 000 consommateurs sporadiques (un minimum de 1 fois dans les 6 derniers mois ou 25 fois tout au long de la vie) de cocaïne. Le chiffre estimé des consommateurs chroniques (un minimum d'une fois par semaine dans les six derniers mois) était de 12 000 personnes. En 1999, au moyen de la technique de capture-recapture se servant de l'indicateur d'urgences, on a estimé que la prévalence d'usagers problématiques est de 25 988 personnes, ce qui signifie un taux de 3 pour cent d'habitants de 15 à 54 ans dans la ville de Barcelone.

En 1999, la cocaïne était la troisième cause de traitement chez les patients soignés dans les centres de soins et de suivi de la ville, bien qu'il faut tenir compte du fait que dans le cas des patients traités pour la première fois, la cocaïne a dépassé l'héroïne avec 646 cas contre 627. L'histoire rapportée par ces patients fait état d'une période d'environ 7 ans de consommation avant de commencer le traitement, de préférence par voie nasale, quoique l'on observe, au cours des deux dernières années, une augmentation progressive de la voie fumée et injectée très liée aux polytoxicomanes d'héroïne et de cocaïne.

Les commencements de traitement ont progressivement augmenté dans les dernières années (100 en 1991, 120 en 1994 et 983 en 1999) avec une très forte inclinaison de la courbe dans les trois dernières années. Dans les services d'urgence, le nombre de patients qui consultent du fait de leur dépendance à la cocaïne est passé de 450 en 1992 à 2 021 en 1999. Les caractéristiques et les profils des dépendants à la cocaïne font prévoir une augmentation de la demande de soins de la part des centres de santé mentale, ainsi que l'augmentation d'une problématique sans demande explicitée, ce qui rend impossible une quantification précise de la morbidité soignée et perçue comme étant liée à la consommation de cocaïne.

3.5. Drogues de synthèse

La décennie des années quatre-vingt-dix a été marquée par l'inflexion dans l'usage de l'héroïne et la popularisation des drogues de synthèse. Ce type de " substances à la mode " est présenté sous forme de pastilles ou de pilules, dont la composition est hautement variable et, évidemment, inconnue du consommateur, ce qui est lié au profil ludique de la consommation sporadique et de week-end dans la population jeune et avec l'alcool comme accompagnateur habituel.

Une étude sociologique dans le milieu métropolitain est en cours de réalisation afin d'évaluer l'étendue, l'incidence et les profils de consommation de ce phénomène, étude qui sera faite avec une plus grande précision que l'information dont on dispose actuellement. Les interventions sont axées sur la prévention de l'usage responsable, en encourageant les styles de vie sans substances inconnues, leurs possibles risques et sur les interventions urgentes à effectuer dans le cas d'altérations produites par la consommation de ces substances (" coup de chaleur ", altérations hémodynamiques ou psychologiques).

Parmi les cas d'urgence soignés dans la ville, le premier cas où est rapporté l'usage d'ecstasy survient en 1992, et, depuis lors, on assiste à une lente mais constante augmentation, jusqu'à atteindre les 320 cas d'urgence soignés en 1998. Les traumatismes et le reste des causes externes ne sont pas significatifs dans ce volume de cas d'urgence, par contre les troubles cardiovasculaires et psychologiques sont présents dans un grand nombre de cas. Les commencements de traitement dus à la prise de ces drogues dans les Centres de soins et de suivi de la ville sont très réduits et se concentrent dans des groupes de consommateurs qui ont eu des problèmes sanitaires collectifs (groupe présentant un cas d'altération grave, ce qui a provoqué la réaction de l'ensemble du groupe) ou un problème légal. Dans la ville de Barcelone, on a rapporté 2 décès par intoxication aiguë liée à ces substances, bien que dans les deux cas on a constaté la présence d'autres substances.

4. PLAN D'ACTION 2000-2003

4.1. Axes d'intervention et objectifs

Au cours de ces trois interventions dans le cadre du PADB, on est resté fidèle à la même mission, ce qui nous permet d'avancer dans la même direction, c'est-à-dire que :

" Les lignes de lutte contre les drogues doivent s'entendre comme étant orientées à empêcher, autant que possible, leur consommation ; à éviter les effets de la marginalisation sociale, individuelle et collective que cela comporte ; et à contribuer à la réinsertion sociale des personnes qui veulent abandonner l'habitude, si cela est possible, ou, au moins, à faire en sorte que la drogue ait le moins d'effets négatifs possibles sur leur santé, leur vie et leur environnement social ".

Afin de mener à bien cette mission, les stratégies à employer pour la période 2000-2003 sont l'organisation de tous les moyens d'assistance disponibles dans le cadre du PADB, l'intégration fonctionnelle du PADB avec le réseau de santé mentale, primaire sanitaire et social, et la consolidation des Programmes de Contact et Santé.

Suivant la méthodologie employée depuis leur début, il faut définir les axes sur lesquels est vertébré le Plan d'Action sur les Drogues pour les années 2000 à 2003 et c'est, en ce sens, que le Plan disposera, après 10 ans de travail continu, d'un cinquième et nouvel axe, l'Axe territorial, ce qui donne au Plan la configuration suivante :

- Axe de prévention
- Axe d'assistance et d'intégration sociale
- Axe de dissuasion
- Axe de connaissance
- Axe territorial

À la suite, nous allons rentrer dans le détail des objectifs généraux servant de cadre à chacun des axes d'intervention, ainsi que des objectifs spécifiques qui mettent en application les directives politiques pour cette nouvelle période.

4.2. Axe de prévention

L'axe de prévention du Plan d'Action sur les Drogues de Barcelone oriente ses actions vers la consécution d'un état de bien-être des personnes de notre communauté qui, immergées dans une culture de consommation, très souvent addictive, doivent pouvoir disposer de l'information et du renforcement positif en vue d'éviter l'usage des drogues, ainsi que les conséquences associées à leur consommation.

Le travail du Plan dans le cadre de cet axe sera centré sur l'évènement, autant que possible, des comportements d'usage, d'abus et de dépendance aux substances psychoactives chez les personnes appartenant à notre communauté. Avec cette intention-là, il faut travailler dans une ambiance de synergie entre tous les secteurs de la communauté, le social, le culturel, le familial et celui de la santé, et ce indépendamment du fait qu'il s'agisse d'interventions portant sur des drogues légales ou illégales.

C'est ainsi que l'on axera les activités de prévention des dépendances aux drogues sur l'identification et l'intervention concernant les circonstances individuelles et socioculturelles favorisant l'apparition de l'usage, indépendamment du fait que la personne soit un jeune, un adolescent ou bien un adulte. On part de l'idée que l'utilisation des drogues se situe dans un cadre de relations où les attentes, les motivations, les récompenses liées à leur usage jouent un rôle important, notamment si ces expériences d'usage n'ont pas comme alternatives d'autres activités et d'autres expériences vitales.

En définitive, l'importance de stimuler la capacité de respect et de communication entre les personnes s'accroît tout en maintenant une stratégie opérationnelle de promotion de la santé s'appuyant, d'une part, sur l'éducation pour la santé à l'école et la prévention et la détection précoce de comportements à risque ou de pathologies physiques ou sociales liées à l'abus de substances et, d'autre part, sur l'assistance primaire de santé ou bien sur les services sociaux de base.

Le tout sans oublier les interventions ayant pour but de rendre plus difficile la présence des drogues dans les différents milieux où elles sont consommées (mesures visant le respect des normes concernant la vente, le trafic...) qui sont toujours incluses dans l'Axe de Dissuasion, mais qui, en aucun cas, ne porteraient atteinte aux droits de la personne, étant donné que cela pourrait entraîner une marginalisation et/ou une stigmatisation qui rendraient impossible l'intégration de l'usager dans la société.

À tout cet exposé, il faut ajouter que les mesures préventives doivent être générales avec les particularités nécessaires à chacun des domaines d'intervention et agissant sur chaque tranche de population d'une manière différenciée, tout en recherchant une interconnexion comme s'il s'agissait de "vases communicants". C'est pourquoi, tant en ce qui concerne la définition que la réalisation des mesures, il faut compter sur la participation de toutes les parties impliquées, à savoir : jeunes et adolescents, adultes, professionnels, pères et mères, médias, environnement scolaire et professionnel, réseaux associatifs et de volontariat, etc.

Objectifs généraux de l'axe de prévention :

- a. Éviter et, au moins, retarder l'âge de la première prise de substances ayant une capacité addictive, tant légales qu'illégales, dans la population d'adolescents et de jeunes de notre ville.
- b. Éviter la progression et la consolidation de l'usage de substances addictives, légales et illégales, chez les personnes qui en consomment déjà.
- c. Favoriser la culture des loisirs moyennant l'utilisation d'espaces ludiques et participatifs tout au long des différentes étapes de la vie.

Objectifs spécifiques de l'axe de prévention :

1. Créer, conjointement avec le Service de Promotion de la Santé de l'Institut municipal catalan de Santé, un catalogue des programmes existants sur la prévention des drogues en milieu scolaire, évalués avant l'an 2001.

Évaluation:

- Collaboration à l'établissement des critères minimaux d'efficacité des programmes spécifiques.
- Collaboration à l'élaboration des catalogues.
- Publication des catalogues.

2. Diffuser dans toutes les écoles primaires et secondaires de la ville de Barcelone le Catalogue mis à jour des programmes de prévention des drogues en milieu scolaire.

Évaluation:

- Pourcentage d'écoles primaires et secondaires recevant le catalogue.

3. Mise à jour continue des programmes de prévention de l'abus de substances addictives, promus par l'Institut municipal catalan de Santé Publique.

Évaluation:

- Pourcentage de mises à jour dans les programmes en cours dans une période de 4 ans et nombre de mises à jour dans chaque programme.
- Nombre de nouveaux programmes ou matériels.

4. Évaluation continue du processus de mise en place et d'utilisation des programmes de prévention à l'école.

Évaluation:

- Pourcentage de programmes avec évaluation annuelle.

5. Étendre la mise en place des programmes spécifiques de prévention dans le milieu scolaire jusqu'à ce que 50 % au moins des écoles finissent par les développer avant 2003.

Évaluation:

- Pourcentage d'écoles ayant mis en place au moins un programme de prévention des drogues.

6. Formation des enseignants chargés de mettre en place un des programmes à l'école (ex. : Programme DÉCIDE !).

Évaluation:

- Nombre de professeurs assistant au cours annuellement (total et par arrondissement).

7. Formation de 50 % des techniciens des Équipes de Santé Territoriale, avant 2001, en tant que conducteurs et modérateurs de sessions, colloque et prévention dans le milieu familial dans le cadre du programme de soutien préventif (par exemple : visionnage de la cassette vidéo Pères et mères d'adolescents : vivre les risques, réfléchir aux limites).

Évaluation:

- Pourcentage de professionnels des Équipes de Santé Scolaire formés.

8. Diffuser le Programme de Soutien Préventif adressé 100 % aux parents et éducateurs des Associations de Parents avant 2001.

Évaluation:

- Pourcentage d'Associations de Parents ayant reçu le matériel.

9. Assurer le support technique aux organismes citadins s'adressant au Plan en vue de mener un projet de prévention des drogues.

Évaluation:

- Pourcentage d'organismes citadins ayant reçu un support technique après avoir présenté un projet.

10. Réalisation, mise à jour et promotion, avant fin 2001, d'un matériel de sensibilisation et d'information pour la population générale et les sous-populations spécifiques sur les risques associés à la consommation de tabac, de boissons alcooliques et de psychomédicaments, alcool et conduite, cannabis.

Évaluation:

- Publication du matériel.

11. Distribution du matériel de sensibilisation et d'information pour la population générale, en garantissant sa présence dans 60 % des points d'information citadine, 30 % des pharmacies, 50 % des Centres d'assistance primaire, sanitaire et sociale et 100 % des associations impliquées dans les questions de drogues, avant 2002.

Évaluation:

- Pourcentage de couverture obtenue.

12. Réalisation, chaque année, d'un cours pour nouveaux volontaires et d'un cours de mise à jour pour responsables d'associations.

Évaluation:

- Réalisation des Cours.

13. Conseil et orientation des professionnels enseignants et des associations de parents sur les activités préventives qu'ils veulent mettre en route.

Évaluation:

- Nombre de conseils.

14. Diffuser le Modèle de programme de prévention en milieu de travail, développé avec la collaboration du centre de Santé au Travail de l'Institut municipal catalan de Santé publique de Barcelone et des Syndicats, s'adressant à toute entreprise de plus de 100 travailleurs basée dans notre ville avant 2001.

Évaluation:

- Pourcentage d'entreprises de plus de 100 travailleurs ayant été informées du Programme.

15. Étudier individuellement les enfants de dépendants aux drogues qui commencent un traitement, en évaluant et en décelant leurs besoins et en poursuivant l'objectif que tous les enfants des personnes ayant des problèmes de dépendance et commençant un traitement aient été étudiés avant 2003.

Évaluation:

- Pourcentage d'enfants issus de parents ayant des problèmes de dépendance qui ont commencé un traitement dans n'importe quel centre de soins.

16. Étendre la couverture du programme d'intervention spécifique pour les enfants de dépendants aux drogues en situation de risque spécial, en poursuivant l'objectif que, annuellement, au moins 80 % des patients ayant des enfants qui ont commencé un traitement soient inclus dans le programme.

Évaluation:

- Pourcentage annuel d'enfants inclus dans le programme.

17. Coordination avec d'autres institutions (Université,...) et départements de la Mairie (Services sociaux, Jeunesse, Police municipale, etc.) pour la stimulation d'activités encourageant la culture des loisirs salutaires, facilitant l'intégration sociale et la prévention des risques (accidents de la circulation liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues).

Évaluation:

- Nombre d'activités annuelles adressées à des enfants et/ou des jeunes à Barcelone ville promouvant les loisirs salutaires.
- Rapport des activités réalisées en vue de la prévention primaire des accidents de la circulation attribuables à l'alcool.
- Nombre d'accidents de la circulation survenus dans la ville de Barcelone et ayant pour cause l'usage de drogues légales ou illégales.

18. Pendant la durée effective d'application de ce Plan de drogues, on émettra une circulaire qui rappellera systématiquement aux organisateurs des fêtes populaires, aux Services municipaux des Arrondissements et à la Police municipale la limitation de l'offre de boissons alcooliques et l'interdiction de les promotionner à travers des concours, démarche ayant pour but d'atteindre une couverture de 100 % des organisateurs.

Évaluation:

- Pourcentage d'organismes organisateurs de fêtes populaires ayant reçu une circulaire rappelant la limitation dans l'offre de boissons alcooliques et l'interdiction frappant leur promotion.
- Pourcentage de dossiers ouverts pour non respect des normes sur le total des fêtes organisées.

19. Pendant la durée effective d'application de ce Plan de drogues, il faudra assurer la présence de boissons alternatives dans 100 % des célébrations promues par l'administration locale.

Évaluation:

- Pourcentage de célébrations promues par l'administration locale où sont offertes des boissons sans alcool.

20. Continuer à offrir un Service d'Orientation sur les Drogues aux professionnels qui travaillent avec des adolescents commençant à en consommer et aux parents, et ce en dehors du cadre des centres de traitement, afin d'éviter la stigmatisation qu'ils sont susceptibles de représenter.

Évaluation:

- Pourcentage d'augmentation des demandes.

21. Garantir qu'il y ait au moins une entité ou une association du territoire qui participe activement à tous les Plans de Drogues d'Arrondissement.

Évaluation:

- Pourcentage d'entités ou d'associations ayant participé au total des plans d'arrondissement en marche.

22. Avant la fin de l'an 2000, le PADB créera des recommandations sur la délivrance responsable de boissons alcooliques.

Évaluation:

- Édition des recommandations.

23. Avant la fin de l'an 2001, tous les Services municipaux disposeront des recommandations sur la délivrance responsable de boissons alcooliques.

Évaluation:

- Nombre de Services municipaux disposant du matériel par rapport au total des Services municipaux.

4.3. Axe d'assistance et d'intégration sociale

Cet axe prétend offrir des soins aux personnes qui, présentant une consommation à risque ou bien une dépendance, ont besoin d'une aide personnalisée et spécifique. Les interventions conçues englobent les soins primaires et les soins spécialisés ayant une incidence sur les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux inhérents au phénomène de la drogaddiction. En définitive, on prétend accomplir une tâche orientée à améliorer et, si possible, à guérir les personnes souffrant de dépendances aux drogues, ainsi qu'orientée au contrôle et au traitement des pathologies organiques, psychologiques et sociofamiliales associées à la consommation. Le dernier objectif consisterait à essayer d'intégrer ou de réintégrer la personne dans sa communauté, cela même dans les cas où l'abandon de l'habitude ne semble pas viable (programmes de réduction des dommages).

Objectifs généraux d'assistance et d'intégration sociale:

- a. Améliorer la qualité et l'espérance de vie de la population qui dépend de substances ayant une capacité addictive et de leur environnement le plus proche.
- b. Assurer l'accès aux dispositifs assistanciels à toute personne qui le demandera.
- c. Renforcer les actions menées favorisant le changement d'habitudes et de comportements à risque de la population usagère de drogues légales et/ou illégales.

Objectifs spécifiques de l'axe d'assistance et d'intégration sociale :

1. Assurer des soins spécialisés par secteurs avant 2001.

Évaluation:

- Pourcentage d'usagers des centres spécifiques résidant dans la même unité territoriale.

2. Disposer d'un catalogue de programmes et de services minimaux assistanciels et de réinsertion pour tous les Centres de Soins et de Suivi de la ville avant la fin de l'an 2001.

Évaluation:

- Publication du Catalogue.

3. Assurer une offre assistancielle et de réinsertion minimale dans chacun des Centres de Soins et de Suivi de la ville, indépendamment de leur titularité, avant 2002.

Évaluation:

- Pourcentage de patients nouveaux auxquels sont assignés les programmes et les services minimaux du catalogue.

4. Assurer que le nouvel utilisateur du service sera soigné avant quinze jours à compter du moment où la demande de traitement a été présentée. Cet objectif doit être atteint avant l'an 2001, sur la base d'un critère de couverture populationnelle.

Évaluation:

- Journées écoulées entre la demande de traitement et la première visite accordée.

5. Protocoliser et éditer les différentes activités donnant forme au Catalogue de Services minimaux avant l'an 2002.

Évaluation:

- Réalisation des Protocoles.
- Édition des Protocoles.

6. Création et application d'un instrument d'histoire clinique sur support informatique pour les domaines sanitaires, socio-éducatifs et psychothérapeutiques avant 2002.

Évaluation:

- Élaboration des histoires cliniques sur support informatique des domaines sanitaires, socio-éducatifs et psychothérapeutiques.
- Application de l'instrument d'histoire clinique aux CAS.

7. Élaborer/appliquer les protocoles de dépistage du Sida, de l'Hépatite B et C, de la Tuberculose et des Maladies de Transmission Sexuelle à tous les patients qui demandent un traitement, dans n'importe lequel des centres spécifiques de la ville avant 2001.

Évaluation:

- Nombre de centres d'assistance qui les appliquent et les enregistrent dans l'Histoire sanitaire.
- Pourcentage annuel de diagnostics réalisés pour chaque nouveau patient et enregistrés dans l'Histoire clinique.
- Pourcentage de protocoles de dépistage appliqués pour chaque patient nouveau et enregistrés dans l'Histoire clinique.

8. Réalisation de l'anamnèse protocolisée de dépistage des dysfonctions sociales à tous les patients qui demandent un traitement dans n'importe lequel des centres spécifiques de la ville avant 2001.

Évaluation:

- Nombre de centres d'assistance qui les appliquent et les enregistrent dans l'Histoire sociale.
- Pourcentage annuel d'anamnèses réalisées pour chaque patient et enregistrées dans l'Histoire sociale.
- Pourcentage de dysfonctions sociales décelées sur le total d'anamnèses réalisées.

9. Avant 2003, les interventions sur les dysfonctions sociales graves devront être réalisées chez 60 % des patients soignés dans les Centres de Soins et de Suivi.

Évaluation:

- Pourcentage annuel de nouveaux utilisateurs auxquels sont appliquées les interventions protocolisées se rapportant aux dysfonctions sociales et enregistrées dans l'Histoire sociale.

10. Réalisation de l'anamnèse protocolisée par dépistage des troubles mentaux (histoire psychopathologique) à tous les patients qui demandent un traitement dans n'importe lequel des centres spécifiques de la ville avant 2003.

Évaluation:

- Nombre de centres d'assistance qui appliquent l'anamnèse psychopathologique et l'enregistrent dans l'histoire clinique.
- Pourcentage annuel d'anamnèses réalisées sur la base du total d'histoires cliniques ouvertes.

11. Création de circuits et de protocoles de coordination et de dérivation avec le réseau d'assistance primaire sanitaire, sociale et mentale avant 2002, dans chacun des Centres de Soins et de Suivi.

Évaluation:

- Pourcentage de patients nouveaux qui, étant subsidiaires de dérivation, aient été dérivés annuellement vers les réseaux correspondants (santé mentale, soins primaires de santé et soins primaires sociaux).
- Pourcentage de personnes dérivées des CAS vers les réseaux normalisés disposant d'un protocole de dérivation dûment rempli.
- Pourcentage de patients nouveaux chez lesquels il apparaît qu'une coordination a été faite.

12. Assurer que chaque nouveau utilisateur des Centres d'Assistance et de Suivi disposera d'un diagnostic et d'un Plan thérapeutique individualisé et enregistré dans son histoire clinique, en spécifiant la perspective sanitaire, sociale et psychothérapeutique. Cet objectif sera atteint avant 2002.

Évaluation:

- Nombre de centres qui appliquent des diagnostics et le Plan thérapeutique individualisé.
- Pourcentage d'enregistrement d'un diagnostic et du Plan thérapeutique dans un document d'histoire clinique trente jours après avoir commencé le traitement.

13. Poser un diagnostic d'orientation dans chacune des perspectives étudiées : pathologie organique, troubles mentaux et du comportement (y compris les troubles pour usage de drogues), en employant les codes de classement des maladies CIE-10, comprenant toutes les pathologies, avant la fin de l'an 2002.

Évaluation:

- Pourcentage d'histoires cliniques ouvertes avec une orientation diagnostique codée.
- Pourcentage de personnes dérivées des CAS vers les réseaux normalisés disposant d'un protocole de dérivation dûment rempli.
- Pourcentage de cas nouveaux où il apparaît qu'une coordination a été faite avec d'autres réseaux.

14. Créer des protocoles de dépistage pour le diagnostic précoce de pathologies psychiatriques des utilisateurs des CAS avant 2001.

Évaluation:

- Disposer de protocoles de dépistage de pathologies psychiatriques.

15. Établir avec le Service de Santé mentale du Consortium sanitaire de Barcelone les mécanismes de coordination qui permettent de diriger les patients présentant une pathologie psychiatrique du Réseau de Drogues vers celui de Santé mentale, afin qu'ils reçoivent un traitement intégré avant 2002.

Évaluation:

- Établissement d'une plate-forme de Coordination entre le Plan d'Action sur les Drogues de Barcelone et le Programme de Santé mentale du Consortium sanitaire de Barcelone.

16. Valider des instruments pour l'évaluation des programmes thérapeutiques avant 2003.

Évaluation:

- Disposer des instruments évalués avant 2003.

17. Assurer l'efficacité des services des CAS avant 2003.

Évaluation:

- Application des instruments d'évaluation des résultats validés à tous les CAS de Barcelone.
- Amélioration annuelle des indicateurs de qualité de vie des utilisateurs soignés.

18. Avant 2003, il faudra disposer de renseignements sur la consommation de drogues non institutionnalisées (opiacés, cocaïne et autres stimulants, dérivés du cannabis, hallucinogènes, inhalants, etc.) d'au moins 80 % de la population soignée à l'Assistance primaire de santé (APS) de moins de 45 ans, et il faudra avoir apporté un conseil minimum ou une brève intervention orientée à l'abstinence et à la prévention des risques associés à cette consommation, à au moins 60 % des consommateurs décelés, tel que c'est indiqué dans le Plan de Santé.

Évaluation:

- Évolution du pourcentage d'Histoire clinique d'assistance primaire (HCAP) parmi les adultes de moins de 45 ans de la population soignée dans les centres d'AP où se trouve le registre des consommations de drogues non institutionnalisées, tel que c'est signalé dans le Plan de Santé.
- Pourcentage de consommateurs de drogues décelées à l'APS auxquels il a été apporté un conseil minimum ou une brève intervention orientée à la prévention des risques associés.

19. Avant 2003, il faudra disposer de renseignements sur la consommation d'alcool d'au moins 80 % de la population soignée à l'Assistance primaire de santé (APS) de plus de 17 ans et 40 % de la population d'entre 15 et 17 ans soignée dans les centres d'APS. Il faudra également avoir apporté un conseil minimum ou une brève intervention au moins à 50 % des trop grands consommateurs d'alcool décelés, tel que signalé dans le Plan de Santé.

Évaluation:

- Pourcentage de personnes de plus de 17 ans dont l'Histoire clinique d'assistance primaire (HCAP) contient un registre se rapportant à la consommation d'alcool.
- Pourcentage de personnes entre 15 et 17 ans dont l'Histoire clinique d'assistance primaire (HCAP) contient un registre se rapportant à la consommation d'alcool.
- Pourcentage de personnes de plus de 17 ans dont l'Histoire clinique d'assistance primaire (HCAP) contient un registre se rapportant au conseil qu'ils ont reçu en vue de la réduction de la consommation d'alcool.
- Pourcentage d'Histoire clinique d'assistance primaire (HCAP) de buveurs à risque contenant un registre se rapportant au conseil en vue de la réduction de la consommation d'alcool.

20. Avant l'an 2003, on aura approfondi dans la promotion des interventions brèves (dépistage précoce et intervention

brève) concernant les abuseurs d'alcool et d'autres drogues depuis les Soins Primaires de Santé et, éventuellement, depuis d'autres secteurs non spécifiques tels que le monde du travail, les services d'urgences ou de traumatologie, etc. On encouragera la dérivation travaillée depuis les services sanitaires de patients dépendants à des substances légales et illégales, tel que c'est signalé dans le Plan de Santé.

Évaluation:

- Nombre d'activités (coordinations, séances cliniques, etc.) réalisées pendant la période d'application de ce plan.
- Matériels édités ou diffusés.

21. Éditer une chemise de matériels de soutien pour l'intervention concernant les problèmes d'alcool depuis les Soins Primaires de Santé.

Évaluation:

- Édition et distribution du matériel.

22. Contribuer à l'information, le conseil et la formation continue des professionnels des Soins Primaires de Santé.

Évaluation:

- Nombre de séances de formation ou de conseils dispensées.

23. Continuer à assurer la couverture à 100 % des traitements pour les patients qui sont en prison et inclus dans le PMM et résidant dans notre ville.

Évaluation:

- Pourcentage de patients résidant dans la ville et en prison inclus dans le PMM qui ont dû attendre plus de 48 heures avant d'être soignés par le Centre de Soins et de Suivi.

24. Continuer à augmenter les places du Programme de Maintien à la méthadone ou d'autres agonistes opioïdes autant que nécessaire pour que l'offre soit égale à la demande.

Évaluation:

- Nombre de patients résidant dans la ville qui demandent un traitement avec le PMM.
- Nombre de places de Méthadone disponibles.

25. Continuer à donner un traitement supervisé au minimum à 90 % des usagers de drogues par voie parentérale (UDVP) de Barcelone ayant été diagnostiqués de tuberculose, dans les centres de soins aux dépendants aux drogues de Barcelone.

Évaluation:

- Pourcentage de patients tuberculeux sous traitement supervisé.

26. Continuer à donner une chimioprophylaxie antituberculeuse supervisée au minimum à 90 % des UDVP inclus dans le PMM de Barcelone auxquels elle a été prescrite, dans les Centres de Soins aux dépendants aux drogues de Barcelone.

Évaluation:

- Pourcentage de patients auxquels a été prescrite la chimioprophylaxie et qui sont sous dispensation supervisée.

27. Accroître au moins de 5 % par an le nombre de dérivations, vers des moyens spécifiques, d'usagers de drogues contactés en situation de marginalisation et qui ne sont pas dans les circuits assistanciels.

Évaluation:

- Définition des critères de marginalisation.
- Nombre d'usagers qui répondent au critère et se trouvent en dehors du réseau.
- Pourcentage annuel de dérivations chez des usagers de drogues contactés en situation de marginalisation.

28. Collaborer avec les différentes Administrations et entités civiques qui travaillent avec des immigrants ayant une incidence sur les collectifs à vulnérabilité maximale, tels que les jeunes et les adolescents, afin de réduire la consommation qu'ils font des substances psychoactives et de les intégrer dans les circuits thérapeutiques.

Évaluation:

- Nombre de coordinations et/ou de conseils.
- Nombre de séances de formation pour professionnels.
- Édition de matériel.
- Nombre d'immigrants en traitement.

29. Assurer la continuité dans la distribution de matériel informatif concernant les techniques correctes d'autoveinoponction, l'overdose et le sexe sûr aux usagers de drogues illégales soignés dans les centres de traitement et à ceux qui ne s'y sont pas encore rendus, mais qui ont pris contact avec des programmes de réduction des risques.

Évaluation:

- Pourcentage d'usagers de drogues soignés dans les centres de traitement auxquels on a fourni du matériel d'information sur les techniques correctes d'autoveinoponction, l'overdose et le sexe sûr.
- Pourcentage d'usagers de drogues qui n'ont pas encore été soignés dans les centres de traitement, mais qui ont pris contact avec des programmes de réduction des risques, auxquels on a fourni du matériel d'information sur les techniques correctes d'autoveinoponction, sur l'overdose et sur le sexe sûr.

30. Continuer à disposer de programmes de traitement capables d'accueillir les consommateurs de nouvelles substances dans les centres de traitement spécifiques.

Évaluation:

- Pourcentage de places de traitement occupées par des consommateurs de nouvelles substances .

31. Créer et diffuser le matériel de support pour les services d'urgences hospitaliers et le service mobile d'urgence pour les interventions sur les drogues, avant 2002.

Évaluation:

- Édition du matériel.
- Distribution du matériel dans les services spécifiés.

32. Mettre en oeuvre des stratégies de réduction des risques avec des ateliers de sexe sûr, des techniques d'autoveinoponction sûres et de changement de voie depuis les dispositifs de contact de la rue et les CAS.

Évaluation:

- Nombre annuel d'ateliers de sexe sûr, de techniques d'autoveinoponction sûres et de changement de voie.
- Nombre de personnes par atelier.

33. Augmenter de 10 % par an le nombre de personnes qui sont formées en ateliers de sexe sûr, techniques d'autoveinoponction sûres et de changement de voie.

Évaluation:

- Pourcentage annuel de personnes formées en ateliers de sexe sûr, techniques d'autoveinoponction sûres et de changement de voie.

34. Continuer à mettre en oeuvre l'anamnèse sur la qualité de vie des enfants des usagers soignés dans les Centres de Soins et de Suivi de la ville, jusqu'à ce que 100 % des Histoires cliniques disposent de l'information nécessaire en 2002.

Évaluation:

- Pourcentage annuel d'histoires cliniques de nouveaux utilisateurs avec l'information complétée.

35. Garantir la présence de programmes de contact avec la population à risque dans toutes les zones de la ville décelées avec des indicateurs de problèmes associés à la consommation de drogues dépassant les valeurs moyennes pour l'ensemble de la ville.

Évaluation:

- Pourcentage de programmes de contact avec la population à risque dans les localisations révélées par l'analyse des différentes zones de la ville.

36. Garantir l'information aux juges qui le demandent sur les procédés thérapeutiques dans lesquels sont engagées les personnes qui ont des affaires en instance avec la justice, mais qui pourraient bénéficier d'une mesure alternative à la prison. Ce procédé suivra son cours par l'intermédiaire de la Direction générale des mesures pénales et alternatives de la justice des jeunes (DGMPAJ) du ministère de la Justice du Gouvernement autonome de Catalogne, avec une augmentation de 10 % par an des mesures alternatives.

Évaluation:

- Nombre de coordinations avec la DGMPAJ.
- Nombre de personnes soignées annuellement dans les centres de drogues de la ville qui, ayant des procès en cours, bénéficient de l'application des mesures alternatives.

4.4. Axe Sécurité - Dissuasion - Répression

Ce programme est axé essentiellement sur le contrôle de l'offre et par conséquent sur tous les mécanismes de marché dont disposent les réseaux de distribution de drogues, qu'ils soient légaux ou illégaux. Bien que les compétences directes en matière de répression du trafic de drogues et des conduites délictuelles et antisociales liées au trafic échappent au domaine municipal, les interventions menées seront axées sur trois points : dissuader les usagers à consommer des drogues sur la voie publique, faciliter le contact des usagers de drogues avec les moyens assistanciels, veiller au respect des normes légales existantes en ce qui concerne la vente et la consommation de drogues légales.

Il existe un lien direct entre les interventions à caractère dissuasif et celles à caractère préventif dans le domaine de l'offre et vu que, comme cela a été dit auparavant, les compétences directes

échappent au domaine municipal, le PADB axera son intervention sur ce terrain, notamment sur les actions visant la prévention.

Les personnes qui consomment des drogues et en dépendent commettent souvent des délits ou, du fait qu'elles continuent à les consommer, provoquent, sous l'effet des drogues, des altérations de l'ordre public qui donnent lieu à un grand malaise et à une alarme sociale. Il est vrai que la plupart du temps elles sont victimes de leur propre problème, la dépendance aux drogues, mais il n'en est pas moins vrai qu'elles nuisent à leur environnement et qu'il faut agir. Il faut éviter cependant la criminalisation et la marginalisation progressive des personnes présentant un problème de dépendance. Les actions menées doivent tendre, dans la mesure du possible, à reconduire et à faciliter le contact avec le réseau assistanciel, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elles ne doivent pas assumer la responsabilité de leurs propres actes et les répercussions qu'ils ont sur leur environnement social.

La consommation évidente sur la voie publique, et ses conséquences, est également une cause d'alarme sociale. En même temps, elle est parfois dangereuse, en raison des circonstances où cela se produit, pour le toxicomane lui-même.

L'abandon des outils pour la consommation de drogues illégales représente aussi un danger pour la santé et la sécurité des citoyens et il faut orienter les interventions dans ce sens afin que les espaces de la communauté soit exempts de danger.

D'autre part, il est également nécessaire de garantir le contrôle des normes sur la vente et la consommation des drogues légales, de l'alcool et du tabac en tant que critères de prévention pour éviter, autant que possible, le contact avec l'alcool des personnes plus jeunes et contrôler aussi les conséquences de l'emploi abusif.

Le Plan, par l'intermédiaire du Conseil de sécurité urbaine de Barcelone (CSUB), des Conseils de Prévention et de Sécurité des Arrondissements et des tables de Coordination policières, favorise la ligne de coordination dans les différents cadres territoriaux de la ville. La participation à ces Conseils de la Police, de la Police municipale, des entités représentatives de l'arrondissement, des secrétaires de la prévention et des représentants des services personnels facilite l'échange et la conception d'interventions coordonnées dans le domaine de la sécurité.

D'autre part, la coordination avec le Ministère public délégué pour la Prévention et la Répression du Trafic illégal de Drogues de la Catalogne est essentielle pour faciliter l'information et les moyens assistanciels nécessaires en vue de favoriser les mesures d'accomplissement alternatif destinées aux personnes dépendantes aux drogues ayant des problèmes avec la justice.

Objectifs généraux de l'axe sécurité- dissuasion-répression:

- Faciliter un milieu communautaire contrôlant l'offre de substances addictives.
- Veiller au respect réel des normes sur la vente, la délivrance et la consommation (âge, horaire, lieu et circonstances) de drogues légales.
- Dissuader la consommation ostentatoire de drogues illégales sur la voie publique et dans les locaux publics, faciliter le contact avec les centres de traitement et réduire les risques associés à la consommation publique.

Objectifs spécifiques de dissuasion et de répression :

1. On définira et mènera à bien de façon coordonnée avec la Police municipale une stratégie d'intervention (conjonction de mesures dissuasives et répressives) en ce qui concerne la sécurité de la circulation dans la ville avant 2001.

Évaluation:

- Nombre d'activités, campagnes et matériels faits en collaboration.

2. Assurer la formation et le recyclage des professionnels des corps de Police municipale et nationale, afin de garantir l'homogénéité des interventions de type répressif-dissuasif ainsi que la connaissance des actions menées et des moyens dont dispose la ville.

Évaluation:

- Nombre de séances de formation.

3. Assurer l'offre assistancielle pour la rémission de la sanction administrative en matière de drogues aux personnes dénoncées par la Police municipale, la Police nationale et sanctionnées par la Préfecture pour possession ou consommation publique de drogues illégales.

Évaluation:

- Pourcentage de personnes, parmi celles faisant l'objet d'une sanction administrative, qui commencent un traitement pour cette raison.

4. Assurer le conseil et soutien aux Conseils de Prévention et de Sécurité citadine de Barcelone et aux Conseils d'Arrondissement à travers la coordination avec les secrétaires techniques de prévention et de la présentation annuelle du rapport sur les drogues.

Évaluation:

- Pourcentage de conseils où un rapport a été présenté sur les activités menées en matière de drogues au cours de l'année.

5. Intégrer les Corps de Sécurité dans les séances ouvertes d'échange d'expériences professionnelles dans la ville.

Évaluation:

- Nombre de professionnels des Corps de Sécurité participant aux séances ouvertes du PADB.

6. Assurer que la Police municipale, poursuivant des objectifs de dissuasion, soit présente sur les lieux de la voie publique ou dans les locaux publics où l'Administration locale sait que la vente et/ou la consommation de drogues y sont pratiquées.

Évaluation:

- Pourcentage de dossiers sanctionneurs ouverts pour cause de consommation ou de vente de drogues sur la voie publique ou dans les locaux publics.

4.5. Axe de soutien : scientifique - information et recherche

Il a pour finalité de faciliter l'information nécessaire à chaque niveau d'intervention, de manière à apporter un soutien à la

gestion et aux différents programmes, tout en permettant d'entreprendre des actions immédiates en fournissant les instruments nécessaires pour mesurer l'efficacité et l'efficience de celles-ci. Cet axe englobe les systèmes d'information sur les drogues de Barcelone, ceux d'information sanitaire générale, ceux de monitorage des problèmes spécifiques de santé, de vigilance épidémiologique et de monitorage des demandes sociales, ainsi que des recherches ponctuelles en matière d'assistance.

Cet axe intègre l'observatoire des nouvelles consommations des jeunes développé au cours du Plan 1996-1999. Cet instrument de connaissance a pour finalité l'observation et la description des nouveaux modèles de consommation et des attitudes et des valeurs des jeunes à l'égard de la consommation de drogues, facilitant la construction de stratégies de prévention plus orientées à la manière de penser des jeunes et des adolescents de notre milieu, ainsi que de la répercussion que cela a sur la communauté.

Objectifs généraux de l'axe d'information et de recherche:

- a. Connaître les tendances et les dimensions de la consommation de drogues légales et illégales dans chacun des arrondissements de la ville.
- b. Étudier et décrire les besoins de la communauté et des usagers de drogues.
- c. Décrire les caractéristiques et les besoins des groupes vulnérables.
- d. Développer des indicateurs d'efficacité et d'efficience des moyens.
- e. Disposer d'un noyau de réflexion permettant d'approfondir les stratégies employées.

Objectifs spécifiques de l'axe d'information et de recherche:

1. Assurer la continuité annuelle de la disposition d'indicateurs épidémiologiques de consommation de drogues illégales sur une base populationnelle.

Évaluation:

- Édition annuelle des indicateurs :
 - de commencements de traitement,
 - d'urgences,
 - de mortalité et
 - de prévalence.

2. Disposer d'indicateurs sur la typologie des substances confisquées par leur nature, leur pureté et la composition des adultérants avant 2002.

Évaluation:

- Coordinations laboratoire.
- Édition de données.

3. Avant l'an 2001, on disposera d'un modèle d'enquête sur la consommation d'alcool et des drogues conçu pour la population générale.

Évaluation:

- Élaboration des instruments correspondants et publication périodique (tous les 5 ans) de l'information obtenue.

4. Assurer la publication d'un bulletin semestriel d'analyse des données de gestion, des centres de soins et de suivi à titularité municipale, en ce qui concerne l'état des utilisateurs des services et le processus, ainsi que les résultats assistanciels et les résultats des interventions bio-psychosociales menées à terme.
Évaluation:
 - Édition semestrielle du bulletin de gestion.
5. Inclure dans le Système d'information les centres non municipaux afin qu'ils disposent du bulletin semestriel de gestion pendant la durée effective d'application du Plan.
Évaluation:
 - Pourcentage de centres de titularité non municipale disposant du bulletin de gestion.
6. Créer un modèle d'histoire clinique informatisé avant 2001.
Évaluation:
 - Pourcentage de dossiers ouverts dans lesquels est utilisée la nouvelle histoire clinique.
7. Connaître avant 2001 l'incidence des excès de consommation et de trafic de drogues sur la communauté, en élaborant des cartes des points problématiques dans chaque zone.
Évaluation:
 - Édition de cartes des zones de consommation et de trafic de chacun des arrondissements.
8. Avant l'an 2001, on disposera de l'indicateur d'accidents de la circulation survenus dans la ville de Barcelone avec présence de substances psychoactives dans le sang.
Évaluation:
 - Nombre d'accidents mortels de la circulation survenus dans la ville de Barcelone donnant un alcootest positif.
 - Nombre d'accidents mortels de la circulation survenus dans la ville de Barcelone avec des benzodiazépines positives.
 - Nombre d'accidents mortels de la circulation survenus dans la ville de Barcelone avec d'autres drogues positives.
9. Avant fin 2002, on fera une étude pilote dans le Service d'Urgences d'un hôpital de la ville afin de connaître l'évolution des accidents de la circulation survenus dans la ville de Barcelone avec détection d'alcool.
Évaluation:
 - Nombre d'accidents de la circulation survenus dans la ville de Barcelone avec détection d'alcool.
10. Maintenir à jour l'information sur les valeurs et les styles de vie des jeunes et des adolescents à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues de synthèse.
Évaluation:
 - Édition du rapport de l'Observatoire sur les nouvelles consommations des jeunes.
11. Continuer à faciliter la connaissance épidémiologique sur la consommation de substances illégales à l'Observatoire européen.

Évaluation:

- Coordination avec l'équipe de l'Observatoire européen (nombre de coordinations).

12. Participation à différents groupes de travaux et de rencontres conjointement avec d'autres professionnels, villes et organismes européens (OMS, OTD, Forum,...), afin de réfléchir et d'avancer sur les différents modèles d'approche du problème des drogues et les stratégies d'intervention ainsi que pour l'élaboration/l'édition de matériels.

Évaluation:

- Participations à divers forums.
- Matériel élaboré.

13. Création d'un forum des professionnels du réseau de soins aux dépendances aux drogues, dans le but d'unifier et d'homogénéiser les interventions assistancielles dans la ville de Barcelone, avant 2001.

Évaluation:

- Création du forum.

14. Publication du matériel produit par le forum des professionnels du réseau de soins aux dépendances aux drogues, où figurent les critères techniques des interventions assistancielles les plus efficaces dans la ville de Barcelone, avant 2001.

Évaluation:

- Édition du matériel généré au forum.

4.6. Axe territorial

Une perspective globale des interventions en matière de drogues pour Barcelone doit contempler nécessairement un axiome de base : la ville est composée de réalités territoriales différentes. Ainsi, le problème des drogues dans l'ensemble est également défini par la somme des diverses réalités des quartiers qui intègrent la ville.

L'importance et les particularités que l'incidence de la consommation des drogues engendre dans chaque zone sont liées à la distribution par âges, le niveau socio-culturel et économique, les problèmes de santé, les vécus communautaires, la présence de trafic, etc. Depuis cette perspective locale, il faut également envisager une approche des solutions de manière particularisée afin d'adapter les programmes aux besoins et aux potentialités concrètes.

Cet axe donne la priorité aux lignes d'amélioration générales et à l'application concrète et ajustée à chaque zone, dans le but d'améliorer les interventions sur la base de critères allant dans le sens d'une plus grande équité et d'améliorer la redistribution depuis une perspective d'égalité.

D'autre part, cela rend nécessaire la définition du problème et les alternatives pour y faire face de manière conjointe et synergique avec toutes les parties impliquées, c'est-à-dire, avec tous les éléments qui composent la communauté en question et qui y interviennent.

Par ailleurs, en rapprochant le plan de drogues du territoire, on prétend que la communauté devienne un agent actif et personnellement impliquée dans tout ce qui a trait à la promotion et au développement des styles de vie salutaires. À partir d'une informa-

tion, d'une sensibilisation et d'une orientation adéquates, les citoyens peuvent mieux connaître le phénomène de la consommation de drogues et les ressources thérapeutiques à leur portée. Lorsque cette sensibilité et cette information se rapportent au territoire immédiat, il est plus facile que le citoyen s'approprie le problème et se sente impliqué dans la réponse à donner. Le Plan d'Action sur les Drogues prétend, au niveau de l'arrondissement, que la communauté cesse d'être un récepteur passif des mesures prises par l'administration et qu'elles les assument comme siennes.

Dans chacun des axes, les programmes correspondants au PADB seront développés en respectant une conception et une dimension appropriées aux besoins du territoire.

L'axe territorial est concrétisé par la création des Plans de Drogues de l'Arrondissement.

Objectifs généraux de l'axe territorial :

- a. Favoriser la participation des citoyens aux forums de discussion et de décision sur les drogues.
- b. Améliorer la perception et l'attitude de la communauté sur les consommateurs chroniques de substances addictives.
- c. Constituer des plate-formes de travail afin d'adapter le Plan de drogues au territoire et le mettre en oeuvre.

Objectifs spécifiques de l'axe territorial :

1. Avant 2003, les organes du gouvernement de chacun des arrondissements décideront, en fonction des informations objectives disponibles, la constitution de la Commission politique du Plan de Drogues de l'Arrondissement.

Évaluation:

- Pourcentage de Commissions politiques constituées.

2. Avant 2001, on disposera d'une analyse minutieuse de chacun des arrondissements et des quartiers pour ce qui est de la consommation de drogues. On recueillera ainsi l'information sociodémographique des territoires et on fera une analyse de la situation à l'égard des drogues légales et illégales (par le biais des données du SIDB). De même, on prendra en considération la situation existante en ce qui concerne les moyens spécifiques et non spécifiques dont disposent les arrondissements.

Évaluation:

- Élaboration du document de travail.

3. Avant la fin du premier semestre de l'an 2000 et sur la base de l'analyse minutieuse de la situation dans chaque arrondissement, on disposera d'une liste de 2 à 3 arrondissements auxquels on donnera la priorité pour créer les plans d'arrondissement.

Évaluation:

- Élaboration et présentation du rapport correspondant et de l'avant-projet aux arrondissements de la liste (pourcentage sur le total prévu).

4. Constitution de l'infrastructure (commission politique, commission technique et noyau organique) pour le Plan de l'Arrondissement dans chaque arrondissement priorisé.

Évaluation:

- Pourcentage du total des arrondissements prévus qui ont constitué la commission politique.
- Pourcentage du total des arrondissements prévus qui ont constitué la commission technique.
- Pourcentage du total des arrondissements prévus qui ont constitué le noyau organique, l'infrastructure et ont élaboré le document-cadre.

5. Élaboration du document-cadre par le Plan de l'Arrondissement:

Évaluation:

- Pourcentage de documents-cadre élaborés dans les arrondissements priorisés.

6. Présentation et approbation du Plan de l'Arrondissement par la Séance plénière du conseil d'arrondissement dans chaque arrondissement priorisé.

Évaluation:

- Pourcentage de projets présentés et acceptés parmi ceux qui ont été élaborés.

7. Dans les six mois qui suivent la constitution de la Commission permanente de chaque Arrondissement, on aura élaboré un programme pour les drogues légales et illégales avec la liste d'objectifs spécifiques, le chronogramme des actions à mener et les indicateurs d'évaluation de celui-ci, suivant les indications établies par le Plan d'Action sur les Drogues de Barcelone pour 2000-2003.

Évaluation:

- Édition du document du Plan de l'Arrondissement.

8. Assurer le support technique et/ou financier des programmes de prévention découlant des plans de drogues d'arrondissement, en obtenant en 2003 une couverture dans les arrondissements municipaux priorisés.

Évaluation:

- Pourcentage de programmes de prévention des arrondissements disposant d'un support technique et/ou financier donné.

9. Assurer le conseil pour toutes les demandes d'intervention préventive, qu'elles soient véhiculées par des professionnels ou bien par des entités, dans les arrondissements ne disposant pas encore d'un Plan développé.

Évaluation:

- Pourcentage de conseils préventifs se rapportant aux arrondissements ne disposant pas d'un plan d'arrondissement.

10. Élaborer annuellement des programmes de formation continue et d'échange professionnel pour des professionnels des arrondissements disposant d'un Plan de Drogues.

Évaluation:

- Pourcentage de formations continues et d'échange professionnel faits annuellement.

11. Mettre en place les protocoles d'intervention pour les drogues illégales et légales à 80 % dans chacune des Directions

d'assistance primaire (DAP) disposant de structures réformées avant 2003, en suivant les critères de l'Organe technique de Dépendances aux Drogues et du Consortium sanitaire de Barcelone.

Évaluation:

- Coordinations avec l'Organe technique de Dépendances aux Drogues et le Consortium sanitaire de Barcelone.
- Pourcentage de DAP ayant des protocoles d'action de formation continue mis en place et d'échange professionnel faits annuellement.

12. Offrir des journées de formation professionnelle et de coordination entre les différents travailleurs de l'arrondissement, au début du Plan de Drogues de l'Arrondissement, et promouvoir des rencontres annuelles d'échange entre professionnels.

Évaluation:

- Nombre de journées de formation-coordination dans les arrondissements (% parmi ceux qui sont priorisés).
- Nombre de rencontres d'échange annuel (% parmi ceux qui ont suivi la première formation).



Institut Municipal de Salut Pública