



**HONDARRIBIKO UDALA**

**IV. PLAN MUNICIPAL DE  
PREVENCIÓN COMUNITARIA  
DE LAS DROGODEPENDENCIAS  
HONDARRIBIA 2008-2012**

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b>	<b>4</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO</b>	<b>6</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
4.1. Modelos teóricos	
4.2. Ámbitos de intervención	
<b>5. DIAGNÓSTICO</b>	<b>16</b>
5.1. Análisis socio-demográfico y equipamientos	
5.2. Análisis DAFO	
5.3. Análisis de consumo de drogas	
<b>6. DESARROLLO DEL PLAN MUNICIPAL DE PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS 2008-2012</b>	<b>42</b>
6.1. Finalidad del Plan	
6.2. Retos del Plan	
6.3. Líneas estratégicas del Plan por ámbitos de intervención	
6.4. Compromisos – Acuerdos internos para impulsar el Plan	

# INTRODUCCIÓN

La **Propuesta de Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias 2008-2012**, que a continuación se presenta para su aprobación por el Pleno del Ayuntamiento de Hondarribia, plantea las líneas estratégicas de intervención y actuación en materia de prevención de las drogodependencias para los próximos cinco años, desde un abordaje integral del fenómeno de las drogodependencias.

En él se han definido los retos a los cuales nos enfrentamos en materia de drogodependencias en el municipio de Hondarribia, así como los acuerdos estratégicos y compromisos adoptados por parte de todos los *departamentos municipales* implicados en el mismo, con el objetivo de impulsar el Plan Local de Drogodependencias en el municipio.

# METODOLOGÍA

A la hora de llevar a cabo el proceso de elaboración del Plan Municipal de Prevención Comunitario de las Drogodependencias 2008-2012, hemos desarrollado una metodología fundamentalmente participativa. Ya en la elaboración del Plan anterior diseñamos un proceso participativo que fue muy positivo por lo que, en esta ocasión, hemos querido plantear nuevamente un proceso similar que pudiera ser útil a la hora de trazar diversas estrategias de prevención de las drogodependencias así como nuevas líneas de intervención a desarrollar.

En este sentido, la puesta en marcha y desarrollo de diversas *mesas comunitarias* ha sido una de las bases fundamentales sobre las que se ha apoyado dicho proceso. Así, hemos definido cuatro mesas o grupos de trabajo en los que profesionales, responsables municipales, ciudadanos y otros operadores sociales han debatido a lo largo de 4 sesiones sobre el municipio de Hondarribia y la prevención comunitaria en diversos ámbitos.

A través de la realización de un análisis de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (Análisis DAFO) el objetivo de dichas sesiones de trabajo ha ido encaminado a la consecución de un Diagnóstico Comunitario del Municipio de Hondarribia. Dichas *mesas comunitarias* han desarrollado su análisis basándose, fundamentalmente, en 4 ámbitos de intervención, a saber: ámbito juvenil, ámbito escolar y familiar, ámbito comunitario y ámbito sanitario.

En este proceso participativo han tomado parte aproximadamente 65 personas relacionadas con dichos ámbitos de actuación tales como: concejales-as y técnicos del Ayuntamiento de Hondarribia, policía municipal, equipo de profesionales sanitarios del centro de salud de Hondarribia, directores-as de los centros escolares de Educación Primaria y Secundaria, responsables de deporte escolar, representantes de los Consejos Escolares y AMPAS de los centros escolares del municipio, oficinas de empleo y entidades formativas comarcales, las asociaciones de vecinos-as, juveniles, culturales y deportivas de Hondarribia, además de todos-as aquellos-as ciudadano-as que voluntariamente han querido participar en la definición del diagnóstico comunitario del municipio.

Todo este proceso ha sido liderado, fundamentalmente, por el Servicio Municipal de Prevención Comunitaria del Ayuntamiento de Hondarribia, siendo éste quien posee el encargo de elaboración de dicho Plan. En este sentido, todos-as los-as profesionales del servicio han estado muy implicados en el diseño y desarrollo de las *mesas comunitarias* participando en ellas, además de diferentes usuarios-as de los Programas que lleva adelante dicho Servicio.

Por otro lado, en la elaboración de dicho diagnóstico hemos contado con la participación de profesionales con una trayectoria sobradamente demostrada en el ámbito de las drogodependencias (Jaume Funes-psicólogo y educador catalán y Juan Martín Pérez educador social de A.C. El Caracol D.F. México, ambos expertos en temas de juventud y drogodependencias) que, a través de varios encuentros con todos-as los-as participantes, nos ha brindado la oportunidad de introducir nuevos puntos de vista a lo largo de todo el proceso.

Una vez finalizadas las sesiones, con todas las aportaciones y propuestas presentadas en estas *mesas comunitarias*, así como con las estrategias y líneas de intervención definidas por el Servicio Municipal de Prevención Comunitaria del Ayuntamiento de Hondarribia, el Equipo de dicho Servicio ha redactado la **Propuesta de Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias 2008-2012**

# MARCO NORMATIVO

## **LEY 18/1998, DE 25 DE JUNIO, SOBRE PREVENCIÓN, ASISTENCIA E INSERCIÓN EN MATERIA DE DROGODEPENDENCIAS**

En junio de 1998 se aprobó la Ley 18/1998 sobre prevención, asistencia y inserción en materia de drogodependencias, sustituta de la anterior Ley vigente desde 1988. Esta Ley establece el marco filosófico, organizativo y normativo que regula las actuaciones sociales e institucionales en la CAPV ante el fenómeno de las drogodependencias.

Ya en su exposición de motivos, se indica que con esta Ley se pretende trasladar a la sociedad vasca un modelo de comprensión del fenómeno de las drogodependencias y de intervención que podemos denominar como estrategia comunitaria, caracterizada por arbitrar una respuesta global y normalizada al fenómeno y por entender la planificación de las actividades y la participación ciudadana como imprescindibles en la búsqueda de soluciones a las drogas.

Dicha Ley, tal y como señala el Artículo 1, *“tiene por objeto regular, en el marco de las competencias que estatutariamente corresponden a la CAPV y dentro de su ámbito territorial, un conjunto de actuaciones encaminadas a la prevención de las drogodependencias y a la asistencia e inserción de las personas drogodependientes”*.

En este sentido, en su Artículo 2.2 define estos conceptos entendiendo la prevención como el *“conjunto de actuaciones dirigidas a modificar factores personales, sociales y culturales que pudieran ser favorecedores de consumos inadecuados de drogas”* señalando, a su vez, el objeto de dichas actuaciones tales como:

- 1.— *Reducir la demanda y consumo de drogas.*
- 2.— *Reducir o limitar la oferta de drogas en la sociedad.*
- 3.— *Reducir las consecuencias que de su consumo pueden derivarse.*
- 4.— *Señalar las causas socio-económicas o laborales que pueden producir situaciones de riesgo de cara a iniciarse en el consumo de drogas así como reducir el impacto y trascendencia social del fenómeno de la drogodependencia, planteando propuestas de actuación y haciendo especial hincapié en aquellas áreas más deprimidas de nuestra comunidad.*

En relación a la asistencia, hace referencia a la reducción de daños en cuanto *“estrategias de intervención dirigidas a disminuir los efectos especialmente negativos que pueden producir algunas formas del uso de drogas o de las patologías asociadas al mismo”* y a la disminución de riesgos entendidos, a su vez, como *“estrategias de intervención orientadas a modificar las conductas susceptibles de aumentar los efectos especialmente graves para la salud asociados al uso de drogas”*, así como a los programas de objetivos intermedios como un *“conjunto de actuaciones asistenciales, integradas en los procesos de deshabituación, con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida del consumidor o la consumidora dependiente de alta cronicidad”*.

Por último, define la inserción como el *“proceso de incorporación de una persona a su entorno habitual como ciudadano responsable y autónomo, en el que se incluyen tanto la recuperación de las capacidades individuales de integración social como los cambios sociales necesarios para la aceptación de las personas drogodependientes”*.

Por otro lado, el Artículo 3 de esta Ley señala cuales deben ser objetivos generales de la misma, a saber:

- a) *Informar adecuadamente a la población en general sobre las drogas.*
- b) *Educar a la población en la creación de hábitos para la salud. En estos programas de educación se tendrá en cuenta de forma especial a la juventud.*
- c) *Formar profesionales en materia de prevención de las drogodependencias.*
- d) *Intervenir sobre las condiciones sociales que inciden en el consumo de sustancias capaces de generar dependencia, considerando especialmente los factores diferenciales que inciden en las mujeres y los hombres en el consumo de drogas y sus consecuencias.*
- e) *Potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención comunitaria necesarios para que las políticas de prevención de las drogodependencias sean efectivas.*
- f) *Adoptar medidas que tiendan a evitar los perjuicios para la salud que se derivan del consumo de drogas, no sólo para las personas consumidoras, sino también para terceras personas.*
- g) *Eliminar y, en su caso, limitar la presencia, promoción y venta de drogas en el medio social.*
- h) *Coordinar e impulsar, entre las Administraciones públicas y los diferentes colectivos sociales implicados en esta problemática, las actividades tendentes a prevenir el consumo de drogas.*

Respecto a la prevención comunitaria en su Artículo 4.2 establece la competencia de los Ayuntamientos para adoptar las medidas para la prevención comunitaria de las drogodependencias señalando que a tales efectos:

- a) *Fomentarán el desarrollo de programas de prevención comunitaria de las drogodependencias.*
- b) *Impulsarán, coordinarán y, en su caso, ejecutarán la aplicación de programas de prevención y actuaciones derivadas del Plan de Drogodependencias en los ámbitos de la comunidad, tales como centros educativos, asociaciones juveniles, culturales y deportivas y colectivos de profesionales, así como los centros de trabajo.*
- c) *Promoverán la colaboración con la iniciativa social y el voluntariado en materia de drogodependencias.*

En relación a las competencias existentes, dicha Ley establece las competencias de las Administraciones Vascas en la respuesta al fenómeno. Así, en su Artículo 36.4 señala que *“compete a los Ayuntamientos, individual o mancomunadamente, la elaboración y desarrollo del Plan Local de Drogodependencias, de acuerdo con las prescripciones contenidas en el Plan de Drogodependencias regulado en el artículo 37.1”*.

Así mismo, el Artículo 37.2 dispone que *“el Plan Local de Drogodependencias regulado en el artículo 36.4 se configurará como el conjunto ordenado de programas y actuaciones estructuradas, coordinadas, planificadas y asesoradas por las estructuras de la iniciativa social relativas al ámbito de las drogodependencias, para ese ámbito municipal y en relación con el Plan de Drogodependencias.”*

## **DECRETO 91/1997, DE 22 DE ABRIL, POR EL QUE SE REGULAN LAS AYUDAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL AREA DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL PAIS VASCO**

En Decreto se regula la elaboración del Plan Local de Drogodependencias definiéndolo en su Artículo 26.1 como *“el conjunto ordenado de programas y actuaciones estructuradas, coordinadas y planificadas que, relativas al ámbito de las drogodependencias y formalizadas en documento aprobado por el órgano local correspondiente, expresa la voluntad de la Administración Local en su ámbito competencial propio”*.

Por otro lado, este mismo Artículo en su apartado 3 señala los aspectos a los cuales deberá atenderse para la elaboración del mencionado Plan de Drogodependencias, tales como:

- a) El análisis global del fenómeno de las drogodependencias en el ámbito de la entidad local.*
- b) La planificación de las aportaciones de las diferentes áreas municipales.*
- c) Las estrategias de coordinación para la gestión del Plan y*
- d) Los mecanismos de participación ciudadana en la elaboración*

# MARCO TEÓRICO

Modelos Teóricos  
Ámbitos de Intervención

# Modelos Teóricos

Este Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias se encuadra dentro de un marco teórico en el que destacan diversos modelos. Entendemos que el marco teórico para la intervención en la comunidad debe permitir su conceptualización y su abstracción de lo concreto a elementos conceptuales más complejos que permitan la elaboración de teorías. Es necesario, por lo tanto, conceptualizar la intervención comunitaria desde modelos teóricos interactivos y abiertos que permitan que la propia comunidad las formule también, creando contextos reflexivos con todos los miembros que la componen. Por otro lado, es esencial que, como buena teoría de intervención, tenga su aplicabilidad en la cotidianeidad pudiendo ser útil para los distintos agentes comunitarios.

## MODELO ECOLÓGICO-SISTÉMICO

Este modelo propone la idea de que el desarrollo humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo que está en proceso de desarrollo, por un lado, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos que rodean a dicha persona, por otro. Se trata, por lo tanto, de una acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos sistemas en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos sistemas están incluidos.

Así, entendemos el modelo ecológico-sistémico como una disposición seriada de estructuras en la que cada una está contenida en la siguiente, estableciéndose cuatro niveles o sistemas que afectan directa e indirectamente en el desarrollo de los individuos.

En este sentido, el sistema más cercano corresponde a los comportamientos, roles y relaciones que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa, comprendiendo el entorno con el cual interactúa directamente el sujeto y en el que se encuentran los espacios primarios de socialización tales como la familia, la escuela y el grupo de iguales. Un segundo nivel comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa. Cada uno de los entornos citados (familia, escuela/trabajo, amigos...) han de desglosarse en multitud de variables y factores que interactúan e influyen en el sujeto directamente.

El tercer nivel comprende las instituciones y las estructuras sociales, formales e informales, externas a la persona y que no le incluyen como participante activo, pero en las cuales pueden ocurrir determinados hechos que pueden afectar a su desarrollo. Por último, el nivel más lejano se encuentra relacionado con las condiciones macro-sociales, políticas y culturales que pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden.

Teniendo en cuenta el hecho de que todos estos sistemas, interrelacionándose entre sí, influyen en los itinerarios vitales de todas las personas es necesario considerar todos ellos a la hora de abordar el fenómeno de las drogodependencias. Es fundamental poder intervenir en función de las necesidades detectadas en cada uno de estos sistemas, entendiendo que no se trata de niveles aislados sino que se encuentran directamente relacionados unos con otros, de forma que los hechos que acontezcan en uno de ellos pueden influir, de manera más o menos directa, en todos los demás.

Por lo tanto, mantenemos esta visión en la intervención comunitaria de las drogodependencias, concibiendo a las personas y a los distintos ambientes significativos donde están inmersas como objeto de intervención en igual medida ya que, si bien es importante trabajar en relación a esta problemática el ámbito individual es necesario trabajar, a su vez, el ámbito familiar, escolar, laboral y social... relacionado con cada persona.

## **MODELO DE EDUCACION PARA LA SALUD**

A lo largo de los últimos años, el concepto de Educación para la Salud (EPS) ha variado sustancialmente en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico. De esta forma, hemos pasado de un concepto de salud equivalente a la no-enfermedad, hacia otro que considera la salud como la globalidad dinámica de bienestar físico, psíquico y social.

La Educación para la Salud tiene como objeto mejorar y optimizar la salud de las personas, pudiendo ésta considerarse tanto desde un punto de vista preventivo como de promoción de la salud. Desde una perspectiva preventiva, capacitando a las personas para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias y, desde una perspectiva de promoción de la salud, capacitando a la población para que pueda adoptar estilos de vida más saludables. En este sentido, la promoción de salud supone facilitar cambios de conductas de forma voluntaria en distintos niveles, teniendo en cuenta que la actuación depende tanto de los factores personales como de los ambientales.

La Educación para la Salud supone un proceso de formación del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, un proceso de responsabilizar a todos-as los-as miembros para que, poco a poco, toda la comunidad adopte un estilo de vida lo más sano posible así como unas conductas positivas de salud.

En este sentido resulta tan importante desarrollar las aptitudes y recursos individuales como reforzar las acciones de carácter comunitario. Es decir, implicar a los individuos en sus estrategias individuales y a la comunidad en la determinación de prioridades y evaluación de necesidades, creando entornos saludables y reorientando los servicios de salud en función de estas detecciones.

La visión de la salud que defendemos y de la que partimos, es la que actualmente evoluciona hacia la concepción de la salud como una forma de vivir de manera autónoma, satisfactoria, saludable y solidaria. En este sentido, resulta imprescindible unir los cuidados básicos de la salud y las responsabilidades de diferentes profesionales y ámbitos, en un proyecto educativo-sanitario común para que todas las personas obtengan, por un lado, asistencia sanitaria en la resolución de sus problemas básicos de salud y por otro, logren desarrollar estilos de vida saludables.

El objetivo fundamental para una comunidad que trabaja en esta línea consiste en promocionar la salud como un valor apreciado, fomentando hábitos y estilos de vida saludables para el bienestar físico y mental de todo su entorno. Se trata, por tanto, de evidenciar que la salud es una tarea de todos-as, descubriendo la salud como una realidad y como un proyecto del que somos responsables y que a todos-as nos implica, ya que no es posible mantener individuos saludables en sociedades no saludables.

## **MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL**

La competencia social engloba dimensiones cognitivas y afectivas positivas que se traducen en conductas congruentes valoradas por la comunidad. Estos comportamientos hábiles favorecen la adaptación, la percepción de auto eficacia, la autoestima y la aceptación de los otros. En definitiva, la competencia social favorece el bienestar de aquellas personas que la poseen, revelando un desarrollo saludable de la personalidad y una buena adaptación a distintos ámbitos.

Este modelo pone el interés en la conceptualización positiva de la salud y la focalización de las competencias existentes, centrándose en actividades preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socio-emocionales, las cuales proporcionan comportamientos más adaptativos y, por tanto, una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales.

La competencia social no constituye una realidad estática establecida desde el nacimiento, por lo que resulta ser un aspecto necesario a desarrollar por parte de todas las personas. La competencia individual para la interacción social actúa, sin ninguna duda, como factor de protección frente a las drogodependencias, por lo que es imprescindible formar a los individuos para hacerles más capaces y activos a la hora de afrontar situaciones de riesgo.

Teniendo en cuenta que la vulnerabilidad a los factores de riesgo y las situaciones críticas del desarrollo están relacionadas con la accesibilidad, disponibilidad y competencia de los distintos recursos personales, sociales o económicos, el proceso de aprendizaje y el desarrollo condicionado a dichos recursos configuran distintas “historias” donde el riesgo se presenta en forma de situación crítica. En esta línea, por lo tanto, la competencia social resulta básica para poder afrontar con éxito el fenómeno de las drogodependencias.

En este sentido, por lo tanto, la intervención la concebimos centrada tanto en las competencias como en el desarrollo de estrategias de adaptación y afrontamiento, potenciando los recursos y habilidades personales de los distintos miembros de la comunidad en sus relaciones interpersonales y en su entorno inmediato.

## **MODELO DE DESARROLLO SOCIAL**

El desarrollo social y el desarrollo de la personalidad se conciben en la actualidad como dos caras de la misma moneda. En este sentido, la sociabilidad es un rasgo de la persona que se construye y se desarrolla a lo largo de toda su vida y es precisamente, a través del proceso de socialización, que los niños, jóvenes y adultos adquirimos creencias, valores y conductas que varían en función de su adecuación a contextos culturales específicos. Así, el desarrollo social y el desarrollo de la personalidad avanzan unidos, siendo producto de la interacción entre el medio socio-cultural y las influencias biológicas.

Las teorías del desarrollo social mantienen que el comportamiento de los individuos se encuentra muy influenciado por los vínculos que desarrollan con los grupos sociales más importantes en sus vidas tales como la familia, la escuela, el grupo de amigos y la propia comunidad.

Este modelo teórico pretende averiguar cómo los factores de riesgo y los factores protectores interactúan e influyen en las diferentes etapas del proceso evolutivo de las personas. Dicho modelo permite la detección de los sujetos más vulnerables a partir de la evaluación de los citados factores. En este sentido, una intervención que reduzca los factores de riesgo e incremente aquellos otros factores protectores favorecerá indiscutiblemente su posicionamiento y recursos frente a las drogodependencias.

Así, con el objetivo de potenciar el desarrollo social de las personas, las propuestas que se lleven a cabo para afrontar el fenómeno de las drogodependencias deben ser entendidas como herramientas que faciliten la interacción entre ellas, las habilidades sociales y el incremento de las competencias individuales y grupales.

## **MODELO INTERACCIONISTA O PRAGMATICO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA**

Este modelo se centra, fundamentalmente, en el estudio de la interacción entre los seres humanos. En este sentido, nos referimos siempre a grupos humanos que conforman sistemas vivos y abiertos. El intercambio propio de los sistemas abiertos que conforman los grupos humanos es esencialmente la información siendo, por lo tanto, el estudio de la interacción entre seres humanos y la comunicación entre ellos la base conceptual del modelo interaccionista o pragmático de la comunicación humana.

El punto de partida resulta ser, básicamente, el principio de que toda conducta es comunicación. De una manera u otra, los seres humanos nos comunicamos continuamente siendo imposible no hacerlo porque, incluso con el silencio, estamos queriendo decir algo. Consideramos, pues, que toda conducta es comunicación al tiempo que toda comunicación transmite información y genera conductas.

Así, entendemos la comunicación como un instrumento que posibilita el desarrollo de la sociabilidad. En este sentido, si queremos que los seres humanos desarrollen todas sus capacidades resulta fundamental conocer como se desarrolla la interacción entre ellos. En la medida en la que las personas nos comunicamos con el entorno podemos conocer los cambios que ocurren en él y, de esta manera, podemos prepararnos para una adaptación más exitosa optimizando, a su vez, nuestro desarrollo social.

La comunicación puede estudiarse desde diversos puntos de vista. Evidentemente, en nuestro caso, nos interesa especialmente al aspecto pragmático de la comunicación destacando cómo influye la conducta de una persona sobre la otra cuando ambas se comunican. El enfoque comunicacional de la conducta, justamente, estudia no a personas aisladas sino las manifestaciones observables de la 'relación' entre ellas.

Por otro lado, la base conceptual del modelo pragmático de la comunicación humana nos hace reflexionar en torno al concepto de salud. En este contexto, en lo referente al fenómeno de las drogodependencias, conocer la relación que determinada persona posee con respecto a ellas exige establecer una comunicación con ella gracias a la cual lograremos saber qué dificultades tiene para responder al cambio en relación a su salud y con qué capacidades cuenta para adaptarse al mismo. Entendemos, a su vez, que mejorando la comunicación cambiaremos la mera información por educación, siendo previsible que la educación aumente la responsabilidad de las personas en su propia salud.

Si consideramos, por lo tanto, las conductas de una persona incluida en diversos sistemas que, a su vez, interactúan con otros sistemas y en los cuales resulta ser clave el proceso de comunicación, podemos concluir que el presente modelo teórico resulta de indudable valor para llevar a cabo un trabajo en la comunidad.

# Ámbitos de Intervención

El Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias se articula a partir de los ámbitos de intervención que se presentan de forma explícita en las siguientes líneas. Igualmente se consideran “Otros ámbitos de interés general para el desarrollo del Plan” que no configuran un ámbito específico, pero que se consideran relevantes o carácter estratégico, por su importancia e incidencia en diferentes temas para los logros que persigue este Plan.

## ÁMBITO FAMILIAR

La familia es el primer espacio socializador para las personas, en el se transmiten valores, actitudes y capacidades imprescindibles para el desarrollo saludable del individuo.

Las acciones que se implementen en este ámbito deben ir dirigidas a potenciar este aspecto socializador y educativo de la familia, poniendo especial énfasis en ella como modelo de referencia para niños, niñas y adolescentes.

En este sentido, es especialmente importante fortalecer a madres y padres en su rol y favorecer su participación en espacios en los que puedan encontrar los apoyos que sean necesarios para llevar a cabo sus responsabilidades y tareas, definiendo éstos desde la relación y favoreciendo la creación de lugares que proporcionen pertenencia en los que compartir experiencias y opiniones; lugares donde se les refuerce su rol de madre o padre. El Plan, en este sentido, favorecerá que padres y madres tengan respuestas a sus necesidades desde formatos grupales ofrecidos por agentes comunitarios que están en relación con las familias.

A la hora de poner en marcha cualquier programa, los Servicios con la responsabilidad de potenciarla, fortalecerla y promocionarla deberán compartir criterios comunes. Desde estas acciones se deberán facilitar a los padres y madres herramientas que les permitan liderar los procesos educativos de sus hijos-as, así como la resolución de los posibles problemas que surgen en esta tarea cotidiana.

De igual modo, las familias contarán con la orientación y asesoramiento de profesionales que puedan apoyarles en la resolución de los conflictos que se generan en los distintos momentos críticos del ciclo vital familiar.

En esta misma línea de coherencia, los programas realizados en el ámbito familiar deberán ser concebidos con una visión de complementariedad con el resto de sistemas que tengan también como destinatarios a la familia; estarán en línea con los servicios socio-sanitarios, los servicios sociales, la oferta de ocio y cultural, el deporte, etc.

## ÁMBITO ESCOLAR

El derecho a la educación asegura la escolarización de niños y niñas. Este hecho permite trabajar con una amplia población de niños, niñas y adolescentes en un medio de especial relevancia en la transmisión de valores, actitudes y capacidades.

Siendo la educación para la salud una línea transversal del ámbito escolar, las acciones planteadas en este ámbito desde la prevención de las drogodependencias deberán ir enfocadas al apoyo, orientación y asesoramiento. En este sentido, resulta fundamental implicar en dichas acciones a toda la comunidad escolar, configurada ésta por el profesorado, el alumnado, los padres y madres, así como todos aquellos agentes implicados en el conjunto de procesos educativos realizados en el medio escolar como pueden ser entre otras; el deporte escolar, las actividades extraescolares durante los tiempos del comedor, el tiempo del comedor escolar, etc.

Es muy importante que todos estos agentes tengan una participación activa en todos los programas realizados liderándolos, en la medida de lo posible, y sacando el máximo partido a su papel como modelos de referencia.

En esta definición, hay una visión de adulto como modelo de referencia que toma especial protagonismo en las edades tempranas en las que padres, madres, maestros-as, monitores-as de comedor... se convierten en figuras de apego y de referencia para niños y niñas, haciendo que las acciones y actitudes de estos sean en sí mismo un área de influencia en el desarrollo de la autoestima y la transmisores de valores.

Es por esto, que resulta prioritario introducir acciones preventivas en la educación infantil y primaria, las cuales deberán ser universales e inespecíficas y deberán trabajarse con toda la comunidad escolar. No podemos olvidar que esa cercanía diaria con niños-as y familias, hace del medio escolar un espacio que favorece la detección precoz de posibles dificultades o problemas abordables desde otro tipo acciones más selectivas o en colaboración con otros servicios especializados.

En educación secundaria los programas de educación para la salud toman especial relevancia teniendo en cuenta la gran preocupación que el tema de las drogas significa en esta época, tanto en el profesorado como en las familias. La participación activa de los profesionales de prevención en el propio centro escolar, en colaboración con el profesorado y el equipo directivo, ayuda a fortalecer los sistemas de comunicación y a conocer la realidad de los jóvenes del Municipio.

El Plan abordará la prevención del consumo de sustancias y los consumos problemáticos desde el medio escolar lo que posibilita, desde la cercanía a la población a la que van dirigidos los programas, una mejor definición y mayor eficacia en el desarrollo de programas de prevención selectiva. En este sentido, es una prioridad del Plan, la detección en colaboración con los centros escolares de los sujetos más vulnerables a partir de la identificación de los factores de riesgo de una forma constante creando, para ello, un sistema de evaluación y alerta coordinado.

Es importante atender a las peticiones del profesorado y dotarles de materiales, formación y asesoramiento que les permita abordar y trabajar el tema de la prevención con información actualizada, completa y objetiva.

### **ÁMBITO COMUNITARIO**

Para poder desarrollar este Plan necesitamos una definición pragmática y operativa de “lo comunitario”. En esta mirada, uno de los ejes básicos lo constituye el tejido social del Municipio, formado mayoritariamente por los clubes y asociaciones deportivas, culturales, organizaciones no gubernamentales, etc.

Las acciones en este ámbito estarán encaminadas a fortalecer el tejido social y reforzar la idea de la comunidad como modelo de convivencia y participación social; en definitiva, espacio referencial para las personas que la conforman.

El Plan considera de especial relevancia la concepción de las asociaciones, clubes y entidades como agentes activos en la prevención comunitaria de las drogodependencias, así como hacer llegar a los diferentes ámbitos de la comunidad mensajes preventivos lanzados por los líderes naturales de la propia comunidad.

Se considera interesante y necesario contar con programas que fomenten los espacios públicos en la comunidad, que favorezcan las relaciones y en los que se puedan desarrollar modelos de convivencia saludable, facilitando y favoreciendo la participación de vecinos socialmente activos.

### **ÁMBITO SANITARIO**

El ámbito sanitario es, por definición, un ámbito de desarrollo para las acciones de educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables. Este Plan quiere fortalecer la idea de que la educación para la salud es una estrategia que se debe dirigir a diferentes poblaciones diana desde diferentes acciones y programas.

En este sentido, es prioritario reforzar las relaciones entre los distintos profesionales de la salud y constituir una red profesional que comparta criterios comunes, al menos en tres niveles: en la promoción de estilos de vida saludables, en la definición de programas de educación para la salud y en la detección de los factores de riesgo para la elaboración junto con otros sistemas – educativo y social – de programas de evaluación de los sujetos más vulnerables en estrategias de prevención selectiva.

Es importante acompañar al colectivo sanitario trabajando junto a ellos, creando e intercambiando herramientas e información actualizada que nos permita llevar a cabo una labor preventiva en las tareas cotidianas potenciando, además, las posibilidades que tiene este ámbito para una mejor detección precoz de posibles problemas relacionados con el consumo de sustancias y problemáticas asociadas.

### **ÁMBITO DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES**

El Plan debe ser conjuntamente asumido por todos los servicios municipales, definiendo concretamente el nivel de competencia que corresponde a cada uno. Si bien es cierto que, en cuestión de prevención de las drogodependencias, tienen especial relevancia los departamentos de Juventud, Servicios Sociales, Deporte, Educación, Cultura y Policía Municipal.

Los programas de carácter municipal deberán integrar una visión transversal de la prevención, definiendo acciones y estrategias que favorezcan su ejecución. En este sentido, el Plan Municipal de Prevención Comunitaria está concebido en el espacio municipal desde la diferenciación y la complementariedad, queriéndose diferenciar:

- por un lado, las acciones y estrategias que son competencia y debe liderar el propio Servicio Municipal de Prevención Comunitaria y
- por otro, los compromisos que adquieren los distintos departamentos municipales en aras a una expansión y optimización de la estrategia de la prevención en el municipio a partir de sus propios recursos, contando para ello con el apoyo y el asesoramiento del Servicio Municipal de Prevención Comunitaria.

### Otros ámbitos de interés general para el desarrollo del Plan

El Plan contempla además otros ámbitos de interés.

**Servicios de carácter Comarcal:** el tamaño del municipio es una oportunidad para el trabajo comunitario, pero una carencia en términos de servicios. En este sentido, el Plan debe de considerar esta realidad a la hora de implementar sus estrategias.

**Medios de Comunicación y Prevención:** abordar la prevención conjuntamente con los profesionales de los medios locales ha sido un punto clave en el desarrollo del último Plan. Así, la política de prevención pasa por una política de comunicación, siendo ésta una estrategia global y transversal a todos los ámbitos de interés del Plan.

**Estrategias de Comunicación y Difusión:** un criterio de éxito de cualquier actuación comunitaria de un Plan Local, contempla el hecho de que esté diseñado con una estrategia de comunicación. Nuestras actuaciones deben tener influencia, fundamentalmente, en los medios de comunicación local y los servicios de carácter comarcal.

**Prevención y Género:** teniendo en cuenta que hombres y mujeres no responden por igual a los patrones de consumo, las respuestas y las estrategias de prevención deben de considerar esta diferencia.

*“La expresión de los hábitos de consumo entre las mujeres, así como los desencadenantes o las consecuencias, tiene en gran medida confluencia con los factores determinantes del consumo entre los hombres, pero también existen características diferenciadoras que en muchas ocasiones no han sido suficientemente atendidas.”*

Tal y como se vienen recogiendo en los distintos Planes – Autonómicos y Locales - esta consideración y estrategia parte de un análisis del fenómeno y una *“realidad de las drogas y las drogodependencias teniendo en cuenta la variable sexo y las diferentes condiciones, situaciones y necesidades de las mujeres y de los hombres”* y considerando además *“una aplicación sistemática de dicha perspectiva en todas las acciones y programas, y en todas las fases de análisis, planificación, ejecución y evaluación”*.

# DIAGNOSTICO

Análisis Socio-Demográfico y Equipamientos

Análisis DAFO

Análisis de Consumo de Drogas

## **Análisis Socio-Demográfico y Equipamientos**

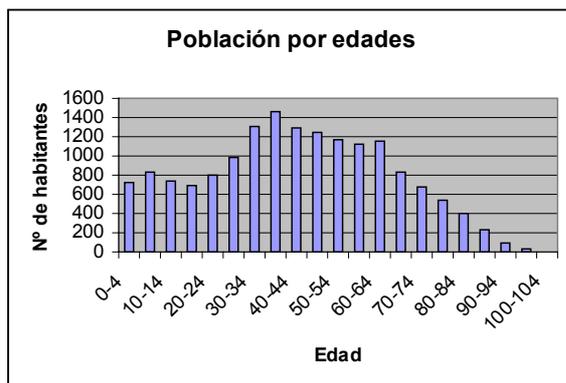
A la hora de elaborar un Plan Local de Drogodependencias para un municipio determinado, resulta fundamental conocer las características específicas del mismo. Es necesario, por lo tanto, conocer la comunidad sobre la que se va a intervenir a fin de que dicho Plan resulte realista y pueda aplicarse de forma efectiva. El análisis que a continuación se presenta, agrupa los datos demográficos, sociales, culturales, educativos y sanitarios del municipio, así como los diversos equipamientos de que dispone Hondarribia.

## DATOS DEMOGRAFICOS

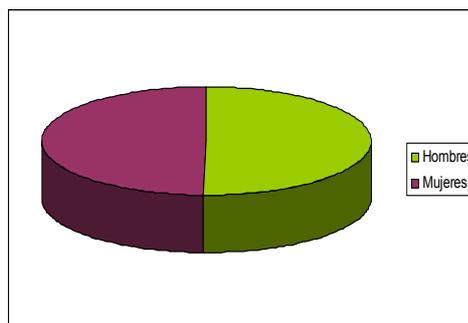
### Habitantes de Hondarribia

Fuente: Gipuzkoa.net / Fecha de referencia: 31-12-2007

Distribución por edades



Distribución por sexo

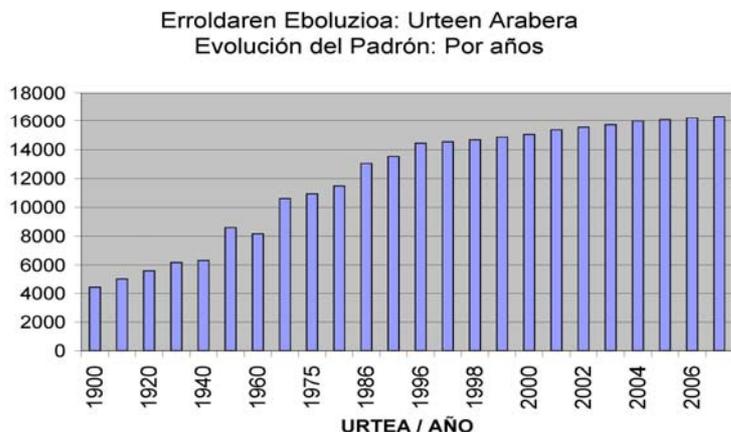


El municipio de Hondarribia cuenta con 16.328 habitantes, de entre los cuales 8.214 son hombres y 8.114 son mujeres. Este dato sitúa los porcentajes en el 50,3% y 49,7% respectivamente, por lo que la población se encuentra muy equiparada en lo que a género se refiere.

Por otro lado, el 29% de la población es menor de 30 años (4.740 habitantes), mientras que un 17,4% supera los 65 años (2.844 habitantes). Esto quiere decir que, más de la mitad de población hondarribitarra se sitúa en una franja de edad entre los 30 y 65 años, con un porcentaje que alcanza el 53,6 % (8.762 habitantes).

## Evolución del Número de Habitantes y Densidad Poblacional de Hondarribia

Fuente: Hondarribiko Udala / Fecha de Referencia: 31-12-2007

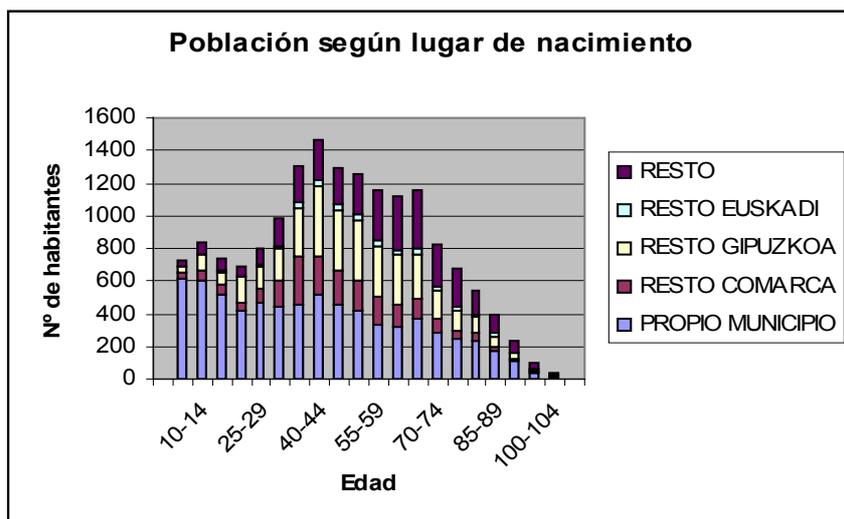


El municipio de Hondarribia se extiende sobre una superficie de, aproximadamente, 28,8 km<sup>2</sup>. En este sentido, es evidente que a medida que el número de habitantes se ha ido incrementando también ha crecido la densidad poblacional del municipio. Durante los últimos 50 años, Hondarribia ha conocido un aumento de 8.185 habitantes, lo que supone que en estos años prácticamente se ha duplicado la población del municipio.

Así, en la década de los 60, la densidad poblacional venía a ser de 283,78 habitantes/km<sup>2</sup>, hace 10 años dicha densidad ascendía a 505,1 habitantes/km<sup>2</sup> y en la actualidad se sitúa en los 567,6 habitantes/km<sup>2</sup>.

## Habitantes de Hondarribia según su Lugar de Nacimiento

Fuente: Gipuzkoa.net / Fecha de referencia: 31-12-2007

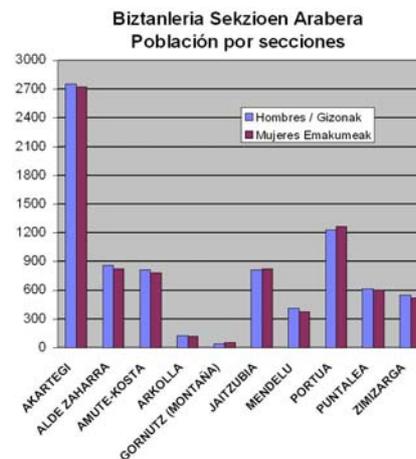
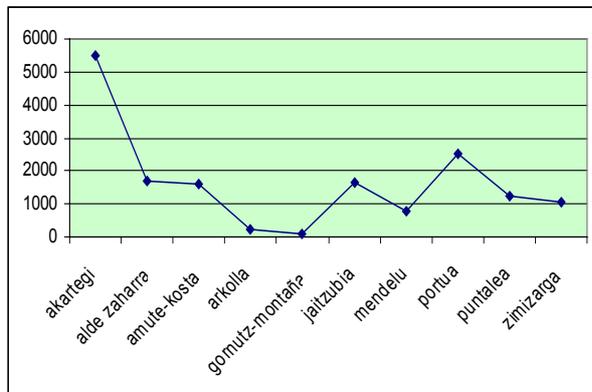


En términos generales, el porcentaje de habitantes de Hondarribia que han nacido en el propio municipio se sitúa en el 42,9%, mientras que un 57,1% lo representa los habitantes nacidos fuera del mismo. Por lo tanto, más de la mitad de los-as habitantes del municipio no son oriundos de Hondarribia aunque, un porcentaje importante (22,2%) ha nacido en la Comarca del Bidasoa (mayoritariamente en Irun).

Por otro lado, los-as habitantes que han nacido en el municipio se sitúan en una franja de edad inferior a 30 años, mientras que es a partir de esta edad cuando el número de habitantes nacidos en otras localidades supera a los-as de Hondarribia

## Habitantes de Hondarribia por barrios

Fuente: Hondarribiko Udala / Fecha de referencia: 31-12-2006



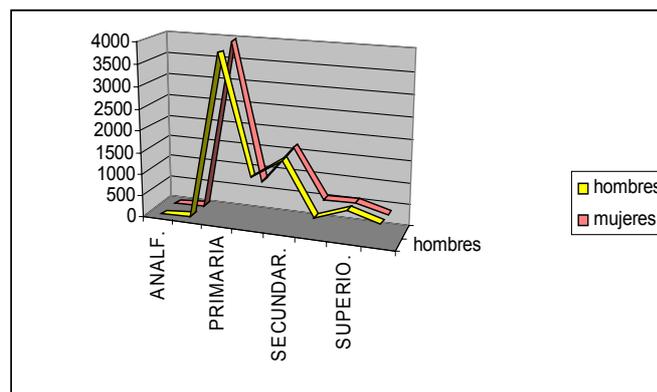
En cuanto a la distribución por barrios, Akartegi es el barrio que agrupa un mayor número de habitantes con un porcentaje del 33%, junto con el barrio de Portua que alberga a un 15% de la población hondarribitarra. En estos dos barrios residen prácticamente la mitad de los habitantes del municipio.

Por otro lado, el barrio de Jaizubia, Amute-Kosta y Alde Zaharra cuentan con un 10% de la población, cada uno de ellos, mientras que Puntalea y el barrio de Zimizarga agrupan a un 7%, respectivamente. Los barrios menos poblados del municipio son Mendelu con 5%, Arkolla con 2% y Gornutz-Montaña con 1% de la población.

Los barrios más céntricos del municipio cuentan con un número de habitantes que ha experimentado pocas variaciones a lo largo de los últimos años ya que las nuevas edificaciones, tanto de viviendas particulares como de viviendas de protección oficial, se han llevado a cabo en los barrios limítrofes. Este hecho ha provocado el desarrollo y la expansión de barrios que anteriormente contaban con un menor número de habitantes.

## Nivel de Instrucción de los Habitantes de Hondarribia

Fuente: Gipuzkoa.net / Fecha de Referencia: 31-12-2007



En relación al nivel de instrucción, prácticamente, se observa el mismo nivel de formación entre hombres y mujeres. Casi la mitad de la población ha cursado estudios primarios con un porcentaje que asciende al 48%. Por otro lado, un 20% de la población ha realizado estudios secundarios, mientras que estudios medios y superiores han sido llevados a cabo por un 8% y 6%, respectivamente. Por último, el 12% de la población, mayoritariamente hombres, han estudiado formación profesional. En cuanto al nivel de analfabetismo, la tasa se sitúa tan solo en un 0,8%.

Respecto a las franjas de edad, prácticamente todos los-as niños-as y jóvenes en edad escolar se encuentran escolarizados y cursando estudios de primaria y secundaria. Los estudios profesionales, medios y superiores los poseen fundamentalmente personas que se encuentran en las franjas de edad de 25 a 65 años. La falta de titulación y el analfabetismo, en aquellos casos en que se da, se presenta en personas mayores de 65 años de edad y en ambos sexos.

## **Desempleo**

Fuente: INEM / Fecha de referencia: 31-12-2007

Durante el año 2007 el paro registrado en Hondarribia asciende a 3.493 personas. En este sentido, el sector servicios agrupa el mayor número de parados del municipio con un porcentaje que supone el 75% del paro registrado. Este dato contrasta con el 1% de paro existente en el sector primario (agricultura y pesca), exceptuando los meses de noviembre, diciembre y enero donde la demanda de empleo se incrementa coincidiendo con el paro biológico del sector pesquero.

En relación al nivel de estudios, casi el 70% del paro se registra en personas que poseen estudios de secundaria, mientras que el porcentaje de paro en personas con formación profesional se sitúa en un 0,9%.

Los jóvenes menores de 20 años presentan la tasa de desempleo más baja, ya que la mayoría de ellos-as están estudiando. Esta cifra aumenta ligeramente en el mes de junio, porque algunos-as de estos-as jóvenes se registran como demandantes de empleo para encontrar un trabajo cara al verano. En contraposición a este dato, la franja de edad de 25 a 59 años registra el nivel de paro más elevado con un porcentaje del 86%.

## EQUIPAMIENTO SOCIO-DEMOGRÁFICO

### EQUIPAMIENTO EDUCATIVO:

Fuente: Hondarribiko Udala /Fecha de referencia: 2008

HAUR HEZIKETA							
	2 urte	1.	2.	3.	Guztira	D eredia	B eredia
CEP TALAIA LHI	103	96	97	111	407	407	
AMA GUADALUPEKOA	40	50	50	50	190	95	95
SANJOSE	30	26	28	25	109	109	
	173	172	175	186	706	611	95

LEHEN HEZKUNTZA									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	Guztira	D eredia	B eredia
CEP TALAIA LHI	79	89	80	81	86	76	491	491	
AMA GUADALUPEKOA	50	49	50	50	51	53	303		302
SANJOSE	25	28	26	29	25	22	155	53	102
	154	166	156	160	162	151	949	544	405

DERRIGORREZKO BIGARREN HEZKUNTZA								
	1.	2.	3.	4.	Guztira	D eredia	B eredia	
IES TALAIA BHI	92	72	66	48	278	278		
AMA GUADALUPEKOA	51	52	63	53	219		219	
SANJOSE	23	25	17	15	80		80	
	166	149	146	116	577	278	299	

L.O.G.S.E. BATXILERGOAK					
	1.	2.	Guztira	D eredia	B eredia
IES TALAIA BHI	49	46	95	95	
AMA GUADALUPEKOA	50	43	93		93
	99	99	187		

Datos de centros de educación reglada y número de alumnos por edades (curso 2008-2009):

Si tenemos en cuenta los datos del censo escolar del curso 2008-2009 en relación a todos los ciclos educativos (educación infantil, primaria, secundaria y bachiller), hay un total de 2.373 niños-as y jóvenes matriculados en los centros educativos del municipio.

C.E.P Talaia L.H.I y I.E.S Talaia B.H.I agrupan a 1.244 alumnos, lo que supone un porcentaje del 52,5%, es decir, más de la mitad de la población estudiante de Hondarribia. Ama Guadalupekoa Ikastetxea tiene un total de 793 alumnos-as, el 33% de los-as estudiantes del municipio. Finalmente, el Centro Educativo San José cuenta con el menor número de estudiantes, 336 alumnos-as que suponen el 14% de las matriculaciones escolares.

C.E.P Talaia L.H.I y I.E.S Talaia B.H.I imparten todos los niveles formativos en euskera, mientras que Ama Guadalupekoa Ikastetxea y el Centro Educativo San José trabajan el bilingüismo (euskera y castellano), haciendo más hincapié en el euskera a lo largo de la educación infantil. En consecuencia, el 61% de los estudiantes de Hondarribia cursan sus estudios en euskera dentro del “modelo D”, mientras que el 35% lo hace en bilingüe dentro del “modelo B”. El “modelo A”, en castellano, solo agrupa a 90 jóvenes del municipio que cursan bachiller en Ama Guadalupekoa Ikastetxea.

Otras ofertas:

Guarderías privadas  
EPA  
Euskaltegi municipal  
Academias de idiomas  
Centros psicopedagógicos y de apoyo escolar

## **EMPLEO**

Todos los equipamientos y entidades dirigidas al ámbito del empleo son comarcales. Es decir, las oficinas están en el municipio de Irun, pero abarcan también y están dirigidas a los habitantes de Hondarribia.

- INEM
- Iniciación profesional
- Talleres de Empleo
- Orientación laboral y servicio de colocación
- BIDASOA BIZIRIK
- Servicio vasco de colocación, LANGAI puesto en marcha por el Gobierno Vasco
- ASCODEL, servicio de colocación para desempleados mayores de 40 años
- Instituto de Seguridad Social (INSS) – Oficina comarcal
- Berritzegune

## **EQUIPAMIENTOS SANITARIOS Y DE SERVICIOS SOCIALES**

Fuente: Hondarribiko Udala / Fecha de referencia: 2008

<b>EQUIPAMIENTOS SANITARIOS Y DE SERVICIOS SOCIALES</b>	
Equipamientos asistenciales	4
Equipamientos sanitarios	2
Asociaciones	8
<b>Total</b>	<b>14</b>

## EQUIPAMIENTOS Y ASOCIACIONES DEPORTIVAS

Fuente: Hondarribiko Udala / Fecha de referencia: 2008

EQUIPAMIENTOS Y ASOCIACIONES DEPORTIVAS	
Pistas polivalentes	13
Frontones	5
Asociaciones y clubes deportivos	25
<b>Total</b>	<b>43</b>

Actividad de asociaciones y clubes deportivos	
Ajedrez	1
Automovilismo	1
Baloncesto	1
Balonmano	1
Caza	1
Ciclismo	1
Danza	1
Fútbol	1
Fútbol Sala	1
Golf	1
Herri Kirolak	1
Judo	3
Submarinismo	1
Montañismo	1
Natación	1
Pelota Vasca	1
Remo	1
Surf	1
Vela	1
Yoga	1
Otros	3
<b>Total</b>	<b>25</b>

## EQUIPAMIENTOS CULTURALES Y JUVENILES

Fuente: Hondarribiko Udala / Fecha de referencia: 2008

EQUIPAMIENTOS CULTURALES Y PARA JOVENES	
Instalaciones Culturales Públicas	3
Instalaciones Culturales Privadas (Galerías de Arte)	7
Asociaciones Culturales	10
Asociaciones Musicales	15
Instalaciones y Servicios públicos juveniles	2
Asociaciones de Ocio y Tiempo Libre	1
Asociaciones de Barrios	5
Asociaciones Profesionales	2
<b>Total</b>	<b>45</b>

## EQUIPAMIENTOS DE HOSTELERIA

Fuente: Hondarribaturismo.com y Sociedadesgastronomicas.com/ Fecha de referencia: 2008

EQUIPAMIENTOS DE HOSTELERIA	
Discotecas	1
Bares y Cafeterías	25
Restaurantes	32
Bares de Copas	10
Instalaciones y Servicios públicos juveniles	2
Sidrerías	2
Hamburgueserías	4
<i>Sociedades Gastronómicas</i>	<i>9</i>
<b>Total</b>	<b>85</b>

## Análisis DAFO

Como se ha señalado con anterioridad, en un proceso previo a la redacción del Plan Local de las Drogodependencias se implicó a un buen número de agentes locales en un proceso participativo, con el objetivo de realizar un diagnóstico comunitario del municipio, utilizando para ello la técnica del Análisis DAFO.

Dicho análisis ha permitido la detección de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del municipio de Hondarribia en la actualidad. Así, las aportaciones que los diferentes agentes han realizado, en referencia a la visión que poseen de nuestra comunidad, ha sido de gran utilidad para debatir y reflexionar sobre cuales debían ser las líneas estratégicas de este Plan.

Cabe advertir que, en la medida en que señalamos distintos aspectos de una misma idea, ésta puede resultar ambivalente en tanto que pueda considerarse como una amenaza y oportunidad o bien una debilidad y fortaleza en función de cómo se analice. Este hecho responde a un análisis completo de una misma idea, resaltándose tanto los aspectos positivos como los aspectos negativos de la misma.

A pesar de que a lo largo de todo el proceso se han realizado un gran número de comentarios e ideas enunciando muy diversos temas y se han llevado a cabo importantes aportaciones al respecto, exponemos aquellos aspectos que hemos considerado resultan más significativos y guardan mayor relación con la redacción de un Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias.

De todos ellos, y en un proceso posterior, el equipo del Servicio Municipal de Prevención Comunitaria que ha redactado el Plan ha considerado señalar las tres ó cuatro ideas más relevantes que, a continuación se exponen, y que han permitido marcar unas líneas estratégicas concretas en la elaboración de dicho Plan.

En un último recuadro se señalan las ideas consideradas más relevantes por el Equipo del Servicio Municipal de Prevención Comunitaria, encargado de la redacción del Plan, ideas que han sido claves para marcar las líneas estratégicas del que será el IV Plan local de Drogodependencias de Hondarribia.

## DEBILIDADES

- 1.- Existe un desconocimiento, de una parte de la población, del trabajo de los servicios municipales en general y, en consecuencia, del conjunto de programas, proyectos y servicios del Servicio de Prevención Comunitaria y se traslada a la población en general, mucha información pero, en ocasiones, ésta no llega de la manera más adecuada.
- 2.- Por otro lado, también una parte de la población, identifica el Servicio de Prevención con personas y/o con situaciones “problemáticas”, sin tener en cuenta que se trata de un servicio normalizado dirigido a toda la comunidad.
- 3.- Aunque el servicio viene evaluando sistemáticamente sus acciones, es necesario diseñar herramientas de evaluación que tengan impacto en la comunidad: devolución de los proyectos desarrollados a través de presentaciones públicas, medios de comunicación, etc.
- 4.- Se constata una dificultad para llegar a los grupos de mayor vulnerabilidad, así como para ampliar el impacto de algunos programas y/o proyectos en las “poblaciones dianas” destinatarias.
- 5.- Se necesita una buena herramienta de detección de factores de riesgo común a los distintos servicios educativos y sociosanitarios que trabajan con familias, infancia y adolescencia en el ámbito comunitario que pudieran ayudar en la detección de los factores de vulnerabilidad.
- 6.- Se evidencia una dificultad de acercamiento de los-as adolescentes y jóvenes de los recursos institucionales en general; en este sentido, constatamos una dificultad en la aproximación al Servicio Municipal de Prevención Comunitaria.

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1.- Existe un desconocimiento, de una parte de la población, del trabajo de los servicios municipales en general y, en consecuencia, del conjunto de programas, proyectos y servicios del Servicio de Prevención Comunitaria. En general, se traslada a la población mucha información pero, en ocasiones, ésta no llega de la manera más adecuada.</li><li>2.- Se constata una dificultad para llegar a los grupos de mayor vulnerabilidad, así como para ampliar el impacto de algunos programas y/o proyectos en las “poblaciones dianas”.</li><li>3.- Una parte de la población identifica el Servicio de Prevención con personas y/o con situaciones “problemáticas”, sin tener en cuenta que se trata de un Servicio normalizado dirigido a toda la comunidad. En este sentido, se evidencia una dificultad de acercamiento de la población en general, y de los-as adolescentes y jóvenes en particular, a los recursos institucionales.</li></ol> |
|---|

## AMENAZAS

1.- Hondarribia es un municipio pequeño, en el que prácticamente todo el mundo se conoce y que, en ocasiones puede llevar a transgredir la intimidad, a no respetar las diferencias y a estigmatizar a algunos de sus miembros por su “vulnerabilidad”. Este hecho no favorece la tolerancia, la aceptación de lo diferente, y el valor del enriquecimiento con otras visiones.

2.- Hondarribia es una comunidad que depende de Irun en lo que se refiere a diversos servicios y ofertas de ocio estando, además, condicionada por las vías de comunicación.

3.- La inexistencia de una Casa de Cultura en el municipio que aglutine las distintas inquietudes culturales de la población, supone un condicionante en la oferta cultural de Hondarribia.

4.- Con respecto al deporte, a pesar de existir una gran inversión en equipamientos deportivos y siendo éste un aspecto a fomentar entre la población en general, existe una crisis en la actividad física.

5.- Se está produciendo una crisis de los espacios naturales de relación, existiendo una carencia evidente de espacios de encuentro así como una debilidad de la red social y comunitaria. En este sentido, la calle está desapareciendo como espacio de relación y en estos momentos, no ofrece posibilidades de encuentro.

6.- En lo que respecta a la gestión del tiempo libre por parte de los-as jóvenes existe una cultura de “consumo de ocio” potenciada, en cierta manera, por la necesidad de control desde el proteccionismo por parte de los adultos.

7.- En relación al municipio es evidente que todo lo relativo al ámbito comunitario se va perdiendo y diluyendo, existiendo una tendencia al individualismo. La forma de relacionarse ha cambiado entre los jóvenes, poniéndose de moda los locales como lugar de encuentro en detrimento de los recursos comunitarios existentes. Hay un sentimiento de pérdida de comunicación y separación entre los grupos de iguales. La participación en diversos ámbitos es escasa y no genera interés, existiendo una evidente falta de liderazgo.

8.- Fundamentalmente, existe una crisis de los valores sociales y colectivos. Por otro lado, el ritmo de vida acelerado que llevamos hoy en día la mayoría de las personas no favorece las relaciones interpersonales ni la transmisión de valores comunitarios. Sin embargo, los-as jóvenes copian los modelos que como adultos les presentamos, resultando muy complicado el hecho de que los propios adultos nos impliquemos en acciones comunitarias. En este sentido, se produce un cuestionamiento del “mundo adulto” como “modelo”.

9.- En relación a la escuela es evidente que se ha producido un cambio importante y que las actitudes han variado sustancialmente. Los-as profesores-as deben ser una referencia básica para los-as jóvenes, pero la relación con ellos-as y con los padres y madres se ha empobrecido notablemente a lo largo de estos últimos años. El fracaso escolar va en aumento, siendo éste un aspecto importante a valorar ya que, en ocasiones, puede ser el desencadenante de otras conductas de riesgo, tales como el consumo de diversas sustancias si no se le otorga la debida importancia.

10.- Existiendo un tejido asociativo aceptable, sin embargo no se utiliza como vehículo para potenciar la participación y el voluntariado, siendo muy débil la red social existente y detectándose múltiples carencias a nivel de tejido social en la comunidad. Este hecho hace que las personas más vulnerables se encuentren carentes de recursos para dar respuesta a las dificultades que se presentan. Por otro lado, y mirando al futuro, el aspecto asociativo no tiene mucho impacto ya que falta un relevo generacional en este ámbito.

11.- Resulta recurrente hablar continuamente de consumo entre los-as jóvenes y, a pesar de que se trata de un colectivo diana, no podemos olvidar la importancia de los consumos de toda la población en general.

12.- El consumo se encuentra directamente relacionado con determinados “ritos de iniciación” y “ritos sociales y festivos”. La ruptura de estos hábitos es muy complicada porque la propia “presión social” hace que los cambios sean muy difíciles. Para eso sería necesario provocar un cambio en la escala de valores, ya que la “mentalidad social actual” dificulta avanzar en esta dirección.

13.- Existe una percepción de que el inicio en el consumo de sustancias se está adelantado y los consumos se están produciendo, cada vez, en edades más tempranas. Existe una mayor permisividad y, en cierta medida, una normalización de determinados consumos que se encuentran aceptados socialmente tales como el alcohol, el tabaco y el cannabis. Por otro lado, no parece existir una “conciencia del problema” con respecto a los consumos apareciendo, además, una percepción de riesgo muy baja en relación a las consecuencias de dichos consumos.

14.- A pesar de que en la práctica médica también se evidencia un aumento en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, tal y como apuntan los datos, el hecho es que existen diversas dificultades relacionadas con la organización actual del sistema sanitario para poder abordar los consumos o los problemas iniciales desde los dispositivos médicos de atención primaria, además de una dificultad de acceso a la realidad por parte del propio sistema sanitario.

15.- Siendo fundamental mantener una comunicación fluida entre los distintos servicios que trabajan con la población del municipio resulta difícil establecer redes de trabajo, ya que existe una falta de espacios de comunicación entre profesionales y servicios de la comunidad, así como una carencia de protocolos que sistematice dicha comunicación.

1.- Se está produciendo una crisis de los espacios naturales de relación, existiendo una carencia evidente de espacios de encuentro así como una debilidad de la red social y comunitaria. En relación al municipio todo lo relativo al ámbito comunitario se va perdiendo y diluyendo, existiendo una tendencia al individualismo. La forma de relacionarse ha cambiado entre los-as jóvenes, poniéndose de moda los locales como lugar de encuentro en detrimento de los recursos comunitarios existentes. Hay un sentimiento de pérdida de comunicación y separación entre los grupos de iguales, siendo escasa la participación en diversos ámbitos y existiendo una evidente falta de liderazgo. En lo que respecta a la gestión del tiempo libre por parte de los-as jóvenes existe una cultura de “consumo de ocio” potenciada, en cierta manera, por la necesidad de control desde el proteccionismo de los adultos.

2.- El consumo se encuentra directamente relacionado con determinados “ritos de iniciación” y “ritos sociales y festivos”. La ruptura de estos hábitos es muy complicada porque la propia “presión social” hace que los cambios sean muy difíciles. Existe una percepción de que el inicio en el consumo de sustancias se está adelantado y los consumos se están produciendo, cada vez, en edades más tempranas. Se percibe una mayor permisividad y, en cierta medida, una normalización de determinados consumos que se encuentran aceptados socialmente tales como el alcohol, el tabaco y el cannabis. Por otro lado, no parece existir una “conciencia del problema” con respecto a los consumos apareciendo, además, una percepción de riesgo muy baja en relación a las consecuencias de los mismos.

3.- Siendo fundamental mantener una comunicación fluida entre los distintos servicios que trabajan con la población del municipio resulta difícil establecer redes de trabajo, ya que existe una falta de espacios de comunicación entre profesionales y servicios de la comunidad así como una carencia de protocolos que sistematice dicha comunicación.

## FORTALEZAS

- 1.- El hecho de ser una ciudad pequeña posibilita una fluidez en las relaciones con los distintos departamentos y servicios que configuran la administración municipal, haciendo que ésta sea más cercana y cotidiana y, por lo tanto, el Ayuntamiento sea más sensible y permeable a requerimientos ó necesidades de la población.
- 2.- Se valora muy positivamente la existencia y consolidación del propio Servicio Municipal de Prevención Comunitaria, a lo largo de sus 10 años de existencia, dentro del ámbito municipal.
- 3.- El Servicio de Prevención Comunitaria, en general, recibe una valoración positiva del trabajo que desarrolla por parte de la población del municipio en relación a los programas, proyectos y servicios que ofrece en las distintas áreas de trabajo.
- 4.- El Servicio lleva a cabo el diseño y desarrollo de diferentes programas preventivos dirigidos a la población en general ya que, a pesar de ser fundamental identificar los grupos de riesgo, es muy importante también desarrollar un trabajo preventivo a nivel general. La experiencia acumulada en el desarrollo de los diversos Planes Municipales de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias le permite definir diferentes estrategias de prevención para toda población en general.
- 5.- El Servicio de Prevención Comunitaria tiene la capacidad de poder dar respuestas adecuadas a diversas problemáticas de los jóvenes, ya que el acceso a la población juvenil del municipio le posibilita el desarrollo de una diversidad y riqueza de programas preventivos.
- 6.- Se valora positivamente el desarrollo de acciones generadoras de estilos de vida saludables, a través de propuestas de prevención activas, mediante los diversos programas y campañas que lleva a cabo el Servicio. Es importante que la población relacione el Servicio como un recurso que pueda acompañarles y ayudarles en la creación de acciones que quieran desarrollar en beneficio de la comunidad.
- 7.- El Servicio posee una amplia relación con los distintos agentes sociales del municipio y la población en general, lo cual le posibilita una gran capacidad de activación de las redes sociales de todo el municipio. Por otro lado, el Servicio conoce y pone en práctica claves para poder trabajar de manera eficaz a nivel comunitario.
- 8.- El Servicio tiene un interés permanente en desarrollar una buena comunicación entre los diferentes servicios del municipio, con el objetivo de llevar a cabo una coordinación de la manera más efectiva posible en beneficio de los usuarios fomentando, para ello, una red de trabajo entre los diferentes servicios.

1.- El hecho de ser una ciudad pequeña posibilita una fluidez en las relaciones con los distintos departamentos y servicios que configuran la administración municipal, haciendo que ésta sea más cercana y cotidiana y, por tanto, el Ayuntamiento sea más sensible y permeable a requerimientos ó necesidades de la población. El Servicio Municipal de Prevención, tiene un interés permanente en desarrollar una buena comunicación entre los diferentes servicios del municipio, con el objetivo de llevar a cabo una coordinación de la manera más efectiva posible de los usuarios fomentando, para ello, una red de trabajo entre los diferentes servicios.

2.- Se valora muy positivamente la existencia y consolidación del propio Servicio Municipal de Prevención Comunitaria a lo largo de sus 10 años de existencia dentro del ámbito municipal, recibiendo una valoración positiva del trabajo que desarrolla por parte de la población del municipio en relación a los programas, proyectos y servicios que ofrece en las distintas áreas de trabajo. La experiencia acumulada en el desarrollo de los diversos Planes Municipales de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias le permite definir diferentes estrategias de prevención para toda población en general. Es importante que la población relacione el Servicio como un recurso que pueda acompañarles y ayudarles en la creación de acciones que quieran desarrollar en beneficio de la comunidad.

3.- El Servicio Municipal de Prevención Comunitaria tiene la capacidad de poder dar respuestas adecuadas a diversas problemáticas de los jóvenes, ya que el acceso a la población juvenil del municipio le posibilita el desarrollo de una diversidad y riqueza de programas preventivos.

4.- El Servicio posee una amplia relación con los distintos agentes sociales del municipio y la población en general, lo cual le posibilita una gran capacidad de activación de las redes sociales de todo el municipio. Por otro lado, el Servicio conoce y pone en práctica claves para poder trabajar de manera eficaz a nivel comunitario.

## OPORTUNIDADES

- 1.- Hondarribia es una ciudad pequeña y tranquila en la que, prácticamente, todo el mundo se conoce. Este hecho favorece las relaciones y, en consecuencia, las redes naturales de apoyo.
- 2.- La cercanía de Irun y Hendaia con Hondarribia posibilita el acceso a un gran número de recursos a nivel comarcal.
- 3.- Las infraestructuras, las instalaciones y la oferta deportiva son bastante buenas. Eso permite que haya muchas oportunidades para toda la población, en general, practique deportes de todo tipo y desarrolle hábitos de vida saludables. Por otro lado, el Polideportivo resulta ser es un recurso muy importante como “lugar de encuentro” de lo-as jóvenes del municipio.
- 4.- En el municipio existen recursos para la juventud en relación al ocio y tiempo libre. Por otro lado, los locales suponen una oportunidad de autogestión para la juventud, dotando de responsabilidad y nuevas posibilidades de organización a dichos jóvenes.
- 5.- Algunos grupos juveniles están interesados en trabajar hacia la creación de espacios y actividades que generen una cultura participativa en beneficio de la comunidad, queriendo recuperar la calle como espacio de relación mediante acciones lideradas por ellos mismos y aglutinando las diferentes necesidades de los grupos naturales existentes que refuercen su propia autonomía frente al “consumo de ocio” existente en la actualidad.
- 6.- Las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación pueden suponer una buena alternativa de prevención si se utilizan de adecuadamente. Hoy en día, la posibilidad de acceso a dichas TICs de gran parte de la población ofrece la posibilidad de llevar a cabo nuevas formas difusión de información de carácter comunitario. Este hecho posibilita toda una serie de alternativas verdaderamente interesantes cara a desarrollar estrategias preventivas si utilizamos estos soportes correctamente.
- 7.- El potencial del mundo adulto como “modelo” y referente educativo para lo-as jóvenes es clave. El modelo que transmiten las personas adultas resulta fundamental para los-as jóvenes y de su comportamiento va a depender, en gran medida, el comportamiento de éstos-as. En este sentido, la implicación y el compromiso de padres, madres, profesores-as, educadores-as y adultos en general resulta básico para el desarrollo de los-as niños-as y jóvenes.
- 8.- La escuela es un contexto fundamental para los-as niños-as y jóvenes y, en este sentido, los-as profesionales de la educación en su totalidad son modelos de referencia para todos-as ellos-as.
- 9.- La comunicación entre los diversos servicios implicados en la atención a las personas resulta imprescindible, debiendo darse en varias direcciones y pudiéndose compartir la información a distintos niveles. Esto dota de muchas posibilidades de acción a todos los agentes implicados.
- 10.- La respuesta de los diferentes agentes comunitarios al propio proceso participativo en relación a este Plan Local de Drogodependencias, pone de manifiesto el interés de los-as ciudadano-as en implicarse en el desarrollo y mejora del propio Municipio.

1.- Hondarribia es una ciudad pequeña y tranquila en la que, prácticamente, todo el mundo se conoce. Este hecho favorece las relaciones y, en consecuencia, las redes naturales de apoyo. Por otro lado, facilita la comunicación entre los diversos servicios municipales y la implicación de los diferentes agentes comunitarios en procesos participativos.

2.- Las infraestructuras, las instalaciones y la oferta deportiva son bastante buenas. Eso permite que haya muchas oportunidades para toda la población, en general, practique deportes de todo tipo y desarrolle hábitos de vida saludables. Por otro lado, el polideportivo resulta ser un recurso muy importante como “lugar de encuentro” de los jóvenes del municipio. También, en el municipio existen recursos para la juventud en relación al ocio y tiempo libre, además de los locales que suponen una oportunidad de autogestión para la juventud, dotando de responsabilidad y nuevas posibilidades de organización a dichos jóvenes.

3.- Las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC-s) pueden suponer una buena alternativa de prevención si se utilizan adecuadamente. Hoy en día, el acceso a dichas TIC-s de gran parte de la población ofrece la posibilidad de llevar a cabo nuevas formas de difusión de información de carácter comunitario. Este hecho facilita toda una serie de alternativas verdaderamente interesantes para desarrollar estrategias preventivas si utilizamos estos soportes correctamente.

4.- El potencial del mundo adulto como “modelo” y referente educativo para los-as jóvenes es clave. El modelo que transmiten las personas adultas resulta fundamental para los-as jóvenes y de su comportamiento va a depender, en gran medida, el comportamiento de éstos-as. En este sentido, la implicación y el compromiso de padres, madres, profesores-as, educadores-as y adultos en general resulta básico para el desarrollo de los-as niños-as y jóvenes.

## **Análisis de Consumo de Drogas**

Cualquier elaboración de un Plan Local de Prevención de Drogodependencias necesita contextualizar la propia realidad local en lo que a consumo de drogas se refiere. En este sentido, para la información deseada, es decir, la situación de consumo de drogas en Hondarribia, no disponemos de un informe o estudio específico pero, sin embargo, disponemos de otros estudios a nivel autonómico, estatal y europeo que responden a dicha cuestión.

Por lo tanto, hemos llevado a cabo una selección siendo, los que señalamos a continuación, los estudios e informes en los cuales nos basaremos con el objetivo de llevar a cabo un acercamiento a la situación del consumo de drogas en la actualidad:

- Observatorio Vasco de Drogodependencias
  - Euskadi y Drogas 2006
  - Euskadi y Drogas 2008
- Observatorio Español de Drogodependencias
  - Encuesta domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España 2003
- Instituto Nacional de Estadística (INE)
  - Encuesta Nacional de Salud 2003
- Eurostat
  - Base de Datos New Cronos 2004

El Euskadi y Drogas 2008 (EyD2008) del Observatorio Vasco de Drogodependencias es el estudio más reciente y por tanto en el que, fundamentalmente, nos apoyaremos para realizar este análisis. Debido a la extensión del mencionado estudio hemos hecho una selección de los datos que, a nuestro parecer, son de mayor interés entendiendo que se trata de una manera de aproximarnos, por extrapolación, a la situación del consumo de drogas en la actualidad y en nuestro municipio.

Hemos considerado interesante poder ofrecer una panorámica del consumo actual de drogas en Euskadi ya que, gracias a esta aproximación general, podemos señalar las tendencias observadas en este ámbito en los últimos años. Así, teniendo en cuenta que estos datos nos aproximan a la realidad en Hondarribia en cuanto al consumo de drogas se refiere, hemos podido definir diversas líneas estratégicas para este nuevo Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias en las que ir trabajando a lo largo de los próximos años.

## CONSUMO ACTUAL DE DROGAS EN EUSKADI

La panorámica del consumo actual de drogas en Euskadi nos ofrece una visión global del consumo de drogas, permitiéndonos comprender mejor la extensión del fenómeno de las drogodependencias. Los siguientes datos ponen de manifiesto las pautas y niveles de consumo en nuestra Comunidad Autónoma:

DATOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN EUSKADI				
	Nº aprox. de consumidores	Prevalencia 2008	Prevalencia 2006	Prevalencia 1992
Consumo de alcohol alguna vez en la vida	1.543.100	91,7	94,8	--
Consumo de alcohol en los últimos 30 días	1.149.300	68,3	73,8	--
Consumo de riesgo en días laborables	33.800	2,0	1,0	2,9
Consumo de riesgo en fin de semana	231.300	13,8	13,9	13,2
Consumo diario de alcohol	287.700	17,1	19,0	--
Consumo de tabaco alguna vez en la vida	1.013.000	60,2	59,5	--
Consumo de tabaco en los últimos 30 días	590.000	35,2	35,5	37,7
Consumo de más de 1 paquete diario	62.400	3,7	3,4	7,3
Abandono del tabaco	410.600	24,4	24,0	14,7

Fuente: EyD2008

	Nº aprox. de consumidores	Prevalencia 2008	Prevalencia 2006	Prevalencia 1992
Consumo de cannabis alguna vez en la vida	568.800	33,8	36,2	21,9
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	201.900	12,0	14,0	6,2
Consumo diario de cannabis	65.600	3,9	3,8	0,5
Consumo de cocaína alguna vez en la vida	146.400	8,7	8,1	3,2
Consumo de cocaína en los últimos 30 días	18.500	1,1	1,4	0,2
Consumo de speed alguna vez en la vida	144.700	8,6	8,8	3,4
Consumo de speed en los últimos 30 días	16.800	1,0	1,1	0,3
Consumo de éxtasis alguna vez en la vida	55.500	3,3	2,6	--
Consumo de éxtasis en los últimos 30 días	3.400	0,2	0,3	--

Fuente: EyD2008

Siguiendo con la línea del estudio EyD2008, hemos dividido el análisis por sustancias, englobando las drogas ilegales (salvo el cannabis) en un único apartado: **alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales**. Sobre cada sustancia, hemos recogido las prevalencias e intensidades y las frecuencias de consumo como indicadores principales, cruzándolas con las variables de edad y sexo. Esta información la hemos completado con comparativas que se hacen con el ámbito nacional e internacional.

## ALCOHOL

El alcohol resulta ser, sin duda, el consumo más extendido entre la población vasca y el que goza de más amplia aceptación en nuestra sociedad. En el estudio más reciente del que disponemos, el Euskadi y Drogas 2008 los datos sacan una foto más que significativa del consumo de alcohol. Según estos datos, *“prácticamente el 92% de la población vasca ha consumido alcohol al menos en alguna ocasión a lo largo de toda su vida, frente a un 7,3% que señala no haber probado una bebida alcohólica nunca.”* En un progresivo acotamiento del tiempo, *“durante el último año, el 78,6% de la población vasca señala haber consumido alcohol (...), el 68,3 % haberlo consumido durante el último mes (...) y el 17,1% de la población todos los días en el último año”*.

TABLA 2: PAUTAS DE CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO Y EDAD (%)

		Consumo alguna vez en la vida (experimental)	Consumo en los últimos 12 meses (reciente)	Consumo en los últimos 30 días (actual)	Consumo diario
15-24	Hombres	91,3	83,9	76,1	1,8
	Mujeres	87,9	79,3	67,1	0,8
	Total	89,6	81,7	71,7	1,3
25-34	Hombres	95,6	89,9	84,3	13,4
	Mujeres	92,3	73,9	59,7	2,4
	Total	94,0	82,2	72,4	8,1
35-54	Hombres	98,3	89,4	82,7	25,5
	Mujeres	91,3	76,7	63,8	7,4
	Total	94,8	83,0	73,2	16,4
55-74	Hombres	95,2	78,6	73,2	44,9
	Mujeres	79,1	60,0	42,6	19,0
	Total	86,9	69,0	57,4	31,6
Total	Hombres	95,9	85,8	79,5	25,3
	Mujeres	87,5	71,5	57,1	9,0
	Total	91,7	78,6	68,3	17,1

Fuente: EyD2008

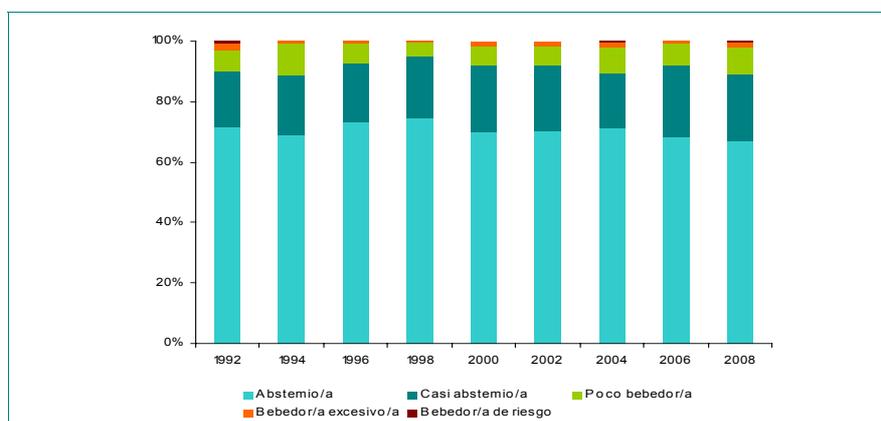
Desde el punto de vista demográfico, en relación a los niveles generales de consumo de alcohol, se observa que dicho consumo está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, ya que “en los últimos 30 días han consumido alcohol el 79,5% de los hombres frente al 57,1% de las mujeres”.

En lo referente a las pautas de consumo reciente y actual, su extensión “es muy similar en todos los grupos de edad” destacando, sin embargo, el dato que hace referencia a la mayor extensión en la pauta de consumo diario entre la población de 55 a 74 años que “asciende al 25,3% en los hombres triplicando, prácticamente, a las mujeres con un 9% en su pauta de consumo”.

Por otro lado, “a diferencia de lo que ocurre con el consumo diario, estrechamente ligado a los grupos de edad más adultos, el consumo más esporádico e intensivo, centrado prácticamente en los fines de semana, es una práctica extendida sobre todo entre la población más joven”. En este sentido, podemos señalar que, aunque los niveles generales de alcohol se han incrementado en los últimos años y, especialmente, en lo referente al consumo de fin de semana por parte de los-as jóvenes “la edad de inicio de consumo de alcohol se ha mantenido estable a lo largo de estos últimos años, situándose en los 15-16 años de edad”.

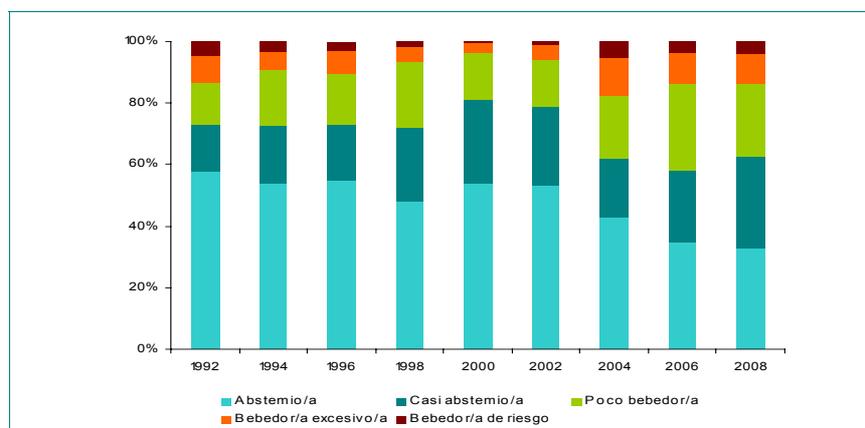
Los gráficos que se exponen a continuación reflejan, en términos de evolución, el consumo de alcohol en días laborables y fines de semana. En este sentido, haciendo una comparativa entre ellos, destacamos del estudio el hecho de que “los datos del 2008 registran la proporción más baja de personas abstemias desde el año 1992”. Por otro lado, “la proporción de personas que no consumen nada de alcohol los fines de semana desciende al 32,6%, quedando reducida a mínimos históricos”.

**GRAFICO 1: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN DÍAS LABORABLES (1992-2008) (%)**



Fuente:EyD2008

**GRAFICO 2: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN FIN DE SEMANA (1992-2008) (%)**



Fuente:EyD2008

En lo que respecta a los consumos problemáticos de alcohol en los días laborables, los datos ponen de manifiesto “su menor extensión si se compara con el consumo excesivo y de riesgo en fines de semana”. En este sentido, “podrían considerarse como bebedoras excesivas y de riesgo alrededor de 34.000 personas, es decir, un 2% de la población de 15 a 74 años” siendo, por lo tanto, una pauta de consumo muy minoritaria y relacionada con los grupos de edad de adultos y mayores. Por otro lado, “el 28,5% de lo-as jóvenes entre 15 y 24 años, aproximadamente 61.000 jóvenes, pueden ser considerados bebedores excesivos y de riesgo en fin de semana”.

También, en relación a las intoxicaciones etílicas y el uso muy intensivo del alcohol, “la prevalencia de consumo de este grupo de edad es mayor que el del resto”. “El 15,3% de los-as jóvenes de 15 a 24 años se ha emborrachado a lo largo del último año, frente al 4,8% de la población total”. En este sentido, cabe señalar también que “si bien la pauta de consumo intensivo tiende a remitir a medida que aumenta la edad, su nivel resulta especialmente elevado también en el grupo de 25 a 34 años”.

Teniendo en cuenta que “el 73,6% de todas las personas bebedoras excesivas o de riesgo en días laborables consumen alcohol con la misma intensidad durante el fin de semana y que, en sentido inverso, solo un 10,8% de consumidores excesivos o de riesgo en fin de semana lo son también en los días laborables, podríamos establecer que en torno al 1,5% de la población vasca mantiene actualmente una pauta de consumo dañina a lo largo de toda la semana”.

**TABLA 3. PAUTAS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL SEGÚN SEXO Y EDAD (%)**

	Bebedores/as excesivos/as y de riesgo			Consumo intensivo*
	Días Laborables	Fines de Semana	+12 borracheras/año	
Hombres	3,3	20,4	7,7	15,7
Mujeres	0,8	7,1	1,9	3,7
15-24 años	0,6	28,5	15,3	14,7
25-34 años	0,8	22,6	10,6	13,4
35-54 años	2,7	10,9	1,6	9,0
55-74 años	2,6	4,6	0,2	5,7
Total	2,0	13,7	4,8	9,7

\* % de personas que en el último mes han consumido 5 o más bebidas alcohólicas en el plazo de un par de horas a lo largo de 4 o más días.

Fuente: EyD2008

Por último, haciendo una comparativa entre la CAPV y el Estado español, el EyD 2006 y el Observatorio Español sobre Drogas (Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003) estima que “las diversas medidas de prevalencia del uso de alcohol en toda la vida, en el último año o en el último mes arrojan para la CAPV resultados más elevados, tanto en lo que se refiere al conjunto de la población, como a los hombres, las mujeres y las personas jóvenes (15 a 34 años).”

Extendiendo esta comparativa a otros países del entorno “Euskadi se cuenta junto a Luxemburgo, Dinamarca, Francia, Alemania y Finlandia entre los países que registra tasas de consumo experimental más elevada”.

## TABACO

El tabaco resulta ser, después del alcohol, la sustancia de uso más extendido en Euskadi siendo, además, la que provoca mayor habituación. Según los datos “aproximadamente 600.000 personas de entre 15 y 74 años fuman tabaco actualmente (...), de ellas algo más del 85% se declaran fumadoras habituales mientras que la proporción de aquellas que manifiesta un uso menos habitual o esporádico apenas ronda el 15%”. Por otro lado, “aproximadamente un 60% de la población ha consumido tabaco alguna vez en su vida, frente a un 40% que no señala no haberlo hecho nunca”. En relación a los niveles de consumo más reciente se observa que “el 38,2 % de la población vasca ha consumido tabaco durante el último año, el 35,2 durante el último mes y el 32,6% (unas 548.000 personas) lo hacen a diario”.

**TABLA 4. PAUTAS DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO Y EDAD (%)**

	Consumo alguna vez en la vida	Consumo en los últimos 30 días	Consumo diario	Consumo 1 paquete o más diario
Hombres	69,5	39,2	35,2	15,8
Mujeres	50,9	31,2	29,9	11,3
15-24 años	46,8	35,9	34,4	8,3
25-34 años	66,6	47,0	44,7	14,9
35-54 años	68,1	38,4	36,8	18,4
55-74 años	51,1	22,1	17,5	8,6
Total	60,2	35,2	32,6	13,5

Fuente: EyD2008

En lo referente al género, en términos generales “*las mujeres presentan unos niveles de consumo de tabaco menores que los hombres*”, aunque esta diferencia tiende a reducirse entre los grupos de población más jóvenes. Sin embargo, aunque no pueda hablarse de una mayor intensidad de consumo, “*la habituación al tabaco de las mujeres entre 35 y 54 años resulta ser mayor que la de los hombres y, dentro del grupo de menor edad, las mujeres que fuman a diario lo hacen con una intensidad mayor que los hombres de dicha edad*”.

**TABLA 5. PAUTAS DE CONSUMO DE TABACO SEGÚN SEXO Y EDAD (%)**

		Consumo alguna vez en la vida	Consumo diario	Consumo 1 paquete o más diario	Tasa de habituación <sup>1</sup>	Tasa de consumo intensivo <sup>2</sup>
15-24	Hombres	46,3	37,3	6,7	80,7	17,9
	Mujeres	47,3	31,3	9,9	66,3	31,7
25-34	Hombres	66,9	46,8	15,8	69,9	33,7
	Mujeres	66,2	42,4	13,9	64,0	32,7
35-54	Hombres	75,4	36,9	20,7	48,9	56,1
	Mujeres	60,9	36,7	16,1	60,3	44,0
55-65	Hombres	74,4	23,3	13,6	31,3	58,3
	Mujeres	29,2	12,1	3,8	41,4	31,9

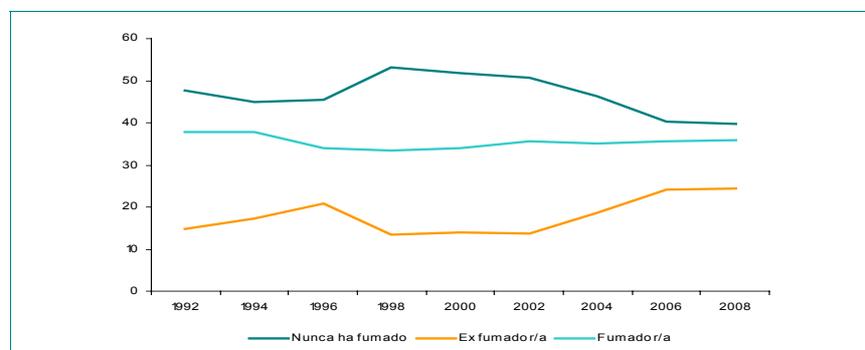
1 % de personas que consumen tabaco a diario entre todas las que han probado el tabaco. 2. % de personas que consumen 1 paquete o más al día entre todas las que consumen a diario.

Fuente: Eyd2008

Por lo que respecta a la edad “*la prevalencia más alta de consumo diario se sitúa en la franja de edad de 25 a 24 años (40,7%) y la más baja entre las personas de 55 a 74 años (17,5%)*” Por otro lado, en relación con los niveles de consumo intensivo de tabaco (1 paquete o más al día) “*el nivel más alto se sitúa en el grupo de edad de 35 a 54 años y el más bajo en el de 15 a 24 años*”.

En cuanto a la edad de inicio de consumo de tabaco, aunque el contacto experimental resulta ser cada vez mayor entre la población vasca pudiendo hacer pensar en un descenso en su inicio, dicha edad “*se ha mantenido estable entre la población general situándose en los 17 años*”.

**GRAFICO 3: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO (1992-2008) (%)**



Fuente: Eyd2008

En relación a la evolución del consumo de tabaco en estos últimos años, aunque no se ha producido un descenso muy significativo del número de personas consumidoras de tabaco, si se ha producido “*una reducción significativa de aquellos-as fumadore-as con un patrón de consumo muy intensivo*”. En la actualidad, la proporción de personas que fuman a diario más de un paquete “*se sitúa en un 10,7% de la población vasca (...), reduciéndose su número prácticamente a la mitad (64.000 personas)*”. No podemos, sin embargo, dejar de señalar que dicha reducción se ha generado en parte por “*un aumento en la proporción de fumadores intermedios que consumen entre medio y un paquete al día (55,4%)*”.

Por último, haciendo una comparativa de las prevalencias del consumo habitual de tabaco entre los datos del informe Euskadi y Drogas 2006 y aquellos otros proporcionados por Eurostat para diferentes países (Base de datos NewCronos 2004), podemos señalar que dichos datos ponen de manifiesto que “*en la CAPV se fuma más que en la mayoría de los países de la UE-15 exceptuando Austria, Dinamarca y Luxemburgo*”.

## CANNABIS

A modo introductorio, recogemos del estudio que el cannabis es la sustancia ilegal de mayor consumo entre la población vasca. Así, en el año 2008, *“el 33% de población ha consumido cannabis al menos en una ocasión, el 12% lo ha hecho a lo largo del último año (...) y un 8,7% en los últimos 30 días (...) manteniéndose, por otro lado, en niveles similares el consumo diario de dicha sustancia (3,9%)”*.

**TABLA 6: PAUTAS DE CONSUMO DE CANNABIS SEGÚN SEXO Y EDAD (%)**

		Consumo alguna vez en la vida	Consumo en los últimos 12 meses	Consumo en los últimos 30 días	Consumo diario <sup>1</sup>	Tasa de habituación <sup>2</sup>
15-24	Hombres	53,8	39,5	33,1	19,6	36,4
	Mujeres	46,1	28,7	17,5	5,7	12,3
	Total	50,0	34,2	25,5	12,8	25,6
25-34	Hombres	66,1	30,9	24,0	12,6	19,1
	Mujeres	47,9	12,4	8,2	2,6	5,4
	Total	57,3	22,0	16,4	7,8	13,6
35-54	Hombres	50,3	12,2	8,7	2,4	4,8
	Mujeres	24,1	4,1	2,0	0,7	3,0
	Total	37,1	8,1	5,3	1,6	4,2
55-74	Hombres	7,8	0,6	0,6	0,3	4,1
	Mujeres	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	5,6	0,3	0,3	0,2	2,8
Total	Hombres	42,2	16,5	12,9	6,2	14,8
	Mujeres	25,5	7,6	4,6	1,5	5,9
	Total	33,8	12,0	8,7	3,9	11,4

1. Consumo de cannabis al menos 4 días a la semana durante los últimos 30 días. 2. % de personas que consumen cannabis a diario entre todas las que han consumido alguna vez cannabis.

Fuente: Eyd 2008

Como puede apreciarse en la tabla, *“el mayor número de consumidores-as recientes y actuales de cannabis se encuentran entre la población de 15 a 24 años”*. Así, entre los-as jóvenes de esta franja de edad *“la prevalencia de consumo reciente de cannabis es del 34,2% y la de consumo actual del 25,5%”*.

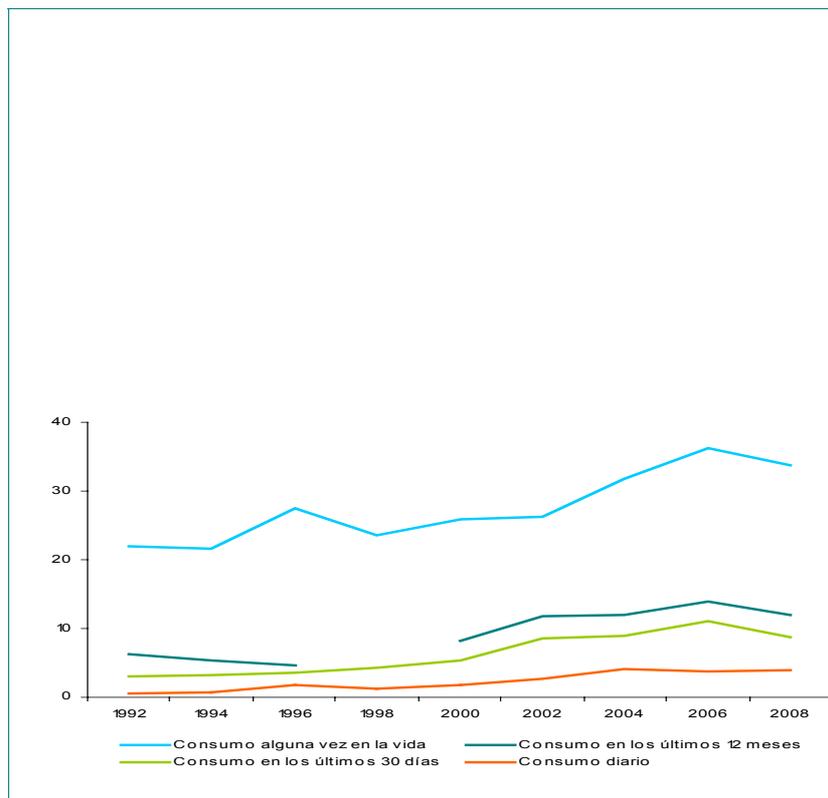
Por otro lado, estos consumos se encuentran bastante más extendidos entre los chicos que entre las chicas. Así, *“el 39,5% y el 33,1% de los chicos que consumen cannabis de entre 15 y 24 años pueden ser considerados consumidores actuales y recientes, frente al 28,7% y el 17,5% de las chicas de la misma edad”*.

En relación al consumo diario o casi diario resulta ser, también, *“una practica predominantemente juvenil y masculina ya que, de entre todas las personas que consumen cannabis a diario (unas 66.000 personas), el 80% son hombres y casi un 62% tiene menos de 30 años”*. En este sentido, las diferencias más importantes entre hombres y mujeres, se manifiestan en los grupos de más edad y resultan, también, más significativas a medida que se trata de consumos más recientes.

En lo que respecta a la edad media del primer consumo de cannabis los datos del 2008 resultan muy significativos, ya que continúa aumentando la edad media de este primer consumo, *“situándose en los 19 años de edad para el conjunto de la población”*.

Por otro lado, así como el cannabis era una de las sustancias que había ido experimentado un mayor crecimiento en estos últimos años, sin embargo, por primera vez desde el año 1992, el año 2008 presenta un descenso del consumo experimental, reciente y actual de cannabis. En lo referente a la evolución del consumo, los datos reflejan unos porcentajes *“del 8,7% en lo referente al consumo actual, del 12% en lo relativo al consumo reciente y del 33% del consumo experimental”*. En este sentido, estos datos suponen *“una clara ruptura de una de las tendencias mas constantes”* de los estudios realizados en Euskadi en relación a los consumos de drogas.

**GRAFICO 5: EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS (1992-2008) (%)**



Fuente: Eyd 2008

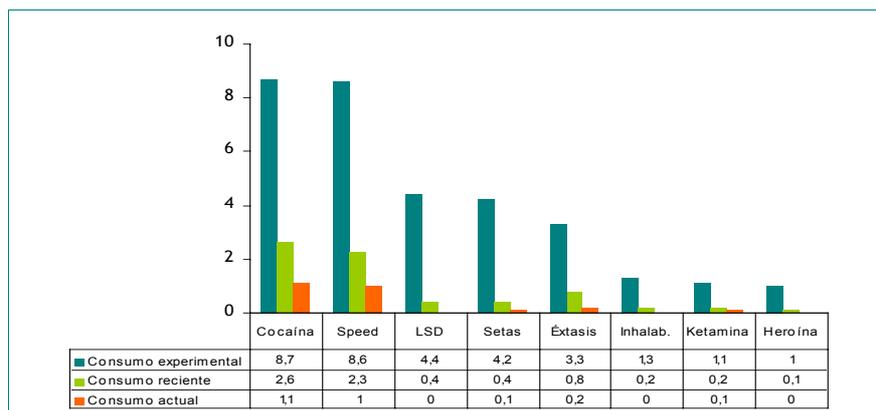
No obstante, podemos señalar que, en relación al consumo diario de cannabis se observa unos niveles diferentes al resto de las medidas de consumo analizadas. En este sentido, *“se trata del consumo que más se incrementa con un porcentaje del 3,9% (...) suponiendo, en términos absolutos, una cifra de 66.000 personas”*. Y, por otro lado, se percibe el hecho de que en estos últimos años *“podría estar produciéndose un cambio sociodemográfico en estos-as consumidores-as (...), ya que la proporción de jóvenes entre 15 y 24 años se reduce sensiblemente (41,8%) mientras que se incrementa el peso relativo de las mujeres (19,4%)”*.

Por lo tanto, teniendo en cuenta todos estos aspectos, podríamos señalar que, si bien el cannabis ha sido una sustancia de consumo que ha experimentado un despegue significativo en los últimos años, especialmente entre la población masculina joven, los datos del 2008 suponen un descenso notable en relación a su consumo y al grupo más precoz de personas consumidoras.

## OTRAS SUSTANCIAS ILEGALES

En lo que se refiere al consumo de otras drogas, el gráfico que exponemos a continuación pone de manifiesto las pautas de consumo de sustancias ilegales diferentes al cannabis. Así, como puede apreciarse, *“la sustancia ilegal más consumida es, por primera vez, la cocaína (8,7%) ya que, hasta la fecha ese primer lugar lo ocupaban las anfetaminas o speed (8,6%)*. Con una diferencia significativa aparecen, posteriormente, el LSD, los hongos alucinógenos y el éxtasis con una prevalencia de consumo del 4,4%, 4,2% y 3,3% respectivamente. Por último, a una distancia considerable se sitúan las sustancias inhalables, la ketamina y la heroína con un nivel de consumo que ronda el 1% en todas las sustancias mencionadas”.

**GRAFICO 7: PAUTAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES DIFERENTES AL CANNABIS (%)**



Fuente: Eyd 2008

En lo que se refiere al consumo de drogas ilegales, “el 13% de la población vasca ha consumido en algún momento de su vida una droga distinta del cannabis, un 4,8% (cerca de 80.000 personas) lo ha hecho en los últimos 12 meses y un 2,1% (algo menos de 36.000 personas) a lo largo del último mes”.

Teniendo en cuenta la composición demográfica de todas las personas consumidoras de alguna de estas drogas ilegales, se observa que “nuevamente su uso se encuentra bastante más extendido entre los hombres (18,6%) que entre las mujeres (8,3%)”. Por otro lado, con respecto a la franja de edad, los datos del estudio ponen de manifiesto que “si bien quienes tienen entre 25 y 34 años conforman el grupo en el cual el uso experimental y reciente se encuentra más extendido, la mayor proporción de consumidores actuales se encuentran, como ocurre con el cannabis, entre el grupo de personas más jóvenes de 15 y 24 años”. Por otro lado, sin embargo, es importante señalar que en lo que concierne al consumo diario “este consumo es mayor entre quienes tienen de 55 a 74 años (0,9%)”.

Con respecto a la edad de inicio en el consumo de las sustancias ilegales, podemos señalar que los datos alcanzan máximos históricos aumentando la edad media de consumo de gran parte de ellas. Así, “la edad de inicio más baja corresponde a las anfetaminas con una media de 19,9 años, le sigue el éxtasis con 21,8 años y la cocaína en polvo con una media de 22,1 años”.

**TABLA 7 PAUTAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ILEGALES DIFERENTES AL CANNABIS SEGÚN SEXO Y EDAD (%)**

		Consumo alguna vez en la vida	Consumo en los últimos 12 meses	Consumo en los últimos 30 días	Consumo diario
15-24	Hombres	19,2	9,6	5,3	0,4
	Mujeres	11,2	5,7	2,7	0,0
	Total	15,3	7,7	4,1	0,2
25-34	Hombres	31,1	12,7	5,5	0,9
	Mujeres	15,3	3,6	2,2	0,5
	Total	23,5	8,3	3,9	0,7
35-54	Hombres	21,7	6,2	2,5	0,4
	Mujeres	9,0	2,6	0,3	0,0
	Total	15,3	4,4	1,4	0,2
55-74	Hombres	4,5	1,9	1,6	1,6
	Mujeres	1,3	0,9	0,3	0,3
	Total	2,9	1,4	0,9	0,9
Total	Hombres	18,6	6,8	3,3	0,8
	Mujeres	8,3	2,7	1,0	0,2
	Total	13,4	4,8	2,1	0,5

Fuente: Eyd 2008

Es importante señalar que, el 66,1% de las personas que han consumido a lo largo de su vida alguna droga ilegal, incluido el cannabis, han probado solamente una de ellas. Sin embargo, cabe destacar un hecho significativo ya que, del porcentaje mencionado, el 94% de estas personas solo han consumido cannabis. De quienes, al margen del cannabis, han consumido alguna otra sustancia ilegal el porcentaje de experimentación con una sola droga desciende al 10,4%. Por lo tanto, podemos afirmar que “el policonsumo de drogas ilegales es bastante mayor entre las personas que han consumido sustancias distintas al cannabis”.

Por otro lado, en lo que respecta a la evolución del consumo de sustancias ilegales, los datos del 2008 muestran *“un aumento general de los niveles de consumo experimental de la practica totalidad de las sustancias analizadas, con la excepción de las anfetaminas (que pierden la primera posición) y la heroína (que mantiene un nivel estable)”*. Así, dentro de las sustancias más consumidas *“las que experimentan un mayor crecimiento son el éxtasis (3,3%) y la cocaína (8,7%) aunque también aumentan de forma notable, alcanzando niveles históricamente altos los inhalables (1,3%), la ketamina (1,1%) y los bongos u bongos (4,2%)”*.

Por ultimo señalar que, a pesar del aumento generalizado que han experimentado los consumos de la mayoría de las sustancias analizadas, no se ha producido un incremento equivalente en lo referente a los niveles de consumo reciente y actual. Por lo tanto, y en términos generales, podría confirmarse una tendencia ligeramente descendente de los consumos más recientes de dichas sustancias.

## **DESARROLLO DEL PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS**

**2008-2012**

## **FINALIDAD DEL PLAN**

La finalidad del Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias 2008-2012 es promocionar estilos de vida saludables. Para conseguir este objetivo se utilizarán las redes naturales, grupos y recursos que tiene la propia comunidad.

El Plan Local debe implicar a toda la comunidad, prestándose atención prioritaria a las personas y grupos que poseen factores de mayor vulnerabilidad ante consumos de sustancias susceptibles de generar drogodependencia.

Para ello, se potenciarán los factores de protección individuales y contextuales. Esto supone desarrollar espacios socio-sanitarios que impliquen a los individuos, a los grupos y a la propia comunidad en sus diferentes niveles de responsabilidad.

El Plan se concibe, no como un fin en si mismo, sino como una herramienta de referencia para la consecución de los logros esperados para todos los agentes locales: servicios municipales, red socio-sanitaria local, grupos y asociaciones, etc.

## **RETOS DEL PLAN**

- Crear el “Consejo Local de Drogodependencias” y dar continuidad a las “Mesas Comunitarias”, como espacios de participación social ligados al Plan Municipal de Prevención Comunitaria.
- Multiplicar y diversificar los mensajes de prevención y promoción de estilos de vida saludable desde el tejido social, los diferentes servicios municipales y los propios ciudadanos.
- Fortalecer la competencia de las familias y su rol activo en la prevención de las drogodependencias.
- Aumentar y diversificar la oferta de programas en los centros escolares.
- Sensibilizar y formar mediadores.
- Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de las drogodependencia y reducción de riesgos en colaboración con asociaciones culturales, deportivas y vecinales.
- Desarrollar acciones de promoción de la salud, prevención de las drogodependencias y reducción de riesgos en colaboración con los distintos departamentos y servicios municipales.
- Desarrollar campañas y programas dirigidos a diferentes poblaciones, en función de los riesgos y en función de su exposición al consumo.
- Mejorar las estrategias de comunicación para aumentar el impacto en la comunidad y sobre los potenciales usuarios.
- Sistematizar los protocolos de coordinación entre los Servicios implicados en la consecución de los logros del Plan.

## LÍNEAS ESTRATEGICAS DEL PLAN POR ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a los padres y madres de la importancia de su participación en los programas y proyectos que configuran la estrategia de prevención.</li> <li>• Favorecer la implicación de las asociaciones de padres y madres en la organización y mantenimiento de programas de formación para padres en el medio escolar.</li> <li>• Sensibilizar a la comunidad, mediante acciones periódicas, en la promoción de estilos parentales saludables.</li> <li>• Optimizar y diversificar líneas de orientación y asesoramiento a familias.</li> <li>• Diversificar los programas formativos para padres y madres, con la participación de entidades de la comunidad que actúen como mediadoras.</li> <li>• Generalizar el formato grupal como modelo y práctica de trabajo preferente para ofrecer a las familias.</li> <li>• Sensibilizar y formar a adultos – padres y madres – como mediadores comunitarios para colaborar en las distintas acciones del Plan.</li> <li>• Suscitar y liderar espacios de coordinación entre los distintos servicios municipales que tengan como destinatarios a las familias para mantener criterios comunes y ser más eficaces.</li> </ul>

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Escolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universalizar y extender los programas de educación para la salud a todos los ámbitos de la comunidad escolar.</li> <li>• Sensibilizar, formar y asesorar al profesorado, desde el Servicio de Prevención, en los distintos niveles y centros escolares para que pueda actuar directamente como agentes de prevención.</li> <li>• Construir y poner en marcha actuaciones de prevención en otros espacios educativos, diferentes al aula, que optimicen la estrategia de prevención en cada centro escolar.</li> <li>• Optimizar y generalizar la implicación de los padres y madres en los programas de educación para la salud en el marco escolar.</li> <li>• Reducir la vulnerabilidad de los jóvenes ante los consumos problemáticos mediante el desarrollo de programas de prevención selectiva en el marco escolar.</li> <li>• Favorecer desde los centros escolares las acciones centradas en las familias para reducir la vulnerabilidad de sus hijos e hijas.</li> <li>• Mejorar las estrategias de comunicación con las familias en relación, tanto a los programas se desarrollan con sus hijos e hijas en la escuela en materia de prevención, como a aquellos otros programas dirigidos a ellos-as como padres y madres.</li> </ul>

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Comunitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener estructuras de participación y consulta vinculadas al desarrollo del Plan Municipal (Consejo Local de Drogodependencias) y al Servicio Municipal de Prevención Comunitaria (Mesas Comunitarias, teniendo en cuenta que ambas estructuras se complementan y tienen como finalidad la participación social.</li> <li>• Sensibilizar, informar y formar a los líderes de las distintas asociaciones culturales, deportivas, etc. de cual es su papel como agentes de prevención.</li> <li>• Optimizar y canalizar las aportaciones de los jóvenes mediante propuestas que favorezcan su implicación a nivel comunitario.</li> <li>• Sensibilizar a los ciudadanos de las posibilidades de colaboración con el Plan Municipal de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias como voluntarios-as</li> <li>• Favorecer la participación de los jóvenes en programas de interés para la comunidad.</li> <li>• Optimización de las acciones y puntos de encuentro entre adultos que favorezcan la estimulación de las redes de apoyo natural.</li> </ul>

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Sanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la participación de los profesionales de la salud en los órganos de participación que defina el Plan Municipal (Consejo Local de las Drogodependencias)</li> <li>• Definir y mantener un espacio de encuentro entre profesionales del área socio-sanitaria, que permita encuentros de forma periódica (Mesa de Salud Comunitaria)</li> <li>• Favorecer un intercambio fluido de información sobre programas, desarrollo de experiencias, encuentros formativos, etc.</li> <li>• Elaborar e implementar conjuntamente programas de prevención y reducción de riesgo, bien por consumo o uso de sustancias susceptibles de generar toxicomanía, bien para abordar otros problemas de salud asociados.</li> <li>• Dar respuesta, mediante actuaciones complementarias a la escuela, a la vulnerabilidad de los jóvenes ante los consumos problemáticos iniciales de alcohol, tabaco o cannabis, incluyendo a los-as sanitarios-as en las respuestas de prevención selectiva.</li> <li>• Elaborar un protocolo en el que se definan criterios para la atención directa en los casos en los que hay un trabajo en colaboración con otros servicios.</li> </ul>

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Servicios Municipales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer compromisos evaluables anualmente con los departamentos municipales que mantienen una relación más cercana con el Plan Local.</li> <li>• Definir estrategias de colaboración entre los departamentos municipales en las que el Servicio Municipal de Prevención Comunitaria actúe como asesor o como facilitador entre departamentos.</li> <li>• Optimizar los recursos propios del municipio a través del trabajo en red.</li> <li>• Expandir el impacto del Plan Local trabajando, desde la implicación de otros departamentos municipales, no solo con “los problemas” sino llegando al máximo de población y trabajando con “todo tipo de población” implicada en mantener estilos de vida saludables.</li> </ul>

Ámbito	Acciones Estratégicas 2008-2012
<b>Otros Ámbitos de interés general para la consecución del Plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contemplar el carácter comarcal de algunas políticas locales y tenerla presente en el desarrollo del Plan Municipal de Prevención Comunitaria.</li> <li>• Favorecer alianzas con agentes comarcales en los que tenga incidencia el desarrollo el Plan en sus diferentes áreas de desarrollo.</li> <li>• Sensibilizar a los medios de comunicación del papel que juegan en relación al Plan Local de Prevención Comunitaria de las Drogodependencias.</li> <li>• Crear espacios de encuentro entre medios de comunicación y agentes locales con responsabilidad en el desarrollo del Plan.</li> <li>• Concebir una estrategia de comunicación centrada en aumentar la información sobre las actuaciones que se desarrollan en torno al Plan Municipal de Prevención Comunitaria.</li> <li>• Realizar publicaciones periódicas centradas en los retos, los compromisos y los logros conseguidos.</li> <li>• Optimizar la comunicación con los ciudadanos, mejorando y diversificando los soportes de comunicación para los distintos programas y proyectos en cada área estratégica dependiente del Plan Municipal.</li> <li>• Incluir en todas las áreas dependientes del Plan la perspectiva de género.</li> <li>• Favorecer y posibilitar la realización de proyectos y programas que respondan a consumos problemáticos, en función de las características específicas de cada género.</li> </ul>

## COMPROMISOS – ACUERDOS INTERNOS PARA IMPULSAR EL PLAN

### Alcaldía:

- Configurar el *Consejo Local de Drogodependencias*.
- Difundir anualmente los logros obtenidos y enumerar los retos futuros (planificación anual)

### Departamentos Municipales:

- Departamento de Juventud y Educación
- Departamento de Servicios Sociales
- Departamento de Deportes
- Departamento de Cultura.
- Departamento de Euskera
- Departamento de Comercio y Turismo
- Policía Municipal

### Acuerdos Comunes a todos los Departamentos:

- *Participar en una jornada de formación interna* planteando como tema de trabajo: “La sensibilización y detección de necesidades para desarrollar el Plan Municipal de Prevención Comunitaria desde cada ámbito de intervención”.
- *Participar en las actividades de formación* que sean necesarias para implementar las acciones que se deriven de su ámbito de competencias.

### Acuerdos por Departamentos o Servicios:

#### Departamento de Juventud y Educación.

- Participar en *mesas de trabajo* para optimizar los protocolos de comunicación interna.

#### Equipamientos Juveniles: Gazteleku de Saindua, Oficina de Información Juvenil y Psilocybenea

- Participar en las *Mesas Comunitarias* que se definan en el Plan y que tengan como objeto los-as jóvenes.
- Definir una estrategia de información, prevención y reducción de riesgos en el ámbito de los equipamientos juveniles.

#### **Departamento de Servicios Sociales**

- Participar en las *Mesas Comunitarias* que se definan en el Plan y requieran su participación.

#### **Centros para la Tercera Edad**

- Elaborar e implementar un *plan de prevención del consumo de alcohol y tabaco en los centros de encuentro de ocio para personas mayores*.
- Elaborar e implementar un *plan de prevención centrado en los riesgos de la automedicación y dirigido a las personas mayores*.

#### **Departamento de Deportes**

- Crear una *mesa de trabajo* donde configurar y diseñar *estrategias de prevención y reducción de riesgos* desde el deporte escolar, las asociaciones y clubes deportivos, etc.

#### **Departamento de Cultura**

- Participar en las *Mesas Comunitarias* que se definan en el Plan y requieran su participación.
- Incluir en todos los *eventos culturales y festivos acciones de prevención y reducción de riesgos*.

#### **Departamento de Euskera**

- Incluir en todos los *eventos culturales y festivos acciones de prevención y reducción de riesgos*.

#### **Departamento de Comercio y Turismo**

- Desarrollar *acciones de prevención y reducción de riesgos en los eventos y espacios* de su competencia, fomentando en ellas la *participación del sector hostelero*.

#### **Policía Municipal**

- Participar en las *Mesas Comunitarias* que se definan en el Plan y que requieran su participación.
- Participar en mesas de trabajo para optimizar los *protocolos de comunicación interna*.
- Participar activamente en los *programas de reducción de riesgos*.
- Optimizar el *control de la oferta de sustancias*.